

Une approche clinique des troubles de conversion en pédiatrie : vers un retour à la normale

Catherine E. Krasnik, MD, Ph. D., FRCPC, chercheur clinique, département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, université McMaster

Brandon Meaney, MD, FRCPC, professeur agrégé de pédiatrie (neurologie), université McMaster

Christina Grant, MD, FRCPC, professeur agrégé de pédiatrie (médecine de l'adolescence), université McMaster

Les troubles de conversion (TC) sont des troubles peu courants, mais extrêmement invalidants au sein de la population pédiatrique. Les enfants et les adolescents touchés sont souvent gravement perturbés et vulnérables à de graves complications physiques et psychosociales à long terme, y compris les échecs scolaires, l'isolement social, l'incapacité physique et la morbidité psychiatrique. D'ordinaire, ces troubles s'associent à une utilisation importante de ressources de santé pédiatriques et paramédicales. Malgré les grandes souffrances personnelles et les conséquences des TC sur les ressources de santé, on n'en a pas étayé l'épidémiologie et le fardeau clinique chez les enfants et les adolescents au Canada.

Quels sont les critères diagnostiques du trouble de conversion?

Les TC se classent dans le groupe des « troubles somatoformes » du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)¹. Les enfants et les adolescents qui consultent en raison d'un TC décrivent des symptômes évocateurs d'une maladie physique, mais après une anamnèse plus approfondie, l'examen et les explorations, on ne peut les expliquer par une pathologie et une physiopathologie connues. La plupart du temps, les symptômes laissent plutôt croire à une maladie neurologique. Les symptômes fréquents incluent les convulsions, les paresthésies, les parésies, une démarche anormale et d'autres mouvements anormaux. Les symptômes doivent provoquer une détresse clinique importante ou une perturbation du fonctionnement social, professionnel ou d'autres secteurs importants. Il est important de comprendre que les symptômes ne sont pas intentionnels. D'après la définition du DSM-IV, un stress psychologique démontré doit être lié à l'apparition des symptômes, mais il n'est pas toujours évident dès la présentation¹. Enfin, les symptômes ou les déficits ne se limitent pas à la douleur ou à la dysfonction sexuelle, ne se manifestent pas exclusivement dans le cadre d'un trouble de somatisation et ne s'expliquent pas mieux par un autre trouble de santé mentale.

L'épidémiologie des troubles de conversion est-elle bien décrite en pédiatrie?

À peu près tout ce que l'on sait des TC découle d'études auprès de populations adultes. On estime la prévalence des TC à environ 5 % à 14 % des patients hospitalisés, 5 % à 25 % des



patients ambulatoires en psychiatrie et jusqu'au tiers des patients ambulatoires en neurologie².

Il semble ne pas y avoir d'évaluation précise de la prévalence des TC au sein de la population pédiatrique. En effet, les publications demeurent plutôt discrètes à cet égard. Ce peut être partiellement attribuable aux défis méthodologiques liés à l'exploration des TC chez les enfants, notamment le peu d'entrevues diagnostiques valides et les difficultés à obtenir de l'information de multiples sources³.

Le premier rapport sur le TC chez les enfants a été publié par le neurologue américain Herman B. Sheffield en 1898, qui a déclaré un total de 98 cas. En 2000, une étude allemande rétrospective a évalué une prévalence de TC de 0,2 % sur 12 mois dans une grande cohorte d'adolescents et de jeunes adultes de 14 à 24 ans⁴. Une limite importante de cette étude, c'est que même si elle faisait appel à une entrevue diagnostique structurée, elle incluait des symptômes de conversion autodéclarés, sans avis médical. En 2007, l'Australie a publié une étude de surveillance des TC chez les enfants et les adolescents⁵. On y estime un taux d'incidence annuel de 2,3 à 4,2 cas sur 100 000 enfants, qui, jusqu'à maintenant, représente probablement l'évaluation la plus précise de sa fréquence. Selon les publications, les évaluations de leur prévalence dans des milieux cliniques non occidentaux peuvent atteindre les 31 %. D'après les déclarations, la défavorisation et un faible taux de subtilité psychologique s'associent à une prévalence élevée.

