

**Pédopsychiatrie.** Chez l'enfant, le trouble de conversion (« trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle » selon le DSM-5) est une entité clinique et pathologique discutée, source de questions diagnostiques et de confusions nosographiques en pratique pédiatrique courante. Pourtant, cette symptomatologie dite « fonctionnelle » n'est pas rare.

## Le trouble de conversion chez l'enfant, ça existe ?

ÉLISE TORDJMAN  
PRÉNOM ? GAUTIER  
LISA OUSS  
Service de  
pédopsychiatrie  
(Pr Golse),  
hôpital Necker-  
Enfants malades,  
Paris, France  
[elise.tordjman  
@aphp.fr](mailto:elise.tordjman@aphp.fr)  
[elise.tordjman  
@gmail.com](mailto:elise.tordjman@gmail.com)  
[lisa.ouss@aphp.fr](mailto:lisa.ouss@aphp.fr)

É. Tordjman  
déclare...

M. Gautier déclare...

L. Ouss déclare...

**L**e existe une ambiguïté de définition et d'usage dans la langue française sur la définition d'une « pathologie fonctionnelle ». Alors qu'une définition stricte donnerait à ce terme un sens physiopathologique, « une anomalie du fonctionnement d'un organe ou d'un tissu », l'usage courant reste synonyme de l'absence d'organicité sous-jacente à la symptomatologie présentée. La définition conservée est donc : « présence de symptômes physiques faisant évoquer des troubles somatiques, sans qu'aucune anomalie organique ne soit décelée, ni aucun mécanisme physiopathologique ne soit reconnu ».<sup>1</sup> Les classifications distinguent plusieurs formes parmi les différents troubles, dits fonctionnels chez les somaticiens, ou somatoformes chez les psychiatres : du trouble de somatisation au trouble douloureux, au trouble dissociatif, en passant par le trouble de conversion, ou plus récemment « les troubles à symptomatologie somatique » dans la cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5).<sup>1</sup> Cet éventail de dénominations et de descriptions cliniques perd les professionnels, ce qui a pour conséquence une nébuleuse persistante autour de ces entités pathologiques.

### Tentative de définition du trouble de conversion

La définition du trouble de conversion varie selon les époques et les

catégories diagnostiques utilisées. Il est encore trop souvent accolé le terme d'hystérie à celui de conversion, malgré le caractère péjoratif qui l'accompagne et qui ne correspond pas toujours à ce à quoi il fait référence.

C'est un trouble « non intentionnellement produit ni simulé » (DSM-IV-TR)<sup>2</sup> où :

- il existe « un ou plusieurs symptômes d'altération de la motricité volontaire ou des fonctions sensorielles » (DSM-5)<sup>1</sup>;
- « les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique ou médicale reconnue » (DSM-5)<sup>1</sup>;
- « les symptômes ou les handicaps ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble médical ou mental » (DSM-5)<sup>1</sup>;
- « le symptôme ou le handicap entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale » (DSM-5)<sup>1</sup>;

et où il faut préciser la présence ou non de facteurs de stress psychologique (« avec ou sans facteur de stress psychologique ») (DSM-5)<sup>1</sup>.

Il est à noter que cet élément a changé par rapport au DSM-IV-TR2 où il était mentionné que « des facteurs psychologiques sont associés au symptôme dans la mesure où l'on observe que la survenue des troubles est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress ». En ce qui concerne le champ pédia-

trique, la notion de « trouble de conversion » est une entité complexe par plusieurs points :

- sa définition varie selon l'époque et selon les catégories diagnostiques utilisées ; elle est souvent confondue avec le trouble somatisation ;
- elle est paradoxalement mal connue car sa prévalence est relativement faible dans la population générale et les publications à son sujet restent rares ;
- la variété des services où consultent les patients (médecin traitant, pédiatre, psychiatre, neuropédiatre, orthopédiste...) rend l'harmonisation du recueil des données et des pratiques difficile ;
- le diagnostic n'est pas toujours facile à faire, et reste encore souvent un diagnostic d'exclusion, après de nombreuses investigations médicales ;
- cette pathologie suscite des attitudes contrastées de la part du corps soignant, aboutissant parfois à la pérennisation des troubles ou à leur réapparition sous une autre forme ;
- les caractéristiques des troubles de conversion chez les adultes sont souvent appliquées aux enfants, faute de publications spécifiques, alors que cette pathologie semble très différente tant dans ses caractéristiques cliniques que dans sa genèse et son évolution ;
- enfin, le diagnostic d'un trouble de conversion comme entité pathologique est plus complexe chez les enfants du fait que l'expression d'une souffrance émotionnelle sous la forme d'une plainte physique >>>

FOCUS

## Les différentes hypothèses pour expliquer le trouble de conversion chez l'enfant

### Approche psychodynamique

Vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, deux théories psychologiques de l'« hystérie » émergent.

La définition de la conversion somatique donnée par Laplanche et Pontalis,<sup>1</sup> dans une volonté de synthèse des travaux psychanalytiques sur le sujet, est la suivante : « *Elle consiste en une transposition d'un conflit psychique en une tentative de résolution de celui-ci dans les symptômes somatiques, moteurs ou sensitifs. Le terme de conversion est corrélatif d'une conception économique du psychisme [...].* »

Charcot<sup>2</sup> est un des premiers à avoir proposé que le fonctionnement du système nerveux pourrait être altéré fonctionnellement, sans pathologie visible ou atteinte structurelle, sous l'influence d'idées puissantes, suggestions, ou états psychologiques, de la même manière que l'hypnose.

