



**Université Lille 2**  
**Droit et Santé**

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent : évolution du  
concept et état actuel des connaissances**

Présentée et soutenue publiquement le 1<sup>er</sup> juin 2015 à 16h00  
au Pôle Formation

**Par Aesa Parenti**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Renaud Jardri**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Louis Vallée**

**Monsieur le Professeur Pierre Thomas**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Pierre Alexis Geoffroy**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

- AFFEP = Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie
- AJP = Association des Juniors en Pédiatrie
- APA = AntiPsychotique(s) Atypique(s)
- CFTMEA = Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
- CIM = Classification Internationale des Maladies
- CIVD = Coagulation IntraVasculaire Disséminée
- CPK = Créatine PhosphoKinase
- DSM = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux)
- ECT = Électro-Convulsivo-Thérapie
- GABA = Acide  $\gamma$ -Amino-Butyrique
- HAS = Haute Autorité de Santé
- KANNER (échelle de) = Katatonia Autism Neuropsychiatric and Neuromovement Examination Rating
- LCR = Liquide Céphalo-Rachidien
- PANDAS = Paediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcus (troubles neuropsychiatriques pédiatriques associés au streptocoque –traduction de l'auteur)
- PCP = Phencyclidine ou 1-(1 - phénylcyclohexyl) pipéridine hydrochloride
- PL = Ponction Lombar
- R<sub>NMDA</sub> = Récepteur au N-Méthyl-D-aspartate
- rTMS = repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (Stimulation Magnétique Trans-crânienne répétée)

SMN = Syndrome Malin des Neuroleptiques

SNS = Système Nerveux Sympathique

TSA = Trouble du Spectre Autistique

## Table des matières

<b>RESUME.....</b>	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
<b>I. Évolution du concept de « catatonie » et conséquences sur la prise en charge.....</b>	<b>20</b>
<b>A).Évolution nosographique.....</b>	<b>20</b>
<b>B).Évolution des interprétations et des hypothèses psychopathologiques et physiopathologiques.....</b>	<b>26</b>
1) Modèles psychopathologiques.....	26
2) Modèles neurobiologiques.....	28
3) Place du syndrome malin des neuroleptiques.....	31
<b>C).Évolution de la prise en charge.....</b>	<b>34</b>
<b>II. Particularités pédiatriques du syndrome catatonique.....</b>	<b>36</b>
<b>A).Épidémiologie.....</b>	<b>36</b>
<b>B).Particularités cliniques.....</b>	<b>38</b>
1) Généralités.....	38
2) Particularités cliniques en cas de TSA.....	39
3) Particularités cliniques en cas de schizophrénie à début précoce.....	42
4) Particularités cliniques liées à certaines étiologies somatiques.....	43
5) Comparaison des particularités cliniques liées aux étiologies psychiatriques versus somatiques.....	46
6) Diagnostics différentiels du syndrome catatonique.....	47
<b>C).Prise en charge.....</b>	<b>47</b>
1) Démarche diagnostique.....	47
2) Démarche thérapeutique.....	49

<b>III. ÉTUDE : évaluation de l'état actuel des connaissances sur le syndrome catatonique des professionnels de santé (psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres).....</b>	<b>53</b>
<b>A).Méthodologie de l'enquête.....</b>	<b>53</b>
1) Construction et diffusion du questionnaire.....	53
2) Contenu du questionnaire.....	53
3) Analyse des résultats.....	54
<b>B).Résultats.....</b>	<b>55</b>
1) Participants à l'enquête.....	55
2) Confrontation et connaissance clinique du syndrome....	60
3) Connaissance de la sévérité et des étiologies du syndrome.....	63
4) Prise en charge du syndrome.....	65
i) Bilan étiologique.....	65
ii) Prise en charge thérapeutique.....	66
ii)1. Prise en charge thérapeutique en 1ère intention.....	66
ii)2. Prise en charge thérapeutique en 2nde intention.....	69
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>71</b>
<b>A).A propos de l'enquête réalisée.....</b>	<b>71</b>
1) Interprétation des résultats.....	71
2) Propositions d'intervention pour améliorer les connaissances du syndrome catatonique.....	73
<b>B).A propos des classifications nosographiques.....</b>	<b>76</b>
<b>C).A propos de la prise en charge thérapeutique dans le syndrome catatonique dans la littérature scientifique internationale.....</b>	<b>77</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>78</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>79</b>

<b>ANNEXES .....</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 1 : échelles de catatonie, issues de Carroll et collaborateurs, 2008 <i>Katatonía</i>.....</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 1 (suite) : échelles de catatonie, issues de Carroll et collaborateurs, 2008 <i>Katatonía</i>.....</b>	<b>89</b>
<b>Annexe 1 bis : Echelle du syndrome catatonique de Bush et Francis (version française) .....</b>	<b>90</b>
<b>Annexe 2 : Prise en charge du neurolupus.....</b>	<b>91</b>
<b>Annexe 3 : Prise en charge de l'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> .....</b>	<b>94</b>
<b>Annexe 4 : questionnaire diffusé aux adhérents de l'AFFEP et de l'AJP, visant à évaluer l'état des connaissances des pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres (seniors et en formation) sur le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent.....</b>	<b>96</b>
<b>Annexe 5 :tableau des réponses reçues au questionnaire évaluant les connaissances du syndrome catatonique en population pédiatrique chez les jeunes psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres français.....</b>	<b>100</b>

## RESUME

**Contexte** : le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent est une entité clinique rare et probablement sous-diagnostiquée qui toucherait 0,6% à 17,7% des patients hospitalisés en pédopsychiatrie. Ses étiologies sont diverses, aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques, nécessitant une prise en charge syndromique et étiologique particulières. Depuis une quinzaine d'années, des recherches spécifiques lui sont consacrées.

**Méthode** : Une recherche bibliographique de la littérature médicale internationale a permis de retracer l'évolution du concept de « catatonie » et proposer une mise au point complète et pratique. L'état actuel des connaissances des jeunes psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres sur le sujet a également été évalué, à l'aide d'une enquête en ligne. Des statistiques descriptives ont été tirées des réponses au questionnaire.

**Résultats** : Au total, 290 personnes exerçant dans diverses villes de France ont répondu à l'enquête. Il s'agissait majoritairement d'internes de psychiatrie et de pédiatrie. Plus de la moitié des participants déclaraient pouvoir rencontrer un patient présentant un syndrome catatonique au cours de leur pratique (60,6%), et 48,6% s'estimaient en capacité de le reconnaître. Seulement 18,3% des participants pouvaient identifier l'ensemble des signes cliniques proposés comme faisant partie de la sémiologie du syndrome. Son caractère possiblement létal était connu de 90% des participants. L'étiologie la plus fréquemment citée était l'encéphalite (83,1% des participants). Seulement 10% des participants reconnaissaient l'ensemble des étiologies proposées du syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent. La prise en charge thérapeutique proposée en 1<sup>ère</sup> intention était adéquate dans 23,4% des



cas (« arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique ou atypique et administration de benzodiazépines »). Les antipsychotiques, contre-indiqués, étaient proposés par 20% des participants en 1<sup>ère</sup> intention et par 30,7% en 2<sup>nde</sup> intention.

**Conclusion :** Les connaissances du syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent se sont enrichies récemment. Malgré une létalité élevée et l'existence de thérapeutiques efficaces et faciles d'utilisation en 1<sup>ère</sup> intention, ce syndrome reste mal connu en France des professionnels de santé concernés. Des interventions pour la diffusion des connaissances et un logigramme pour la prise en charge du syndrome sont proposés. Le logigramme sera disponible en accès libre sur [www.asso-aesp.fr](http://www.asso-aesp.fr).

## INTRODUCTION

La « catatonie » est un syndrome clinique de reconnaissance médicale récente, un peu moins de 150 ans. Depuis, de nombreuses descriptions cliniques, principalement de cas adultes, ont été rapportées dans la littérature scientifique internationale. Chez l'adulte, il s'agit d'un syndrome rare, touchant environ 10% des patients hospitalisés en psychiatrie (1). Ce syndrome peut être mortel, notamment du fait des complications qui peuvent s'y associer (liées au décubitus prolongé, à la dénutrition, à la déshydratation, ou encore aux troubles neurovégétatifs en cas de forme maligne du syndrome) (2).

Malheureusement, il n'existe à ce jour que peu de cas cliniques et de travaux scientifiques en population pédiatrique (3–13). La prévalence du trouble dans cette population est ainsi mal connue (et estimée par certains travaux de 0,6% à 17,7%). Ce manque d'informations a pu m'être confirmé lors de ma pratique clinique, avec le ressenti que sa reconnaissance et les connaissances nécessaires à sa prise en charge symptomatique et étiologique pouvaient manquer aux spécialistes de l'enfance et de l'adolescence.

En février 2013, nous avons ainsi été amenés à rencontrer, dans le service de psychiatrie infanto-juvénile du CHRU de Lille, une jeune fille de 14 ans hospitalisée pour le motif d'un état psychotique aigu. Elle était naïve de tout antécédent psychiatrique ou non-psychiatrique personnel ou familial, ne consommait pas de toxique, était bien insérée socialement, et avait des résultats scolaires satisfaisants. En l'absence de terrain prémorbide donc et sans facteur déclenchant identifié, son comportement et sa vigilance s'étaient modifiés en quelques semaines. Elle apparaissait provocatrice, désinhibée sur le plan sexuel, hétéro-agressive et

présentait des comportements d'errance alternant avec une agitation non dirigée vers un but. Face à l'intensité de ces symptômes, sa mère la conduisit à plusieurs reprises dans un service d'urgence où l'ensemble des investigations menées concluait simplement à des manifestations comportementales liées à l'adolescence, et finalement à un état psychotique aigu pour lequel était prescrit un antipsychotique atypique (APA) et un transfert au CHU de Lille était organisé. À son arrivée dans l'unité, nous repérions chez elle des conduites d'aimantation, une errance sans but, une catalepsie, des verbigérations, et des conduites d'opposition. Un premier diagnostic syndromique de catatonie était alors évoqué (confirmé par la passation de l'échelle de catatonie de Bush et Francis, voir Annexes 1 et 1 bis) et celui d'état psychotique aigu remis alors en question. Cependant, l'équipe médicale était animée par des débats quant à la prise en charge à réaliser et aux hypothèses étiologiques. De même, si la collaboration avec l'équipe de neuropédiatrie du CHRU était indispensable pour assurer les soins de la patiente, il nous a fallu accepter de dépasser nos incompréhensions mutuelles afin d'établir un diagnostic étiologique et mettre en place un traitement adapté. C'est effectivement après de nombreux questionnements que nous avons appris, de part et d'autre, la surveillance clinique à apporter aux patients présentant un syndrome catatonique, ainsi que la démarche diagnostique et thérapeutique à réaliser, tant sur le plan syndromique qu'étiologique. Dans le cas qui nous a réunis ici, la patiente était atteinte d'une encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-Récepteurs au N-Méthyl-D-Aspartate ( $R_{NMDA}$ ). L'histoire de la maladie en était typique, mais nous ne le savions pas encore. La mise en évidence d'auto-anticorps anti- $R_{NMDA}$  dans le Liquide Cérébro-Rachidien (LCR) a pu confirmer le diagnostic et un traitement adéquat a été instauré, permettant l'amélioration de l'état clinique de la patiente.

Cette mise à l'épreuve clinique nous a donc confrontés à la méconnaissance d'un syndrome possiblement léthal, dont la prise en charge symptomatique était difficile à mettre en place et la prise en charge étiologique devait être spécifique. En conclusion, cette expérience clinique nous a amenés à des errances diagnostiques et thérapeutiques qui auraient pu être évitées par un savoir plus précis et consensuel du syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent.

Afin d'améliorer les connaissances et la prise en charge du syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent, ce travail de thèse se propose d'effectuer (i) une synthèse sur l'évolution des connaissances scientifiques de ce syndrome chez l'enfant et l'adolescent, (ii) d'en reprendre les caractéristiques cliniques, étiologiques et thérapeutiques, (iii) de présenter une étude visant à évaluer l'état actuel des connaissances sur le syndrome catatonique des jeunes professionnels de santé (en psychiatrie, pédopsychiatrie et pédiatrie), (iv) de proposer des pistes de réflexion pour améliorer les connaissances sémiologiques et thérapeutiques des professionnels de santé sur le syndrome catatonique en population pédiatrique.

# I .Evolutions du concept de « catatonie » et conséquences sur la prise en charge

## A) Évolution nosographique

Au 19<sup>ème</sup> siècle, la psychiatrie européenne tente d'organiser les maladies mentales en classifications. A sa tête, Karl Ludwig Kahlbaum réalise un premier regroupement nosographique en 1863. Cet ouvrage innovant rassemble et nomme diverses pathologies en fonction de l'apparition de symptômes similaires sur un même terrain (âge, sexe) et suivant une évolution clinique semblable. Ce premier travail, basé sur des descriptions cliniques assez complexes, est difficilement utilisable en pratique clinique et tombe alors rapidement en désuétude (14).

De son côté, Ewald Hecker fait une description assez claire, et surtout reproductible, de l'hébéphrénie en 1871, permettant à ses collègues de reconnaître à leur tour dans leur pratique médicale ce syndrome psychiatrique (14).

En 1874, Karl Ludwig Kahlbaum identifie un autre syndrome qu'il nomme « *katatonie* ». Il le décrit dans son ouvrage intitulé « *Die katatonie* », comme un syndrome psychomoteur associant une affection cérébrale à évolution alternante et cyclique, et caractérisée par un ensemble de symptômes thymiques et moteurs (« *attonité* ») survenant chez des patients atteints aussi bien de troubles de l'humeur ou de psychose que d'épilepsie, de neurosyphilis ou encore de tuberculose (14,15). Pour lui, le syndrome peut survenir aussi bien en population adulte que pédiatrique (16) (la description des cas pédiatriques avaient été initiée par Henry Maudsley en 1867, sous le terme de « *cataleptoid insanity* » (17)). Sa description clinique, bien que fine et assez détaillée, est bien vite repérée par ses confrères de l'époque et s'enracine alors dans la nosographie psychiatrique jusqu'à nos jours.

Plus tard, en 1899, Emil Kraepelin intègre la catatonie et l'hébétéphrénie à une pathologie débutant dans l'adolescence et évoluant vers la démence, qu'il nomme « *dementia precox* » (18). Bien qu'il diagnostique la catatonie chez des patients atteints de troubles de l'humeur, il considère que le tableau complet de « *katatonie* » se rencontre essentiellement dans cette pathologie et en fait même l'un de ses signes principaux. Dans la classification nosographique de Kraepelin, la description phénoménologique de la catatonie s'appauvrit. Elle est épurée des signes d'ordre émotionnel décrits par ses prédécesseurs, et ne comprend plus que des signes moteurs et comportementaux (14,15).

Enfin, en 1908, Eugen Bleuler remodèle le concept de « *dementia precox* » en celui de « *schizophrenia* » et la catatonie en devient l'une des formes (14).

Dans les années 1920, les descriptions de syndrome catatonique chez l'enfant semblent relativement communes mais restent bien souvent masquées par d'autres diagnostics comme l'hystérie ou la schizophrénie (17,19).

En 1952, la création du premier DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders), la classification américaine des maladies mentales, officialise la place de la catatonie comme sous-type de schizophrénie (14,20) (voir Tableaux 1 à 3). Ce n'est qu'au début des années 1970 que l'association entre syndrome catatonique et schizophrénie est vraiment remise en question (14,20). En 1976 notamment, Abrams et Taylor conduisent une étude portant sur 55 patients catatoniques, dont seulement 8 étaient atteints de schizophrénie (21). Il faut néanmoins attendre 1994 pour que le DSM extraie la catatonie du diagnostic de schizophrénie. En effet, avec le DSM IV, elle devient enfin un syndrome transnosographique, pouvant survenir lors d'affections médicales générales, toxiques ou iatrogéniques, de psychoses schizophréniques et non schizophréniques et de troubles de l'humeur majeurs (voir

Tableau 4) et ses critères diagnostiques sont plus précis (voir Tableaux 5 et 6) (14,20). Quant à la Classification Internationale des Maladies (CIM), sa 10<sup>ème</sup> version proposait déjà depuis 1992 le diagnostic de trouble catatonique organique, mais sur le plan psychiatrique ne reconnaissait le syndrome catatonique qu'en cas de schizophrénie (catatonie schizophrénique) (14). En 2013 enfin, la cinquième version du DSM lui donne une identité plus large, en éliminant le diagnostic de « schizophrénie sous-type catatonique » et en faisant un épisode spécifiant les diagnostiques de troubles psychotiques (schizophréniques ou non schizophréniques) et de troubles majeurs de l'humeur, tout en conservant le diagnostic de syndrome catatonique secondaire à une affection médicale générale et en ajoutant une nouvelle catégorie diagnostique : « catatonie non spécifiée par ailleurs » (20) (voir Tableaux 7 à 10). Le nombre de critères cliniques nécessaire pour le diagnostic syndromique passe de 2 à 3 (voir Tableaux 5 et 8). En revanche, malgré les recommandations de plusieurs auteurs, le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent n'a pas de place distincte au sein des classifications internationales (22–24). Quant à sa place au sein de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA), la version révisée de 2012 la maintient à celle de sous-type de schizophrénie (« schizophrénie catatonique ») (25).

**Tableau 1:** Diagnostic et critères diagnostiques du syndrome catatonique du DSM I (traduction de l'auteur) (26) :

<b>Critères diagnostiques du trouble « réaction schizophrénique, sous-type catatonique »</b>
Ces réactions sont caractérisées par un comportement moteur particulier, marqué par une inhibition généralisée (stupeur, mutisme et flexibilité cireuse) ou une activité motrice excessive et une agitation. L'individu peut régresser à un état végétatif.

**Tableau 2:** Diagnostics et critères diagnostiques du syndrome catatonique du DSM II (traduction de l'auteur) (27):

<b>Schizophrénie, sous-type catatonique, agitée</b>
<b>Schizophrénie, sous-type catatonique, stuporeuse</b>
Il est fréquemment possible et utile de distinguer deux types de schizophrénie catatonique. L'une est marquée par une activité motrice excessive et parfois violente et une agitation, et l'autre par une inhibition générale se manifestant par une stupeur, un mutisme, un négativisme, ou une flexibilité circeuse. Occasionnellement, quelques cas se détériorent jusqu'à un état végétatif.

**Tableau 3:** Diagnostic et critères diagnostiques du syndrome catatonique du DSM III et du DSM III R (traduction officielle) (28,29) :

<b>Critères diagnostiques du Type catatonique</b>
<b>Forme de schizophrénie dominée par l'une quelconque des manifestations suivantes :</b>
1. Stupeur catatonique (baisse marquée de la réactivité à l'environnement et/ou réduction des mouvements et de l'activité spontanée) ou mutisme
2. Négativisme catatonique (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou tentative de mobilisation)
3. Rigidité catatonique (maintien d'une position rigide s'opposant aux efforts destinés à la modifier)
4. Excitation catatonique (excitation motrice, apparemment stérile et non influencée par les stimulations extérieures)
5. Position catatonique (maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre)

**Tableau 4:** Les diagnostics du syndrome catatonique du DSM IV et du DSM IV-R (traduction officielle) (20,30) :

<b>1. Trouble catatonique dû à une affection médicale générale</b>
<b>2. Schizophrénie — type catatonique</b>
<b>3. Spécifications des caractéristiques catatonique pour trouble majeur de l'humeur :</b>
a. Trouble bipolaire de type 1 — Episode maniaque unique
b. Trouble bipolaire de type 1 — Episode maniaque récent
c. Trouble bipolaire de type 1 — Episode dépressif récent
d. Trouble bipolaire de type 1 — Episode mixte récent
e. Episode dépressif majeur, épisode unique
f. Episode dépressif majeur, récurrent



**Tableau 5:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique du DSM IV et du DSM IV R, en dehors du trouble catatonique dû à une affection médicale générale (traduction officielle) (20,30) :

<b>Présence d'au moins deux des manifestations suivantes:</b>
1. Immobilité motrice se manifestant par une catalepsie (comprenant une flexibilité cirreuse catatonique) ou une stupeur catatonique
2. ou activité motrice excessive (apparemment stérile et non influencée par des stimulations extérieures)
3. Négativisme extrême (résistance apparemment immotivée à tout ordre ou maintien d'une position rigide s'opposant aux tentatives destinées à la modifier) ou mutisme
4. Particularités des mouvements volontaires se manifestant par des positions catatoniques (maintien volontaire d'une position inappropriée ou bizarre)
5. Mouvements stéréotypés, un maniérisme ou expressions faciales inappropriées (grimaces)
6. Phénomène d'écho, se manifestant par une écholalie et/ou une échopraxie

**Tableau 6:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique dû à une affection médicale générale, dans le DSM IV et le DSM IV R (traduction officielle) (20,30) :

<p><b>A.</b> La caractéristique essentielle d'un Trouble catatonique dû à une affection médicale générale est la présence d'une catatonie jugée être due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale. La catatonie se manifeste par au moins une des caractéristiques suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Immobilité</li> <li>2. Activité motrice excessive</li> <li>3. Négativisme extrême ou mutisme</li> <li>4. Bizarrerie des mouvements volontaires</li> <li>5. Echolalie</li> <li>6. Echopraxie</li> </ol>
<p><b>B.</b> On doit mettre en évidence, par l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, que la perturbation est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.</p>
<p><b>C.</b> On ne porte pas le diagnostic si la catatonie est mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., Episode maniaque)</p>
<p><b>D</b> Ou si elle survient exclusivement au cours d'un delirium.</p>

**Tableau 7:** Les diagnostics du syndrome catatonique du DSM 5 (traduction de l'auteur) (20,31) :

<b>1. Catatonie due à une affection médicale générale</b>
<b>2. Catatonie associée à un autre trouble mental. Spécifications des caractéristiques catatoniques pour :</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Trouble neurodéveloppemental</li> <li>b. Episode psychotique bref</li> <li>c. Trouble schizophréniforme</li> <li>d. Schizophrénie</li> <li>e. Trouble schizoaffectif</li> <li>f. Trouble psychotique secondaire à une consommation de toxique</li> <li>g. Trouble bipolaire</li> <li>h. Episode dépressif majeur</li> <li>i. Autre trouble mental</li> </ul>
<b>3. Catatonie non spécifiée par ailleurs</b>

**Tableau 8:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique associé à un autre trouble mental, dans le DSM 5 (traduction de l'auteur) (20,31):

<b>A. Le diagnostic est retenu en présence d'au moins 3 critères parmi les suivants :</b>
1. Catalepsie (induction passive d'une posture contre la gravité)
2. Flexibilité cireuse (résistance à la mobilisation d'un membre par l'examineur)
3. Stupeur (absence d'activité psychomotrice; sans lien avec l'environnement)
4. Agitation, n'étant pas influencée par un stimulus externe
5. Mutisme (faible voire absence de réponse verbale [Nota Bene : n'est pas applicable en cas d'aphasie connue])
6. Négativisme (opposition ou absence de réponse aux instructions de l'examineur ou aux stimuli externes)
7. Maintien de posture imposée
8. Maniérisme
9. Stéréotypies (mouvements répétitifs, anormalement fréquents, non dirigés vers un but)
10. Expressions faciales inappropriées
11. Echolalie (répétition de mots ou de parties de mots énoncés par quelqu'un)
12. Echopraxie (reproduction de mouvements réalisés par quelqu'un)

**Tableau 9:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique dû à une affection médicale générale, dans le DSM 5, le critère A étant rempli (traduction de l'auteur) (20,31):

<b>B.</b> Il est prouvé, d'après l'histoire de la maladie, l'examen clinique, ou les résultats des examens complémentaires que les troubles sont la conséquence physiopathologique directe de l'affection médicale générale
<b>C.</b> Les troubles ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental
<b>D.</b> Les troubles n'apparaissent pas exclusivement au cours d'un delirium
<b>E.</b> Les troubles induisent une souffrance significative ou réduisent significativement les activités sociales, occupationnelles ou d'autres champs fonctionnels majeurs.