Pour ce qui est des données épidémiologiques nord-américaines préliminaires colligées pendant les premiers mois de l'étude sur les TC menée dans le cadre du PCSP, 49 cas ont été confirmés, pour un ratio de trois filles pour un garçon ayant un âge moyen de 13,7 ans (plage de huit à 18 ans). La majorité (87,5 %) des adolescents ont dû être hospitalisés pendant une durée moyenne de 15,6 jours (plage de trois à 104 jours, $\text{ÉT} \pm 20,5$ jours). Chaque patient a vu un nombre moyen de 4,5 spécialistes.

Quels indices cliniques de l'anamnèse sont indicateurs d'un trouble de conversion?

Le diagnostic de TC ne repose pas sur une seule caractéristique pathognomonique. Comme d'autres syndromes cliniques, c'est une constellation de caractéristiques qui, ensemble, évoquent le diagnostic.

Les TC pédiatriques sont surtout déclarés chez des enfants pubères et postpubères, même si la surveillance prospective systématique a permis de dépister des cas dès l'âge de trois ans. Les cas de moins de cinq ans semblent toutefois rares⁵. Les enfants plus jeunes présentent des symptômes négatifs (perte de fonction, telle que faiblesse, déséquilibre ou perte de vision). Les symptômes positifs, tels que les convulsions non épileptiques et les troubles des mouvements psychogènes, ne s'observent que chez des enfants pubères ou plus âgés.

L'incidence de TC est plus élevée chez les filles que chez les garçons. Chez les enfants plus jeunes (de moins de dix ans), la différence selon le sexe est légère (1,3 fille pour un garçon), mais chez les enfants de dix ans et plus, le ratio passe à 3,1 filles pour un garçon⁵.

Pratiquement n'importe quel symptôme neurologique peut constituer le motif de consultation. Dans le cadre de l'étude de surveillance pédiatrique en Australie, les trois principaux symptômes neurologiques à la présentation étaient la faiblesse, l'ataxie et les convulsions non épileptiques⁵. Il est à souligner que plus de la moitié des enfants (55 %) de cette étude consultaient pour de multiples problèmes neurologiques. La même proportion (56 %) se plaignait également de douleurs chroniques.

Quel que soit le symptôme neurologique précis, des caractéristiques qualitatives du motif de consultation tendent vers une forte probabilité de TC. Par exemple, des aspects des



Une approche clinique des troubles de conversion en pédiatrie (suite)

symptômes peuvent être invraisemblables sur le plan biologique, tels que des convulsions généralisées apparentes sans perte de la conscience et de la mémoire des événements, ou une faiblesse ou une perte sensorielle dans une distribution non neuroanatomique (souvent délimitée par une bande circonférentielle remontant jusqu'à la moitié d'un membre).

De plus, l'évolution des symptômes dans le temps est souvent inhabituelle. Les profils courants incluent soit i) des symptômes chroniques qui se sont manifestés par une apparition soudaine à intensité maximale, toujours présents et aussi intenses depuis, soit ii) des symptômes paroxystiques qui ne se sont produits qu'en présence de membres de la famille ou d'amis de confiance.

Enfin, et peut-être par-dessus tout pour diagnostiquer un TC, les répercussions des symptômes neurologiques sur la vie du patient sont généralement complètement disproportionnées par rapport à la gravité apparente des symptômes. À cet égard, il est utile de se rappeler que des enfants et des adolescents en bonne santé affective qui présentent une maladie neurologique (comme l'épilepsie, les neuropathies ou les troubles des mouvements) continuent de fréquenter l'école et de participer à des activités sociales et cherchent généralement à maintenir leur niveau de participation et de contact avec leurs camarades malgré l'apparition de nouveaux symptômes neurologiques.