Aussi, à la même période, Sigmund Freud et Pierre Janet proposaient deux visions plus ou moins proches du phénomène de conversion observé dans l'hystérie.

En premier, Pierre Janet<sup>3</sup> établissait le concept de dissociation comme une altération primaire de l'état de conscience impliquant une déconnexion de soi-même et du monde avec une compartmentation des processus psychiques dont certains ne seraient plus accessibles à la volonté. Il expliquait ainsi, avec la notion de dissociation, l'apparition d'un trouble de conversion chez des patientes « hystériques » comme une incapacité à la synthèse, un rétrécissement pathologique du champ de la conscience ne permettant plus d'appréhender la totalité de son corps.

Sigmund Freud, à la suite et parallèlement, s'intéressait également à l'hystérie et élaborait la théorie psychanalytique. Le terme « conversion » et sa définition apparaissaient pour la première fois dans ses écrits en 1894, dans *Les Psychonévroses de défense* :<sup>4</sup> « *Dans l'hystérie la représentation inconciliable est rendue inoffensive par le fait que sa somme d'excitation est reportée dans le corporel, processus*

*pour lequel je proposerais le nom de « conversion » [...].* » Les études sur l'hystérie (Breuer et Freud)<sup>5</sup> attribuent la cause des symptômes « hystériques » à un souvenir oublié d'un incident déclenchant, qui n'a pas été abréagi, et est agi dans le psychisme comme s'il était un « corps étranger », aboutissant à la célèbre phrase de Freud : « *Les hystériques souffrent de réminiscences* ». Freud va ultérieurement prendre ses distances avec la théorie des « états hypnoïdes » de Breuer, qui propose une dissociation secondaire de la conscience pendant des états où les représentations sont séparées de la conscience, pour proposer une théorie de l'hystérie comme une défense.

Pour cette première approche, le trouble de conversion est ainsi un mécanisme de défense et a une dimension d'expression symbolique avec la transposition dans le corps des conflits intrapsychiques.

### Approche cognitive et comportementale

Le modèle cognitif permet de caractériser les symptômes de conversion par une organisation physiologique spécifique et un répertoire comportemental qui sont le reflet de mécanismes protecteurs, à la fois innés mais aussi acquis dans l'enfance en réponse à des situations dangereuses ou sources d'anxiété. Le symptôme de conversion est alors conceptualisé comme une réponse émotionnelle à une menace, reflétant soit un processus implicite de traitement de l'information résultant en une réponse automatique sensori-motrice, soit des erreurs liées au traitement de l'information ou aux représentations internes des états corporels.

Ici, le symptôme de conversion est donc la traduction corporelle d'un état mental qui dépend des expériences passées, des facteurs environnementaux et relationnels actuels.

### Approche attachementiste

La théorie de l'attachement, formalisée par John Bowlby, traite d'un aspect spécifique

des relations entre êtres humains. Ce système a pour objectif l'établissement de la proximité physique avec la figure d'attachement en cas d'alarme ou de détresse du bébé qui intériorise des séquences d'événements et adapte son comportement en fonction des expériences passées. Il s'agit de la composante acquise de l'attachement à laquelle s'associe, dans une dimension éthologique, une composante innée qui sert à promouvoir la sécurité et l'autoprotection de l'individu.<sup>6</sup> Ces adaptations vont mener l'enfant à inhiber ou au contraire à hyperactiver son système d'attachement.

Kozlowska et Williams<sup>7</sup> ont fait l'hypothèse que les symptômes de conversion durant l'enfance représenteraient la composante sensori-motrice de deux types d'organisation de réponse émotionnelle à l'angoisse, donc de stratégies d'attachement : les stratégies inhibitrice et activatrice, déterminant soit les pertes fonctionnelles du côté de l'inhibition (paralysie, anesthésie, cécité psychogène...), soit les anomalies fonctionnelles du côté de l'activation (mouvements anormaux, pseudo-crises, hyperesthésie, astasie-abasie...).

### Apport des neurosciences

Les études d'imagerie convergent partiellement pour démontrer que les symptômes de conversion peuvent entraîner des modifications fonctionnelles objectives au niveau de l'activité corticale. Il s'agit actuellement d'un vaste corpus théorique qu'il serait impossible de résumer.<sup>8</sup>

Vuilleumier<sup>9</sup> a proposé une synthèse des travaux en neuro-imagerie sur la conversion. Il existerait des modifications fonctionnelles, sans lésion, dans les voies motrices pour la paralysie, distinctes de la simulation ou de l'inhibition volontaire, sans perte de l'intention ou de l'imagerie motrice. Des modifications dans les boucles de régulation du mouvement (corticales-ganglions de la base) lors des paralysies conversives, surviennent de manière inconsciente, sans intention : les états émotionnels modulent

# MISE AU POINT

## TROUBLE DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT

alors ou bloquent l'exécution motrice. De manière concomitante, il y aurait un traitement anormal des circuits neuro-naux médiateurs du sens du contrôle de soi. Lorsqu'on compare les paralysies sous hypnose et les symptômes de conversion, il existe des processus neuro-naux communs (une plus grande connectivité du système moteur avec les représentations internes), mais des pro-

cessus différents : une augmentation de l'activité dans les zones impliquées dans les représentations affectives pour la conversion (le cortex préfrontal ventro-médian), et dans celles impliquées dans les représentations imaginaires ou mnésiques (précuneus) et dans le contrôle et l'inhibition (gyrus frontal inférieur droit) pour l'hypnose. Ces données ont cependant été obte-

nues avec un faible nombre de sujets, pour des paralysies motrices essentiellement, et demandent confirmation.