**Tableau 10:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique non spécifié par ailleurs, dans le DSM 5 (traduction de l'auteur) (20,31):

Cette catégorie s'applique aux présentations cliniques avec des symptômes caractéristiques de catatonie induisant une souffrance significative ou une réduction significative des activités sociales, occupationnelles ou d'autres champs fonctionnels majeurs mais dont la nature de l'affection mentale sous-jacente ou d'une affection médicale générale n'est pas mise en évidence, l'ensemble des critères de catatonie n'est pas rempli, ou en cas d'informations insuffisantes pour poser un diagnostic plus précis (par exemple au service d'accueil des urgences).

## **B) Évolution des interprétations et des hypothèses psychopathologiques et physiopathologiques**

Le syndrome catatonique regroupe des signes moteurs, cognitifs et affectifs, plus ou moins retenus au fil des classifications, comme nous l'avons évoqué plus haut. En parallèle à l'évolution des classifications diagnostiques, les interprétations concernant la catatonie et les hypothèses les sous-tendant ont également évolué, tant sur les plans psychopathologiques que neurobiologiques (32).

### **1. Modèles psychopathologiques**

Selon certains auteurs, la « catatonie » serait la réponse à un stress intense. Il s'agirait d'une réponse réflexe, comme on peut le voir chez certains animaux qui s'immobilisent face à un prédateur (33,34). L'origine du stress ne serait bien sûr ici pas liée à un facteur externe mais à un processus interne au sujet (hallucination, agressions cérébrales diverses). L'intensité de ce stress viendrait entraver les capacités de traitement de l'information du lobe frontal et celle-ci serait donc traitée à un niveau sous-cortical (33).

De façon plus large, David Cohen distingue trois modalités d'expérience subjective impliquant un dysfonctionnement du mouvement chez ces patients : 1) l'adhésion

aux idées délirantes 2) la résistance aux idées délirantes 3) les états hyper anxieux ou hyper émotionnels (35,36). Dans le premier cas, le patient présente un mécanisme hallucinatoire particulier, l'automatisme psychomoteur, lui imposant des mouvements corporels ou verbaux. Selon cette modalité, le patient peut donc présenter des mouvements automatiques stéréotypés sans lien avec l'environnement dans lequel il se trouve. Dans la seconde hypothèse, dans le but de contrer les ordres de mouvements commandés par les hallucinations, le patient met en place des gestes ritualisés, proche des mouvements automatiques compulsifs. L'angoisse d'une catastrophe imminente, annoncée par les hallucinations, peut amener le patient à se trouver dans une position d'immobilité, voire une catalepsie. Enfin, la troisième modalité serait la plus fréquente chez les patients catatoniques stuporeux ou akinétiques (35,36).

D'un point de vue psychanalytique, Mélanie Klein propose une hypothèse du même ordre en énonçant que la catatonie « pourrait être une tentative pour paralyser l'objet intérieur et ainsi le rendre inoffensif » (37). D'autres auteurs définissent le syndrome catatonique comme la perte de la fonction de pulsativité de l'organisme, puisque tous les rythmes propres à l'individu ainsi que les phénomènes ayant un fonctionnement pulsatile (comme le clignement des paupières) disparaissent progressivement au cours du syndrome catatonique (38). Le syndrome ne serait pas une manifestation de la pulsion de mort, mais un arrêt de toute pulsion, secondaire à la disparition de l'Autre, elle-même liée à l'arrêt du langage (38).

Dans le cas des patients avec Trouble du Spectre Autistique (TSA), Mazzone et collaborateurs font l'hypothèse que le syndrome catatonique, chez ces patients, serait l'expression d'une suradaptation à un environnement / des événements de vie stressants, chez des sujets génétiquement prédisposés pour y répondre de la sorte.

D'un autre point de vue, ils n'écartent pas la possibilité qu'il soit la manifestation d'un trouble de l'humeur chez les patients avec TSA, comme en population psychiatrique sans TSA (39).

## **2. Modèles neurobiologiques**

Plusieurs modèles neurobiologiques ont été évoqués dans les mécanismes physiopathologiques sous-tendant le syndrome catatonique.

L'implication des réseaux dopaminergiques a été suspectée sur de nombreux arguments cliniques et médicamenteux. Cliniquement, il y a bien sûr le rapprochement entre le syndrome catatonique et d'autres pathologies dans lesquelles la dopamine a un rôle central, telles que la schizophrénie, classiquement associée au syndrome catatonique comme nous l'avons vu (14,15), mais aussi la maladie de Parkinson, dans laquelle les symptômes moteurs se rapprochent de ceux retrouvés dans la catatonie et sont dus à un déficit dopaminergique au sein des noyaux gris centraux (par dégénérescence de la substance noire) (32,40–42). D'un point de vue thérapeutique, l'administration d'antagonistes dopaminergiques, comme le sont les antipsychotiques typiques et atypiques, peut aggraver le syndrome catatonique (2,43–45).

Du fait de la réponse favorable du syndrome catatonique aux agonistes GABAergiques (46–49), la place du GABA a également été étudiée. Northoff et ses collaborateurs ont d'ailleurs soulevé l'hypothèse d'une baisse de la densité des récepteurs GABA-A du cortex sensori-moteur gauche en cas de syndrome catatonique avec prédominance d'une akinésie (50). Ils ont en effet comparé en imagerie nucléaire (tomographie d'émission monophotonique) la densité de liaison d'un agoniste GABAergique marqué (iode-123-iomazenil) au niveau cérébral chez

10 sujets présentant un syndrome catatonique akinétique, à la densité de liaison chez 10 sujets atteints de troubles psychiatriques similaires sans syndrome catatonique associé ainsi que chez 20 sujets sains. Les patients avec syndrome catatonique de cette étude montraient une liaison de l'iomazénil marqué significativement plus faible au niveau du cortex sensori-moteur gauche, du cortex orbitofrontal latéral droit et du cortex pariétal postérieur droit que chez les sujets témoins. Les symptômes moteurs et affectifs du syndrome catatonique étaient corrélés de façon statistiquement significative à la liaison de l'iomazénil au niveau du cortex orbitofrontal latéral droit et du cortex pariétal postérieur droit (50).

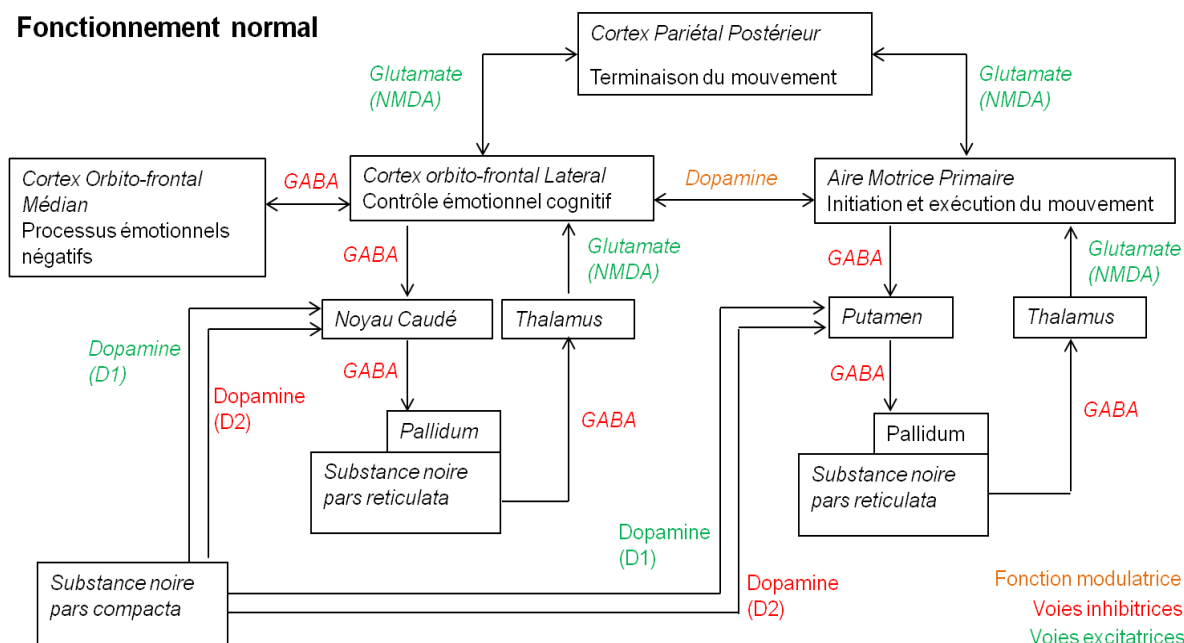
Enfin, certains auteurs se sont intéressés au rôle du glutamate. La littérature retrouve en effet plusieurs cas de patients avec un syndrome catatonique n'ayant pas répondu au traitement par benzodiazépine mais ayant évolué favorablement suite à l'administration d'antagonistes glutamatergiques (51,52). Ensuite, en cas d'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub>, l'internalisation de ces récepteurs glutamatergiques entraîne des manifestations d'ordre psychiatrique, dont le syndrome catatonique fait bien souvent partie (53–55). La découverte de ce type d'encéphalite a d'ailleurs ouvert de nouvelles perspectives de compréhension des mécanismes physiopathologiques à l'origine du syndrome catatonique.

A partir des découvertes de Hugues et collaborateurs (56) et de Dalmau et collaborateurs (53,57), un modèle physiopathologique intégrant ces trois neuromédiateurs a pu être proposé récemment (12). Basé sur l'hypothèse des déséquilibres de la balance excitation-inhibition, il rend cohérent la survenue d'un syndrome catatonique d'étiologies diverses (pathologies systémiques, cérébrales, iatrogènes, toxiques) et permet de comprendre la variabilité de réponses aux thérapeutiques administrées (voir Figure 1). L'ensemble de ces hypothèses

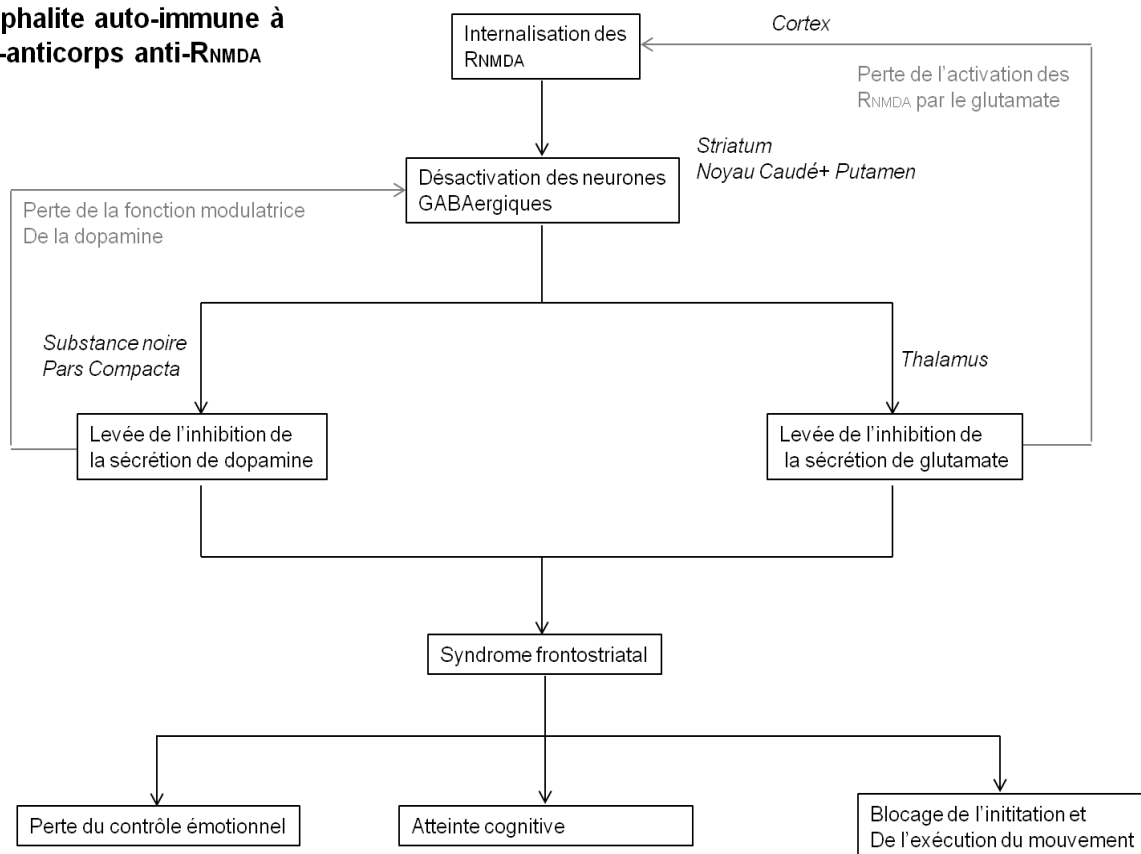
neurobiologiques est repris dans le Tableau 11.

**Figure 1:** modèle neurobiologique de la physiopathologie du syndrome catatonique, basé sur les déséquilibres de la balance excitation-inhibition, s'appuyant sur la physiopathologie de l'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> (article soumis).

**Fonctionnement normal**



**Encéphalite auto-immune à Auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub>**



**Tableau 11 :** Hypothèses neurobiologiques de la physiopathologie du syndrome catatonique (12,22,33,40,50–52,58,59) :

Auteur Date	Neurotransmetteur(s) impliqué(s)	Hypothèse(s) neurobiologique(s)
Northoff et collaborateurs 1997	Glutamate	Hyperactivité glutamatergique fronto-striatale Hypoactivité glutamatergique limbique et préfrontale
Northoff et collaborateurs 1999	GABA	Décroissance de la densité des récepteurs GABA-A au sein du cortex sensorimoteur gauche
Gurrera 1999	Dopamine	Perturbation de l'inhibition du cortex frontal via l'hypothalamus engendrant une hyperactivité du SNS
Northoff 2002	GABA Glutamate Dopamine	Anomalies de la « <i>top-down modulation</i> »
Mann et collaborateurs 2003	Dopamine	Dysfonctionnements de multiples circuits entre les ganglions de la base, le thalamus et le cortex frontal
Fink & Taylor 2003	GABA Dopamine	Dysfonctionnement du circuit moteur Déconnexion entre le système de régulation motrice et d'intégration des perceptions
Carroll et collaborateurs 2007	Glutamate	Hyperactivité glutamatergique striato-corticale ou cortico-corticale par ouverture allostérique des R <sub>NMDA</sub> dans les formes de syndrome catatonique résistant au lorazépam
Parenti et collaborateurs (soumis)	GABA Glutamate Dopamine	Approche intégrative ; troubles de la balance excitation-inhibition cortico-sous-corticaux

SNS = Système Nerveux Sympathique

### 3. Place du syndrome malin des neuroleptiques

En 1960, les français Jean Delay et Pierre Deniker identifient une complication liée à l'utilisation des neuroleptiques, associant à la pâleur et à l'hyperthermie, un ensemble d'atteintes motrices et pulmonaires, ayant des similitudes avec l'hyperthermie maligne (HM)<sup>1</sup> (43,59). Cette complication, dénommée syndrome

<sup>1</sup> L'HM correspond à un état d'hypercatabolisme paroxystique des muscles striés induits par les agents anesthésiques volatils halogénés et/ou le curare dépolarisant, la succinylcholine, chez des individus atteints d'une anomalie musculaire à caractère familial, transmise selon un mode autosomique dominant. (Définition tirée de Dépret et Krivosic-Horber 2001, *Hyperthermie maligne : nouveaux diagnostics et cliniques* (60))



malin des neuroleptiques (SMN) toucherait actuellement 0,07% à 2,2% des patients recevant ces thérapeutiques (61). Aujourd'hui, bien que la majorité des auteurs distinguent le SMN de l'HM mais le relient au syndrome catatonique, aucun consensus n'existe quant aux liens entre ces deux syndromes (43). Certains d'entre eux identifient le SMN comme un syndrome catatonique iatrogène (62). Plus précisément, il s'agirait pour Fink et Taylor, d'une forme de catatonie maligne (c'est-à-dire un syndrome catatonique compliqué de troubles neurovégétatifs) induite par les antipsychotiques typiques ou atypiques (44,63). Ils s'appuient sur des arguments cliniques (signes cliniques partagés par les deux syndromes, absence de signe pathognomonique qui différencierait le SMN du syndrome catatonique), thérapeutiques (le SMN répondant inconstamment au traitement classique par agoniste dopaminergique et myorelaxant mais pouvant régresser sous benzodiazépines et/ou ECT), et biologiques (l'élévation des CPK étant inconstante dans les cas rapportés de SMN et pouvant avoir de multiples origines) (44). D'autres auteurs en revanche, distinguent les deux syndromes mais considèrent le syndrome catatonique comme un facteur de risque de développer un syndrome malin des neuroleptiques (1,45). Enfin, Northoff comparant les points communs et différences des deux syndromes, admet leur similarité clinique, notamment motrice, mais réfute un mécanisme physiopathologique identique (64). Le syndrome catatonique serait pour lui un syndrome psychomoteur secondaire à une atteinte cortico-sous-corticale (*top-down regulation*), tandis que le SMN serait un syndrome uniquement moteur, secondaire à une atteinte sous-cortico-corticale (*bottom-up regulation*) (64). L'ensemble de ces données est repris dans le Tableau 12.

**Tableau 12:** Comparaison des caractéristiques cliniques, biologiques, thérapeutiques et physiopathologiques dans le syndrome catatonique, la catatonie maligne, le SMN et l'HM (22,44,47,51,61,63,64) :

	Syndrome catatonique	Catatonie maligne	SMN	HM
<b>Sémiologie</b>	Akinésie	Akinésie	Akinésie	
	Rigidité musculaire	Rigidité musculaire	Rigidité extrapyramidale	Rigidité musculaire
			Trismus, dysarthrie	
			Douleurs diffuses	
	Maintien de posture imposée	Maintien de posture imposée		
	Obéissance automatique	Obéissance automatique		
	Négativisme	Négativisme		
	Stéréotypies	Stéréotypies		
	Émotions intenses et incontrôlables	Émotions intenses et incontrôlables	Peu ou pas de symptômes émotionnels	
	Altération de l'état de conscience	Altération de l'état de conscience	Altération de l'état de conscience	
		Hyperthermie	Hyperthermie	Hyperthermie
		Instabilité tensionnelle Tachycardie	Instabilité tensionnelle, Tachycardie Hyperpnée	Tachycardie Arythmie cardiaque Défaillance cardiaque Tachypnée
			Atteintes pulmonaires variables et inconstantes	
	Apparition brutale ou insidieuse	Apparition brutale	Apparition brutale, suivant la prise, initiale ou non, d'antipsychotique(s)	Apparition brutale, suivant l'administration d'anesthésiques halogénés
<b>Biologie</b>			Élévation des CPK Hypernatrémie Insuffisance rénale Acidose métabolique à trou anionique élevé	Élévation des CPK Insuffisance rénale Insuffisance hépatique CIVD Hyperkaliémie Acidose mixte Myoglobémie Hémoglobinurie Myoglobinurie
<b>Traitements</b>	Arrêt des antipsychotiques	Arrêt des antipsychotiques	Arrêt des antipsychotiques	Arrêt de l'anesthésie
	Agonistes GABAergiques	Agonistes GABAergiques	Agonistes GABAergiques	
	Antagonistes glutamatergiques	Antagonistes glutamatergiques	Antagonistes glutamatergiques	
			Agoniste dopaminergique (apomorphine)	
			Myorelaxant (dantrolène)	Myorelaxant (dantrolène)
	ECT	ECT en urgence	ECT	
<b>Hypothèses physiopathologiques</b>	Atteinte du circuit cortico-sous-cortical (boucle orbito-frontale)	Atteinte du circuit cortico-sous-cortical (boucle orbito-frontale)	Atteinte du circuit sous-cortico-cortical (boucle motrice) : blocage des récepteurs dopaminergiques D2 au niveau nigro-strié et de l'hypothalamus	Trouble de l'homéostasie calcique dans la fibre musculaire (élévation du taux de calcium intra-sarcoplasmique) engendrant un hypercatabolisme musculaire puis une rhabdomyolyse

CIVD : Coagulation IntraVasculaire Disséminée - CPK : Créatine PhosphoKinase

### **C) Évolution de la prise en charge**

Sur le plan thérapeutique, la prise en charge proposée a également connu plusieurs évolutions.

Si Kahlbaum décrivait méthodiquement le syndrome catatonique, il n'en proposait néanmoins aucun traitement efficace (14). Dans les années 1930, en revanche, William Bleckwenn administrait avec succès de fortes doses d'amobarbital de sodium (un barbiturique) aux patients souffrant de syndrome catatonique (14). A la même période, Ladislav Meduna traitait quant à lui des patients schizophrènes avec des critères de syndrome catatonique par une forme de convulsivothérapie. Dans ses premiers « essais thérapeutiques » il tentait en effet d'induire la survenue de crises convulsives chez ses patients en leur injectant par voie intramusculaire une solution oléique de camphre. Cette première proposition n'étant pas très efficace, il a ensuite testé l'injection intraveineuse de pentylentétrazol (14,65,66). La survenue de crises convulsives était bien plus fréquente, mais ce traitement engendrait de profonds états de panique et de désespoir chez les patients, qui finissaient donc par refuser les injections (66). A la décennie suivante, les inductions chimiques de crises convulsives ont été remplacées par l'électroconvulsivothérapie (ECT) plus efficace, plus facile d'utilisation et mieux tolérée sur le plan émotionnel (14,66). Dans les années 1950, les effets secondaires du type fracture ont été considérablement réduits par la sédation et la myorelaxation médicamenteuse adjuvantes aux séances d'ECT (66).

Par la suite, l'officialisation et la large diffusion du DSM a permis une transmission à grande échelle des stratégies de dépistage et de traitement du syndrome catatonique. Dans le DSM III, la reconnaissance de la catatonie comme sous-type de schizophrénie exclusivement a engendré un abandon des barbituriques et de l'ECT au profit des neuroleptiques (14). Or, on sait aujourd'hui, que l'utilisation de telles théra-

peutiques en cas de syndrome catatonique peut entraîner son aggravation (catatonie maligne) ou la survenue d'un syndrome malin des neuroleptiques (1,14,47,64), faisant courir ainsi un risque vital pour le patient (2).

L'indépendance du diagnostic du syndrome de catatonie à celui du diagnostic de schizophrénie a par la suite permis de rétablir la place des benzodiazépines et de l'ECT comme principales thérapeutiques (1,46–48,67,68). Quant aux antipsychotiques, leur indication reste très controversée et leur utilisation est déconseillée, d'autant plus que la question des liens entre syndrome malin des neuroleptiques et syndrome catatonique n'est pas réglée (1,63,69–71). Néanmoins, quelques éléments de la littérature suggèrent leur utilisation en dernière intention en cas de syndrome catatonique survenant chez un patient souffrant de psychose caractérisée et ne répondant pas aux benzodiazépines, voire à l'ECT (14,72).

## II. Particularités pédiatriques du syndrome catatonique

### A) Épidémiologie

Le syndrome catatonique concerne 0,6 à 17,7 % des patients hospitalisés en pédopsychiatrie (2,11). Il s'agit majoritairement de garçons (2,5,9), mais le sex-ratio peut varier en fonction de l'étiologie (plus de garçons en cas de schizophrénie, plus de filles en cas de trouble non-psychiatrique (3,11)). Le plus jeune patient atteint de syndrome catatonique retrouvé dans la littérature était âgé de 7 ans (11).

Dans 15 à 23% des cas, le syndrome catatonique est secondaire à une pathologie non-psychiatrique (4,6,8,11). Ces causes sont essentiellement infectieuses, neurologiques, toxiques et génétiques (4).

L'étiologie psychiatrique la plus fréquente est la schizophrénie précoce, suivie des troubles de l'humeur (3,4,7,8,73) (voir Tableau 13). Chez les patients présentant un trouble du spectre autistique, le syndrome catatonique est considéré comme rare mais est très probablement sous-diagnostiqué. Les formes complètes de syndrome catatonique atteindraient 12 à 17% de ces patients (74,75). Enfin, le milieu économique et social n'aurait pas d'influence sur la survenue d'un syndrome catatonique (5).

