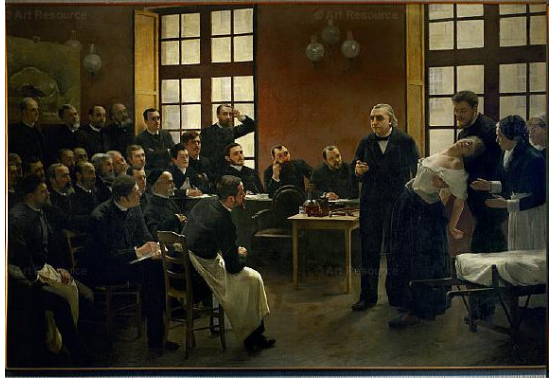




Troubles neurologiques fonctionnels

Pourquoi et comment les prendre en charge

3 Novembre 2026

Béatrice GARCIN

Unité Troubles neurologiques fonctionnels

Hôpital Avicenne

FHU Treat-FND
Functional Neurogical Disorder

FUNCTIONAL NEUROLOGICAL DISORDER SOCIETY

De quoi s'agit-il ?



= ***symptômes neurologiques non expliqués par des lésions du système nerveux***

Terminologie:

« hystérie » *(DSMIII)*
« psychogène »
« somatisation »
« non-organique »
« trouble de conversion » *(DSM IV)*
« Trouble dissociatif (CIM 11, 2022)»
« médicalement inexpliqué »
« pseudo-____ »
«Trouble neurologique fonctionnel » *(DSM5-TR 2022)*
« fonctionnel »

Dysfonction de réseaux cérébraux:
- *potentiellement réversible*
- *vulnérabilité individuelle*
- *pouvant être déclenchée par facteur traumatique*

Quelques chiffres



2ème motif de consultation
en neurologie libérale

Stone et al 2010

Prévalence> 1/1000

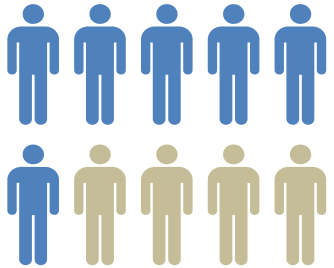
Mounir Alaoui et al. 2026



6,6

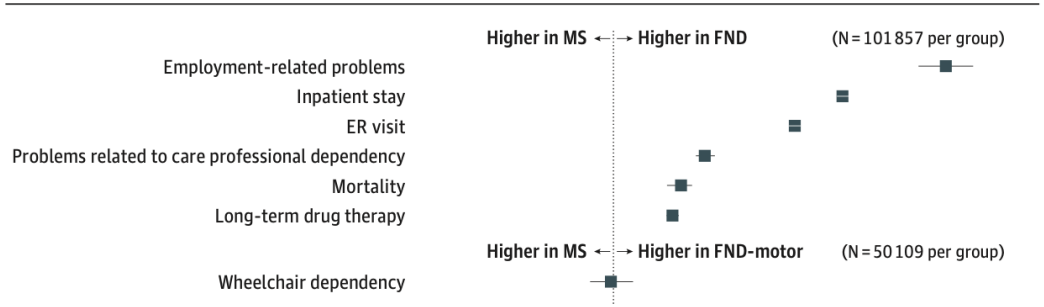
6,6 ans de délai entre les
symptômes et le diagnostic

Tinazzi et al 2021



60% des patients TNF en arrêt
de travail / inactifs (France)
3X plus que dans la SEP