Par contre, les enfants et les adolescents ayant un TC se retirent généralement de l'école ou d'autres activités (notamment les activités athlétiques ou de performance, comme la danse, la gymnastique ou le patinage artistique). Le jeune déclarera souvent qu'il désirerait pouvoir fréquenter l'école et participer à des activités, mais « les gestes sont plus éloquents que les paroles ». Malgré des protestations de déception, les jeunes ayant un TC semblent généralement accepter avec complaisance que la limitation de leur participation découle inévitablement de leurs symptômes.

Outre ces caractéristiques liées aux motifs de consultation, on trouve souvent d'autres indices évocateurs d'un TC dans les antécédents médicaux et familiaux.

Les patients ayant un TC ont souvent des antécédents de symptômes médicaux inexplicables ou peut-être de symptômes associés à un diagnostic précis, mais qui ont des répercussions considérablement plus prononcées sur leur vie que ceux auxquels on s'attendrait chez quelqu'un ayant un tel problème. On constate souvent des antécédents d'avoir demandé l'avis médical de divers spécialistes pour le même symptôme.

Sur le plan comportemental, les jeunes ayant un TC ont tendance à avoir des antécédents de bon comportement à la maison et à l'école (et sont souvent des élèves très performants). Ils n'ont généralement pas d'antécédents de conflits avec les symboles d'autorité. La plupart du temps, ils nient la présence d'éléments stressants dans leur vie.

Dans les antécédents familiaux, on remarque souvent qu'un parent a des problèmes de santé chroniques aux symptômes inexplicables sur le plan médical. Parmi les autres caractéristiques fréquentes observées chez les parents d'un enfant ayant un TC, soulignons la connaissance de la terminologie médicale ou du système de santé, une ferme conviction que les symptômes de l'enfant sont de nature biologique et une réticence marquée à accepter l'apport de facteurs psychosociaux aux symptômes de l'enfant (plus importante que chez les parents d'enfants ayant une maladie d'origine neurologique)³.

Comme on l'a déclaré dès le départ, aucune caractéristique clinique unique ne corrobore le diagnostic de TC. Dans presque tous les cas, les enfants ayant un TC ont une constellation de plusieurs caractéristiques énoncées ci-dessus, qui dévoile le diagnostic clinique même avant l'examen physique.



Y a-t-il des observations précises à l'examen physique qui sont indicatrices d'un trouble de conversion?

Les constatations de l'examen clinique chez les patients ayant un TC partagent un thème général, soit l'inconstance des observations au fil du temps et des examens répétés. Souvent, le moment le plus révélateur se produit pendant les autres parties de la rencontre clinique. Dans ce contexte, l'examen devrait se traduire par une évaluation continue tout au long de la rencontre, dès la salle d'attente ou le corridor jusqu'à la fin de la séquence officielle⁶.

Certaines observations indicatrices d'un TC sont exposées ci-dessous. Encore une fois, à l'instar des caractéristiques particulières des antécédents cliniques, ces signes peuvent renforcer l'impression clinique, mais ne constituent pas un diagnostic lorsqu'ils sont observés isolément.

Une faiblesse focale

- En général, tout le membre est atteint. On observe une même faiblesse dans tous les groupes musculaires, plutôt que dans des schémas neuroanatomiques précis (comme on le constate en cas de myopathies, de neuropathies et de troubles du tractus corticospinal).
- La faiblesse ressemble souvent à un affaissement à un effondrement plutôt qu'à une faiblesse continue telle qu'on l'observe habituellement en présence de maladies neuromusculaires.
- Les réflexes tendineux profonds sont maintenus dans le membre atteint, et on ne constate aucune atrophie.