Pour résumer, les déficits neurologiques fonctionnels des troubles de conversion pourraient résulter d'un « blocage » sélectif des informations sensori-motrices, sous l'effet de processus de contrôle, inhibiteurs ou activateurs, ou de mécanismes attentionnels. ↗

### RÉFÉRENCES

1. Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris : PUF, 1987.
2. Charcot JM. Toux et bruits laryngés chez les hystériques, les choréiques, les tiqueux et dans quelques autres maladies des centres nerveux. Clinique des maladies du système nerveux. Mr Le Professeur Charcot. Paris, Le Progrès Médical et Félix Alcan, 1893;2:443-59.
3. Janet P. Contribution à l'étude des accidents mentaux chez les hystériques (1893). Paris : Éditions L'Harmattan, 2004.
4. Freud S. Les psychonévroses de défense. In : Métrose, psychose et perversion. Paris: PUF, 1894.
5. Freud S, Breuer J (1895d). Études sur l'hystérie. Paris: PUF, 1956.
6. Kozlowska K. The developmental origins of conversion disorders. Clin Child Psychol Psychiatry 2007;12:487-510.
7. Kozlowska K, Williams LM. Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. J Psychosom Res 2009;67:223-33.
8. Saj A. Les troubles de conversion et les neurosciences cognitives. Rev Neuropsychol 2011;3:189-93.
9. Vuilleumier P. Brain circuits implicated in psychogenicparalysis in conversion disorders and hypnosis. Neurophysiol Clin 2014;44:323-37.

>>> est adaptée à l'enfant sur le plan développemental.

### Quelle fréquence ?

Il existe peu de travaux évaluant la prévalence du trouble de conversion chez l'enfant. Les études se heurtent à sa faible prévalence, aux biais de recrutement liés à l'hétérogénéité des services qui recensent ces pathologies, aux différents protocoles employés sur des populations peu comparables, à la multiplicité des lieux de consultation, et à la différence des prévalences et du ratio garçon-fille selon l'âge.

Si l'on excepte l'adolescence, le trouble de conversion serait rare chez l'enfant, de l'ordre de quelques cas par an dans les services hospitaliers. Pour certains auteurs, les symptômes de conversion conduisent, vu leur plasticité, essentiellement à des consultations de médecine générale, sans lendemain.

La prévalence du trouble de conversion chez l'enfant apparaît ainsi difficile à déterminer, de 2,3 à 4,2/100 000 dans la pratique pédiatrique,<sup>3</sup> de 0,2 % sur 12 mois à 2 % sur 3,5 ans dans les consultations de pédopsychiatrie.<sup>4-6</sup> Certains auteurs ont mis en évidence des prévalences plus importantes,

liées à des différences culturelles, 14,8 % en Inde, par exemple.<sup>7</sup> L'incidence sur une année a été évaluée à 1,30/100 000 en Irlande<sup>8</sup> ou à 1,7/10 000 enfants et adolescents au cours d'une enquête nationale canadienne réalisée de septembre 2011 à août 2013.<sup>9</sup> L'incidence augmenterait avec l'âge : 0,26/100 000 chez les enfants âgés de moins de 10 ans et 3,04/100 000 chez ceux de 10 à 15 ans.<sup>8</sup> Aucune étude de prévalence n'a été réalisée en France à ce jour. Une moyenne d'âge calculée sur plusieurs études est de 12,2 ans.<sup>10</sup> Enfin, le sex-ratio varierait selon l'âge : franchement en faveur des filles après la puberté (entre 2 tiers et 3 quarts), le déséquilibre serait moins net avant 10 ans et avoisinerait 1/1.<sup>11,12</sup>

### Comment l'explique-t-on ?

Il est complexe de décrire les différentes hypothèses concernant l'étiologie et les processus sous-jacents du trouble de conversion chez l'enfant, en essayant de les classer selon les différents courants de pensée dans le domaine de la psychopathologie. La tentation de conceptualiser le trouble de conversion dans un modèle intégratif est présente chez beaucoup d'auteurs, mais n'est pas

aboutie à ce jour. Nous évoquerons brièvement les grands courants de pensée qui décrivent le processus de conversion (*v. focus ci-contre*).

### Symptômes volontaires, involontaires et inconscients ?

Les symptômes de conversion sont de nature involontaire et d'origine inconsciente. Il est important de différencier le trouble de conversion d'un trouble factice (nature volontaire et motivation inconsciente) et d'une simulation (nature volontaire et motivation consciente).

Les neurosciences permettent aujourd'hui d'étayer la nature involontaire de ces symptômes. Citons une étude de 2010<sup>13</sup> où étaient comparés, à l'aide d'un paradigme en imagerie fonctionnelle par résonance magnétique, les patterns d'activation cérébrale chez huit patients ayant un trouble de conversion (tremblement involontaire), avec ceux retrouvés chez ces mêmes patients lorsqu'il leur était demandé d'imiter volontairement ce tremblement. Il apparaissait un pattern d'activation différent sur ces deux tâches, ce qui contribue à étayer la nature involontaire de la symptomatologie pseudo-neu- >>>

## INDICES ÉVOCATEURS D'UN TROUBLE DE CONVERSION

## À l'examen clinique

- Inconstance des observations au fil du temps et des examens répétés.
  - Symptômes invraisemblables sur le plan physiologique et anatomique.
  - Absence de systématisation neurologique ou de signe traduisant une atteinte du système nerveux central ou périphérique.
  - Les symptômes sont amplifiés lorsque le sujet est observé ou atténus lorsque le patient est distrait ou lorsque l'examen semble terminé.
- => Ces éléments renforcent l'impression clinique, mais ne sont pas pathognomoniques !