**Tableau 13:** Ratio du nombre de patients avec schizophrénie avec un syndrome catatonique/nombre de patients catatoniques en population pédiatrique dans la littérature (2,3,5,6) :

Auteur/Date	Ratio schizophrénie/nombre de patients catatoniques
Cohen et collaborateurs / 1999	6/42 (14,3%)
Cohen et collaborateurs / 1999	6/9 (66,6%)
Takaoka et Takata / 2003	30/73 (41,1%)
Cohen et collaborateurs / 2005	17/30 (56,6%)
Consoli et collaborateurs / 2012	34/58 (58,6%)

N.B. : la revue de littérature de Cohen collaborateurs, en 1999, retrouvait les troubles de l'humeur comme principal diagnostic étiologique du syndrome catatonique en population pédiatrique (19 patients sur les 42 cas rapportés), mais 7 d'entre eux présentaient des symptômes psychotiques (3).

Certaines de ces données diffèrent de celles retrouvées en population adulte, comme le montre le Tableau 14. Certaines différences peuvent s'expliquer par les pathologies psychiatriques sous-jacentes, la schizophrénie à début précoce étant plus fréquente chez les garçons que chez les filles, les troubles de l'humeur touchant plus souvent les femmes que les hommes (6).

**Tableau 14:** Comparaison des caractéristiques épidémiologiques du syndrome catatonique en population pédiatrique et en population adulte (1,6,22) :

Caractéristiques	Population pédiatrique	Population adulte
Fréquence	0,6 à 17,7%	7,6 à 38 %
Sexe	Masculin	Féminin
Etiologies psychiatriques	Schizophrénie>troubles de l'humeur	Troubles de l'humeur>schizophrénie
Etiologies somatiques	15-23% des cas	16%

## **B) Particularités cliniques**

### **1. Généralités**

D'une manière générale, le mode d'expression des maladies peut varier de l'enfance à l'âge adulte. Dans le syndrome catatonique, la clinique en population pédiatrique est calquée sur celle de l'adulte (11,23,36) et les évaluations sont réalisées avec des échelles validées en population adulte (comme celle de Bush et Francis par exemple) (3,12,76). Cependant, certaines spécificités méritent d'être soulignées (3,4,6–10,19,36,73,77). En effet, Dhossche et Bouman, s'appuyant sur les critères diagnostiques du syndrome catatonique du DSM IV, ont comparé la symptomatologie retrouvée dans la littérature dans la population pédiatrique à celle de la population adulte (78). Cette recherche montrait que le mutisme, la stupeur et la flexibilité cireuse étaient plus fréquents en population pédiatrique qu'en population adulte. Bien que ce symptôme ne fasse pas partie des critères retenus dans le DSM IV, les auteurs repéraient également la survenue d'une incontinence chez 45% des patients enfants et adolescents de leur étude, mais chez aucun des cas en population adulte. Le détail de ce comparatif clinique est disponible dans le Tableau 15.

**Tableau 15** : comparaison de la fréquence de survenue de chaque critère diagnostique du syndrome catatonique du DSM IV, en population pédiatrique versus en population adulte, d'après Dhossche et Bouman 1997, *Catonia in an adolescent with Prader-Willi Syndrome (78)* (traduction de l'auteur) :

Signes cliniques	Pourcentage d'enfants et d'adolescents concernés	Pourcentage d'adultes concernés
Mutisme	87%	78%
Maintien de posture / d'expression faciale inadaptée	52%	66%
Stupeur	80%	66%
Fixité du regard	49%	57%
Négativisme	38%	49%
Rigidité	38%	40%
Stéréotypies	24%	37%
Flexibilité cireuse	62%	35%
Echolalie / Echopraxie	14%	19%
Hyperkinésie	14%	15%
Obéissance automatique	10%	10%
Incontinence	45%	-

## **2. Particularités cliniques en cas de Trouble du Spectre Autistique**

D'une manière plus spécifique, le syndrome catatonique peut être plus difficile à diagnostiquer, en raison du terrain comorbide psychiatrique de survenue. C'est particulièrement le cas chez les patients avec TSA du fait de certaines similitudes cliniques entre les deux troubles (8,10,39,75,76,79–81) (voir Tableau 16). En effet, la survenue de symptômes tels que le mutisme, un discours ou des mouvements stéréotypés, une écholalie, un maintien des postures, un maniérisme, une agitation inexplicable ou une rigidité musculaire sur un terrain où ils peuvent déjà être présents peut être interprétée comme une aggravation du TSA et le syndrome catatonique peut ainsi passer inaperçu (6,39,75,76,81).



**Tableau 16:** Symptômes catatoniques communs aux symptômes présents en cas de TSA (adapté de Mazzone et collaborateurs 2014 *Catatonia in Patients with Autism: Prevalence and Management*, traduction de l'auteur) (39) :

<b>Symptômes catatoniques communs</b>
Echolalie/échopraxie
Agitation sans but et hyperkinésie
Expressions faciales inadaptées
Mutisme
Logorrhée
Maintien de posture/catalepsie
Maniérisme
Stéréotypies
Persévérations
Rigidité
Verbigérations
Fixité du regard
Attitude de repli
Agressivité

Pour Wing et Shah, le diagnostic doit être évoqué chez ces patients en présence ou en cas d'exacerbation de certains critères dont l'intensité impacte les mouvements et les actes de la vie quotidienne tels que prendre soin de soi, les activités éducatives, occupationnelles et de loisir (75) (voir Tableau 17). Pour plus de précisions cliniques, Wing et Shah ont également détaillé les signes cliniques de syndrome catatonique les plus fréquemment retrouvés dans une cohorte de patients avec TSA (voir Tableau 18). Pour certains auteurs, il faut également évoquer le syndrome catatonique face à la répétition d'actes auto-agressifs chez les patients avec TSA, ces symptômes régressant suite à un traitement par benzodiazépines ou ECT (14).

**Tableau 17:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique chez l'enfant et l'adolescent avec TSA, d'après Wing et Shah (75) :

<p><b>Critères essentiels :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lenteur anormale, affectant les réponses verbales et motrices</li> <li>2) difficultés dans l'initiation et la poursuite des actions</li> <li>3) majoration de l'obéissance physique ou verbale aux injonctions d'autrui</li> <li>4) importante passivité/manque de motivation</li> </ol>
<p><b>Critères comportementaux :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) inversion du rythme nyctéméral</li> <li>6) syndrome parkinsonien, tremblements, révulsion oculaire, dystonie, posture anormale, maintien de posture etc.</li> <li>7) comportement excité/agité</li> <li>8) comportement anormalement stéréotypé/ritualisé</li> </ol>

**Tableau 18 :** Symptômes catatoniques le plus souvent retrouvés dans la cohorte de Wing et Shah (par ordre décroissant), d'après *Catatonia in autistic spectrum disorders*, 2000, (66) (traduction de l'auteur):

Symptômes catatoniques
Critères essentiels (lenteur, difficulté d'initiation des mouvements-sauf si incité- passivité)
Démarche étrange
Postures étranges, figées
Suspension brutale d'une action en cours
Actes impulsifs
Difficulté à franchir une ligne au sol
Bizarrerie/symptômes psychotiques
Troubles du sommeil
Incontinence
Impossibilité à terminer une action
Périodes d'agitation

Dans ce contexte d'expressions cliniques en partie communes au syndrome catatonique et aux TSA, Dhossche et collaborateurs proposent des critères diagnostiques adaptés aux TSA (82) (voir Tableau 19). En l'absence d'échelle diagnostique validée chez les patients avec TSA, Madigand et collaborateurs

proposent de combiner l'échelle de catatonie de Bush et Francis (Annexe 1 bis) aux critères de Wing et Shah pour le diagnostic de syndrome catatonique chez les patients avec TSA (76) (voir Tableau 17). Carroll et collaborateurs proposent également l'échelle de Kanner (Annexe 1) (83).

**Tableau 19:** Critères diagnostiques du syndrome catatonique dans les troubles du spectre autistique, d'après Dhossche et collaborateurs, 2006 : *Blueprints for the Assessment, Treatment, and Future Study of Catatonia in Autism Spectrum Disorders* (traduction de l'auteur) (82) :

**Critère A:** Immobilité, réduction sévère du discours, ou stupeur évoluant depuis au moins 24 heures, associée à au moins l'un des symptômes suivants : catalepsie, obéissance automatique, ou maintien de posture

**Critère B:** En l'absence d'immobilité, de réduction sévère du discours, ou de stupeur : réduction marquée par rapport aux capacités habituelles du sujet, depuis au moins une semaine, d'au moins deux fonctions parmi les suivantes : lenteur des mouvements ou du discours, difficulté dans l'initiation des mouvements ou du discours sans incitation, suspension des actions en cours, difficulté à franchir une ligne au sol, incapacité à arrêter une action, stéréotypies, phénomène d'écho, catalepsie, obéissance automatique, ou maintien de posture, négativisme, ou ambivalence.

### **3. Particularités cliniques en cas de schizophrénie à début précoce**

Dans le cas de la schizophrénie à début précoce (c'est-à-dire survenant avant 18 ans), le syndrome catatonique est majoritairement à début insidieux et a une durée ainsi qu'une sévérité plus importantes que pour les autres étiologies (3,5,73). Par comparaison aux autres étiologies, les stéréotypies et les mouvements automatiques y seraient plus fréquemment présents, alors que la stupeur et le mutisme y seraient sous-représentés (3) (voir Tableau 20).

**Tableau 20:** Particularités du syndrome catatonique chez les sujets atteints de schizophrénie précoce (3,5,73) :

<b>Eléments cliniques</b>
Garçon > fille
Début insidieux
Stéréotypies et mouvements automatiques >> stupeur et mutisme
Durée de l'épisode catatonique plus longue qu'en cas d'autre étiologie

#### **4. Particularités cliniques liées à certaines étiologies somatiques**

Si l'on s'intéresse aux syndromes catatoniques d'étiologie non-psychiatrique (que nous appellerons ici « somatique » pour rester fidèle au langage médical commun), les symptômes ne sont pas non plus nécessairement spécifiques. Néanmoins, il convient de recueillir les constantes et les signes généraux à la recherche d'un syndrome infectieux, pouvant orienter vers une encéphalite infectieuse par exemple.

Les affections neurologiques, très diverses, peuvent retrouver des anomalies à l'examen clinique ne faisant pas partie du tableau de syndrome catatonique (atteinte des paires crâniennes ou anomalie au fond d'œil par exemple).

Dans le cas du Lupus Erythémateux Systémique (LES)<sup>2</sup>, maladie auto-immune chronique évoluant par poussée, plusieurs organes dont le système nerveux central peuvent être atteints. Il est donc indispensable de les rechercher puisqu'ils ont une valeur d'orientation étiologique importante.

---

<sup>2</sup> Sa prévalence est difficile à évaluer mais estimée entre 1 cas pour 1 600 à 1 cas pour 3 200 habitants (84)

La littérature apporte quelques précisions supplémentaires sur le syndrome catatonique en cas de LES. Les cas décrits ne concernent que des femmes, noires pour la plupart, à des moments variables de la maladie (84–90). Grover et collaborateurs, dans une revue de la littérature de 2013 portant sur les cas de syndrome catatonique secondaires à un LES, repéraient la surreprésentation de certains symptômes (voir Tableau 21) (85). Sa prise en charge est détaillée en Annexe 2.

**Tableau 21:** Caractéristiques cliniques prévalentes chez les patients présentant un syndrome catatonique secondaire à un LES (84–91):

<b>Éléments cliniques</b>
Femme noire > homme blanc
Comorbidité psychiatrique la plus fréquente : troubles de l'humeur
Mutisme
Maintien de postures inadaptées
Attitudes de repli relationnel
Négativisme
Hypertonie
Fixité du regard

Depuis 2007, une autre étiologie neurologique retient l'attention des pédopsychiatres, il s'agit de l'encéphalite à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub>, qui comporte la survenue d'un syndrome catatonique au cours de son évolution, et dont le nombre de cas va croissant dans la littérature (12,53–55,57,92). Pour Dalmau et collaborateurs, elle doit être évoquée chez un individu jeune (moins de 50 ans), présentant un changement de comportement rapide ou un épisode psychotique aigu, des mouvements ou des postures anormales (oro-faciaux ou des membres), ou des crises convulsives (57).

Cette encéphalite évolue en 4 phases cliniques (12,53–55,57,93), répertoriées dans le Tableau 22. Chez l'enfant, la première phase retrouve plus fréquemment une irritabilité, marquée par des crises de colère, une hyperkinésie, des comportements sexualisés ou violents, au lieu d'un syndrome délirant. Les premiers symptômes sont moins souvent d'allure psychiatrique que chez les sujets plus âgés, mais d'avantage d'ordre neurologique (crise d'épilepsie, dystonie, mutisme) (17). La prise en charge de cette encéphalite est disponible en Annexe 3.

**Tableau 22:** Phases évolutives de l'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> (issu de Parenti et collaborateurs, 2015 : *Syndrome catatonique précoce et encéphalite à auto-anticorps anti-récepteurs N<sub>MDA</sub> : une mise au point* (12)) :

Prodromes	1 <sup>ère</sup> phase	2 <sup>ème</sup> phase	3 <sup>ème</sup> phase
Asthénie	Troubles du sommeil	Altération de l'état de conscience	Troubles du langage
Céphalées	Troubles mnésiques	Mouvements anormaux	Troubles mnésiques
Atteinte respiratoire haute	Anxiété	Troubles du langage	Amélioration état de conscience
Troubles digestifs	Agitation psychomotrice	<b>Syndrome catatonique</b>	Anxiété
	Syndrome délirant	Crises convulsives	Agitation psychomotrice
	Hallucinations	Dysautonomie	
			Régression progressive des symptômes
Quelques jours à quelques semaines	Quelques semaines à quelques mois	Quelques semaines à quelques mois	Quelques mois à 2 ans

Quant aux causes toxiques, elles engendrent un syndrome catatonique d'apparition brutale, de forme stuporeuse et majoritairement d'évolution aiguë (94–97). Plusieurs cas liés à la consommation d'ecstasy ont engendré des troubles hydroélectrolytiques conduisant à une prise en charge par les urgentistes et les

réanimateurs plutôt que par les psychiatres (94–97).

### 5. Comparaison des particularités cliniques liées aux étiologies psychiatriques versus somatiques

Bien qu'aucune étiologie du syndrome catatonique ne présente de signe pathognomonique, on retrouve certaines associations préférentielles de signes, de formes et d'évolutions dans certaines étiologies. Les caractéristiques cliniques prépondérantes aux étiologies psychiatriques d'une part, et somatiques ou toxiques d'autre part, sont répertoriées dans le Tableau 23.

**Tableau 23:** Arguments cliniques en faveur d'une étiologie psychiatrique ou somatique au syndrome catatonique en population pédiatrique :

	<b>Caractéristiques cliniques orientant vers une étiologie psychiatrique</b>	<b>Caractéristiques cliniques orientant vers une étiologie somatique ou toxique</b>
<b>Statut pubertaire</b>	Pubère	Pré-pubère
<b>Sexe</b>	Masculin	Féminin
<b>Antécédents personnels et familiaux</b>	Psychiatriques, en particulier schizophrénie	Somatiques, en particulier auto-immuns / neurologiques / neuro-métaboliques
<b>Début</b>	Insidieux	Brutal
<b>Évolution</b>	Chronique	Aiguë
<b>Signes cliniques associés</b>	Aucun, syndrome catatonique isolé	Signes généraux Signes neurologiques Atteinte d'autres organes
<b>Autres</b>		Notion de contagé Prise de traitement / toxiques Mauvaise réponse au traitement traditionnel du syndrome catatonique

N.B. : la limite entre début insidieux et brutal est fixée à 10 jours dans la revue de littérature de Cohen et collaborateurs en 2005 (3)

## **6. Diagnostiques différentiels du syndrome catatonique**

Comme pour toute démarche diagnostique, il est important de connaître les diagnostics différentiels du syndrome catatonique. Ceux-ci sont répertoriés dans le Tableau 24.

**Tableau 24:** Diagnostics différentiels au syndrome catatonique, d'après Kakooza-Mwesige et collaborateurs 2008, *Catatonie in autism: implications across the life span* (81) :

<b>Troubles hyperkinétiques</b>
- Akathisie
- Dyskinésie tardive
- Dystonie aiguë
- Tics/ Syndrome de Gilles de la Tourette
- Épilepsie
- Delirium
- Compulsions (en cas de trouble obsessionnel compulsif)
- Mutisme sélectif
- Trouble conversif
- Dyskinésies post-sevrage
<b>Troubles hypokinétiques</b>
- Coma
- Épilepsie / état de mal épileptique
- Syndrome malin des neuroleptiques
- Hyperthermie maligne
- Syndrome sérotoninergique
- Parkinsonisme et Maladie de Parkinson

### **C) Prise en charge**

#### **1. Démarche diagnostique**

La prise en charge d'un syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent est tout d'abord pluridisciplinaire et guidée par la clinique (4,6,11,39). Dans l'idéal, elle doit pouvoir associer a minima, l'intervention de pédopsychiatres et de neuropédiatres.



Quelque soit le terrain, l'anamnèse du patient (lorsqu'elle est possible) et de son entourage doit être minutieuse. Elle s'attarde en particulier sur les antécédents personnels et familiaux, la prise de traitement ou d'autres toxiques, retrace le plus précisément possible l'évolution des symptômes (début brutal ou insidieux, évolution aiguë ou chronique) et les signes psychiatriques (hallucinations, trouble de l'humeur, etc.) et neurologiques associés (crises convulsives, confusion, etc.) (11). Cet interrogatoire est une base indispensable pour aiguiller le cadre étiologique.

Ensuite, l'examen clinique, tout aussi précis, doit identifier le syndrome catatonique et sa sévérité à l'aide d'échelles validées en population pédiatrique (voir Annexes 1 et 1 bis), adaptées si possible au terrain sous-jacent. Il doit aussi rechercher tout signe évocateur d'une organicité (signes dysmorphiques, anomalie de l'examen neurologique, présence d'un anneau de Kayser-Fleischer, hépato-splénomégalie dans les maladies de surcharge...). Ces données cliniques doivent guider la réalisation d'examens complémentaires à visée étiologique.

De manière générale, dans des études datant de 2012 et 2008 respectivement, Consoli et collaborateurs, et Lahutte et collaborateurs réalisaient de manière systématique les examens suivants (6,11):

- 1) Examens hématologiques et biochimiques de routine (Numération Formule Sanguine, plaquettes, vitesse de sédimentation ionogramme, urémie, créatininémie, glycémie, phosphatémie, magnésémie, évaluation de la fonction hépatique)
- 2) Recherche d'anticorps anti-nucléaires dans le sang
- 3) Dosage de l'ammoniémie, de l'homocystéinémie, de la céruléoplasmine plasmaticque
- 4) Recherche de toxiques sanguins et urinaires

- 5) IRM cérébrale
- 6) Electroencéphalogramme (EEG)

En cas de fièvre, ils complétaient ces examens par une analyse cyto-biochimique et recherche de germe dans le LCR.

Suite à la découverte de l'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> et l'accroissement du nombre de cas dans la littérature, principalement chez des sujets jeunes, Consoli et collaborateurs envisageaient d'étendre la réalisation d'une ponction lombaire avec recherche d'auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> (voir Tableau 25) (6).

**Tableau 25:** Quand suspecter une encéphalite à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub>, d'après Consoli et collaborateurs (6) :

Syndrome catatonique à début brutal <b>et</b> :
Signes d'encéphalopathie sur l'EEG
<b>ou</b>
Signes neurologiques, même discrets
<b>ou</b>
Résistance au traitement du syndrome catatonique

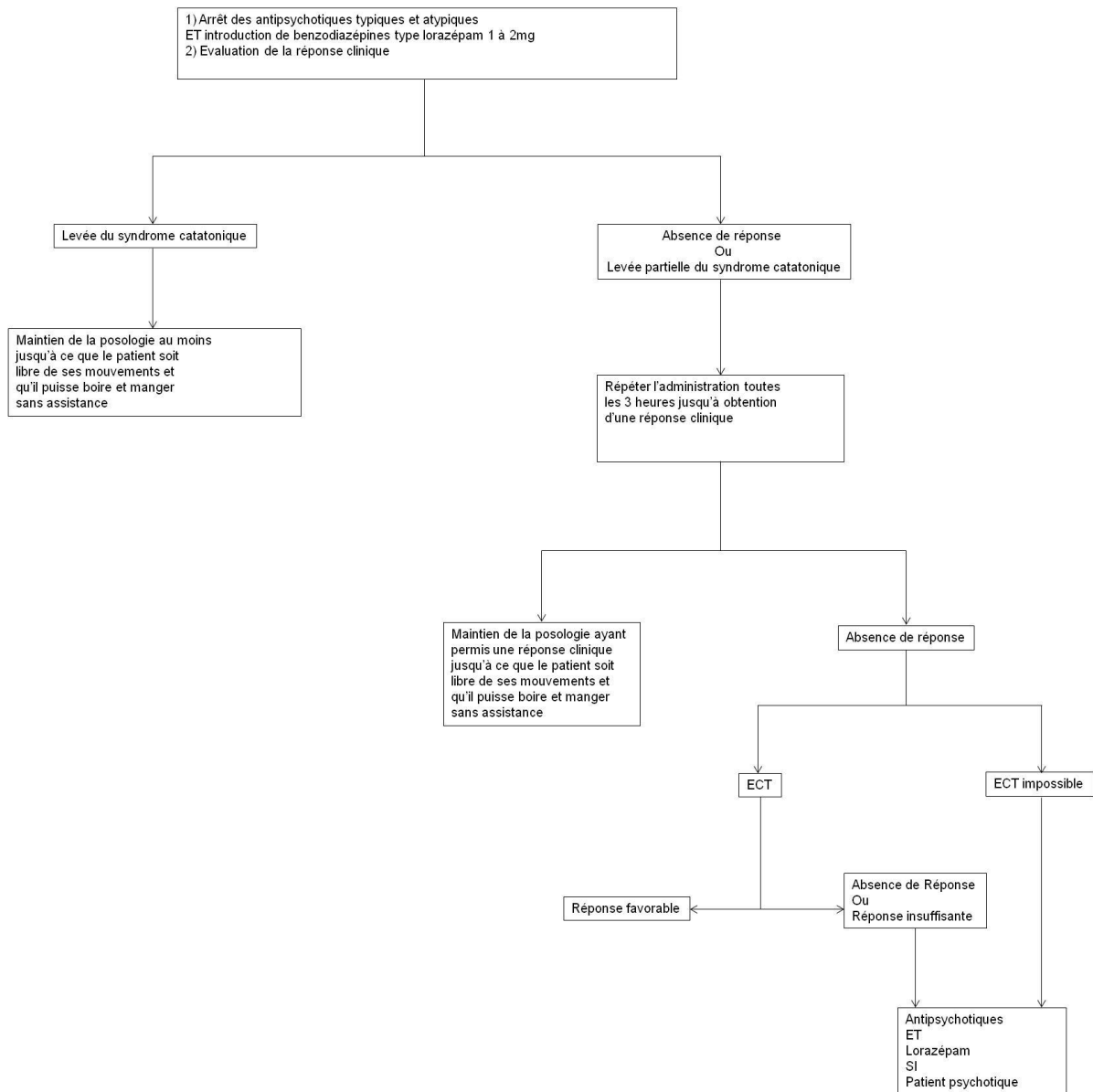
## 2. Démarche thérapeutique

La prise en charge symptomatique n'est pas formellement codifiée mais reste similaire à celle de l'adulte. La première ligne de traitement consiste donc en l'arrêt d'un éventuel traitement antipsychotique et l'administration de benzodiazépines à fortes doses (type lorazépam) (11). En cas de non-réponse, de réponse insuffisante au traitement médicamenteux, ou de syndrome catatonique malin, l'ECT doit être envisagée (11,47,68,98–100). La réponse du syndrome catatonique à l'ECT est

excellente et de l'ordre de 80 à 100% (47). Ce traitement peut être appliqué et permettre une évolution favorable des troubles, même en cas d'étiologie non-psychiatrique. C'est l'exemple de plusieurs cas de syndrome catatonique secondaire au LES n'ayant pas répondu aux benzodiazépines mais ayant régressé grâce à l'ECT (88,89).