Une ataxie ou une démarche anormale

- On remarque souvent une démarche inhabituelle, comme si le patient marchait sur de la glace ou semblait constamment sur le point de tomber.
- Les genoux du patient se dérobent soudainement lorsqu'il est près d'un lit ou d'un membre de la famille en qui il a confiance.
- Les problèmes ne sont pas constants et souvent s'atténuent lorsque l'examen semble terminé.

Des tremblements

- Les tremblements ne sont pas constants et varient sur le plan de la direction, de l'amplitude et de la fréquence.
- Les tremblements disparaissent lorsque l'enfant est distrait et s'amplifient lorsqu'on leur porte attention.
- Leur fréquence change ou s'adapte au tapotement répété d'une autre partie du corps.

Une myoclonie

- Une réaction de sursaut exagérée se produit lorsque la fréquence du stimulus est très espacée ou variable.
- On remarque un mouvement d'anticipation lorsqu'on arrête le marteau à réflexe juste avant le contact.

Une paresthésie ou une perte sensorielle

- La répartition n'est pas anatomique (mais est souvent délimitée par une bordure circonférentielle autour d'un membre).
- Il se peut que le patient déclare perdre la sensation de vibration sur des bordures discrètes de la même structure osseuse.
- La partie atteinte change selon le moment.



Une approche clinique des troubles de conversion en pédiatrie (suite)

Des symptômes visuels

- Une diplopie qui persiste lorsqu'un œil est fermé.
- Une cécité malgré des réponses pupillaires normales, le maintien du nystagmus optocynétique et le plissement des yeux à la lumière vive.

Des convulsions non épileptiques

- L'apparition semble plus graduelle qu'en cas de convulsions épileptiques.
- Une atteinte importante des muscles du tronc (cambrure et pulsions du bassin ainsi qu'un mouvement latéral de la tête et du corps).
- Des mouvements désordonnés et non rythmés des membres. Les mouvements tendent à augmenter en cas de contention.
- Les yeux fermés. Les tentatives pour les ouvrir à l'aide des doigts produisent généralement une occlusion plus marquée.
- Des geignements.
- Une réponse à un stimulus désagréable (tel que le chatouillement du nez).
- Une réorientation rapide après un ictus.

Quels sont les obstacles au diagnostic de trouble de conversion?

On constate plusieurs obstacles au diagnostic de TC, y compris l'anticipation de la confusion et de la colère possible de la famille et de l'enfant, le temps parfois nécessaire pour bien transmettre le diagnostic, le risque qu'on interprète que le jeune le fait exprès, l'absence de connaissances ou de compétences à poser un diagnostic et, enfin, les préoccupations médico-légales en raison de la présentation clinique confusionnelle. Par le passé, on considérait que le TC était diagnostiqué par exclusion, car on croyait que les données cliniques n'étaient pas assez fiables et qu'il fallait donc une exploration approfondie. Le psychiatre britannique Eliot Slater a contribué à cette école de pensée, car il a écrit que les véritables TC étaient d'une extrême rareté et a évalué le taux de diagnostics erronés à plus de 60 %⁷. Heureusement, des études longitudinales subséquentes démontraient que le diagnostic clinique de TC tend à être d'une précision impressionnante grâce au suivi à long terme. Depuis les années 1950, lorsque le taux de diagnostics erronés s'élevait à environ 30 %, la précision du diagnostic de TC s'est améliorée rapidement, probablement grâce à l'augmentation des connaissances en neurologie clinique et à la progression de la technologie diagnostique. Depuis les années 1970 (même avant l'ère de l'IRM), le taux de diagnostics erronés s'est maintenu à environ 4 %⁸. Fait intéressant, de nombreuses maladies s'associent à un taux beaucoup plus élevé de mauvais diagnostics. Par exemple, le diagnostic erroné d'épilepsie varie de 23 % à 30 % dans les cliniques d'épilepsie pour adultes et pour enfants^{9,10}.