## Lors de l'anamnèse

- Évolution inhabituelle des symptômes dans le temps :
    - symptômes chroniques peu évolutifs ;
    - symptômes d'apparition soudaine et à intensité d'emblée maximale ;
    - symptômes paroxystiques et uniquement en présence de personnes de confiance.
  - Répercussions des symptômes disproportionnées sur le fonctionnement habituel et les performances, mais le patient semble parfois accepter avec complaisance ces limitations comme découlant inévitablement de ses symptômes.
  - Antécédents de bon comportement à la maison et à l'école, sans antécédent de conflits avec les symboles d'autorité.
  - Absence d'éléments stressants antérieurs rapportés, voire négation de l'existence de ceux-ci.
  - Antécédents personnels ou familiaux de symptômes médicaux (chroniques) inexplicables ou de symptômes somatiques qui ont des répercussions disproportionnées au quotidien.
  - Antécédents familiaux de problèmes de santé chroniques.
  - Bonne connaissance de la terminologie médicale ou du système de santé.
  - Ferme conviction personnelle et/ou familiale que les symptômes sont de nature biologique.
  - Réticence à accepter l'apport de facteurs psychosociaux aux symptômes, négation de la présence d'éléments stressants dans leur vie.
  - Nomadisme médical.
- => Aucun de ces indices ne pourra confirmer le diagnostic de trouble de conversion, il s'agit toujours d'un faisceau d'arguments anamnestiques, cliniques et paracliniques.

Tableau 1. D'après la réf. 15.

rologique retrouvée dans le trouble de conversion.

## FACTEURS DÉCLENCANTS

La recherche de facteurs ayant pu participer au déclenchement d'un trouble de conversion fait partie de l'évaluation pédopsychiatrique. Soulignons d'emblée l'importance des facteurs de stress en lien avec des événements de vie banals (conflits familiaux, séparation, problèmes relationnels avec les pairs, rivalité dans la fratrie, problèmes scolaires). La règle n'est plus d'évoquer absolument un événement traumatisant de type abus sexuel même s'il reste à rechercher de façon systématique mais sans insistance.

En pratique, il n'est pas aisément d'identifier et de différencier sur le plan causal les divers facteurs contemporains de l'apparition du trouble. Plus qu'un unique facteur, il s'agit d'un complexe d'événements récents et anciens, dans un modèle multifacto-

riel non linéaire de vulnérabilité plus que de causalité.

Il s'agit alors de distinguer des facteurs favorisants (génétiques, développementaux, de personnalité, socio-culturels), précipitants (événements de vie...) et de maintien (predisposition individuelle, environnement familial et médical). Ces trois niveaux doivent être différenciés afin de bien comprendre la nature du symptôme, sa temporalité d'apparition et son inscription dans l'histoire du sujet.<sup>14</sup>

## Que fait-on en pratique ?

## DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Dans le cadre du trouble de conversion de l'enfant, le premier intervenant est le médecin traitant ou le pédiatre, en consultation ambulatoire ou à l'hôpital dans le cadre de l'urgence (*v. figure*). L'aspect (pseudo) neurologique de la symptomatologie suscite souvent l'inquiétude des familles et des praticiens, ces derniers

s'en remettant souvent à leurs confrères hospitaliers pour des suspicions de diagnostics de gravité importante (syndrome de Guillain-Barré, accident vasculaire cérébral, trouble comitial, processus tumoral, myopathie, etc.) nécessitant des explorations et un plateau technique important.

Pour tout praticien, premier acteur du repérage et du soin, deux démarches diagnostiques doivent s'associer, nécessaires et complémentaires, afin d'objectiver le trouble de conversion et de permettre une prise en charge cohérente, compréhensible pour le patient et sa famille.

En premier lieu, la règle reste de conduire un examen clinique rigoureux, un recueil exhaustif de l'anamnèse, des antécédents et de l'ensemble des symptômes, associé à la réalisation d'explorations complémentaires jugées utiles et nécessaires pour éliminer toute participation organique à l'éclosion des

# MISE AU POINT

## TROUBLE DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT

symptômes. Le trouble de conversion chez l'enfant reste dans un premier temps un diagnostic d'exclusion, dont la réalisation appartient au médecin somaticien, premier maillon de la démarche diagnostique. Ce dernier a aussi comme rôle d'instaurer une relation thérapeutique de qualité fondée sur la confiance et la bienveillance malgré sa conviction d'emblée de l'absence d'organicité du trouble. Il s'agit de prendre un temps d'écoute suffisant pour accueillir la plainte de l'enfant, comprendre les symptômes, et tenter de les intégrer dans un contexte plus global, familial, social, scolaire (tableau 1).<sup>15</sup>

Il est parfois nécessaire de solliciter l'avis d'un spécialiste (neuropédiatre, oto-rhino-laryngologue, ophtalmologue) en fonction de la nature du ou des symptômes. Le praticien consulté en premier lieu devrait cependant rester le référent et le garant du bon déroulement de toute la prise en charge ultérieure.