La seule contre-indication absolue à l'ECT est l'hypertension intracrânienne, les autres contre-indications éventuelles concernent l'anesthésie générale. Il faut donc réaliser un bilan pré-anesthésique et obligatoirement obtenir l'accord des parents du patient avant de débiter les séances d'ECT. La démarche thérapeutique à suivre en cas de syndrome catatonique est restituée dans la Figure 2.

**Figure 2:** Traitement symptomatique du syndrome catatonique, d'après Rosebush et Mazurek 2010 *Catatonica and its treatment*, traduction de l'auteur (1):



N.B : La durée d'évaluation de la réponse au traitement par benzodiazépines n'est pas formellement définie. cependant, la majorité des cas répondent dans les 3 heures suivant l'introduction des benzodiazépines (1).

La prise en charge sus-décrite permet l'involution du syndrome catatonique dans la majorité des cas. La littérature rapporte toutefois des cas où il a été nécessaire d'y associer le traitement étiologique afin d'enrayer le syndrome catatonique (sans que des facteurs puissent être clairement identifiés) (89,90). Ce traitement dépend bien entendu de la pathologie sous-jacente (6,11) (en annexes 2 et 3: le traitement du LES et de l'encéphalite à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub>).

En parallèle à ces différents traitements, la prise en charge s'accompagne de soins de nursing adaptés, d'un ajustement relationnel au patient, ainsi que d'un accompagnement psychique de ses parents et de sa fratrie.

### **III) ÉTUDE : évaluation de l'état actuel des connaissances sur le syndrome catatonique des professionnels de santé (psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres)**

#### **A) Méthodologie de l'enquête**

##### ***1. construction et diffusion du questionnaire***

Dans ce contexte scientifique où certaines recherches (3,4,9,10,12,19,36) et notre pratique clinique ont pu montrer que la connaissance du syndrome catatonique et de sa prise en charge pouvaient être insuffisante chez les psychiatres d'enfant ou d'adulte et les pédiatres. Nous avons souhaité évaluer plus précisément l'état des connaissances des jeunes professionnels médicaux français de l'enfance et de l'adolescence sur ce syndrome, un questionnaire standardisé, construit par Aesa Parenti et le Dr Pierre Alexis Geoffroy, a été diffusé aux adhérents de l'Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) et de l'Association des Juniors en Pédiatrie (AJP). Ces associations regroupent des internes et des jeunes praticiens de psychiatrie-pédopsychiatrie et de pédiatrie respectivement.

##### ***2. Contenu du questionnaire***

Le questionnaire (disponible en Annexe 4) était composé de questions à choix multiples et de questions à choix unique. Il portait sur la profession des participants, leur implication clinique face au syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que sur leurs connaissances du syndrome et de sa prise en charge. La liste des items étiologiques retenait les étiologies les plus fréquentes

et les participants pouvaient compléter cette liste étiologique dans une section « autre ».

Les propositions sémiologiques soumises dans le questionnaire reprenaient les critères diagnostiques du DSM 5 (31) et étaient complétées par des données issues de la littérature scientifiques internationales précédemment détaillées. Nous avons choisi d'utiliser des termes sémiologiques simples afin de faciliter les réponses des personnes interrogées et de réduire le temps de passation.

### **3. Analyse des résultats**

Le tableau comportant l'ensemble des réponses reçues est disponible en Annexe 5. Aucun sujet n'a été retiré de l'analyse des résultats. Ainsi, son contenu est tel que les participants de l'enquête l'ont formulé.

Pour plus de lisibilité, et obtenir la meilleure interprétation possible de cette enquête, certaines réponses ont été étudiées par spécialité, d'autres par association d'item (notamment concernant les choix thérapeutiques). Ces données sont illustrées sous forme de tableaux ou de diagrammes dans la partie « résultats ».

Un ensemble de statistiques descriptives a été réalisé.

Parmi les réponses relatives au traitement, ont été considérées comme « traitement étiologique » les réponses suivantes :

- « tout dépend des résultats d'examen »
- « dépend de la réponse à la 1<sup>ère</sup> ligne »

N'a pas été considéré comme « traitement étiologique » la réponse « élimination d'une pathologie somatique ».

Les réponses suivantes ont été considérées comme « inappropriées » :

- « élimination d'une pathologie somatique ».

- « hospitalisation »
- « perfusion »
- « zolpidem »

Pour les réponses « sismothérapie, stimulation magnétique transcrânienne », il a été considéré que le participant envisageait de réaliser l'une ou l'autre.

La réponse « arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie » a été comptée parmi les réponses « sismothérapie seule » lorsque le participant avait déjà répondu « arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, » à la question sur la 1<sup>ère</sup> ligne thérapeutique.

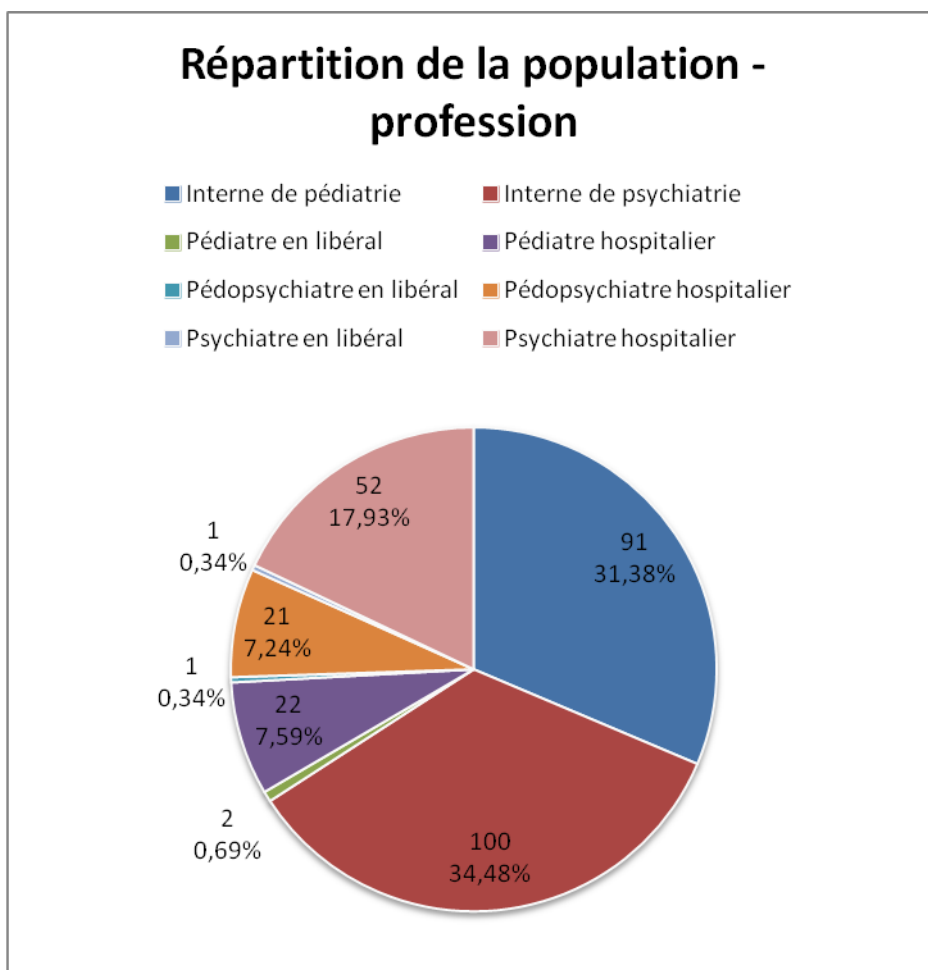
## **B) Résultats**

### ***1. Participants à l'enquête***

Au total, 290 personnes ont répondu au questionnaire. Il s'agissait en majorité d'internes de psychiatrie et de pédiatrie (voir Diagramme 1). Leur origine géographique était diverse, bien qu'on retrouve une surreprésentation de médecins exerçant en région parisienne et dans le nord (voir Tableaux 26 à 28). Le questionnaire demandait au participant sa ville d'exercice (voir Tableaux 26 et 27), cependant, pour plus de clarté, une répartition géographique par département est également présentée dans le Tableau 28.



**Diagramme 1:** Répartition des participants à l'enquête, par spécialité et par statut professionnel (en nombre absolu et en pourcentage de participants):



**Tableau 26:** Répartition géographique des participants par ville (par ordre décroissant) – partie 1:

Ville d'exercice	Nombre de participants	Répartition des participants par ville
<b>Total général</b>	290	100,0%
<b>Paris</b>	64	22,1%
<b>Lille</b>	57	19,7%
<b>Lyon</b>	27	9,3%
<b>Rouen</b>	15	5,2%
<b>Marseille</b>	15	5,2%
<b>Strasbourg</b>	13	4,5%
<b>Toulouse</b>	11	3,8%
<b>Angers</b>	5	1,7%
<b>Bordeaux</b>	5	1,7%
<b>Grenoble</b>	5	1,7%
<b>Rennes</b>	4	1,4%
<b>Douai</b>	3	1,0%
<b>Rouffach</b>	3	1,0%
<b>Clermont-Ferrand</b>	3	1,0%
<b>Caen</b>	3	1,0%
<b>Nice</b>	3	1,0%
<b>Amiens</b>	3	1,0%
<b>Valenciennes</b>	2	0,7%
<b>Brest</b>	2	0,7%
<b>Tourcoing</b>	2	0,7%
<b>Gentilly</b>	2	0,7%
<b>Saint Etienne</b>	2	0,7%
<b>Armentières</b>	2	0,7%
<b>Bondy</b>	2	0,7%
<b>Poitiers</b>	2	0,7%
<b>Nancy</b>	2	0,7%
<b>Brumath</b>	2	0,7%
<b>Arras</b>	2	0,7%
<b>Saint Maurice</b>	1	0,3%
<b>Limoges</b>	1	0,3%
<b>Seclin</b>	1	0,3%
<b>Villefranche-sur-Saone</b>	1	0,3%
<b>Dieppe</b>	1	0,3%
<b>Boulogne-sur-mer</b>	1	0,3%
<b>Sallanches</b>	1	0,3%
<b>Morlaix</b>	1	0,3%
<b>Suisse</b>	1	0,3%

**Tableau 27:** Répartition géographique des participants par ville (par ordre décroissant) – partie 2 :

Ville d'exercice	Nombre de participants	Répartition des participants par ville
Evreux	1	0,3%
Londres	1	0,3%
Nantes	1	0,3%
Le Havre	1	0,3%
Fort-de-France	1	0,3%
Saint Venant	1	0,3%
Clermont de l'Oise	1	0,3%
Saverne	1	0,3%
Bourgoin-Jallieu	1	0,3%
Le Mans	1	0,3%
Kremlin Bicetre	1	0,3%
Colmar	1	0,3%
Rochefort	1	0,3%
Tours	1	0,3%
Ronchin	1	0,3%
Versailles	1	0,3%
Aubervilliers	1	0,3%
Corbeil-Essonnes	1	0,3%
Lausanne	1	0,3%
Montpellier	1	0,3%

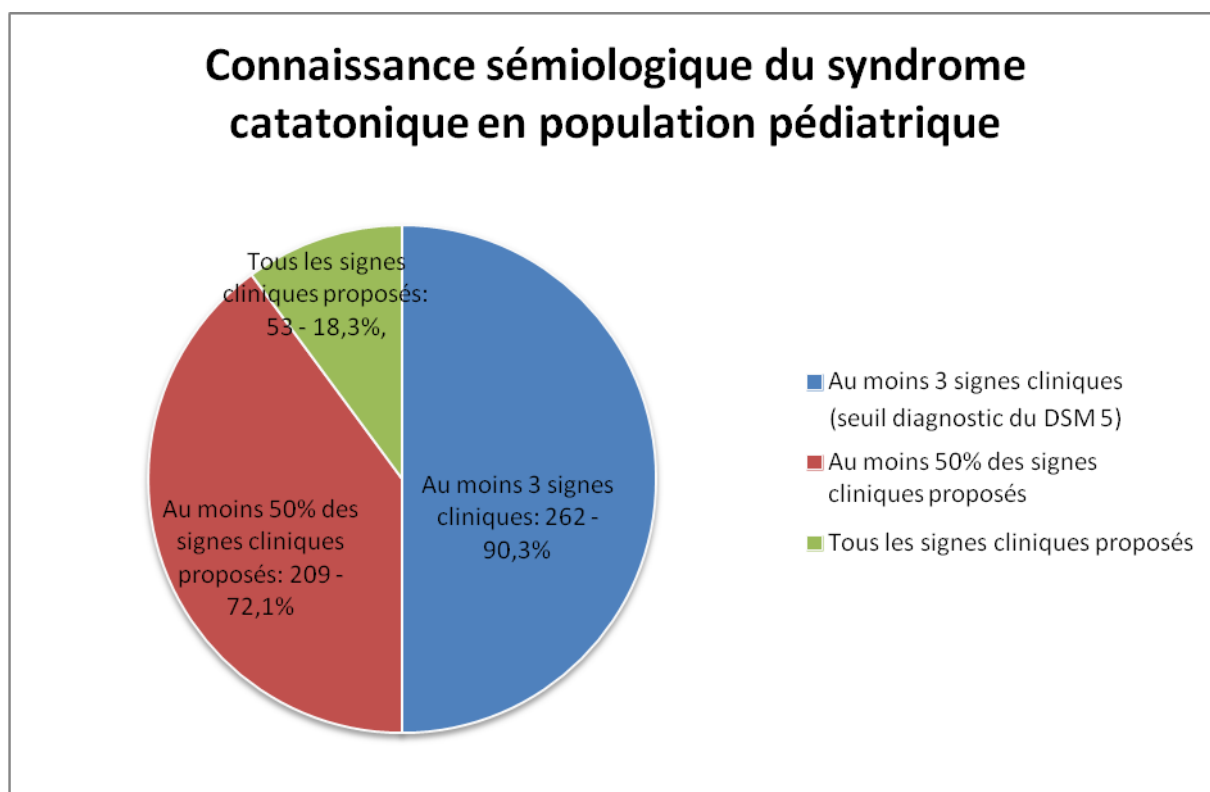
**Tableau 28:** Répartition géographique des participants par département (par ordre décroissant):

Département d'exercice	Nombre de participants par département	Taux de représentation de chaque département
<b>Total général</b>	290	100,00%
<b>Nord</b>	68	23,45%
<b>Paris</b>	64	22,07%
<b>Rhône</b>	28	9,72%
<b>Bas-Rhin</b>	17	5,90%
<b>Seine-Maritime</b>	17	5,90%
<b>Bouches-du-Rhône</b>	15	5,21%
<b>Haute-Garonne</b>	11	3,82%
<b>Isère</b>	6	2,08%
<b>Gironde</b>	5	1,74%
<b>Maine-et-Loire</b>	5	1,74%
<b>Haut-Rhin</b>	4	1,39%
<b>Ille-et-Vilaine</b>	4	1,39%
<b>Pas-de-Calais</b>	4	1,39%
<b>Puy-de-Dôme</b>	4	1,39%
<b>Alpes-Maritimes</b>	3	1,04%
<b>Calvados</b>	3	1,04%
<b>Etranger</b>	3	1,04%
<b>Finistère</b>	3	1,04%
<b>Seine-Saint-Denis</b>	3	1,04%
<b>Somme</b>	3	1,04%
<b>Val-de-Marne</b>	3	1,04%
<b>Loire</b>	2	0,69%
<b>Meurthe-et-Moselle</b>	2	0,69%
<b>Vienne</b>	2	0,69%
<b>Charente-Maritime</b>	1	0,35%
<b>Essonne</b>	1	0,35%
<b>Eure</b>	1	0,35%
<b>Haute-Vienne</b>	1	0,35%
<b>Hérault</b>	1	0,35%
<b>Indre-et-Loire</b>	1	0,35%
<b>Loire-Atlantique</b>	1	0,35%
<b>Martinique</b>	1	0,35%
<b>Oise</b>	1	0,35%
<b>Sarthe</b>	1	0,35%
<b>Yvelines</b>	1	0,35%

## 2. Confrontation et connaissance clinique du syndrome

Au total, 60,6% des personnes ayant répondu déclaraient pouvoir rencontrer, au cours de leur pratique, un patient présentant un syndrome catatonique, et 48,6% s'estimaient en capacité de reconnaître le syndrome (80,9% en spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique, 19,1% en spécialité pédiatrique). Pourtant, si 90,3% repéraient au moins 3 signes cliniques parmi les propositions sémiologiques (ce qui correspond au seuil diagnostique retenu par le DSM 5) et que 72,1% en reconnaissaient au moins la moitié, seulement 18,3% pouvaient identifier l'ensemble des signes cliniques proposés comme faisant partie de la sémiologie du syndrome catatonique (voir Diagramme 2).

**Diagramme 2:** réponses concernant la sémiologie du syndrome catatonique (proportion et valeurs absolues):



Les signes cliniques les plus cités étaient « mutisme » (92,4% des personnes sondées), suivi de « absence de réponse aux différents stimuli » (90,3% des personnes interrogées) et de « fluctuation des symptômes dans le temps » (67,8% des participants à l'enquête). Le signe clinique le moins souvent repéré était « autres troubles du langage » (cité par 36,6% des participants à l'enquête). L'état d'agitation était cité par 43,1% des participants. Le nombre de réponses obtenu pour chaque item sémiologique est repris dans le Tableau 29.

**Tableau 29:** Nombre et taux de réponses obtenus pour chaque item sémiologique du syndrome catatonique proposé dans l'enquête, toutes spécialités confondues et par spécialité (par ordre décroissant):

Signes sémiologiques repérés	Nombre et taux de réponses			
	Toutes spécialités confondues	Spécialité psychiatrique / pédopsychiatrique	Spécialité pédopsychiatrique	Spécialité pédiatrique
<b>Mutisme</b>	268 92,4%	166 94,9%	19 86,4%	102 88,7%
<b>Absence de réactions aux différents stimuli</b>	262 90,3%	157 89,7%	21 95,5%	105 91,3%
<b>Fluctuation des symptômes</b>	189 65,2%	129 73,7%	15 68,2%	60 52,2%
<b>Troubles végétatifs</b>	181 62,4%	128 73,1%	18 81,8%	53 46,1%
<b>Comportement étrange</b>	158 54,5%	108 61,7%	14 63,6%	50 43,5%
<b>Comportement d'opposition</b>	145 50,0%	121 69,1%	11 50,0%	24 20,9%
<b>Etat d'agitation</b>	125 43,1%	101 57,7%	7 31,8%	24 20,9%
<b>Autres troubles du langage</b>	106 36,6%	79 45,1%	7 31,8%	27 23,5%
<b>Tous les signes cliniques reconnus</b>	53 18,3%	45 25,7%	3 13,6%	8 7,0%
<b>Au moins 50% des signes cliniques reconnus</b>	209 72,1%	148 84,6%	18 81,8%	61 53,0%
<b>Au moins 3 signes cliniques reconnus</b>	262 90,3%	163 93,1%	21 95,5%	99 86,1%

### **3. Connaissance de la sévérité et des étiologies du syndrome**

Le syndrome catatonique était très majoritairement reconnu comme étant possiblement létal (90% des participants).

Seulement 54,1% des participants considéraient la catatonie comme un syndrome transnosographique (cela concernait 81,7% des réponses de psychiatres, pédopsychiatres, internes de psychiatrie, et 12% des réponses des pédiatres et internes de pédiatrie). Pourtant, 91,4% des personnes interrogées citaient des étiologies somatiques, toxiques ou iatrogéniques (88,6% des participants de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique et 95,7% des participants de spécialité pédiatrique). L'étiologie la plus fréquemment mentionnée était somatique, il s'agissait de l'encéphalite (mentionnée par 83,1% des participants, avec une répartition de cette réponse équivalente dans les deux spécialités). En 2<sup>ème</sup> place, on retrouvait la mélancolie (citée par 82% des participants, par 89,1% des participants de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique et par 71,3% des participants de spécialité pédiatrique). La schizophrénie, était la 1<sup>ère</sup> étiologie citée par les pédopsychiatres (90,9%) mais contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, se situait en 4<sup>ème</sup> position, toutes spécialités confondues, derrière la consommation de toxiques (évoquée par 74% des participants, par 69,1% des participants de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique, par 81,7% des participants de spécialité pédiatrique). Seulement 10% des participants reconnaissaient l'ensemble des étiologies proposées comme pouvant être associées au syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent. Douze autres étiologies ont été proposées par les personnes interrogées, dont « maladie métabolique », « maladie neurologique » et « maladie infectieuse » (voir Tableau 30).



**Tableau 30:** Nombre et taux de réponses correspondant à chaque item étiologique proposé dans l'enquête, pour l'ensemble des participants et par spécialité (par ordre décroissant):

Etiologies suspectées	Nombre et taux de réponses			
	Toutes spécialités confondues	Spécialité psychiatrique / pédopsychiatrique	Spécialité pédopsychiatrique	Spécialité pédiatrique
<b>Encéphalite</b>	241 83,10%	145 82,9%	15 68,2%	96 83,5%
<b>Mélancolie</b>	238 82,07%	156 89,1%	18 81,8%	82 71,3%
<b>Consommation de toxique</b>	215 74,14%	121 69,1%	13 59,1%	94 81,7%
<b>Schizophrénie</b>	203 70,00%	152 86,9%	20 90,9%	51 44,3%
<b>Maladie auto-immune</b>	125 43,10%	88 50,3%	7 31,8%	37 32,2%
<b>Episode maniaque</b>	53 18,28%	40 22,9%	3 13,6%	13 11,3%
<b>Autres</b>	18 6,21%	13 7,4%	2 9,1%	5 4,3%
<b>Toutes les étiologies proposées citées</b>	29 10,00%	24 13,7%	2 9,1%	5 4,3%
<b>Etiologies somatiques / toxiques / iatrogéniques</b>	281 91,4%	154 88,6%	17 77,3%	110 95,7%

#### **4. Prise en charge du syndrome**

##### *i. Bilan étiologique*

Concernant la prise en charge, les participants ont très majoritairement considéré qu'elle devait être mixte (psychiatrique et somatique). Cinq examens étaient le plus souvent mentionnés : l'examen clinique (97,9%), la recherche de toxiques sanguins et urinaires (85,9%), l'IRM cérébrale (78,6%), la recherche de syndrome inflammatoire sur la prise de sang (71%) et enfin l'EEG (électro-encéphalogramme) (62,8%). Ces réponses sont cohérentes avec la suspicion d'une origine toxique ou encéphalitique. L'ensemble de ces données est répertorié dans le Tableau 31.

**Tableau 31:** Nombre et taux de réponses pour chaque item « examen complémentaire » proposé, toutes spécialités confondues et par spécialité (par ordre décroissant):

Examens complémentaires réalisés	Nombre et taux de réponses			
	Toutes spécialités confondues	Spécialité psychiatrique / pédopsychiatrique	Spécialité pédopsychiatrique	Spécialité pédiatrique
Examen clinique	284 97,9%	171 97,7%	21 95,5%	113 98,3%
Recherche de toxiques	249 85,9%	143 81,7%	17 77,3%	106 92,2%
IRM cérébrale	228 78,6%	146 83,4%	13 59,1%	82 71,3%
Analyse cytochimique du LCR	130 44,8%	61 34,9%	3 13,6%	69 60,0%
Analyse bactériologique, virologique du LCR	124 42,8%	60 34,3%	3 13,6%	64 55,7%
EEG	182 62,8%	110 62,9%	13 59,1%	72 62,6%
Syndrome inflammatoire à la prise de sang	206 71%	142 81,1%	15 68,2%	64 55,7%
Bilan auto-immun	79 27,2%	51 29,1%	4 18,2%	28 24,3%
Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR	59 20,3%	32 18,3%	2 9,1%	27 23,5%
Isoélectrofocalisation du LCR	29 10%	14 8,0%	0 0,0%	15 13,0%

## ii. Prise en charge thérapeutique

### ii.1. Prise en charge thérapeutique en 1<sup>ère</sup> intention

Même si 52,4% des médecins interrogés prescrivait des benzodiazépines en première intention face à un syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent, 68 (23,4%) ont répondu correctement à la 1<sup>ère</sup> ligne de traitement, à savoir « arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique ou atypique et administration de benzodiazépines ». Les prescripteurs de benzodiazépines étaient majoritairement de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique (72,0% des médecins dans ces deux spécialités confondues, 50% en spécialité pédopsychiatrique, contre 22,6% en

pédiatrie). A l'encontre des recommandations, 20% des médecins interrogés prescrivaient un antipsychotique typique ou un APA en 1<sup>ère</sup> intention (15,4% des médecins de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique et 26,9% des médecins de spécialité pédiatrique). La sismothérapie (ou ECT) était envisagée comme traitement de 1<sup>ère</sup> ligne par 3,5% des médecins interrogés (par 4,0% des participants de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique et par 2,6% des participants de spécialité pédiatrique). Enfin, 9,4% affirmaient ne pas savoir quel traitement proposer (soit 1,7% des participants de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique et 20,9% des participants de spécialité pédiatrique). Le détail des réponses se trouve dans le Tableau 32.