Le TC est un diagnostic positif et ne devrait pas être considéré comme un diagnostic de dernier recours après la tenue de toute une série de tests négatifs. En fait, les examens prolongés risquent de médicaliser le problème davantage et de retarder un traitement pertinent. De plus, il existe un risque bien réel de dommages pour le patient en cas de diagnostic erroné. Une étude auprès d'adultes a déterminé qu'on prescrivait des médicaments inappropriés dans 80 % des cas et qu'on procédait à des chirurgies inutiles dans 20 % des cas¹¹. En outre, des examens excessifs et un mauvais diagnostic peuvent renforcer le « rôle de malade » et susciter encore plus de difficultés à régler les problèmes psychologiques par la suite.

La démarche pour divulguer un diagnostic de trouble de conversion aux patients pédiatriques et à leur famille

Le médecin qui pose le diagnostic doit expliquer le TC à la famille, car il existe un traitement efficace et qu'autrement, le comportement mésadapté peut se prolonger. Une fois le diagnostic posé, il est possible d'évaluer des comorbidités courantes, telles que les



troubles anxieux et les troubles des humeurs, ainsi que d'éviter les séquelles ou de les réduire au minimum, qu'il s'agisse d'absences prolongées de l'école ou de complications physiques comme les contractures et l'ostéopénie. Un diagnostic clair représente la première étape vers le retour à la santé.

Il peut être utile d'expliquer au patient et à sa famille que le TC désigne une maladie qui, bien qu'elle soit physiquement « réelle » pour le patient, prend plutôt racine dans des interactions complexes entre l'esprit et le corps et est donc d'origine psychologique. Des exemples de réactions biologiques au stress, comme les mains moites, les jambes tremblantes et les joues rouges, peuvent contribuer à démontrer que les émotions ont bel et bien une influence sur l'état physique. La principale différence provient du fait que, contrairement à la personne qui rougit lorsqu'elle s'adresse à une foule, le jeune ayant un TC n'a généralement pas conscience de l'élément stressant qui déclenche son problème. En fait, c'est là une caractéristique essentielle de ce trouble, car la réponse émotionnelle est « convertie » en un symptôme physique, de manière que le déclencheur émotionnel « n'existe » plus consciemment.

Pour établir la confiance, il est essentiel de transmettre sa conviction que les symptômes sont « réels » sur le plan subjectif, et que le patient ne les simule pas ou ne les amplifie pas intentionnellement¹². Il faut aborder la nécessité de procéder à une évaluation de la santé mentale, de préférence tôt dans le cours de l'évaluation et simultanément à d'autres tests, plutôt que de ne soulever la question qu'après l'obtention de résultats négatifs à toutes les autres avenues « médicales ». Un aiguillage vers un spécialiste de la santé mentale garantira une évaluation détaillée du fonctionnement psychosocial, des comorbidités psychiatriques et des éléments stressants non déterminés. Il ne faut pas demander à ces spécialistes de « confirmer » le diagnostic de TC, car en général, ils n'ont pas de compétences en phénoménologie neurologique clinique.

Vers un retour à la normale : la prise en charge du trouble de conversion en pédiatrie par le processus VEER (valider, éduquer, faire preuve d'empathie, réadapter)

La première étape de prise en charge du TC pédiatrique consiste à faire comprendre et accepter le diagnostic au patient et à sa famille. Le professionnel de la santé valide la maladie en faisant comprendre qu'il croit les symptômes bien réels et non simulés par le patient, et qu'à un certain niveau, les symptômes et le diagnostic sont perturbants. Il est important d'expliquer au patient l'évolution naturelle du TC. Pour la majorité des patients pédiatriques, les symptômes se résorbent et disparaissent souvent dans un délai de quelques semaines à quelques mois. Il faut rassurer le patient et sa famille en assurant que le professionnel de la santé sera toujours disponible au suivi et à une réévaluation médicale. Les familles risquent de se sentir « abandonnées » par l'équipe soignante après un diagnostic psychiatrique. Il peut également être très utile de compatir avec les familles quant à l'opprobre qui s'associe aux troubles de santé mentale et de les aider à trouver un moyen d'expliquer la maladie à leurs amis et à leur famille.