Lorsque les différents examens réalisés n'objectivent pas un trouble organique particulier, ou que les symptômes paraissent bien plus importants en regard du trouble organique retrouvé, il est nécessaire de demander un avis auprès d'un psychologue ou d'un pédopsychiatre. Cette consultation spécialisée doit permettre de réunir des arguments en faveur d'un diagnostic positif du trouble de conversion, même s'il reste illusoire de demander au pédopsychiatre de confirmer absolument le diagnostic. Lorsqu'on recherche des facteurs psychologiques, ceux-ci sont suspectés de jouer un rôle dans le déclenchement, l'aggravation ou la persistance des symptômes observés et/ou dont le patient se plaint. Le but de la consultation spécialisée est d'évaluer la présence du trouble de conversion avec des critères cliniques positifs, d'envisager des diagnostics différentiels psychiatriques, d'aménager une orientation et des possibilités thérapeutiques.

La complémentarité de ces deux démarches (diagnostic d'exclusion et diagnostic positif) est essentielle et participe à une meilleure lisibilité et

à une acceptation de la démarche diagnostique par le patient et sa famille, souvent démunis devant l'absence de diagnostic organique, la persistance du/des symptôme(s) et l'annonce d'une participation psychologique aux troubles. Cette démarche globale permet d'éviter le nomadisme médical, la multiplicité des avis demandés et l'apparition de contre-attitudes négatives à l'égard de ces jeunes patients, mais elle nécessite des temps de consultation plus longs et des ressources diagnostiques multiples.

Une hospitalisation en service de pédiatrie est parfois demandée afin de réaliser une observation clinique sur la durée, des examens complémentaires plus longs et coûteux. Du point de vue pédopsychiatrique, cette hospitalisation participe grandement à la démarche thérapeutique et peut durer idéalement de 7 à 10 jours, tout en sachant que cette temporalité de l'évaluation et du soin est bien plus longue que la durée

moyenne de séjour d'un enfant en pédiatrie. En revanche, une durée d'hospitalisation supérieure mobilise souvent les contre-investissements des équipes médicales (« *Qu'est-ce qu'il fait là ?* », « *Il n'a pas de vraie maladie* », « *Il occupe un lit dont on a besoin* »).

L'hospitalisation permet entre autres une séparation du milieu familial, social et scolaire, source de potentiels facteurs de stress, ainsi que des entretiens pédopsychiatriques qui, dans ce contexte, sont mieux acceptés par l'enfant et ses parents.

La dimension de séparation permet la mise à distance d'un investissement parental trop important du symptôme. Le handicap fonctionnel du trouble de conversion peut être amplifié, voire prolongé lorsque le jeune patient trouve un « allié » qui se donne comme objectif de prouver que les symptômes sont dus à une cause organique déterminable. Cette personne est souvent un >>>

### L'HISTOIRE DE LÉO

Léo, 10 ans, deuxième d'une fratrie de trois avec des parents mariés, s'était plaint brutalement de céphalées vers 20 heures après son concert de clarinette, et ensuite d'une dysesthésie de la mâchoire suivie d'une perte de la vision de l'œil droit, puis de celle de l'œil gauche, pour finalement se plaindre de cécité. Dans ce contexte, ce jeune garçon avait été hospitalisé en service de pédiatrie pour l'exploration médicale de ses symptômes et une série d'examens neurologique, ophtalmologique et des bilans complémentaires (électroencéphalogramme, électrocardiogramme, tomodensitométrie et imagerie par résonance magnétique cérébrales avec injection, bilan sanguin complet). Toutes ces évaluations étaient avérées strictement normales et la famille avait pu être rassurée quant à l'absence d'une atteinte organique.

Un avis pédopsychiatrique avait été demandé par l'équipe somatique. Un pédopsychiatre avait évalué la situation de Léo au cours de deux entretiens, l'un individuel et l'autre en présence de ses parents. L'anamnèse révélait des situations permettant d'avancer une hypothèse en faveur d'un trouble de conversion : Léo n'avait pas de symptomatologie psychiatrique patente ; cependant, il se montrait

anxieux, inhibé avec quelques éléments dépressifs. Un an auparavant, il avait vécu un événement stressant : sans motif apparent, il avait été agressé physiquement et brutalement dans les sanitaires de son école par un camarade. Le contexte anxiogène du concert de clarinette débordant ses capacités de régulation émotionnelle était venu réactiver le souvenir « traumatique » avec l'élosion des manifestations symptomatiques. Léo avait recouvré la vue en 48 heures et la symptomatologie douloureuse avait concomitamment disparu.

Le diagnostic ainsi posé est celui d'un trouble de conversion avec perte sensorielle (ou d'un trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle selon le DSM-5). L'intervention pédopsychiatrique a permis d'une part d'étyler le diagnostic, et d'autre part de le traiter.

L'intervention thérapeutique a consisté à créer un espace de parole ouvert pour Léo, tout en s'adaptant aux symptômes présentés, pour l'aider à élaborer une demande d'aide et à réfléchir sur ce qu'il vivait. Cette mise en récit a finalement permis à Léo d'accéder à la dimension psychologique et symbolique de ses symptômes dont il a ensuite pu se défaire de façon plus apaisée.

