

Troubles de conversion chez les enfants et les adolescents (TC)

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télé. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par la coordonnatrice du PCSP)

Numéro du rapport _____

Mois de déclaration _____

Province _____

Date du jour _____

**Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné.
Les données seront traitées confidentiellement.**

DÉFINITION DE CAS DES TROUBLES DE CONVERSION CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Déclarer tout nouveau patient de moins de 18 ans atteint d'un trouble de conversion (TC)* présumé ou diagnostiqué, défini par la persistance de symptômes et signes qui touchent le patient :

- Fonction motrice volontaire (p. ex., faiblesse, démarche ou mouvements anormaux, difficulté de déglutition ou perte de la parole), **ou**
- Fonction sensorielle (p. ex., perte ou diminution du sens du toucher, de la vue ou de l'ouïe), **ou**
- Convulsions non épileptiques (« pseudoconvulsions » ou « convulsions psychogènes »)

et qui laissent croire à un trouble neurologique ou médical;

ET

- Peuvent s'accompagner de facteurs psychologiques à la présentation;
- Provoquent une détresse ou une diminution importantes des activités quotidiennes, telle que les soins personnels, la fréquentation de l'école, les jeux, les relations avec les camarades et la famille ou les activités;

ET

- Ne peuvent s'expliquer par un problème médical, la consommation abusive d'alcool et de drogues ou un autre trouble de santé mentale selon le jugement clinique du médecin traitant, après un examen physique complet et les examens pertinents;
- Ne démontrent aucune indication d'avoir été produits intentionnellement.

* Si le diagnostic est incertain ou en attente de confirmation, le cas devrait tout de même être déclaré.

Critères d'exclusion

Les patients qui ont surtout ou exclusivement des symptômes :

- imputables à la consommation abusive d'alcool ou de drogues,
- produits intentionnellement,
- qui découlent d'un trouble des douleurs, d'un trouble de somatisation ou de fatigue,
- causés exclusivement par un autre trouble psychiatrique, tel que la dépression, la psychose ou un tic diagnostiqué par un pédopsychiatre.

Mois de la première consultation _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

1.1 Date de naissance : ____/____/____ 1.2 Sexe : Masculin ____ Féminin ____
JJ MM AAAA

1.3 Trois premiers caractères seulement du code postal à domicile : _____

1.4 Province ou territoire de résidence : _____

1.5 Ethnie : Première nation ____ Innu ____ Inuit ____ Métis ____ Asiatique ____ Noir ____ Blanc ____
Latino-Américain ____ Moyen-oriental ____ Autre (précisez) : _____ Inconnu ____

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE

2.1 Quelle était la principale doléance à la présentation par le :

- patient? _____
- la personne qui s'occupait de l'enfant ou l'adulte accompagnateur? _____

2.2 Énumérez les symptômes moteurs ou sensoriels primaires que l'évaluation médicale ne pouvait expliquer :

2.3 Délai entre l'apparition d'un symptôme ou signe classique de TC et la confirmation du diagnostic :

moins d'1 semaine ___ 1 à 4 semaines ___ 1 à 6 mois ___ 6 à 12 mois ___ 12 mois ou plus ___

2.4 Date de confirmation du diagnostic de TC : ___ / ___ / ___
JJ MM AAAA

2.5 Est-ce le premier épisode de TC? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

Dans la négative, combien d'épisodes se sont produits auparavant? _____ Décrivez : _____

	Oui au diagnostic	Non	Inconnu	OU	Oui depuis le diagnostic	Non	Inconnu
2.6 Indiquez les autres signes et symptômes présents :							
• Pseudoconvulsions ou convulsions non épileptiques	___	___	___		___	___	___
• Faiblesse motrice	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez le foyer : _____							
• Paralysie	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez le foyer : _____							
• Anesthésie ou paresthésie	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez le foyer : _____							
• Mouvements anormaux	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez : _____							
• Démarche anormale	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez : _____							
• Perturbation auditive	___	___	___		___	___	___
• Perturbation visuelle	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez : _____							
• Perte de la parole ou trouble de l'élocution	___	___	___		___	___	___
• Toux psychogène	___	___	___		___	___	___
• « Belle indifférence » (p. ex., absence d'inquiétude de l'enfant devant la gravité des symptômes)	___	___	___		___	___	___
• Douleur	___	___	___		___	___	___
Dans l'affirmative, décrivez le foyer : _____							
• Fatigue	___	___	___		___	___	___
• Étourdissements	___	___	___		___	___	___
• Autres manifestations, décrivez : _____							