La réadaptation est le fondement de la prise en charge des TC pédiatriques. Elle commence par les éléments de base, soit retrouver une routine normale en matière d'alimentation, de sommeil et d'exercice ou d'activité. Il est capital d'obtenir l'aide des parents et de s'assurer que l'enfant reprend l'école et ses activités normales. Les premiers objectifs sont très modestes, mais suivis d'une progression.

Les parents et la famille jouent un rôle important, celui de distraire activement leur enfant de ses symptômes et de se concentrer plutôt sur les activités de loisirs qu'il aime et qui sont adaptées à son développement.

Peu de publications portent sur les TC pédiatriques, mais si on extrapole des publications pour adultes, on sait que la thérapie cognitivocomportementale est efficace. Il faudrait donc



Une approche clinique des troubles de conversion en pédiatrie (suite)

proposer un aiguillage. Il peut être utile de faire participer un plus vaste cercle de professionnels de la santé (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) compte tenu des symptômes, surtout s'ils travaillent tous vers un retour à une fonction normale. Il est également recommandé d'aiguiller le patient en psychiatrie pour évaluer et traiter les symptômes de longue date ou une grave comorbidité¹³.

Quelle est l'issue des troubles de conversion pédiatriques?

Une grande partie des données d'issues publiées sur les TC découle d'études auprès d'adultes, selon lesquelles de 50 % à 90 % des patients constateront une résolution à court terme de leurs symptômes lorsqu'on aura posé le diagnostic et qu'on les aura rassurés^{2,14-17}. Malheureusement, 25 % de ces répondants auront une rechute ou présenteront de nouveaux symptômes de conversion ou symptômes somatiques. Une comorbidité psychiatrique, une durée plus longue des symptômes, des convulsions et des tremblements psychogènes préparent à un pronostic plus sombre chez les adultes. Cependant, lorsque les symptômes se produisent immédiatement après un événement stressant ou lorsque cet événement est facile à circonscrire et à supprimer, le pronostic est très bon. En général, on pense que les TC diagnostiqués pendant l'enfance s'associent à une issue favorable, en partie grâce à l'absence relative de chronicité des symptômes et à l'augmentation potentielle de la suggestibilité par rapport aux adultes. Ainsi, une intervention précoce comme celles qu'on a exposée plus haut peut représenter une occasion importante de prévenir d'autres symptômes auprès de cette population.