# MISE AU POINT

## TROUBLE DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT

### 1-VALIDER

- Alliance médecin / patient / famille
- Établir la confiance : symptômes « réels » et non simulés, non amplifiés intentionnellement par le patient
- Faire comprendre et accepter le diagnostic

### 2-ÉDUQUER

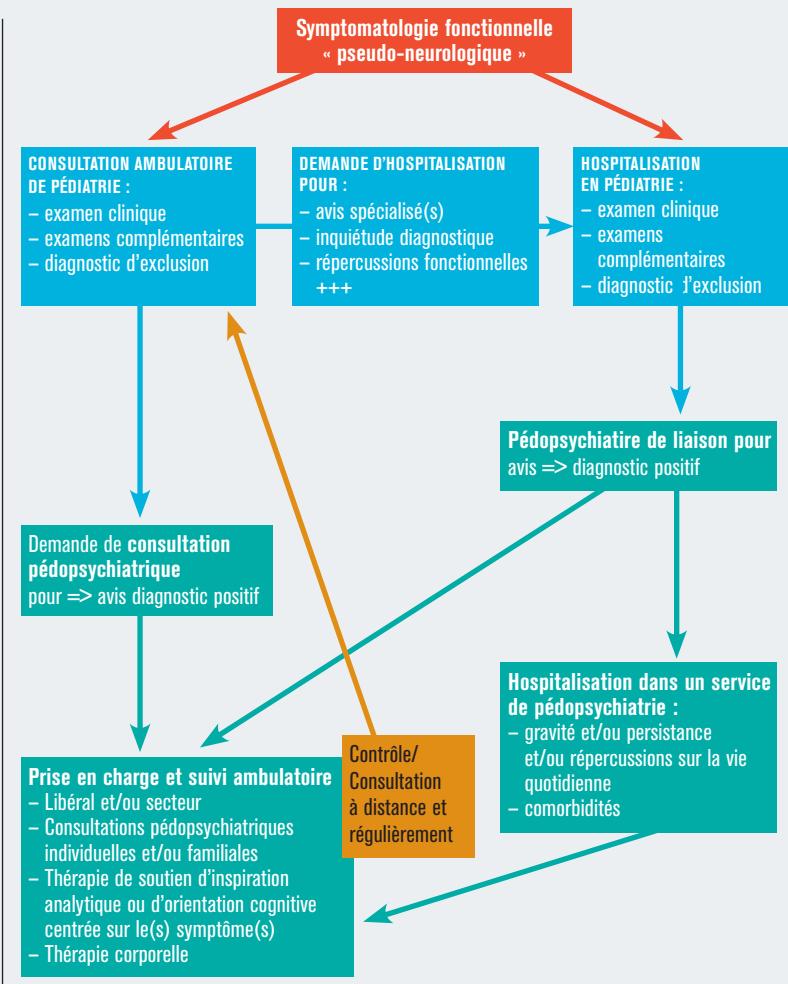
- Informer sur l'existence d'une trouble « physiquement réel », en lien avec des interactions complexes entre l'esprit et le corps
- Expliquer l'évolution naturelle du trouble

### 3-EMPATHIE

- Comprendre les besoins et demandes
- Valoriser la guérison
- Réassurer sans excès
- Réévaluer et faire preuve de disponibilité
- Discuter du caractère perturbant / inattendu des symptômes et du diagnostic

### 4-RÉADAPTER

- Objectifs modestes mais toujours progressifs
- Rechercher et diminuer les bénéfices secondaires
- Retrouver une routine normale (alimentation, sommeil, activités et exercice)
- Éviter / réduire l'absentéisme scolaire
- Évaluer et traiter les comorbidités (troubles anxieux et trouble de l'humeur)
- Psychothérapies : thérapie individuelle d'orientation psychanalytique, hypnose, thérapies cognitivo-comportementales, renforcement positif et négatif, biofeedback, psychodrame
- Thérapies groupales et familiales
- Thérapies centrées sur le corps : kinésithérapie, physiothérapie, relaxation, psychomotricité, ergothérapie
- Stimulation magnétique transcrânienne proposée par certaines équipes



**Figure.** La démarche diagnostique et thérapeutique du trouble de conversion chez l'enfant. Le processus VEER (Valider, Eduquer, faire preuve d'Empathie et Rééduquer) d'après Krasnik *et al.* 2013 [16]

membre de la famille, mais peut tout aussi bien être un professionnel médical, ce qui complique alors le diagnostic et la prise en charge.

### PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Les troubles de conversion nécessitent toujours une prise en charge multidisciplinaire axée dans un premier temps sur le symptôme, sur la douleur qui peut parfois y être associée, mais aussi sur la souffrance psychique à l'origine et/ou résultant de cette symptomatologie. Il n'existe cependant actuellement aucun

consensus quant à la prise en charge du trouble de conversion, celle-ci dépendant souvent du corpus théorique auquel les praticiens se réfèrent.

Une fois l'origine organique exclue, il faut mettre en place un traitement symptomatique personnalisé (kinésithérapie, aides techniques mesurées [ni trop ni pas assez] et aménagements divers, physiothérapie, traitement antalgique si nécessaire). Le médecin somaticien ne doit pas être complètement déchargé de la prise en charge sous prétexte que l'origine du trouble de conversion est

psychologique. À l'inverse, il doit éviter la surenchère de bilans et de consultations, et par son suivi régulier de l'enfant s'assurer de la régression des symptômes et surveiller l'apparition de nouveaux symptômes pouvant signer une authentique pathologie organique venant émailler le cours du trouble de conversion.