**Tableau 32:** Nombre et taux de réponses pour chaque item thérapeutique choisi en 1<sup>ère</sup> intention, toutes spécialités confondues et par spécialité (par ordre décroissant):

Propositions thérapeutiques	Nombre et taux de réponses			
	Toutes spécialités confondues	Spécialité psychiatrique / pédopsychiatrique	Spécialité pédopsychiatrique	Spécialité pédiatrique
Administration de benzodiazépines	152 52,4%	126 72,0%	11 50%	26 22,6%
Arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotiques typiques	124 42,8%	98 56,0%	11 50%	26 22,6%
Arrêt d'un éventuel traitement par APA	115 39,7%	90 51,4%	9 40,9%	25 21,7%
Arrêt de tous les antipsychotiques (typiques et atypiques)	110 37,9%	87 49,7%	9 40,9%	23 20,0%
Arrêt des antipsychotiques et administration de benzodiazépines	68 23,4%	67 38,3%	4 18,2%	1 0,9%
Administration d'antipsychotiques, typiques ou APA, seuls ou en association	58 20,0%	27 15,4%	4 18,2%	31 26,9%
Arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	54 18,6%	17 9,7%	4 18,2%	37 32,2%
Administration d'APA	40 13,8%	24 13,7%	3 13,6%	16 13,9%
Ne sait pas	27 9,3%	3 1,7%	1 4,5%	24 20,9%
Administration d'antipsychotique typique	18 6,2%	3 1,7%	1 4,5%	15 13,0%
Administration d'un agoniste glutamatergique	12 4,1%	5 2,9%	0 0,0%	7 6,1%
Sismothérapie	10 3,4%	7 4,0%	1 4,5%	3 2,6%
Traitement étiologique	6 2,1%	1 0,6%	0 0,0%	5 4,3%
Réponse inappropriée	5 1,7%	3 1,7%	0 0,0%	2 1,7%
Stimulation magnétique transcrânienne	3 1,0%	1 0,6%	0 0,0%	2 1,7%
Soins de nursing	1 0,3%	1 0,6%	1 4,5%	0 0,0%

*ii.2. Prise en charge thérapeutique en 2<sup>nde</sup> intention*

En 2<sup>nde</sup> intention, 43,8 % des participants envisageaient d'utiliser la sismothérapie (53,7% en spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique, 28,7% en spécialité pédiatrique), ce qui en fait le traitement de 2<sup>nde</sup> ligne le plus cité. La sismothérapie était utilisée seule pour 19% des participants. On retrouvait ensuite l'administration d'antipsychotiques typiques ou atypiques utilisés seuls ou associés à d'autres traitements (30,7 % des réponses, soit 31,4% des participants de spécialité psychiatrique ou pédopsychiatrique et 29,6% en spécialité pédiatrique). Seulement 1% des participants associaient benzodiazépines et APA. Enfin, 11% des participants indiquaient ne pas savoir quel traitement proposer (80% d'entre eux étaient de spécialité pédiatrique). L'ensemble des réponses est représentée dans le Tableau 33.

**Tableau 33:** Nombre et taux de réponses pour chaque item thérapeutique choisi en 2<sup>nde</sup> intention, toutes spécialités confondues et par spécialité (par ordre décroissant):

Propositions thérapeutiques	Nombre et taux de réponses			
	Toutes spécialités confondues	Spécialité psychiatrique / pédopsychiatrique	Spécialité pédopsychiatrique	Spécialité pédiatrique
<b>Sismothérapie (seule ou avec un autre traitement)</b>	127 43,8%	94 53,7%	8 36,4%	32 28,7%
<b>Antipsychotique typique ou APA, seul ou en association</b>	89 30,7%	55 31,4%	6 27,3%	34 29,6%
<b>Sismothérapie seule</b>	80 27,8%	57 32,6%	7 31,8%	23 20,0%
<b>Administration d'APA</b>	70 24,1%	50 28,6%	5 22,7%	20 17,4%
<b>Ne sait pas</b>	46 16,0%	9 5,1%	4 18,2%	37 32,2%
<b>Administration d'APA seul</b>	43 14,9%	34 19,4%	4 18,2%	9 7,8%
<b>Administration de benzodiazépines</b>	31 10,8%	24 13,7%	3 13,6%	7 6,1%
<b>Administration d'antipsychotique typique</b>	19 6,5%	5 2,9%	1 4,5%	14 12,2%
<b>Sismothérapie + APA</b>	17 5,9%	14 8,0%	1 4,5%	3 2,6%
<b>Arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique</b>	17 5,9%	14 8,0%	1 4,5%	3 2,6%
<b>Stimulation magnétique transcrânienne</b>	16 5,6%	11 6,3%	2 9,1%	6 5,2%
<b>Arrêt d'un éventuel traitement par APA</b>	15 5,2%	12 6,9%	2 9,1%	3 2,6%
<b>Arrêt des antipsychotiques (typiques et APA)</b>	10 3,5%	9 5,1%	1 4,5%	1 0,9%
<b>Arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines</b>	7 2,4%	4 2,3%	0 0,0%	3 2,6%
<b>Sismothérapie + benzodiazépines</b>	5 1,7%	5 2,9%	0 0,0%	0 0,0%
<b>Administration d'APA + benzodiazépines</b>	3 1,0%	3 1,7%	1 4,5%	0 0,0%
<b>Réponse inappropriée</b>	3 1,0%	2 1,1%	1 0,9%	1 0,9%
<b>Traitement étiologique</b>	3 1,0%	2 1,1%	0 0,0%	1 0,9%

## DISCUSSION

### A) A propos de l'étude réalisée

#### 1. Interprétation des résultats

Concernant l'enquête réalisée, il peut être considéré que ce travail est représentatif des connaissances actuelles des jeunes psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres français sur le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent. Un grand nombre de réponses a en effet été reçu, émanant de différentes villes du pays. Les internes ayant été les plus nombreux à répondre à l'enquête, il est logique de trouver une surreprésentation de participants venant des départements du Nord et de Paris, le *numerus clausus* étant plus élevé dans ces zones géographiques par rapport au reste de la France. Pour une évaluation plus globale, il aurait été intéressant de soumettre le questionnaire à des praticiens ayant reçu leur formation médicale avant la séparation du syndrome catatonique du diagnostic de schizophrénie. La place de cette pathologie dans le classement des étiologies à suspecter aurait peut-être été différente. Toutefois, en dehors de l'aspect étiologique, le regain d'intérêt pour le syndrome catatonique en population pédiatrique en France ne datant que d'une quinzaine d'années, nous pouvons supposer que les connaissances sur le sujet ne sont peut-être pas plus approfondies chez les praticiens plus âgés.

Bien que la soumission de questions à choix multiples ait pu influencer les réponses des participants à l'enquête, cette option a été préférée à celle des questions ouvertes, afin de limiter le temps de passation et donc ainsi inciter un plus grand nombre de personnes à y répondre et homogénéiser l'interprétation des résultats. D'ailleurs, l'influence éventuelle des réponses des participants pouvait être modulée



par la possibilité qu'ils avaient de compléter l'item « autre ».

**Cinq points majeurs émergent des résultats de cette enquête :**

- 1) La connaissance du potentiel léthal du syndrome catatonique (90% des participants à l'enquête)
- 2) Le manque de connaissance des étiologies du syndrome (seulement 10% des participants citaient toutes les étiologies proposées et chez les participants de spécialité pédiatrique, ce taux descendait à 4,3%)
- 3) Le manque de connaissance sémiologique du syndrome toutes spécialités confondues (seulement 18,3% de reconnaissances des signes cliniques). Cette méconnaissance était encore plus marquée chez les pédiatres (7,0% reconnaissaient l'ensemble des signes cliniques proposés) et les pédopsychiatres dans une moindre mesure (13,6% reconnaissaient l'ensemble des signes cliniques proposés)
- 4) La forte méconnaissance de la prise en charge thérapeutique du syndrome, particulièrement par les participants de spécialité pédiatrique (en 1<sup>ère</sup> ligne de traitement seulement 0,9% optaient pour le traitement adéquat et 20,9% admettaient ne pas savoir quel traitement administrer, 27,8% proposaient bien la sismothérapie en 2<sup>ème</sup> ligne de traitement et 32,2% admettaient ne pas savoir quel traitement administrer) et pédopsychiatrique (18,2% citaient le traitement symptomatique adéquat en 1<sup>ère</sup> intention et en 2<sup>nde</sup> intention 36,4% d'entre eux proposaient la sismothérapie seule ou en association avec un autre traitement ).
- 5) L'utilisation importante et contre-indiquée des antipsychotiques dans les traitements de première et de seconde intention sans préciser le terrain de survenue (traitements cités par 20% des participants en 1<sup>ère</sup> intention et 30,7% en 2<sup>nde</sup> intention),

laissant craindre une méconnaissance de leur potentiel néfaste dans le syndrome catatonique.

La représentation du syndrome catatonique reste principalement associée à des signes négatifs, limitant certainement sa recherche devant un état d'agitation (symptôme cité par 43,1% des participants seulement).

Aucun des participants n'ayant mentionné les TSA dans les étiologies du syndrome catatonique, ni dans les commentaires libres, la méconnaissance de l'association entre ces deux troubles est donc à craindre également.

## **2. Propositions d'intervention pour améliorer les connaissances du syndrome catatonique**

Le décès prématuré des jeunes patients présentant un syndrome catatonique est 60 fois plus élevé que dans la population générale de même sexe et âge (5). Malgré ce potentiel létal important et l'existence d'un traitement de première intention simple d'utilisation, accessible et efficace, le syndrome reste mal connu et donc mal diagnostiqué. Cela apparaît donc crucial de sensibiliser les professionnels médicaux à cette question, en particulier les pédopsychiatres, surtout s'ils travaillent avec des patients atteints de TSA, ou qu'ils exercent en pédopsychiatrie de liaison; mais aussi les pédiatres, du fait du nombre important d'étiologies non-psychiatriques associées à ce syndrome en population pédiatrique.

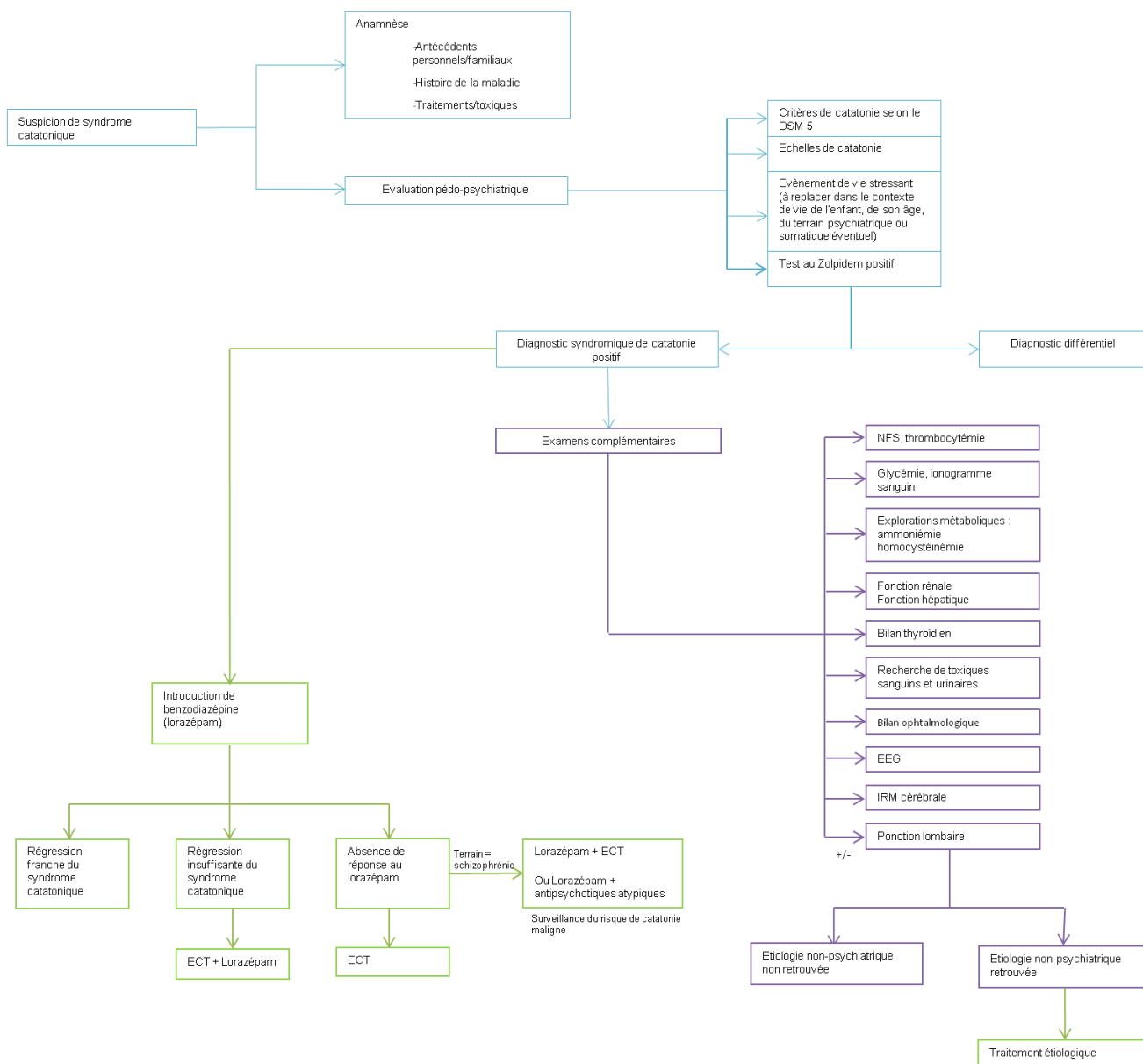
Afin d'améliorer les connaissances des médecins de l'enfance et de l'adolescence sur ce sujet, différents types d'intervention pourraient être discutées :

- 1) Inclusion du syndrome catatonique dans les objectifs de formation du second cycle (création d'un item spécifique pour l'ECN).

- 2) Dispensation de formations spécifiques aux professionnels concernés au titre de la formation médicale continue
- 3) Sensibilisation des professionnels concernés à l'utilisation des échelles de syndrome catatonique (par exemple celle de Bush et Francis)
- 4) Mise à disposition d'informations d'accès facile concernant le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent, ses méthodes d'évaluation et de prise en charge (site internet pédagogique ou à contenu universitaire comme l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique –AESP-, [www.asso-aesp.fr](http://www.asso-aesp.fr)).

Dans ces objectifs et à l'aide des données retrouvées dans la littérature, un logigramme sur la conduite à tenir face à une suspicion de syndrome catatonique en population pédiatrique pourrait finalement être proposé (voir Figure 3).

**Figure 3:** prise en charge diagnostique et thérapeutique du syndrome catatonique en population pédiatrique, proposition issue des données de la littérature disponibles chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte (1,4,6,7,11,39,49,98) (N.B. : le test au zolpidem est positif si le score d'évaluation initiale chute d'au moins 50% après la prise médicamenteuse (101)) :



Légende : Démarche diagnostique symptomatique Démarche diagnostique étiologique Prise en charge thérapeutique

## **B) A propos des classifications nosographiques**

Le travail d'association des signes sémiologiques en syndrome permet d'y donner un sens, que la découverte d'une étiologie et de mécanismes physio et/ou psychopathologiques sous-jacents vient compléter. Le regroupement de ces connaissances et leur diffusion doit être une ressource fiable pour la communauté médicale, lui permettant d'identifier les troubles présentés par les patients, et de les prendre en charge de la façon la plus adaptée possible.

Cependant, la réalisation de classifications peut avoir plusieurs limites. Une classification, quelle qu'elle soit, n'est pas une vérité absolue et peut donc comporter des manques, voire des erreurs, comme nous l'avons vu avec la classification de Kraepelin qui englobait la catatonie dans la schizophrénie. Les critères diagnostiques retenus peuvent également varier en termes de spécificité ou de sensibilité. Ainsi, pour la reconnaissance d'une même pathologie, l'utilisation de différentes catégorisations peut engendrer des résultats très variables. C'est ce qu'illustre par exemple l'étude de Stuvenga et Morrens parue en 2014, dans laquelle la prévalence du syndrome catatonique varie de 12,3% à 63,1% sur un même échantillon de patients en fonction des critères utilisés (ceux-ci provenaient des DSM IV et 5, de l'échelle de Bush et Francis et de celle de Fink et Taylor) (102). Aujourd'hui, nous pourrions aussi nous interroger sur les critères diagnostiques du syndrome catatonique dans le DSM 5, où il n'est pas fait mention du test au zolpidem comme test diagnostic, alors qu'il est positif dans 80% des cas chez l'adulte (14,49). Nous pourrions encore questionner l'absence de place faite au syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent au sein du DSM malgré les recommandations de plusieurs auteurs (9,23,24,103). Cette catégorisation pourrait peut-être pourtant en permettre une meilleure reconnaissance, ou tout du moins y sensibiliser un peu plus les

professionnels concernés.

### **C) A propos de la prise en charge thérapeutique dans le syndrome catatonique dans la littérature scientifique internationale**

Au-delà de ces questionnements diagnostiques, restent ceux portant sur la prise en charge thérapeutique. Chez l'enfant comme chez l'adulte, le traitement du syndrome catatonique reste empirique. Il n'a jamais pu y avoir, à ce jour, d'étude comparant l'efficacité du lorazépam à celle d'un placebo, ni à celle d'un autre traitement, pour des raisons évidemment pratiques et éthiques. Bien que le syndrome catatonique régresse habituellement sous lorazépam, la littérature rapporte des cas n'y ayant pas répondu mais ayant évolué favorablement sous une autre benzodiazépine, comme le diazépam (91), ou suite à l'administration d'antagoniste glutamatergique (51), sans que des facteurs explicatifs aient pu être clairement identifiés. Il en va de même pour la sismothérapie, dont le mécanisme d'action reste hypothétique. On pourrait aussi bien envisager que la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) ait une place dans le traitement du syndrome catatonique pédiatrique. L'utilisation de cette technique chez l'enfant (de plus de deux ans) et l'adolescent semble en effet sûre (104,105) et a déjà montré son utilité dans diverses pathologies psychiatriques (épisode dépressif majeur ou Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité, TSA par exemple) (106–109). Qui plus est, des cas de syndrome catatonique traités par rTMS ont déjà été rapportés en population adulte (110).

## CONCLUSION

Un peu moins de 150 ans après sa reconnaissance par le corps médical, le syndrome catatonique est une entité clinique encore mal diagnostiquée, mal traitée et dont la physiopathologie reste incertaine. Ce constat est encore plus alarmant dans la population pédiatrique comme le montre les résultats de notre enquête nationale. Sur le terrain, la diversité des symptômes peut être trompeuse et égarer les médecins non avertis, qu'ils soient psychiatres ou non. La présentation clinique peut aussi limiter la recherche étiologique au lieu de la guider. Sur le plan thérapeutique, l'absence de connaissances exactes des mécanismes d'action des traitements dans le syndrome catatonique et l'absence de recommandations formelles pour aiguiller la prise en charge peut amener à des prescriptions dangereuses pour le patient, dont celle des antipsychotiques.

Afin d'éviter une errance dans la prise en charge d'un syndrome catatonique de l'enfant ou de l'adolescent, il est donc important que les professionnels de santé soient mieux formés et collaborent dans cette prise en charge pour qu'elle soit complète et efficiente. Dans cet objectif, ce travail de synthèse, ainsi que ses différentes propositions d'aide au diagnostic et au traitement, pourraient être appliqués en clinique par les professionnels de santé.

Par ailleurs, il est à espérer que les recherches portant sur l'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> apportent une meilleure compréhension des mécanismes physio et psychopathologiques à l'origine du syndrome catatonique. Enfin, le développement d'outils et arbres décisionnels pédiatriques spécialisés, diagnostiques et thérapeutiques, devrait permettre d'améliorer la prise en charge et le pronostic de ces jeunes patients.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rosebush PI, Mazurek MF. Catatonia and Its Treatment. *Schizophr Bull.* 1 mars 2010;36(2):239-42.
2. Belaizi M, Yahia A, Mehssani J, Bouchikhi Idrissi M-L, Bichra M-Z. [Acute catatonia: Questions, diagnosis and prognostics, and the place of atypical antipsychotics]. *L'Encéphale.* juin 2013;39(3):224-31.
3. Cohen D, Nicolas J-D, Flament MF, Périsset D, Dubos P-F, Bonnot O, et al. Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: Evidence from a prospective naturalistic study. *Schizophr Res.* 15 juill 2005;76(2-3):301-8.
4. COHEN D, FLAMENT M, DUBOS P-F, BASQUIN M. Case Series: Catatonic Syndrome in Young People. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* août 1999;38(8):1040-6.
5. Cornic F, Consoli A, Tanguy M-L, Bonnot O, Périsset D, Tordjman S, et al. Association of adolescent catatonia with increased mortality and morbidity: Evidence from a prospective follow-up study. *Schizophr Res.* sept 2009;113(2-3):233-40.
6. Consoli A, Raffin M, Laurent C, Bodeau N, Champion D, Amoura Z, et al. Medical and developmental risk factors of catatonia in children and adolescents: A prospective case-control study. *Schizophr Res.* mai 2012;137(1-3):151-8.
7. Takaoka K, Takata T. Catatonia in childhood and adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1 avr 2003;57(2):129-37.
8. Thakur A, Jagadheesan K, Dutta S, Sinha VK. Incidence of catatonia in children and adolescents in a paediatric psychiatric clinic. *Aust N Z J Psychiatry.* janv 2003;37(2):200-3.
9. Shorter E. Making childhood catatonia visible, separate from competing diagnoses. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2012;125(1):3-10.
10. Ghaziuddin N, Dhossche D, Marcotte K. Retrospective chart review of catatonia in child and adolescent psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand.* 1 janv 2012;125(1):33-8.
11. Lahutte B, Cornic F, Bonnot O, Consoli A, An-Gourfinkel I, Amoura Z, et al. Multidisciplinary approach of organic catatonia in children and adolescents may improve treatment decision making. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 1 août 2008;32(6):1393-8.
12. Parenti A, Delion P, Geoffroy PA, Meurisse C, Cuisset JM, Joriot S, et al. Syndrome catatonique précoce et encéphalite à auto-anticorps antirécepteurs-



- NMDA : une mise au point. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* mai 2015;63(3):201-6.
13. Dhossche DM, Ross CA, Stoppelbein L. The role of deprivation, abuse, and trauma in pediatric catatonia without a clear medical cause. *Acta Psychiatr Scand.* 1 janv 2012;125(1):25-32.
  14. Fink M. Catatonia from its creation to DSM-V: Considerations for ICD. *Indian J Psychiatry.* 2011;53(3):214-7.
  15. Pommepuy N, Januel D. [Catatonia: resurgence of a concept. A review of the international literature]. *L'Encéphale.* déc 2002;28(6 Pt 1):481-92.
  16. Neumärker K. Classification Matters for Catatonia and Autism in Children. In: Dirk Marcel Dhossche LW, Masataka Ohta and Klaus-Jürgen Neumärker, éditeur. *International Review of Neurobiology [Internet]. Academic Press; 2006 [cité 17 mars 2015].* p. 3-19. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0074774205720018>
  17. Shorter E, Wachtel LE. Childhood catatonia, autism and psychosis past and present: is there an 'iron triangle'? *Acta Psychiatr Scand.* 1 juill 2013;128(1):21-33.
  18. Marie Raffin. Le syndrome catatonique chez l'enfant et l'adolescent. *Journal français de psychiatrie.* avr 2010;(39):21-5.
  19. Fink M. Hidden in plain sight: catatonia in pediatrics. *Acta Psychiatr Scand.* 1 janv 2012;125(1):11-2.
  20. Tandon R, Heckers S, Bustillo J, Barch DM, Gaebel W, Gur RE, et al. Catatonia in DSM-5. *DSM-5.* oct 2013;150(1):26-30.
  21. Abrams R, Taylor M. Catatonia: A prospective clinical study. *Arch Gen Psychiatry.* 1 mai 1976;33(5):579-81.
  22. Taylor MA, Fink M. Catatonia in Psychiatric Classification: A Home of Its Own. *Am J Psychiatry.* 1 juill 2003;160(7):1233-41.
  23. Dhossche D, Cohen D, Ghaziuddin N, Wilson C, Wachtel LE. The study of pediatric catatonia supports a home of its own for catatonia in DSM-5. *Med Hypotheses.* déc 2010;75(6):558-60.
  24. Schieveld JNM, Wolters\* AMH, Blankespoor\* RJ, van de Riet EHCW, Vos GD, Leroy PLJM, et al. The Forthcoming DSM-5, Critical Care Medicine, and Pediatric Neuropsychiatry: Which New Concepts Do We Need? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 1 mars 2013;25(2):111-4.
  25. Misès R, Bursztejn C, Botbol M, Coincon Y, Durand B, Garrabe J, et al. Une nouvelle version de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R 2012, correspondances et transcodages avec l'ICD 10. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* sept 2012;60(6):414-8.