2.7 S'il n'y a pas de nouveaux symptômes, quel est le statut de ceux qui existent?

S'atténuent ___ S'aggravent ___ Demeurent stables ___

SECTION 2 – PRÉSENTATION CLINIQUE (suite)

2.8 Répercussions fonctionnelles	Oui	Non	Inconnu
• Nombre de journées d'école ratées en raison du TC : _____ jours/année scolaire			
• Retrait des amis	___	___	___
• Retrait des activités parascolaires	___	___	___
• Adaptations physiques en vue des activités quotidiennes (p. ex., fauteuil roulant, accessoire fonctionnel)	___	___	___
• Autres adaptations aux activités quotidiennes (p. ex., plan d'apprentissage individuel, accompagnateur en classe)	___	___	___
• Troubles du sommeil	___	___	___
• Répercussions sur le travail des parents (p. ex., un parent a dû modifier ses heures de travail, demander congé du travail pour s'occuper du patient)	___	___	___
• Cette patiente a-t-elle commencé à avoir ses règles? n.a. ___	___	___	___
• Les descriptions suivantes s'appliquent-elles au patient?	___	___	___
○ Perfectionniste, cherche l'excellence (p. ex., exige de lui-même ou d'elle-même des notes très élevées)	___	___	___
○ Troubles de « passage à l'acte » (p. ex., école buissonnière, démêlés avec la justice)	___	___	___
• Autre trouble psychiatrique courant diagnostiqué? Dans l'affirmative, décrivez : _____	___	___	___
<hr/>			
2.9 Y a-t-il eu des éléments stressants de la vie (passés ou à venir) liés à l'apparition de cet épisode de MC? (cochez toutes les réponses applicables)			
• Séparation ou divorce des parents	___	___	___
• Absence prolongée d'un parent (p. ex., zone de guerre)	___	___	___
• Décès d'un membre de la famille ou d'un ami	___	___	___
• Victime d'intimidation	___	___	___
• Victime d'agression	___	___	___
Dans l'affirmative, précisez le(s) type(s) d'agression : physique ___ sexuel ___ affectif ___ autre : _____			
• Hospitalisation d'un membre de la famille Dans l'affirmative, précisez : parent ___ frère ou sœur ___	___	___	___
• Pression scolaire (p. ex., examens, attentes élevées, difficultés)	___	___	___
• Rupture avec un ami, une amie, un amoureux ou une amoureuse	___	___	___
• Confusion ou appréhension à l'égard de l'orientation sexuelle	___	___	___
• Autres événements, décrivez : _____			
<hr/>			
• Autres facteurs psychologiques ou éléments de la dynamique familiale, décrivez : _____			
<hr/>			

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

	Oui	Non	Inconnu
3.1 Le patient avait-il des troubles psychiatriques avant l'épisode de TC?	___	___	___
Dans l'affirmative, énumérez-les: _____			

SECTION 3 – ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)**Oui Non Inconnu**

3.2 Le patient a-t-il déjà eu des problèmes médicaux qui ont exigé une hospitalisation ou des soins en consultations externes avant l'apparition du TC (p. ex., épilepsie)?

Dans l'affirmative, énumérez les problèmes médicaux et précisez s'ils sont encore actifs : _____

3.3 Énumérez les médicaments, les médicaments en vente libre et les plantes médicinales que prend le patient : _____

3.4 Énumérez les drogues et l'alcool dont le patient fait une consommation abusive, s'il y a lieu : _____

SECTION 4 – ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX**Oui Non Inconnu**

4.1 Antécédents de trouble psychiatrique chez un membre de la famille (y compris chez la belle-famille et les membres de la famille d'accueil, incluant le TC)?