L'évaluation pédopsychiatrique doit être demandée précocement, dès le diagnostic suspecté. Le pédopsychiatre (ou le psychologue), dans la continuité de ses entretiens d'évaluation, explore le symptôme en questionnant le rapport de l'enfant et de

# MISE AU POINT

## TROUBLE DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT

ses parents à son corps et permet à l'enfant et à sa famille l'expression de leurs souffrances morales et de leurs angoisses devant un tel trouble. Parfois, devant la gravité du symptôme, ses répercussions sur la vie quotidienne mais surtout sa persistance, une hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie doit être envisagée. La présence de comorbidités pédopsychiatriques justifie également une telle hospitalisation. Au cours des premières consultations d'évaluations et de décisions thérapeutiques, un suivi régulier multifocal est mis en place avec des consultations pédopsychiatriques individuelles et familiales régulières ainsi qu'une guidance parentale. La psychothérapie envisagée (thérapie individuelle d'orientation psychanalytique, hypnose, thérapie cognitivo-comportementale, renforcement positif et négatif, biofeedback, psychodrame) doit être associée à une thérapie centrée sur le corps (kinésithérapie, physiothérapie, relaxation, psychomotricité, ergothérapie), sans oublier le traitement et la surveillance d'éventuelles comorbidités. Cette prise en charge dure une année au minimum.

### Quel est le pronostic ?

On constate le plus souvent que le trouble de conversion chez l'enfant est de bon pronostic. Il serait meilleur que chez l'adulte principalement du fait que, chez l'enfant, la survenue d'un tel trouble n'est pas pathognomonique d'une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Selon les études, on retrouve un taux de guérison allant de 61 à 96,7 % dans une revue récente de la littérature<sup>10</sup> pour des durées de suivi de 12 mois minimum. Cette revue note ainsi une disparition de la symptomatologie fonctionnelle dans 70 à 92 % des cas (moyenne de 78,2 %). Les facteurs pronostiques sont résumés dans le tableau 2.

Les comorbidités psychiatriques sont principalement de deux types, les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, et sont retrouvées chez 13

FACTEURS PRONOSTIQUES DU TROUBLE DE CONVERSION EN POPULATION PÉDIATRIQUE	
Facteurs de bon pronostic	Facteurs de mauvais pronostic
<ul style="list-style-type: none"><li>• Âge jeune</li><li>• Survenue rapide et aiguë des symptômes</li><li>• Symptôme sensitif plutôt que moteur</li><li>• Diagnostic et intervention thérapeutique précoces</li><li>• Bon ajustement pré morbide</li><li>• Absence de comorbidité ou d'antécédent psychopathologique</li><li>• Bonne capacité d'insight</li><li>• Bonne observance individuelle et familiale à la prise en charge</li><li>• Bon fonctionnement familial</li><li>• Bon niveau socio-économique</li><li>• Meilleurs résultats scolaires</li><li>• Famille acceptant l'origine psychologique du trouble</li><li>• Existence d'une relation de qualité et d'une bonne coopération avec l'équipe soignante</li><li>• Absence de conflits internes et de défenses rigides</li><li>• Un ou des facteur(s) de stress identifiable(s)</li></ul>	<p>Formes polysymptomatiques</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Une ou plusieurs récurrence(s)/rechute(s)</li><li>• Délai diagnostique long</li><li>• Mauvais fonctionnement familial</li><li>• Facteurs environnementaux</li><li>• Déni familial sur l'origine psychologique du trouble</li><li>• Présence d'un trouble comorbe de type trouble des conduites</li><li>• Mauvaise coopération pour le traitement</li></ul>

Tableau 2. D'après les réf. 10, 12, 16, 19-21.

### CE QU'IL FAUT RETENIR

- Dès qu'on suspecte un trouble de conversion, il faut suivre son intuition.
- Le trouble de conversion est dans un premier temps un diagnostic d'exclusion, la règle est d'éliminer une pathologie somatique sous-jacente.
- Le diagnostic positif du trouble de conversion doit se faire conjointement à l'aide d'un avis spécialisé (pédopsychiatre, psychologue).
- Chaque situation clinique doit pouvoir être évaluée et envisagée sous les différents angles théoriques du trouble de conversion dans une synthèse multidisciplinaire.
- Il ne faut jamais dire à l'enfant que ce qu'il a et ce dont il se plaint n'est « rien » ou « dans la tête », ce qui contribue toujours à l'aggravation et la pérennisation des symptômes.
- Il ne faut pas associer le diagnostic de trouble de conversion à celui d'« hystérie », surtout chez l'enfant.
- Il faut construire un environnement psychologique adapté à l'enfant avant de se focaliser sur le traitement symptomatique : respecter le symptôme ainsi que sa temporalité.
- Il faut se souvenir de la nature involontaire et inconsciente de ce trouble et le différencier du trouble factice ou de la simulation.
- Dès le diagnostic suspecté, le praticien doit explorer le contexte familial, social et scolaire.
- Il ne faut pas se fixer sur la recherche d'un traumatisme grave et envisager des facteurs prédisposants, déclencheurs et de maintien, parfois mineurs mais cumulatifs.
- Le trouble de conversion est un trouble bénin, de résolution spontanée dans la plupart des cas et de meilleur pronostic que chez l'adulte.
- Un diagnostic de trouble de conversion n'exclut jamais l'idée d'une évaluation globale pluridisciplinaire médico-psycho-sociale.