26. The Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Mental Hospital Service; 1952.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Second Edition (DSM-II). American Psychiatric Association 1700 18th Street, N.W. Washington, D.C. 20009; 1968.
28. The American Psychiatric Association. DSM III R Manuel Diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson. 1989.
29. American Psychiatric Association. DSM III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson. 1983.
30. American Psychiatric Association. Mini DSM-IV Critères diagnostiques. Washington DC; 1994.
31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition. 2013.
32. Major Differences in Subjective Experience of Akinetic States in Catatonic and Parkinsonian Patients - Major Differences in Subjective Experience of Akinetic States in Catatonic and Parkinsonian Patients.pdf [Internet]. [cité 20 nov 2014]. Disponible sur: <http://static.squarespace.com/static/528facb6e4b0a18b7e9cde91/t/5314ffcbe4b0d7a86d5494ca/1393885131643/Major+Differences+in+Subjective+Experience+of+Akinetic+States+in+Catatonic+and+Parkinsonian+Patients.pdf>
33. Andrew K. Moskowitz. « Scared Stiff »: Catatonia as an Evolutionary-Based Fear Response. Am Psychol Assoc. 2004;Vol. 111, No. 4, 984–1002.
34. Saladini O, Gelin V, Waterlot C. La catatonie maligne : un syndrome aigu de stress ? À propos de cinq formes létales. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2003;161(10):804-8.
35. Raffin M. Le syndrome catatonique chez l'enfant et l'adolescent. J Fr Psychiatr. 2010;39(4):21.
36. Cohen D. Towards A Valid Nosography and Psychopathology of Catatonia in Children and Adolescents. In: Dirk Marcel Dhossche LW, Masataka Ohta and Klaus-Jürgen Neumärker, éditeur. International Review of Neurobiology [Internet]. Academic Press; 2006 [cité 29 mars 2015]. p. 131-47. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0074774205720080>
37. Mélanie KLEIN. La psychanalyse des enfants. PUF 4ème édition. 2013.
38. Dissez N. L'énigme de la catatonie ou Comment vie et rythme sont-ils indéfectivement liés ? J Fr Psychiatr. 16 juill 2013;39(4):17-20.
39. Mazzone L, Postorino V, Valeri G, Vicari S. Catatonia in Patients with Autism: Prevalence and Management. CNS Drugs. 7 févr 2014;28(3):205-15.

40. Northoff G. What catatonia can tell us about « top-down modulation »: a neuro-psychiatric hypothesis. *Behav Brain Sci.* oct 2002;25(5):555-77; discussion 578-604.
41. Middleton FA, Strick PL. Basal ganglia and cerebellar loops: motor and cognitive circuits. *Brain Res Rev.* 2000;31(2):236-50.
42. Albin RL, Young AB, Penney JB. The functional anatomy of basal ganglia disorders. *Trends Neurosci.* 1989;12(10):366-75.
43. Vesperini S, Papetti F, Pringuey D. Existe-t-il un lien entre catatonie et syndrome malin des neuroleptiques ? *L'Encéphale.* avr 2010;36(2):105-10.
44. Fink M. Neuroleptic malignant syndrome and catatonia: One entity or two? *Biol Psychiatry.* 1 janv 1996;39(1):1-4.
45. Paparrigopoulos T, Tzavellas E, Ferentinos P, Mourikis I, Liappas J. Catatonia as a risk factor for the development of neuroleptic malignant syndrome: Report of a case following treatment with clozapine. *World J Biol Psychiatry.* 1 janv 2009;10(1):70-3.
46. Sivakumar T, Yadav A, Sood M, Khandelwal SK. Lorazepam withdrawal catatonia: A case report. *Asian J Psychiatry.* déc 2013;6(6):620-1.
47. Bush G, Fink M, Petrides G, Dowling F, Francis A. Catatonia. II. Treatment with lorazepam and electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand.* 1 févr 1996;93(2):137-43.
48. Lin C-C, Huang T-L. Lorazepam–diazepam protocol for catatonia in schizophrenia: A 21-case analysis. *Compr Psychiatry.* nov 2013;54(8):1210-4.
49. Thomas P, Rasclé C, Mastain B, Maron M, Vaiva G. Test for Catatonia with zolpidem. *The Lancet.* 8 mars 1997;349(9053):702.
50. Northoff G, Steinke R, Czervinka C, Krause R, Ulrich S, Danos P, et al. Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* oct 1999;67(4):445.
51. Carroll BT, Goforth HW, Thomas C, Ahuja N, McDaniel WW, Kraus MF, et al. Review of adjunctive glutamate antagonist therapy in the treatment of catatonic syndromes. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2007;19(4):406-12.
52. Northoff G, Eckert J, Fritze J. Glutamatergic dysfunction in catatonia? Successful treatment of three acute akinetic catatonic patients with the NMDA antagonist amantadine. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* avr 1997;62(4):404-6.
53. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, Rossi JE, Peng X, Lai M, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol.* déc 2008;7(12):1091-8.

54. Gable MS, Gavali S, Radner A, Tilley DH, Lee B, Dyner L, et al. Anti-NMDA receptor encephalitis: report of ten cases and comparison with viral encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1 déc 2009;28(12):1421-9.
55. Iizuka T, Sakai F, Ide T, Monzen T, Yoshii S, Iigaya M, et al. Anti-NMDA receptor encephalitis in Japan: Long-term outcome without tumor removal. *Neurology*. 12 févr 2008;70(7):504-11.
56. Hughes EG, Peng X, Gleichman AJ, Lai M, Zhou L, Tsou R, et al. Cellular and Synaptic Mechanisms of Anti-NMDA Receptor Encephalitis. *J Neurosci*. 28 avr 2010;30(17):5866-75.
57. Dalmau J, Lancaster E, Martinez-Hernandez E, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R. Clinical experience and laboratory investigations in patients with anti-NMDAR encephalitis. *Lancet Neurol*. janv 2011;10(1):63-74.
58. Gurrera RJ. Sympathoadrenal Hyperactivity and the Etiology of Neuroleptic Malignant Syndrome. *Am J Psychiatry*. 1 févr 1999;156(2):169-80.
59. Mann SC, Caroff SN, Keck PE, Lazarus A. Neuroleptic Malignant Syndrome and Related Conditions. *American Psychiatric Pub*; 2008. 217 p.
60. Dépret T, Krivosic-Horber R. Hyperthermie maligne : nouveautés diagnostiques et cliniques. *Ann Fr Anesth Réanimation*. déc 2001;20(10):838-52.
61. Adnet P, Lestavel P, Krivosic-Horber R. Neuroleptic malignant syndrome. *Br J Anaesth*. 7 janv 2000;85(1):129-35.
62. Sc M, M A, W M, Sn C, E CC, J T. [Lethal catatonia: clinical aspects and therapeutic intervention. A review of the literature]. *L'Encephale*. déc 2000;27(3):213-6.
63. Fink M, Taylor MA. Neuroleptic malignant syndrome is malignant catatonia, warranting treatments efficacious for catatonia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 30 août 2006;30(6):1182-3; author reply 1184-5.
64. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *J Neural Transm*. 1 déc 2002;109(12):1453-67.
65. Baran B, Bitter I, Ungvari GS, Nagy Z, Gazdag G. The beginnings of modern psychiatric treatment in Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 26 mai 2008;258(7):434-40.
66. Max Fink. Induced Seizures as Psychiatric Therapy: Ladislav Meduna's Contributions in Modern Neuroscience. *J ECT*. sept 2004;20(3):133-6.
67. Yeung PP, Milstein RM, Daniels DC, Bowers MB. ECT for lorazepam-refractory catatonia. *Convuls Ther*. mars 1996;12(1):31-5.

68. Petrides G, Divadeenam KM, Bush G, Francis A. Synergism of lorazepam and electroconvulsive therapy in the treatment of catatonia. *Biol Psychiatry*. 1 sept 1997;42(5):375-81.
69. Van Den Eede F, Van Hecke J, Van Dalfsen A, Van den Bossche B, Cosyns P, Sabbe BGC. The use of atypical antipsychotics in the treatment of catatonia. *Eur Psychiatry*. août 2005;20(5-6):422-9.
70. W04-01 - Catatonia: differentiation, pathophysiology and treatment - EM|Premium [Internet]. [cité 26 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/254666/resultatrecherche/10/complSearch>
71. The pharmacological treatment of catatonia: an overview - Springer [Internet]. [cité 23 déc 2014]. Disponible sur: <http://link.springer.com/article/10.1007/PL00014198#page-1>
72. Peralta V, Campos MS, de Jalon EG, Cuesta MJ. DSM-IV catatonia signs and criteria in first-episode, drug-naive, psychotic patients: Psychometric validity and response to antipsychotic medication. *Schizophr Res*. mai 2010;118(1-3):168-75.
73. Olivier Bonnot, Marie-Laure Tanguy, Angèle Consolia, , Françoise Cornic, Catherine Graindorge, Claudine Laurent, et al. Does catatonia influence the phenomenology of childhood onset schizophrenia beyond motor symptoms? [Internet]. [cité 12 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0165178106002812>
74. Billstedt E, Gillberg C, Gillberg C. Autism after Adolescence: Population-based 13- to 22-year Follow-up Study of 120 Individuals with Autism Diagnosed in Childhood. *J Autism Dev Disord*. 1 juin 2005;35(3):351-60.
75. Wing L, Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. *Br J Psychiatry*. 4 janv 2000;176(4):357-62.
76. Madigand J, Lebain P, Dollfus S. Spécificités diagnostiques du syndrome catatonique dans le cadre des troubles du spectre autistique : à propos d'un cas. *Eur Psychiatry*. nov 2014;29(8, Supplement):596.
77. Dhossche DM, Wachtel LE. Catatonia is Hidden in Plain Sight Among Different Pediatric Disorders: A Review Article. *Pediatr Neurol*. nov 2010;43(5):307-15.
78. Dhossche DM, Bouman NH. Catatonia in an Adolescent with Prader-Willi Syndrome. *Ann Clin Psychiatry*. 1 janv 1997;9(4):247-53.
79. Stoppelbein L, Greening L, Kakooza A. The Importance of Catatonia and Stereotypies in Autistic Spectrum Disorders. In: Dirk Marcel Dhossche LW, Masataka Ohta and Klaus-Jürgen Neumärker, éditeur. *International Review of Neurobiology* [Internet]. Academic Press; 2006 [cité 10 janv 2015]. p. 103-18. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0074774205720067>

80. Dhossche DM. Decalogue of Catatonia in Autism Spectrum Disorders. *Front Psychiatry* [Internet]. 6 nov 2014 [cité 10 janv 2015];5. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4222130/>
81. Kakooza-Mwesige A, Wachtel LE, Dhossche DM. Catatonia in autism: implications across the life span. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1 sept 2008;17(6):327-35.
82. Dhossche DM, Shah A, Wing L. Blueprints for the assessment, treatment, and future study of catatonia in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol*. 2006;72:267-84.
83. Katatonia: A New Conceptual Understanding of Catatonia and a New Rating Scale : Innovations in Clinical Neuroscience [Internet]. [cité 14 mars 2015]. Disponible sur: <http://innovationscns.com/katatonia-a-new-conceptual-understanding-of-catatonia-and-a-new-rating-scale/>
84. ALD\_21\_PNDS\_Lupus - ald\_21\_pnds\_lupus\_web.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2015]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/ald\\_21\\_pnds\\_lupus\\_web.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-03/ald_21_pnds_lupus_web.pdf)
85. Grover S, Parakh P, Sharma A, Rao P, Modi M, Kumar A. Catatonia in systemic lupus erythematosus: a case report and review of literature. *Lupus*. 1 mai 2013;22(6):634-8.
86. Brelinski L, Cottencin O, Guardia D, Anguill JD, Queyrel V, Hatron PY, et al. Catatonia and systemic lupus erythematosus: a clinical study of three cases. *Gen Hosp Psychiatry*. janv 2009;31(1):90-2.
87. Alao AO, Chlebowski S, Chung C. Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus presenting as bipolar I disorder with catatonic features. *Psychosomatics*. oct 2009;50(5):543-7.
88. Mon T, L'Ecuyer S, Farber NB, White AJ, Baszis KW, Hearn JK, et al. The use of electroconvulsive therapy in a patient with juvenile systemic lupus erythematosus and catatonia. *Lupus*. 1 déc 2012;21(14):1575-81.
89. Fricchione GL, Kaufman LD, Gruber BL, Fink M. Electroconvulsive therapy and cyclophosphamide in combination for severe neuropsychiatric lupus with catatonia. *Am J Med*. avr 1990;88(4):442-3.
90. PERISSE D, AMOURA Z, COHEN D, SAINTIGNY P, MEKHOLOUFI F, MAZET P, et al. Case Study: Effectiveness of Plasma Exchange in an Adolescent With Systemic Lupus Erythematosus and Catatonia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2003;42(4):497-9.
91. Wang H-Y, Huang T-L. Benzodiazepines in catatonia associated with systemic lupus erythematosus. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60(6):768-70.

92. Tapin M, Faucher R, Poirier V, Curinier S, Merlin E. Encéphalite limbique à anti-corps antirécepteur-NMDA : à connaître et à reconnaître. *Arch Pédiatrie*. nov 2013;20(11):1255-6.
93. Allen NM, Lynch B, Twomey E. Limbic Encephalitis in a Boy with N-Methyl-D-Aspartate Receptor Antibodies. *J Pediatr*. juin 2012;160(6):1060.
94. McCarron MM, Schulze BW, Thompson GA, Conder MC, Goetz WA. Acute phencyclidine intoxication: Incidence of clinical findings in 1,000 cases. *Ann Emerg Med*. mai 1981;10(5):237-42.
95. Maxwell DL, Polkey MI, Henry JA. Hyponatraemia and catatonic stupor after taking « ecstasy ». *BMJ*. 27 nov 1993;307(6916):1399.
96. Masi G, Mucci M, Floriani C. ACUTE CATATONIA AFTER A SINGLE DOSE OF ECSTASY. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2002;41(8):892.
97. Lee JW. Catatonic stupor after « ecstasy ». *BMJ*. 12 mars 1994;308(6930):717-8.
98. Wachtel LE, Dhossche DM, Kellner CH. When is electroconvulsive therapy appropriate for children and adolescents? *Med Hypotheses*. mars 2011;76(3):395-9.
99. Dhossche DM, Shettar SM, Kumar T, Burt LR. Electroconvulsive Therapy for Malignant Catatonia in Adolescence. *ET J*. nov 2009;102(11):1170-2.
100. Raffin M, Zugaj-Bensaou L, Bodeau N, Milhiet V, Laurent C, Cohen D, et al. Treatment use in a prospective naturalistic cohort of children and adolescents with catatonia. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 27 août 2014;1-9.
101. Catatonie : définition et traitement, par Pierre Thomas, CHRU de Lille [Internet]. [www.forumpsy.net](http://www.forumpsy.net). [cité 21 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.forumpsy.net/t673-catatonie-definition-et-traitement-par-pierre-thomas-chru-de-lille>
102. Stuivenga M, Morrens M. Prevalence of the catatonic syndrome in an acute inpatient sample. *Schizophrenia*. 2014;5:174.
103. Editorial: Catatonia in the DSM—Shall We Move or Not? [Internet]. [cité 10 août 2014]. Disponible sur: <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2009/11/23/schbul.sbp136.full>
104. Rossi S, Hallett M, Rossini PM, Pascual-Leone A. Safety, ethical considerations, and application guidelines for the use of transcranial magnetic stimulation in clinical practice and research. *Clin Neurophysiol*. déc 2009;120(12):2008-39.
105. Gilbert DL, Garvey MA, Bansal AS, Lipps T, Zhang J, Wassermann EM. Should transcranial magnetic stimulation research in children be considered minimal risk? *Clin Neurophysiol*. août 2004;115(8):1730-9.

106. Garvey MA, Mall V. Transcranial Magnetic Stimulation in Children. *Clin Neurophysiol Off J Int Fed Clin Neurophysiol*. mai 2008;119(5):973-84.
107. Quintana H. Transcranial magnetic stimulation in persons younger than the age of 18. *J ECT*. juin 2005;21(2):88-95.
108. Croarkin P. Transcranial Magnetic Stimulation Neurophysiologic and Therapeutic Studies in Child and Adolescent Depression. *Brain Stimulat*. mars 2015;8(2):320.
109. Oberman LM, Enticott PG, Casanova MF, Rotenberg A, Pascual-Leone A, McCracken JT. Transcranial magnetic stimulation (TMS) therapy for autism: an international consensus conference held in conjunction with the international meeting for autism research on May 13th and 14th, 2014. *Front Hum Neurosci* [Internet]. 6 janv 2015 [cité 21 avr 2015];8. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4295436/>
110. Dresler T, Giani AS, Reinsberger C, Scheuerpflug P, Stöber G, Fallgatter AJ. Electroconvulsive therapy resolves cortical inhibition and manneristic omissions in a chronic catatonic patient. *J Neural Transm*. 1 sept 2010;117(10):1209-12.
111. Carroll BT, Kirkhart R, Ahuja N, Soovere I, Lauterbach EC, Dhossche D, et al. Katatonia. *Psychiatry Edgmont*. déc 2008;5(12):42-50.
112. Sinclair AJ, Wienholt L, Tantsis E, Brilot F, Dale RC. Clinical association of intrathecal and mirrored oligoclonal bands in paediatric neurology. *Dev Med Child Neurol*. 1 janv 2013;55(1):71-5.



# ANNEXES

## Annexe 1 : échelles de catatonie, issues de Carroll et collaborateurs, 2008 *Katatonía* (111) :

### BUSH-FRANCIS CATATONIA RATING SCALE

Use presence or absence of items 1-14 for screening

Use the 0-3 scale for items 1-23 to rate severity

<p><b>1. Excitement:</b></p> <p>Extreme hyperactivity, constant motor unrest which is apparently non-purposeful. Not to be attributed to akathisia or goal directed agitation</p> <p>0 = Absent 1 = Excessive motion 2 = Constant motion, hyperkinetic without rest periods 3 = Full-blown catatonic excitement, endless frenzied motor activity</p>	<p><b>2. Immobility/stupor:</b></p> <p>Extreme hypoactivity, immobile, minimally responsive to stimuli</p> <p>0 = Absent 1 = Sits abnormally still, may interact briefly 2 = Virtually no interaction with external world 3 = Stuporous, non-reactive to painful stimuli</p>
<p><b>3. Mutism:</b></p> <p>Verbally unresponsive or minimally responsive</p> <p>0 = Absent 1 = Verbally unresponsive to majority of questions; incomprehensible whisper 2 = Speaks less than 20 words/ 5 min 3 = No speech</p>	<p><b>4. Staring:</b></p> <p>Fixed gaze, little or no visual scanning of environment, decreased blinking.</p> <p>0 = Absent 1 = Poor eye contact, repeatedly gazes less than 20 seconds between shifting of attention; decreased blinking 2 = Gaze held longer than 20 seconds, occasionally shifts attention 3 = Fixed gaze, non-reactive</p>
<p><b>5. Posturing/catalepsy:</b></p> <p>Spontaneous maintenance of posture(s), including mundane (e.g. setting or standing for long periods without reacting).</p> <p>0 = Absent 1 = Less than 1 minute 2 = Greater than one minute, less than 15 minutes 3 = Bizarre posture, or mundane maintained more than 15 minutes</p>	<p><b>6. Grimacing:</b></p> <p>Maintenance of odd facial expressions.</p> <p>0 = Absent 1 = Less than 10 seconds 2 = Less than 1 minute 3 = Bizarre expression(s) or maintained more than 1 minute</p>
<p><b>7. Echopraxia/echolalia:</b></p> <p>Mimicking of examiner's movements/speech.</p> <p>0 = Mimicking of examiner's movements/speech 1 = Occasional 2 = Frequent 3 = Constant</p>	<p><b>8. Stereotypy:</b></p> <p>Repetitive, non-goal-directed motor activity (e.g. finger-play; repeatedly touching, patting or rubbing self); abnormality not inherent in act but in frequency.</p> <p>0 = Absent 1 = Occasional 2 = Frequent 3 = Constant</p>
<p><b>9. Mannerisms:</b></p> <p>Odd, purposeful movements (hopping or walking tiptoe, saluting passers-by or exaggerated caricatures of mundane movements); abnormality inherent in act itself.</p> <p>0 = Absent 1 = Occasional 2 = Frequent 3 = Constant</p>	<p><b>10. Verbigeration:</b></p> <p>Repetition of phrases or sentences (like a scratched record).</p> <p>0 = Absent 1 = Occasional 2 = Frequent 3 = Constant</p>
<p><b>11. Rigidity:</b></p> <p>Maintenance of a rigid position despite efforts to be moved, exclude if cog-wheeling or tremor present.</p> <p>0 = Absent 1 = Mild resistance 2 = Moderate 3 = Severe, cannot be repositioned</p>	<p><b>12. Negativism:</b></p> <p>Apparently motiveless resistance to instructions or attempts to move/examine patient. Contrary behavior, does exact opposite of instruction</p> <p>0 = Absent 1 = Mild resistance and/or occasionally contrary 2 = Moderate resistance and/or frequently contrary 3 = Severe resistance and/or continually contrary</p>
<p><b>13. Waxy Flexibility:</b></p> <p>During repositioning of patient, patient offers initial resistance before allowing himself to be repositioned, similar to that of a bending candle.</p> <p>0 = Absent 3 = Present</p>	<p><b>14. Withdrawal:</b></p> <p>Refusal to eat, drink and/or make eye contact.</p> <p>0 = Absent 1 = Minimal PO intake/interaction for less than 1 day 2 = Minimal PO intake/interaction for more than 1 day 3 = No PO intake/interaction for 1 day or more.</p>