Dans l'affirmative, indiquez le membre de la famille touché et le trouble psychiatrique associé : _____

4.2 Présence d'une maladie chez un membre de la famille biologique ou de la belle-famille?

Dans l'affirmative, indiquez le membre de la famille touché et la maladie dont il est atteint : _____

4.3 Précisez si l'un ou l'autre des éléments suivants est pertinent pour le patient :

- Divorce ou séparation des parents
- Intervention d'une agence de protection de l'enfance
- Dans l'affirmative, précisez : _____
- Enfant en famille d'accueil ou en foyer de groupe

SECTION 5 – EXAMENS DE LABORATOIRE ET CONSULTATION

5.1. Analyses sanguines (cochez celles qui ont été effectuées)	Oui	Non	Inconnu	Normal	Anormal
• Formule sanguine	<input type="checkbox"/>				
• Lytes, calcium, magnésium, phosphate, glucose	<input type="checkbox"/>				
• Titre des antistreptolysines-O (ASLO)	<input type="checkbox"/>				
• TSH, T4	<input type="checkbox"/>				
• Sérologie du VEB	<input type="checkbox"/>				
• Sérologie de la maladie de Lyme	<input type="checkbox"/>				
• Autre, précisez : _____					
<hr/>					
5.2 Autres examens					
• EEG	<input type="checkbox"/>				
• Tomodensitométrie	<input type="checkbox"/>				
S'il est anormal, précisez la région anatomique : _____					
• IRM	<input type="checkbox"/>				
Si elle est anormale, précisez la région anatomique : _____					
• EMG	<input type="checkbox"/>				
• Conduction nerveuse	<input type="checkbox"/>				
• Vidéotéléométrie	<input type="checkbox"/>				
• Autre, précisez : _____					

SECTION 5 – EXAMENS DE LABORATOIRE ET CONSULTATION (suite)

- 5.3 Autres professionnels de la santé participant aux soins du patient (cochez toutes les réponses applicables) :
 Médecin de famille ___ Pédiatre ___ Spécialiste de la médecine de l'adolescent ___ Neurologue pédiatre ___
 Neurologue pour adultes ___ Psychologue ___ Pédopsychiatre ___ Psychiatre pour adultes ___
 Physiothérapeute ___ Ergothérapeute ___ Travailleur social ___ Chiropraticien ___ Acupuncteur ___
 Autre, précisez : _____
 Preuve que les parents cherchent à obtenir de multiples avis spécialisés? Oui ___ Non ___ Inconnu ___

SECTION 6 – PRISE EN CHARGE ET ISSUE

- | | Oui | Non | Inconnu |
|---|------------|------------|----------------|
| 6.1 Médicaments psychotropes prescrits en raison d'un trouble psychiatrique comorbide?
Dans l'affirmative, précisez les médicaments et les posologies : _____ | ___ | ___ | ___ |
| 6.2 Le patient a-t-il été hospitalisé en raison de son TC (examens ou prise en charge)?
Dans l'affirmative, précisez la durée totale d'hospitalisation : _____ jours | ___ | ___ | ___ |
| 6.3 Le patient est-il toujours hospitalisé?
Dans l'affirmative, estimez la durée totale d'hospitalisation jusqu'à présent : _____ jours | ___ | ___ | ___ |
| 6.4 Autres traitements utilisés, classiques ou non?
Dans l'affirmative, précisez : _____
_____ | ___ | ___ | ___ |
| 6.5 Quel type de professionnel de la santé assurera le suivi? _____
_____ | | | |

- ___ **J'accepte que l'équipe de recherche communique avec moi pour obtenir des compléments d'information.**
 ___ **Je préfère que l'équipe de recherche ne communique pas avec moi pour obtenir des compléments d'information.**

SECTION 7 – MÉDECIN DÉCLARANT

Prénom _____ Nom _____
 Adresse _____
 Ville _____ Province _____ Code postal _____
 Téléphone _____ Télécopieur _____
 Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.