Références

1. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
2. Anderson KE. Psychogenic movement disorders. *Curr Treat Options Neurol* 2003;5(2):169-76.
3. Leary PM. Conversion disorder in childhood—diagnosed too late, investigated too much? *J R Soc Med* 2003;96(9):436-8.
4. Kirsch DB, Mink JW. Psychogenic movement disorders in children. *Pediatr Neurol* 2004;30(1):1-6.
5. Kozłowska K, Nunn KP, Rose D et coll. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(1):68-75.
6. Stone J, Zeman A, Sharpe M. Functional weakness and sensory disturbance. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73(3):241-5.
7. Slater E. Diagnosis of 'hysteria'. *Br Med J* 1965;1(5447):1395-9.
8. Stone J, Smyth R, Carson A et coll. Systemic review of misdiagnosis of conversion symptoms and 'hysteria'. *Br Med J* 2005;331(7523):989. doi:10.1136/bmj.38628.466898.55.
9. Riaz H, Comish S, Lawton L, Scheepers B. Non-epileptic attack disorder and clinical outcome: a pilot study. *Seizure* 1998;7(5):365-8.
10. Uldall P, Alving J, Hansen LK et coll. The misdiagnosis of epilepsy in children admitted to a tertiary epilepsy centre with paroxysmal events. *Arch Dis Child* 2006;91(3):219-21.
11. Ferrara J, Jankovic J. Psychogenic movement disorders in children. *Mov Disord* 2008;23(13):1875-81. doi:10.1002/mds.22220
12. Hall-Patch L, Brown R, House A et coll. Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 2010;51(1):70-8. doi: 10.1111/j.1528-1167.2009.02099.x.
13. Rosebush P, Mazurek MF (2006). Treatment of conversion disorder. In: Hallett M, Yudofsky SC, Lang AE et coll., éd. *Psychogenic movement disorders*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 289-301.
14. Voon V, Lang AE. Antidepressant treatment outcomes of psychogenic movement disorder. *J Clin Psychiatry* 2005;66(12):1529-34.
15. Stonnington CM, Barry JJ, Fisher RS. Conversion disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163(9):1510-7.
16. Turgay A. Treatment outcome for children and adolescents with conversion disorder. *Can J Psychiatry* 1990;35(7):585-9.
17. Wyllie E, Friedman D, Lüders H et coll. Outcome of psychogenic seizures in children and adolescents compared with adults. *Neurology* 1991;41(5):742-4.



Questionnaire

- 1. Les troubles de conversion s'associent aux éléments suivants :**
 - a. Des antécédents de plaintes de douleurs qui semblent n'avoir aucune cause physique
 - b. Une préoccupation excessive à l'égard d'une partie du corps que la personne pense anormale
 - c. La perte de fonction d'une partie du corps pour des raisons psychologiques plutôt que physiques
 - d. L'inquiétude chronique d'avoir une maladie physique malgré l'absence de symptômes évidents

- 2. La principale compétence nécessaire pour évaluer et prendre en charge l'adolescent ayant un trouble de conversion s'établit comme suit :**
 - a. Tenter de faire participer le patient au traitement
 - b. Titrer les médicaments psychotropes pour soulager les symptômes somatiques
 - c. Faire face au transfert
 - d. Mettre un terme au traitement

- 3. Qu'est-ce qui n'est pas une caractéristique distinctive des antécédents de trouble de conversion :**
 - a. Des symptômes ou des déficits touchant la fonction motrice volontaire ou la fonction sensorielle, qui laissent croire à une maladie physique ou neurologique sous-jacente
 - b. Un modèle de maladie dans la famille
 - c. La perturbation du fonctionnement social, professionnel ou autre
 - d. Des symptômes qui causent une énorme perturbation au patient
 - e. Il n'y a pas toujours d'élément stressant affectif évident

- 4. Tous les éléments suivants sont considérés comme des obstacles potentiels au diagnostic de trouble de conversion, sauf :**
 - a. L'anticipation que la famille n'accepte pas le diagnostic
 - b. Le fait que, par le passé, le TC était considéré comme un diagnostic d'exclusion
 - c. Des préoccupations médico-légales quant aux présentations cliniques confusionnelles
 - d. La belle indifférence
 - e. La perception que le patient simule

- 5. Selon des études communautaires auprès d'enfants et d'adolescents d'Amérique du Nord, quelle est la prévalence estimative des troubles de conversion?**
 - a. On ne la connaît pas
 - b. 2,3 % à 4,2 %
 - c. 0,2 %
 - d. 10 %
 - e. 0,001 %

- 6. Les indices cliniques à la présentation qui évoquent la possibilité d'un trouble de conversion incluent tous les énoncés suivants, sauf :**
 - a. Des observations inconstantes ou la disparition des symptômes lorsque le patient est distrait
 - b. Un affaissement lors de l'examen de la force
 - c. La belle indifférence
 - d. Un gain secondaire évident
 - e. Le dérobement des jambes, suivi de la prévention d'une chute

Réponses : 1-c, 2-a, 3-d, 4-d, 5-a, 6-d