## Annexe 1 (suite) : échelles de catatonie, issues de Carroll et collaborateurs, 2008 *Katatonía* (111) :

APPENDIX 2, PART 2. KANNER scale	
<p><b>1. Excitement: Extreme nongoal-directed hyperactivity, constant motor activity. This may include aggressive movements and walking for prolonged periods.</b> 0 = Absent 2 = Excessive motion, intermittent 4 = Constant motion, hyperkinesia without rest periods 6 = Extreme motoric excitement, frenzied motor activity 8 = Extreme motoric excitement with potential or actual harm</p> <p><b>2. Immobility: Extreme hypoactivity, immobile.</b> 0 = Absent 2 = Mild hypoactivity or bradykinesia 4 = Bradykinesia, but is able to move on request 6 = Akinesia with few spontaneous movements but may be able to move on command 8 = Akinesia with few spontaneous movements, lasting greater than one day</p> <p><b>3. Stupor: Minimally responsive to stimuli.</b> 0 = Absent 2 = Inert, but may interact briefly 4 = No reaction to any external stimuli 6 = No reaction to noxious stimuli 8 = No reaction to deep, painful stimuli</p> <p><b>4. Mutism: Verbally unresponsive or minimally responsive.</b> 0 = Absent 2 = Verbal response to questions only (speech-prompt) or occasional spontaneous utterances 4 = Verbally unresponsive to majority of questions 6 = No speech; does not speak when spoken to 8 = No speech for greater than one day</p> <p><b>5. Staring: Fixed gaze, avoidant gaze, decreased blinking.</b> 0 = Absent 2 = Poor eye contact, decreased blinking but will look at examiner 4 = Gaze held, occasionally shifts attention to examiner 6 = Fixed gaze; does not look at examiner; may look when requested 8 = Fixed gaze/staring for greater than one day</p> <p><b>6. Posturing: Spontaneous maintenance of posture(s).</b> 0 = Absent 2 = Brief episodes of "freezing" in a position for usually less than one minute 4 = Longer episodes of more than one minute for less than one day 6 = Bizarre posture, twisted or contorted body position less than one day 8 = Any posture maintained for more than one day</p> <p><b>7. Grimacing: Facial spasms, facial tics, or odd facial expressions.</b> 0 = Absent 2 = Present, with major provocation 4 = Present, with minor provocation 6 = Present, without any provocation, spontaneously 8 = Present, with prolonged grimace or "facial cramp"</p> <p><b>8. Stereotypy: Repetitive, nongoal-directed movements.</b> 0 = Absent 2 = Present, without injury 4 = Present, with minor self injury (e.g., removes scab with frequent movements) 6 = Present, with significant self injury (e.g., puts finger into eye and scratches cornea) 8 = Present, with severe self injury (loss of function such as loss of one eye, one hand)</p> <p><b>9. Mannerisms: Repetitive, goal-directed but noncontextual movements (e.g., saluting a door or brushing hair without comb or brush in hand).</b> 0 = Absent 2 = Present, without injury 4 = Present with minor self injury (e.g., removes patch of hair from frequent combing movements) 6 = Present with significant self injury (e.g., abrades scalps with frequent combing) 8 = Present with severe self-injury (loss of function, loss of skin integrity from extensive excoriation)</p> <p><b>10. Rigidity: Maintenance of a rigid position despite efforts to be moved; may be transient.</b> 0 = Absent 2 = Mild cog-wheeling 4 = Moderate, increased muscle tone; may wax and wane 6 = Severe, lead-pipe rigidity 8 = Extreme, resists all movement; limb cannot be repositioned</p>	<p><b>11. Flaccidity: Maintenance of a slack muscle tone; may be transient.</b> 0 = Absent 2 = Mild, reduced muscle tone 4 = Moderate, reduced muscle tone; may wax and wane 6 = Severe, reduced muscle tone and movement; for less than one day 8 = Extreme, reduced muscle tone and movement; for greater than one day</p> <p><b>12. Negativism: Resistance to instructions or attempts to move or examine the patient.</b> 0 = Absent 2 = Mild resistance (e.g., will not follow some commands) 4 = Moderate resistance (e.g., will not follow any commands, refuses to open mouth on examiner's request or for nursing staff to administer oral medication) 6 = Severe resistance (e.g., will not open eyelids for examiner or nursing staff) 8 = Opposition (e.g., holds eyelids or mouth shut even after efforts to gently open them) 8 = Active negativism; does the opposite of examiner's request (e.g., opens mouth when told to close mouth)</p> <p><b>13. Refusal to eat.</b> 0 = Absent 2 = Minimal food intake for less than one day 4 = Reduced food intake or odd food rituals for more than one day 6 = Reduced food intake or odd food rituals for more than one day; eats only when fed by another person, or with frequent prompts 8 = Requires nasogastric tube or supplemental feeding</p> <p><b>14. Refusal to drink.</b> 0 = Absent 2 = Minimal fluid intake for less than one day 4 = Reduced fluid intake or odd drinking rituals for more than one day 6 = Reduced fluid intake or odd drinking rituals for more than one day; drinks only with assistance of another person or frequent prompts 8 = Requires IV hydration or supplemental fluids</p> <p><b>15. Impulsivity: Sudden changes in behavior without provocation.</b> 0 = Absent 2 = Occasionally acts up or runs away without prior warning 4 = Frequently acts up and runs away at least once per week 6 = Constant impulsive behavior; requires constant supervision 8 = Extreme impulsive behavior, with great potential for harm (e.g. swallows spoons, coins or runs into walls)</p> <p><b>16. Nudism: Removes clothes or presents nude in public without provocation.</b> 0 = Absent 2 = Present; missing some articles of clothing 4 = Present; missing most articles of clothing (e.g., appears in underwear) 6 = Present; is undressed or nude in semiprivate area 8 = Present; is nude in public areas without provocation</p> <p><b>17. Incontinence (psychogenic): Incontinent even after taken to bathroom, without significant bowel or bladder disease.</b> 0 = Absent 2 = Present; occasional diurnal urinary incontinence 4 = Present; frequent diurnal urinary incontinence 6 = Present, diurnal fecal incontinence 8 = Both fecal and urinary incontinence</p> <p><b>18. Combativeness: Hostility and/or striking out at others suddenly in a nongoal-directed manner.</b> 0 = Absent 2 = Occasionally hostile toward others; low potential for injury (e.g., irrational, angry verbal outbursts) 4 = Frequently hostile toward others; occasionally strikes out; moderate potential for injury 6 = Constantly hostile toward others; frequently strikes out; serious danger to others 8 = Combative and/or has struck out at others or objects in past week (e.g., has broken down a door)</p> <p>Record Total Score = _____ Range (0 to 14)</p>

KANNER scale acronym: Katatonía Autism Neuropsychiatric and Neuromovement Examination Rating

**Annexe 1 bis : Echelle du syndrome catatonique de Bush et Francis (version française) :**

**ECHELLE DE CATATONIE BFCSI- BFCRS**

1. **Agitation:**  
Agitation psychomotrice, hyperactivité motrice non dirigée inadaptée. Ne pouvant être attribuée à de l'akathisie ou à une agitation dirigée.  
0= Absent  
1= Activité motrice excessive, intermittente.  
2= Activité motrice constante, hyperactivité sans période de repos.  
3= Agitation catatonique intense, activité motrice frénétique sans fin.

2. **Immobilité, stupeur:**  
Ralentissement majeur, immobilité, faible réponse aux stimuli.  
0= Absent.  
1= position anormalement fixe, mais réactions brèves aux stimulations.  
2= Absence de réaction aux sollicitations environnementales.  
3= Stupeur, pas de réaction aux stimuli douloureux.

3. **Mutisme:**  
Peu ou pas de réponses verbales.  
0= Absent.  
1= Absence de réponse à la majorité des questions, chuchotement incompréhensible.  
2= débit verbal ( moins de 20 mots en 5 min.).  
3= Pas de réponse verbale.

4. **Fixité du regard:**  
Regard fixe, exploration minimale de l'environnement, rareté du clignement.  
0= Absent.  
1= Contact visuel pauvre, moins de 20 sec de fixation entre les saccades, rareté du clignement.  
2= plus de 20 sec de fixation entre les saccades.  
3= Regard fixe non réactif.

5. **Maintien de posture spontanée, catalepsie:**  
Par ex. rester assis ou debout pendant de longues périodes sans réagir.  
0= Absent  
1= moins de 1 min.  
2= entre 1 à 15 min.  
3= Posture bizarre, plus de 15 min.

6. **Maintien d'expressions faciales inadaptées:**  
**Crimaces.**  
0= Absent  
1= moins de 10 sec  
2= moins d'une minute  
3= Expression bizarre maintenue plus d'une min.

7. **Echopraxie, écholalie:**  
reproduit les mouvements ou les propos de l'examinateur.  
0= Absent.  
1= Occasionnel.  
2= Fréquent.

8. **Séréotypie:**  
Répétition d'une activité motrice sans but, dont le caractère anormal est lié à sa fréquence d'apparition.  
0= Absent.  
1= Occasionnel.  
2= Fréquent.  
3= Constant.

9. **Maniérisme:**  
Mouvements ou attitudes inadaptées sans but dont le caractère anormal est lié à la nature du mouvement.  
0= Absent.  
1= Occasionnel.  
2= Fréquent.  
3= Constant.

10. **Verbigeration:**  
Répétition de groupes de mots ou phrases ("disque rayé")  
0= Absent.  
1= Occasionnel.  
2= Fréquent.  
3= Constant.

11. **Hypertonie rigide fixée:**  
Maintien d'une attitude rigide en dépit d'efforts de mobilisation. (à l'exclusion d'une roue dentée ou d'un tremblement).  
0= Absent  
1= Résistance légère.  
2= Modérée.  
3= Sévère, position non modifiable.

12. **Négativisme:**  
Résistance non motivé à l'ordre ou au tentative d'examen du patient. Comportement d'opposition, fait exactement le contraire de ce qui est demandé.  
0= Absent.  
1= Résistance légère et/ou opposition occasionnelle.  
2= Résistance modérée et/ou opposition fréquente.  
3= Résistance sévère et/ou opposition constante.

13. **Rigidité cireuse, maintien d'une attitude imposée:**  
A la mobilisation, le patient présente une résistance initiale avant de prendre la position imposée ( tuyau de plomb- signe de Lasègue).  
0= Absent.  
1= Présent.

14. **Repli sur soi, refus alimentaire:**  
Refus de s'alimenter, de boire, ou de maintenir un contact visuel.  
0= Absent.  
1= Nettement diminution de la prise alimentaire/interaction pendant moins d'un jour.  
2= Nettement diminution de la prise alimentaire/interaction pendant plus d'un jour.  
3= absence totale de prise alimentaire/interaction pendant au moins un jour.

15. **Impulsivité:**  
Adoption soudaine d'un comportement inadapté, inexpliqué et spontané ( déambulation, cris, déshabillage).  
0= Absent.  
1= Occasionnel.  
2= Fréquent.  
3= Constant ou sans suite.

16. **Attitude d'aimantation:**  
Coopération exagérée à la demande de l'examinateur, ou poursuite spontanée du mouvement initialement demandé.  
0= Absent.  
1= Occasionnel.  
2= Fréquent.  
3= Constant.

17. **Attitude d'opposition, "Mitgehen":**  
Attitude de la "lampe d'architecte" élévation du bras en réponse à une légère pression du doigt en dépit d'instruction contraire.  
0= Absent.  
3= Présent.

18. **Hypertonie d'opposition, "Gegenhalten":**  
Résistance à un mouvement passif proportionnel à la force du stimulus apparaissant de façon automatique plus que délibéré.  
0= Absent.  
3= Présent.

19. **Ambivalence:**  
activité motrice semble bloquée indécise, hésitante au milieu d'un mouvement.  
0= Absent.  
3= Présent.

20. **Réflexe de grasping:**  
Examen neurologique.  
0= Absent.  
3= Présent.

21. **Persévération:**  
persévère dans la réalisation d'un mouvement, même propos sans cesse répétés.  
0= Absent.  
3= Présent.

22. **Agressivité physique non dirigée, sans but et inexpliquée:**  
0= Absent.

23. **Troubles neurovégétatifs:**  
Le groupe: Température, tension artérielle, pulsation, fréquence respiratoire, sueurs.  
0= Absent.  
1= Anomalie d'un paramètre (hypertension artérielle anormale systolique).  
2= Anomalie de 2 paramètres.  
3= Anomalie d'au moins 3 paramètres.

1= agitation ou coups occasionnels avec un faible risque de blessures.  
2= agitation ou coups fréquents avec un risque modéré de blessures.  
3= dangerosité pour autrui.

Protocole d'Examen :	Signes Cliniques:
1- Observation du patient en essayant d'engager la conversation.	Niveau d'activité, mouvements anormaux, discours incohérent.
2- l'examineur se gratte la tête de façon exagérée	Echopraxie
3- examen des membres sup. à la recherche d'une roue dentée, tentative de mobilisation en demandant au patient de se laisser faire "laisser votre bras tomber"	Négativisme, Rigidité cireuse, "Gegenhalten"
4- Demander au patient d'étendre son bras. Placer son doigt sous la main du patient en essayant de lever doucement la main. "NE me laisser PAS lever votre bras"	"Mitgehen"
5- tendre la main au patient "NE me serrer PAS la main"	Ambivalence
6- Chercher dans votre poche en disant " tirez moi la langue, je veux planter une épingle dedans"	Aimantation.
7- Rechercher un	Grasp réflexe.
8- vérifier les modifications cliniques d'abord par périodes de 24 heures. En insistant sur les signes vitaux, la prise de nourriture, et autres incidents.	
9- tenter d'observer le patient indirectement par brèves périodes chaque jour.	
règle générale coter les signes clairement présents.	
En cas de doute sur la présence d'un item coter "0"	

BFCSI- BFCRS Bush et al. Acta Psychiatr. Scand. 1996 trad. C. Rasche

Annexe 2 : Bush-Francis Catatonia Rating Scale

## **Annexe 2 Prise en charge du neurolupus :**

**Tableau 34:** Examens complémentaires recommandés par la Haute Autorité de Santé (HAS) permettant d'étayer le diagnostic de LES (84):

<b>Examens</b>	<b>Anomalies recherchées</b>
<b>Hémogramme</b>	-leucopénie modérée - lymphopénie -neutropénie -anémie, en particulier hémolytique -thrombopénie
<b>Imunno-fluorescence indirecte sur cellules Hep-2</b>	-anticorps anti-nucléaires ou facteur anti-nucléaire
<b>-Test radio-immunologique de Farr -ou immunofluorescence sur Crithidia luciliae -ou méthode immuno-enzymatique ELISA (risque de faux positifs)</b>	- anticorps anti-ADN natif
<b>-ELISA -ou blot</b>	-anticorps anti-antigènes nucléaires solubles (anti-NA ou ECT)
<b>Bilan sanguin inflammatoire</b>	Elévation de la VS, de la CRP
<b>Analyse du complément CH50, C3,C4</b>	Effondrement du CH50

N.B. 1. : Devant un tableau clinique évocateur de LES, la présence d'un titre significatif de FAN associée à la positivité des anticorps anti-ADN natif permet de retenir le diagnostic.

N.B. 2. : L'absence d'anticorps anti-ADN natif n'exclut pas le diagnostic.

N.B. 3 : Il n'y a pas d'auto-anticorps spécifiques des atteintes neuropsychiatriques lupiques.

**Tableau 35:** Examens complémentaires à réaliser face à une suspicion de neurolupus d'après la HAS (84):

<b>Examens</b>	<b>Anomalies recherchées</b>
<b>Scanner ou IRM encéphalique</b>	Lésions ischémiques
<b>Analyse du LCR</b>	Marqueurs d'inflammation

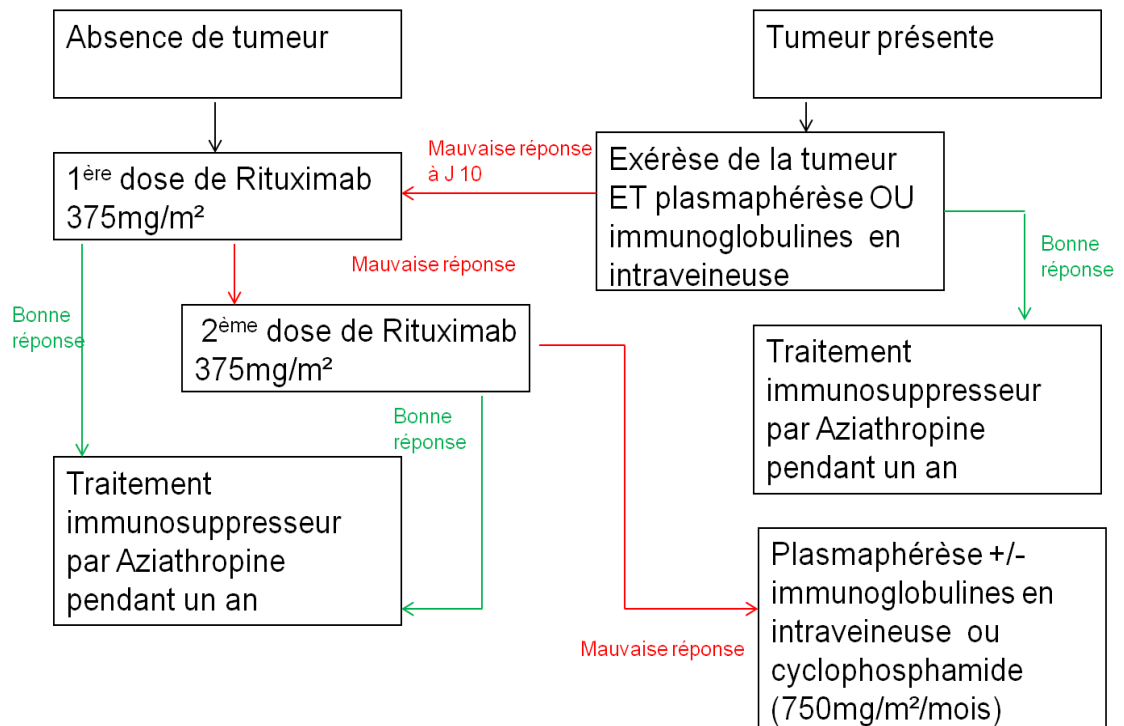
- Examens complémentaires à faire en fonction du contexte clinique et/ou biologique :
  - Rechercher d'autres pathologies auto-immunes (thyroïdite auto-immune, syndrome de Gougerot-Sjögren, SAPL - Anticorps antiphospholipides)
  - Rechercher l'atteinte d'autres organes (peau, reins, cœur, poumons...)  
(84).
  
- Examens complémentaires à réaliser avant le traitement étiologique du LES, d'après la HAS (84) :
  - Ionogramme sanguin, glycémie, albuminémie
  - Électrophorèse des protéines plasmatiques
  - Calcémie – phosphorémie
  - CPK
  - TP, TCA
  - Dosage des IgA sériques : recherche d'un déficit associé
  - Recherche d'un déficit en fractions C1q, C1r, C1s, C2 du complément dans les LES avec activité effondrée du CH50
  - Bilan ophtalmologique avant mise sous amino-4-quinoléines : examen ophtalmologique et 2 examens parmi : vision des couleurs / champ visuel central 10° / électrorétinogramme maculaire (pattern ou multifocal)
  - Test de grossesse
  - Mesure de l'activité thiopurine méthyltransférase (TPMT) avant traitement par azathioprine.

- Traitement du syndrome catatonique en cas de LES :
  - Administrer des benzodiazépines du type Lorazépam
  - +/- des molécules immunosuppressives : corticostéroïdes à forte dose (prednisone 1 mg/kg/jour), souvent initiée par perfusions de 500 mg à 1000 mg de méthylprednisolone associées à des perfusions mensuelles de cyclophosphamide (84,86,89).
  - Dans des formes réfractaires, l'effet thérapeutique a été obtenu par la réalisation d'échanges plasmatiques (84,90).
- Traitement de fond du LES (réservé aux internistes) :
  - Hydroxychloroquine à une dose inférieure à 7mg/kg/j en prévention des rechutes, ou chloroquine à une posologie inférieure à 5mg/kg/j (84).

### **Annexe 3 : Prise en charge de l'encéphalite auto-immune à auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> :**

- Réalisation d'examens complémentaires à visée diagnostique :
  - IRM cérébrale : normale dans 45% des cas (53,55,57), peut montrer de discrets hypersignaux de la région temporale en séquence FLAIR.
  - EEG : peut parfois retrouver des ondes lentes généralisées (53).
  - Ponction lombaire : permet la détection des auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> (53,55,57). De manière moins spécifique, le LCS révèle une pléïocytose lymphocytaire, une hyperprotéïnorachie, associées à des bandes oligoclonales (53,54,56,112).
  - Détection des auto-anticorps anti-R<sub>NMDA</sub> dans le sérum : possible dans certains laboratoires (53,55,57).
- Recherche systématique d'une étiologie tumorale à l'encéphalite (53,55,57) :
  - IRM pelvienne
  - TEP-Scan corps entier
  - imagerie thoraco-abdomino-pelvienne,
  - échographie pelvienne plus ou moins endo-vaginale chez la fille, une échographie testiculaire chez le garçon (53,55,57).
- Conduite à tenir thérapeutique guidée par la présence ou non d'une tumeur associée (57): voir Figure 4.

**Figure 4**, issue de Parenti et collaborateurs, 2015 *Syndrome catatonique précoce et encéphalite à auto-anticorps anti-récepteurs NMDA : une mise au point* (12) :





## **Annexe 4 : questionnaire diffusé aux adhérents de l'AFFEP et de l'AJP, visant à évaluer l'état des connaissances des pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres (seniors et en formation) sur le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent**

### Enquête syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent

Dans le cadre de ma thèse de psychiatrie, je cherche à évaluer l'état des connaissances des pédiatres, psychiatres et pédo-psychiatres (seniors et en formation) sur le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent. Je vous remercie donc de bien vouloir prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

**\*Obligatoire**

**Quelle est votre ville d'exercice ? \***

**Concernant votre situation professionnelle, vous êtes actuellement (une seule réponse possible): \***

- Interne de pédiatrie
- Interne de psychiatrie
- Pédiatre en libéral
- Pédiatre hospitalier
- Psychiatre en libéral
- Pédopsychiatre en libéral
- Pédopsychiatre hospitalier

**Au cours de votre activité professionnelle actuelle, pensez-vous pouvoir rencontrer un syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent ? \***

- Non, jamais
- Oui, rarement
- Oui, fréquemment

**Vous pensez-vous en capacité de reconnaître un syndrome catatonique chez un enfant/un adolescent ? \***

- Oui
- Non

**D'après vous, le syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent est : \***

- Bénin
- Possiblement létal

D'après vous, le syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent est : \*

- un sous-type de schizophrénie
- un trouble conversif
- un syndrome mélancolique sévère
- un syndrome psychiatrique
- un syndrome transnosographique

D'après vous, le syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent peut se manifester par : \*

- un comportement étrange
- un état d'agitation
- un comportement d'opposition
- un absence de réaction aux différents stimuli
- un mutisme
- d'autres troubles du langage
- des troubles végétatifs
- une fluctuation des symptômes dans le temps\*

Quelle(s) étiologie(s) suspectez-vous chez un enfant/un adolescent présentant un syndrome catatonique ? \*

- une schizophrénie
- une mélancolie
- un épisode maniaque
- une consommation de toxique
- une maladie auto-immune
- une encéphalite
- Autre :

D'après vous, le syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent nécessite une prise en charge : \*

- Psychiatrique uniquement
- Somatique uniquement
- Mixte : psychiatrique et somatique

Quel(s) examens de 1ère intention faites-vous face à un syndrome catatonique de l'enfant /de l'adolescent ? \*

- Examen clinique
- Recherche de toxiques sanguins et urinaires
- Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin
- Bilan sanguin auto-immun
- Analyse cytochimique du LCR
- Analyse bactériologique, virologique du LCR
- Isoélectrofocalisation du LCR
- Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR
- IRM cérébrale
- EEG
- Autre :

Quelle est votre conduite de 1ère ligne sur le plan thérapeutique ? \*

- administration d'antipsychotique typique
- administration d'antipsychotique atypique
- administration de benzodiazépines
- arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique
- arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique
- arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines
- administration d'un agoniste glutamatergique
- administration d'un antagoniste glutamatergique
- sismothérapie
- stimulation magnétique transcranienne
- Autre :

Quelle est votre conduite de 2<sup>de</sup> ligne sur le plan thérapeutique ? \*

- administration d'antipsychotique atypique
- administration d'antipsychotique typique
- administration de benzodiazépines
- arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique
- arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique
- arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines
- administration d'un agoniste glutamatergique
- administration d'un antagoniste glutamatergique
- sismothérapie
- stimulation magnétique transcranienne
- Autre :

Commentaires éventuels

## Annexe 5 : tableau des réponses reçues au questionnaire évaluant les connaissances du syndrome catatonique en population pédiatrique chez les jeunes psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres français