Garcin et al 2021
Asan et al 2026



Asan et al 2026

Quelques chiffres



2ème motif de consultation
en neurologie libérale

Stone et al 2010

Prévalence> 1/1000

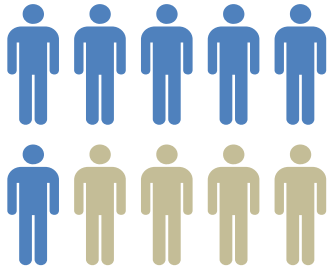
Mounir Alaoui et al. 2026



6,6

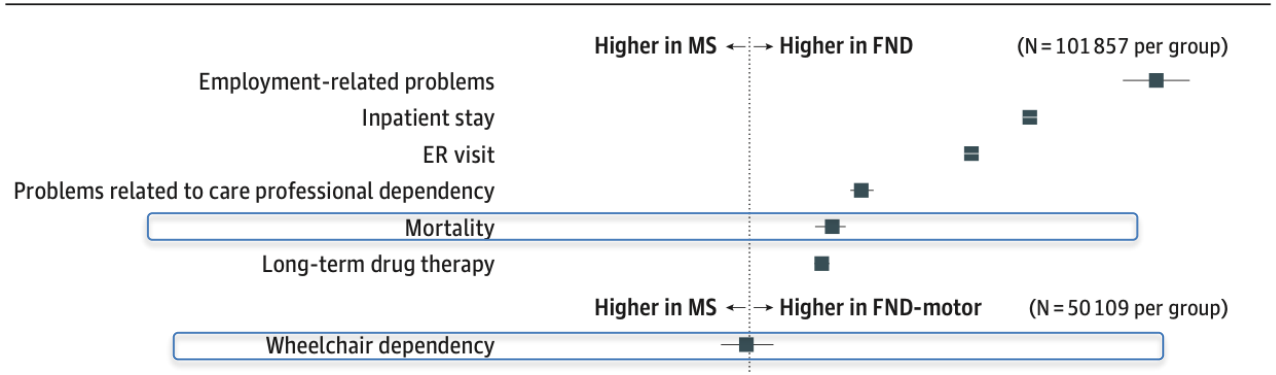
6,6 ans de délai entre les
symptômes et le diagnostic

Tinazzi et al 2021



60% des patients TNF en arrêt
de travail / inactifs (France)
3X plus que dans la SEP

Garcin et al 2021
Asan et al 2026



Asan et al 2026

Mortalité : 4.8%, > SEP
Fauteuil roulant: 2,8 % = SEP

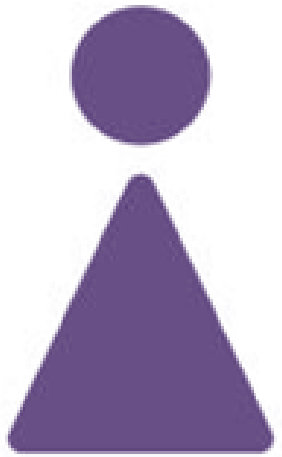
Patients rejetés



JNLF Avril 2026
les TNF sont ils une maladie neurologique? Controverse

Patients Stigmatisés

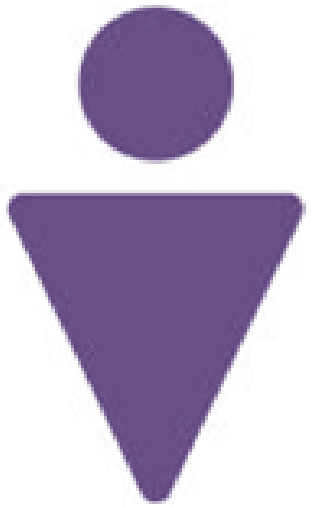
Les pompiers m'ont transportée aux urgences en disant à leurs collègues qu'ils devaient **'encore' ramener une folle**



* Patiente présentant des CFD prolongées avec crises de douleurs des MI associées