à 84 % des enfants/adolescents. Des antécédents psychiatriques sont retrouvés chez 80 % des patients pour certains<sup>16</sup> (troubles du comportement et phobies scolaires principalement), alors que d'autres<sup>8</sup> ne notaient pas d'antécédent psychiatrique précédent l'épisode dans 78 % des cas. Les comorbidités psychiatriques peuvent apparaître également à dis-

tance de l'épisode de conversion, dans 28 à 41 % des cas.<sup>10</sup> Tous ces résultats montrent de fortes disparités entre les études du fait de biais méthodologiques et de leur hétérogénéité. Retenons cependant que plusieurs auteurs<sup>17, 18</sup> s'accordaient pour conclure à l'impossibilité de lier la conversion somatique à un diagnostic ou à un pronostic spécifique. >>>

# MISE AU POINT

## TROUBLE DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT

### DE NOMBREUX ÉCUEILS

Plus qu'une simple entité pathologique, le trouble de conversion chez l'enfant possède de multiples facettes, dont le diagnostic est difficile et dont la prise en charge reste complexe et coûteuse. Il s'agit d'un trouble confrontant les praticiens à l'impuissance et l'incompréhension, dont les écueils sont nombreux (stigmatisation, contre-attitudes négatives, annonces brusques de diagnostic d'hystérie ou de simulation...). Une collaboration étroite et de qualité entre les médecins généralistes ou pédiatres et les pédopsychiatres permet d'améliorer le repérage et la prise en charge de ces jeunes patients, dont les symptômes sont toujours le signe d'une souffrance profonde. ☺

### RÉSUMÉ LE TROUBLE DE CONVERSION CHEZ L'ENFANT, ÇA EXISTE ?

XXXXXX

### SUMMARY CONVERSION DISORDER IN CHILDHOOD, DOES IT EXIST?

XXX

### RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5<sup>e</sup> révision, DSM-5. Paris : Masson, 2015.
2. American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4<sup>e</sup> révision, texte révisé, DSM IV-TR. Paris : Masson, 2004.
3. Kozlowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:68-75.
4. Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen HU. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:194-208.
5. Gupta V, Singh A, Upadhyay S, Bhatia B. Clinical profile of somatoform disorders in children. *Indian J Pediatr* 2011;78:283-6.
6. Leslie SA. Diagnosis and treatment of hysterical conversion reactions. *Arch Dis Child* 1988;63:506-11.
7. Srinath S, Bharat S, Girimaji S, Seshadri S. Characteristics of a child inpatient population with hysteria in India. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993;32:822-5.
8. Ani C, Reading R, Lynn R, Forlee S, Garralda E. Incidence and 12-month outcome of non-transient childhood conversion disorder in the U.K. and Ireland. *Br J Psychiatry* 2013;202:413-8.
9. Krasnik CE, Grant C, Cairney J, et al.; Canadian Paediatric Society. A clinical approach to paediatric conversion disorder: VEER in the right direction. 2013 Results Canadian Paediatric Surveillance Program. September 2011 to August 2013 – Final report, CPSP. <http://bit.ly/2h5Ndq>
10. Stalin V, Mirkovic B, Podlipski MA, et al. Devenir des troubles de conversion chez les enfants et adolescents. *NeuroPsychiatry Enfance Adolescence* 2015;63:192-200.
11. Malhi P, Singh P. Clinical characteristics [correction of characteristics] and outcome of children and adolescents with conversion disorder. *Indian Pediatr* 2002;39:747-52.
12. Pehlivantürk B, Ünal F. Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study. *J Psychosom Res* 2002;52:187-91.
13. Voon V, Gallea C, Hattori N, Bruno M, Ekanayake V, Hallett M. The involuntary nature of conversion disorder. *Neurology* 2010;74:223-8.
14. Ouss L, Tordjman E. Conversive disorders among children and adolescents: towards new "complementarist" paradigms? *Neurophysiol Clin* 2014;44:411-6.
15. Krasnik CE, Meaney B, Grant C. Canadian Paediatric Surveillance Program. Une approche clinique des troubles de conversion en pédiatrie : vers un retour à la normale. CPSP, 2013. <http://bit.ly/2h5fSTEL>
16. Goodyer I. Hysterical conversion reactions in childhood. *J Child Psychol Psychiatr* 1981;22:179-88.
17. Cramer B. Vicissitudes de l'investissement du corps: symptômes de conversion en période pubertaire. *Psychiatr Enfant* 1977;20:11-127.
18. Lebowitz S. L'hystérie chez l'enfant et l'adolescent. *Confrontations Psychiatriques* 1985;25:99-119.
19. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry* 1990;35:585-9.
20. Murase S, Sugiyama T, Ishii T, Wakako R, Ohta T. Polysymptomatic conversion disorder in childhood and adolescence in Japan Early manifestation or incomplete form of somatization disorder? *Psychother Psychosom* 2000;69:132-6.
21. Campo JV, Fritz G. A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 2001;42:467-76.
- ?? Ouss-Ryngaert L. Expressions neurologiques des conversions de l'enfant et de l'adolescent. *ArchPed* 2011;18(5, Supplement 1):H98-9.
- ?? Silber TJ. Somatization disorders: diagnosis, treatment, and prognosis. *Pediatr Rev*. 2011 Feb; 32(2):56-63; quiz 63-4.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Duverger P, Chocard AS, Malka J, et al. Psychopathologie en service de pédiatrie: Pédopsychiatrie de liaison. Issy-Les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2011.

Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie ?

(9<sup>e</sup> éd). Paris: Masson, 2012.

Garralda ME. A selective review of child psychiatric syndromes with a somatic presentation. *Br J Psychiatry*

1992;161:759-73.

Chabrol B, Dulac O, Mancini J, Ponsot G. Neurologie pédiatrique (3<sup>e</sup> éd).

Paris : Flammarion Médecine Sciences, 2009.

pédopsychiatrie de liaison. L'hôpital Necker au quotidien. Collection La Vie de l'enfant. Eres: 2012.

Tordjman E. Le trouble de conversion chez l'enfant et l'adolescent: Revue de la littérature, analyse clinique et

premier résultat en imagerie. Thèse de doctorat non publiée, Université Paris V René-Descartes, Paris, France ; 2012.