Concernant votre situation professionnelle, vous êtes actuellement :	Au cours de votre activité professionnelle actuelle, pensez-vous pouvoir rencontrer un syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent ?	Vous pensez-vous en capacité de reconnaître un syndrome catatonique chez un enfant/un adolescent ?	D'après vous, le syndrome catatonique de l'adolescent est :	D'après vous, le syndrome catatonique de l'enfant/de l'adolescent est :	D'après vous, le syndrome catatonique de l'adolescent nécessite une prise en charge :	Quel(s) examens de 1ère intention faites-vous face à un syndrome catatonique de l'enfant /de l'adolescent ?	Quelle(s) étiologie(s) suspectez-vous chez un enfant/un adolescent présentant un syndrome catatonique ?	Quelle est votre conduite de 1ère ligne sur le plan thérapeutique ?	Quelle est votre conduite de 2nde ligne sur le plan thérapeutique ?	Commentaires éventuels	Quelle est votre ville d'exercice ?
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, EEG	avis pédopsy	avis pédopsy		
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	administration d'antipsychotique atypique	je ne sais pas	prévoir une réponse "je ne sais pas"! ;)	
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique		

					temps								
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite, trouble neuro	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'un antagoniste glutamatergique, sismothérapie			lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie			lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique typique, sismothérapie			Lille
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie			lille

Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique		Lille
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie		tourcoing
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie		lille
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique		lille

					dans le temps								
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique			Lille
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	administration d'antipsychotique atypique			valenciennes
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			bordeaux
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			Saint Venant
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires,	une schizophrénie, une mélancolie, une	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel	sismothérapie			Douai



					absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps		Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	traitement par benzodiazépines		
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines, sismothérapie	seclin
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Arras
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Douai
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Lille

					dans le temps								
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	administration de benzodiazépines			Lille
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique			Lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite, trouble neurologique ou métabolique	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn			Lille
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique			Armentières
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie	administration de benzodiazépines	sismothérapie			Ronchin

					un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs		cérébrale	auto-immune, une encéphalite				
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique		Lille
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique		Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite, maladie métabolique	avis psychiatrique, je ne sais pas	idem		Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, sismothérapie	administration d'antipsychotique typique, administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie		Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	ne sais pas	ne sais pas		Lille
Pédopsychiatrie hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse	une schizophrénie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune,	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Lille

					n, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une encéphalite			
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	administration de benzodiazépines	Lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	perfusion	ne sais pas	boulogne sur mer
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie	Lille
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, vitamines du groupe B, bilan thyroïdien	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	zolpidem	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie	Tourcoing
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie	LILLE

					comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	e typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique		
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	bénin	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Lille
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une mélancolie, une consommation de toxique, maladie métabolique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	Lille
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Lille
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie	LILLE
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par	administration d'un antagoniste glutamatergique, sismothérapie	LILLE

			psychiatrique, un syndrome transnosographique		un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	on de toxique, une encéphalite	antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique			
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG, avis psychiatrique	une mélancolie, un épisode maniaque, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	hospitalisation		Lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère	bénin	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Rennes
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		Londres
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale	une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	Je ne sais pas	Je ne sais pas		Lyon
Pédopsychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par	Je ne sais pas		Lyon

										antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines			
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'un antagoniste glutamatergique, stimulation magnétique transcranienn			Lille
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie			Nice
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie			paris
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, une absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			marseille
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, une absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn			marseille

					fluctuation des symptômes dans le temps								
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie			Paris
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie	administration d'un agoniste glutamatergique			Paris
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			Strasbourg
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie			Paris
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			Paris
Pédopsychiatre	Oui, rarement.	Oui	un trouble conversif, un	possiblement létal	un comportement	mixte: psychiatrique	Examen clinique, Recherche de	une mélancolie,	arrêt d'un éventuel	administration de			nancy



hospitalier			syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique		ent étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	ue et somatique	toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une consommation de toxique, une encéphalite, une psychose	traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	benzodiazépines		
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite, infectieux	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienne		rouen
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Paris
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	NSP	NSP		Paris
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une pathologie somatique, sans pouvoir préciser +	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	pourrai-je être tenue au courant pour votre thèse ? le sujet m'intéresse, et je n'y connais pas grand chose. merci !	Nantes
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique typique		Paris

					symptômes dans le temps								
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG, bilan métabolique	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Interne en psychiatrie de liaison, je m'intéresse tout récemment aux syndromes catatoniques (sujet de mon mémoire de DES).	Grenoble	
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie		poitiers	
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		lyon	
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	sismothérapie		lyon	
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie		Angers	
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Rouen	

					étrange, un état d'agitation, un mutisme	somatique			es			
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique	Pouvez vous envoyer les résultats de votre étude? merci et bon courage!	Saint Maurice
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome psychiatrique	bénin	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie	C'est dur !	Lyon
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/ auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	Élimination d'une pathologie somatique	Ne sait pas	J'aimerais avoir les bonnes réponses	Paris
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines		Lyon
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Paris
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	sismothérapie		Lyon

Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		Paris
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-	une schizophrénie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Bordeaux
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie atypique	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	stimulation magnétique transcranienn		Lyon
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique typique, administration de benzodiazépines		le mans
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		lyon

					végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	bénin	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		Paris
Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Clermont de l'oise
Pédopsychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Tours
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Marseille
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque,	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		Toulouse

					un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique			
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines			93330
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Marseille
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie	administration d'antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique		Colmar
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Bacteriemie	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		douai

					n, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		sanguin auto-immun, IRM cérébrale	auto-immune, une encéphalite	traitement par antipsychotique atypique		
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un trouble conversif, un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie		Rouffach
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie	Rennes
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Lyon
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie	Paris
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Strasbourg

					troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG					
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique		lyon
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie		Strasbourg
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines		lyon
Pédopsychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines		Paris
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique	possiblement létal	un état d'agitation,	mixte: psychiatrique	Examen clinique, Recherche de	une mélancolie,	administration de	administration d'antipsychotique		Strasbourg



			sévère		un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	ue et somatique	toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, EEG	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	que atypique		
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		LILLE
Psychiatre en libéral	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Saverne
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Paris
Interne de psychiatrie	Oui, fréquemment.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique		strasbourg

					troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps								
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines, sismothérapie			Brumath
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines			lausanne
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique			Strasbourg
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie			strasbourg
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome	possiblement létal	un comportement	mixte: psychiatrique et	Examen clinique, Recherche de toxiques	une schizophrénie, une	administration d'antipsychotique atypique,	sismothérapie			grenoble

			mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique		étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, une fluctuation des symptômes dans le temps	somatique	sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines			
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie		Amiens
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	administration de benzodiazépines		Paris
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	sismothérapie		lyon
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		BRUMATH
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite, neuroleptiques	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Grenoble

					stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines		clermont ferrand
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		strasbourg
Pédopsychiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines		lyon
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines	dépend de la réponse à la 1e ligne		armentieres

					des troubles végétatifs								
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli	psychiatrique uniquement	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une mélancolie	administration d'antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique			lyon
Pédopsychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines, Soins relationnels et accompagnement vie quotidienne (hydratation, alimentation notamment)	Je ne sais pas	En 6 années d'exercice hospitalier, je n'en ai jamais vu.		Strasbourg
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une mélancolie	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique			lyon
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique			lyon
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	tout dépend des résultats d'examens			amiens
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			lyon
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite, infection	administration de benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie			Paris

					troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale	une schizophrénie, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	Ne sait pas		Strasbourg
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Paris
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Rouffach (Alsace)
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie		lille
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, iatrogénie	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Marseille

					stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/anti-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Saint Etienne
Pédopsychiatrie hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique		Toulouse
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite, iatrogénie	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		nice
Pédopsychiatrie hospitalier	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	manque de critères de jugement pour cette question	Je manque d'éléments de réponse thérapeutique	LYON
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de	une mélancolie, une consommation de toxique,	administration d'un agoniste glutamatergique	sismothérapie		grenoble

					un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps		syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une maladie auto-immune, une encéphalite				
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	stimulation magnétique transcranienn		Paris
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		gentilly
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		gentilly
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		rennes



Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	nice
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement léthal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique	paris
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un état d'agitation, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique	marseille
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique	Rennes
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'un agoniste glutamatergique	lille
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique	paris

					des troubles végétatifs			on de toxique, une encéphalite			
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique	Bordeaux
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration de benzodiazépines, sismothérapie	Valenciennes
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique	Lille
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Amiens
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique, un syndrome	possiblement léthal	un comportement étrange, un comportement	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM	une schizophrénie	administration d'antipsychotique atypique, administration de	administration d'antipsychotique atypique	Paris

			transnosographique		ent d'opposition, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		cérébrale		benzodiazépines			
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique	une mélancolie	administration de benzodiazépines	sismothérapie		grenoble
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie	sismothérapie		Saint Étienne
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines, sismothérapie		Bordeaux
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR	une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines		clermont ferrand
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Recherche d'anticorps/auto-anticorps	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines,	sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn		Brest

					troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale		administration d'un antagoniste glutamatergique			
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Paris
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines		angers
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite, une maladie inflammatoire	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Clermont Ferrand
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique		brest

					dans le temps								
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			Paris
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	sismothérapie			Lyon
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie			lille
Psychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration de benzodiazépines			Lyon

Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Rouffach
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite, Mononucléose infectieuse	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Toulouse
Pédopsychiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG, consultation en urgence avec un somaticien qui prescrira le bilan somatique	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique		sujet intéressant et original !	Sallanches
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Recherche d'anticorps/anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines, sismothérapie		Lille

Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Strasbourg
Psychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	Ttt etiologique	administration de benzodiazépines	Versailles
Pédopsychiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	stimulation magnétique transcranienn	morlaix
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	toulouse
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration de benzodiazépines	poitiers
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan	une mélancolie, une maladie auto-immune,	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par	administration d'un agoniste glutamatergique, stimulation magnétique transcranienn	toulouse

					un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une encéphalite	antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique			
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de sanguins et urinaires, Bilan sanguin auto-immun	une schizophrénie, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Beaucoup de questions répondues au hasard, car phénomène que je connais très peu, et dont je pensais qu'il n'y avait pas de spécificité par rapport à l'adulte... je suis intéressé par connaître les réponses et les probabilités de rencontrer ce genre de syndrome... merci, bon courage pour la thèse !	Strasbourg
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie		Rouen
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage,	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, sismothérapie		Le havre



					une fluctuation des symptômes dans le temps							
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn		rouen
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines	sismothérapie		Rouen
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines	sismothérapie		rouen
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, sismothérapie		rouen

					troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, administration d'un agoniste glutamatergique	administration d'antipsychotique typique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienne		ROUEN
Interne de psychiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	administration de benzodiazépines		Rouen
Interne de psychiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		rouen
17/01/2015 11:50:18	18/01/2015 11:50:18	19/01/2015 11:50:18	20/01/2015 11:50:18	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une encéphalite, somatique	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'un antagoniste glutamatergique		angers

					troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie	administration d'antipsychotique typique	sismothérapie		paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un trouble conversif, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Recherche d'anticorps/ auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	ne sait pas	ne sait pas		Paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, administration de benzodiazépines	administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie		Lille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	ne sait pas	ne sait pas		paris
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	bénin	un comportement étrange, un état d'agitation, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique	une schizophrénie	?	?		paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	bénin	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une	stimulation magnétique transcranienn	sismothérapie		Paris

					des symptômes dans le temps			encéphalite			
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie	Suisse
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG, ac anti NMDA	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	sismothérapie	Paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG, Recherche de trouble métabolique, ionique	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, Appel du psychiatre et du neurologue	administration de benzodiazépines, Appel du psychiatre et du neurologue	Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, avis psychiatrique	sismothérapie	paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	sismothérapie	paris

Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	sismothérapie		Lolle
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie	administration d'antipsychotique atypique, administration d'un antagoniste glutamatergique, sismothérapie		lille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	ne sais pas		lille
Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, EEG	une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Arras
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	ne sais pas		Marseille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune,	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	sismothérapie		Lille

					temps			une encéphalite	es				
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, EEG	une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	sismothérapie		j'ai répondu complètement au hasard car je n'ai absolument jamais entendu parlé de ce syndrome	paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une mélancolie, une encéphalite	sismothérapie	sismothérapie			paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement d'opposition, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique			Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Je ne sais pas			Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun	une schizophrénie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Aucune idée			Lyon
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	bénin	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique			Marseille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome	possiblement létal	un absence de réaction aux différents	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et	une mélancolie, une consommation	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique				Toulouse

			psychiatrique		stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps		urinaires	on de toxique	e atypique	e typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines		
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	sismothérapie		bondy
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	sismothérapie		bondy
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	?		paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie		Paris
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune,	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Aucune idée...	Je demanderai s'un avis psy!!!!!!	Toulouse

					temps			une encéphalite	es			
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune	NSP	NSP		Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	je ne sais pas	je ne sais pas		Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, EEG	un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	administration d'antipsychotique atypique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn		lille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	ne sais pas	ne sais pas	paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	NE SAIT PAS	NE SAIT PAS		PARIS
Pédiatre en libéral	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif	bénin	un comportement étrange, un absence de réaction	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de	une schizophrénie, une consommation de toxique,	administration d'antipsychotique typique	administration d'antipsychotique typique		Lyon



					aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps		syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une encéphalite				
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Analyse cytochimique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'un agoniste glutamatergique, stimulation magnétique transcranienne	extrêmement spécialisé, en pédiatrie nous ne sommes pas du tout formés à cette pathologie. curieuse de connaître sa prévalence chez l'enfant !	Marseille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Toulouse
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie	benin	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG, Evaluation psychiatrique	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	sismothérapie		Lille

Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG, Dosage sanguin d'un médicament pris par la patient	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite, pathologie tumorale, état de mal	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	sismothérapie		Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif, un syndrome psychiatrique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	Zovirax	administration d'antipsychotique atypique		Lyon
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	administration d'un agoniste glutamatergique		bordeaux
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	sismothérapie		Lille
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	bénin	un comportement étrange, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn		lille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une mélancolie	avis pedopsy	je laisse les pedopsy mettre les traitements		rouen

					troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps							
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite	administration d'un agoniste glutamatergique	sismothérapie		Paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	bénin	un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Rouen
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une encéphalite	Aucune idée	Support nutritionnel et hydrique		Lyon
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique, administration de benzodiazépines	sismothérapie		Paris
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Rouen
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	un comportement	mixte: psychiatrique	Examen clinique, Recherche de	une schizophrénie	Je ne sais pas	Je ne sais pas		Rouen

					ent étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	ue et somatique	toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	ie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite			
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, traitement d'une étiologie organique sous jacente	une étiologie organique sous jacente éliminée, je demande conseil aux pédopsychiatres.	Toulouse
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique	Marseille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, EEG, TDM cérébral	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'un antagoniste glutamatergique	Caen
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement léthal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, EEG	une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, administration d'un agoniste glutamatergique	sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn	Lille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement léthal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une encéphalite	ne sait pas	ne sait pas	toulouse

					symptômes dans le temps								
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Appeler un pédopsychiatre			Marseille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	administration d'un agoniste glutamatergique			Lyon
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	bénin	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'un agoniste glutamatergique			Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	bénin	un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie			Paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	bénin	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'un antagoniste glutamatergique			Limoges
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, administration d'un antagoniste glutamatergique, sismothérapie			Fort-de-France

Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie	possiblement létal	un comportement étrange, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique, administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines		Evreux
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, administration d'antipsychotique typique, administration de benzodiazépines		Montpellier
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique, étiologique	ne sais pas		Marseille
Pédopsychiatre en libéral	Non, jamais.	Oui	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	j'adresse à un confrère somaticien	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite, tumeur cérébrale	?	?	situation non traitable en libéral; adressage à l'hôpital	lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	traitement étiologique	administration d'antipsychotique atypique, administration d'un agoniste glutamatergique, sismothérapie		angers
Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de	une schizophrénie, une consommation de toxique,	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par		toulouse

					aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs		syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, EEG	une maladie auto-immune, une encéphalite		antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, administration d'un agoniste glutamatergique		
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, IRM cérébrale, EEG	une consommation de toxique	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique	administration de benzodiazépines		Marseille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome transnosographique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Bilan sanguin auto-immun	une consommation de toxique, une maladie auto-immune	Je ne sais pas...	je ne sais pas...		Angers
Pédiatre en libéral	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires	une mélancolie, une consommation de toxique	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'un agoniste glutamatergique		Rochefort
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin	une schizophrénie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration de benzodiazépines	ne sais pas		paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une encéphalite, maltrata	administration d'antipsychotique typique	administration d'antipsychotique atypique		nancy
Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, des troubles végétatifs, une fluctuation des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	sismothérapie		Lille

					symptômes dans le temps		sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG					
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une encéphalite	je ne sais pas	je ne sais pas	je n'ai jamais entendu un pédiatre parlé du syndrome catatonique, et je ne savais même pas que ça existait chez les enfants avant qu'un collègue psychiatre m'en parle par hasard	paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un trouble conversif	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique, stimulation magnétique transcrânienne	administration d'antipsychotique atypique		caen
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	bénin	un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une mélancolie, une consommation de toxique	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique	Est il possible d'avoir un petit topo sur la catatonie en retour car comme vous avez sûrement remarqué je ne connais pas du tout cette pathologie...	paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR	un épisode maniaque, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, sismothérapie	administration d'antipsychotique typique		Paris
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, EEG	une consommation de toxique, une encéphalite	?	?		Lyon
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique,	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique, administration de benzodiazépines	administration d'un agoniste glutamatergique		paris



					aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG					
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif, un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique typique	administration de benzodiazépines		kremlin bicetre
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	ne sait pas	ne sait pas		paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	dépend de l'étiologie	ne sais pas		paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Oui	un sous-type de schizophrénie, un syndrome mélancolique sévère, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	je ne sais pas	je ne sais pas		Marseille

Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome transnosographique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	je ne sais pas	je ne sais pas		Corbeil-Essonnes
Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite, PTSD	administration d'antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	Avis psychiatrique		Strasbourg
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Oui	un trouble convertif, un syndrome psychiatrique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	psychiatrique uniquement	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	ne sais pas		Bourgoin-Jallieu
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Paris
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un trouble convertif, un syndrome psychiatrique	bénin	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	aucune idée	aucune idée		Caen
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un sous-type de schizophrénie	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, IRM cérébrale	une schizophrénie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Lille
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Oui	un trouble convertif	bénin	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration de benzodiazépines, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique	administration d'antipsychotique atypique, administration d'antipsychotique typique, sismothérapie, stimulation magnétique transcranienn		Paris
Pédiatre hospitalier	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, des	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome	une mélancolie, une consommation de toxique, une	arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration d'antipsychotique typique		Dieppe

					troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps		inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	encéphalite				
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un trouble conversif	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une consommation de toxique, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines, Zovirax	administration d'antipsychotique atypique		Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie		rouen
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR	une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique, arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique atypique, arrêt d'un éventuel traitement par benzodiazépines	administration de benzodiazépines		Paris
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Bilan sanguin auto-immun, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Isoélectrofocalisation du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une mélancolie, un épisode maniaque, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	je ne sais pas	je ne sais pas	Je n'en ai jamais croisé, ainsi si cela m'arrive je me tournerai vers un neuropédiatre ou un pédopsychiatre pour m'aider dans la prise en charge	Marseille
Interne de pédiatrie	Non, jamais.	Non	un syndrome psychiatrique	possiblement létal	un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement	une schizophrénie, une mélancolie, une consommation de toxique, une	Ne sais pas	Ne sais pas	Pathologie inconnue	Paris

							sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, Recherche d'anticorps/auto-anticorps spécifiques dans le LCR, IRM cérébrale	encéphalite				
Pédiatre hospitalier	Non, jamais.	Oui	un syndrome mélancolique sévère	possiblement létal	un comportement étrange, un état d'agitation, un comportement d'opposition, un mutisme, une fluctuation des symptômes dans le temps	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une schizophrénie, une encéphalite	administration de benzodiazépines	administration d'antipsychotique atypique		Villefranche sur Saone
Interne de pédiatrie	Oui, rarement.	Non	un syndrome mélancolique sévère, un syndrome psychiatrique, un syndrome transnosographique	possiblement létal	un comportement d'opposition, un absence de réaction aux différents stimuli, un mutisme, d'autres troubles du langage, des troubles végétatifs	mixte: psychiatrique et somatique	Examen clinique, Recherche de toxiques sanguins et urinaires, Recherche de syndrome inflammatoire sur un prélèvement sanguin, Analyse cytochimique du LCR, Analyse bactériologique, virologique du LCR, IRM cérébrale, EEG	une mélancolie, une consommation de toxique, une maladie auto-immune, une encéphalite	administration d'antipsychotique atypique	sismothérapie	Pourrions-nous avoir un petit résumé des réponses à ces questions ? Bon courage pour la suite de votre travail?	Paris

**AUTEUR : Nom :** PARENTI **Prénom :** Aesa

**Date de Soutenance :** 1<sup>er</sup> juin 2015

**Titre de la Thèse :** Syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent : évolution du concept et état actuel des connaissances.

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**Cadre de classement :** *Pédopsychiatrie*

**DES + spécialité :** *Psychiatrie*

**Mots-clés :** Syndrome catatonique - catatonie - psychiatrie infanto-juvénile- nosographie - prise en charge multidisciplinaire - évaluation des connaissances

**Résumé :**

**Contexte** le syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent est une entité clinique rare et probablement sous-diagnostiquée, qui toucherait de 0,6% à 17,7% des patients hospitalisés en pédopsychiatrie. Ses étiologies sont diverses, aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques, nécessitant une prise en charge syndromique et étiologique particulières. Depuis une quinzaine d'années, des recherches spécifiques lui sont consacrées.

**Méthode :** Une recherche bibliographique de la littérature médicale internationale a permis de retracer l'évolution du concept de « catatonie » et proposer une mise au point complète et pratique. L'état actuel des connaissances des jeunes psychiatres, pédopsychiatres et pédiatres sur le sujet a également été évalué, à l'aide d'une enquête en ligne. Des statistiques descriptives ont été tirées des réponses au questionnaire.

**Résultats :** Au total, 290 personnes exerçant dans diverses villes de France ont répondu à l'enquête. Il s'agissait en majorité d'internes de psychiatrie et de pédiatrie. Plus de la moitié des participants déclaraient pouvoir rencontrer un patient présentant un syndrome catatonique au cours de leur pratique (60,6%), et 48,6% s'estimaient en capacité de reconnaître le syndrome. Seulement 18,3% des participants pouvaient identifier l'ensemble des signes cliniques proposés comme faisant partie de la sémiologie du syndrome. Son caractère possiblement léthal était connu de 90% des participants. L'étiologie la plus fréquemment citée était l'encéphalite (83,1% des participants). Seulement 10% des participants reconnaissaient l'ensemble des étiologies proposées du syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent. La prise en charge thérapeutique proposée en 1<sup>ère</sup> intention était adéquate dans 23,4% des cas (« arrêt d'un éventuel traitement par antipsychotique typique ou atypique et administration de benzodiazépines »). Les antipsychotiques, contre-indiqués, étaient proposés par 20% des participants en 1<sup>ère</sup> intention et par 30,7% en 2<sup>nde</sup> intention.

**Conclusion :** Les connaissances du syndrome catatonique de l'enfant et de l'adolescent se sont enrichies récemment. Malgré une létalité élevée et l'existence de thérapeutiques efficaces et faciles d'utilisation en 1<sup>ère</sup> intention, ce syndrome reste mal connu en France des professionnels de santé concernés. Des interventions pour la diffusion des connaissances et un logigramme pour la prise en charge du syndrome sont proposés. Le logigramme sera disponible en accès libre sur [www.asso-aesp.fr](http://www.asso-aesp.fr).

**Composition du Jury :** Pr Renaud JARDRI, Pr Louis VALLEE, Pr Pierre THOMAS, Dr Pierre-Alexis GEOFFROY

**Président :** Pr Renaud JARDRI

**Assesseurs :** Pr Louis VALLEE, Pr Pierre THOMAS, Dr Pierre-Alexis GEOFFROY