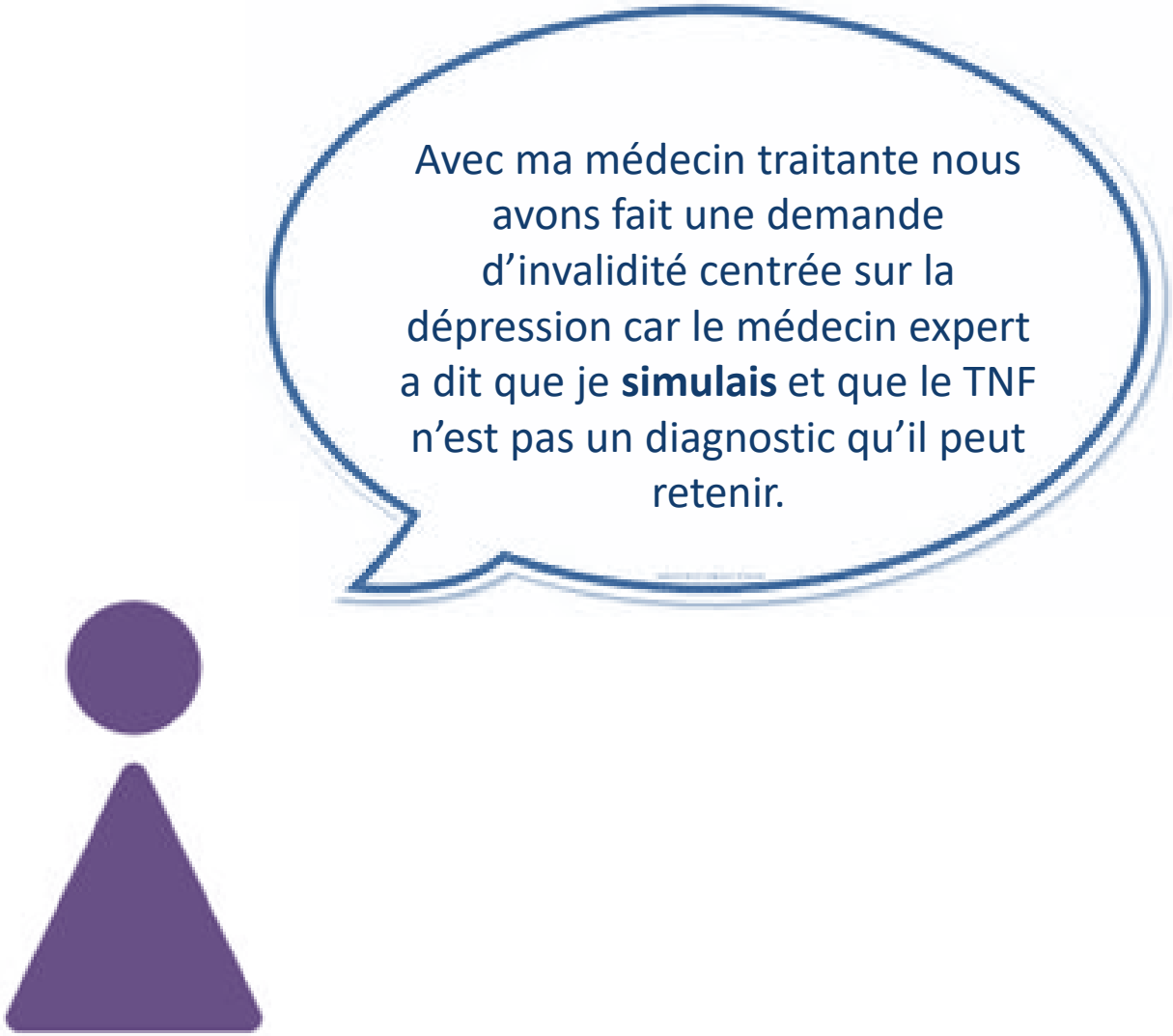
Patients Stigmatisés

L’oncologue m’a dit de rendre le fauteuil roulant car je prenais la place de quelqu’un qui en avait **réellement** besoin



* TNF moteur avec déficit important occasionnant plusieurs chutes avec traumatismes crâniens

Patients Stigmatisés



* TNF moteur chez une patiente en activité professionnelle; propos en 2025

Des patients rejetés et stigmatisés...





- Manque de formation
- Parcours difficile des patients => cercle vicieux

Les TNF, une urgence pédagogique

avancées récentes



En France

⇒ Réseau TNF France (2018),

⇒ Section neuropsychiatrie AFPBN (2019)

⇒ **Sept 2025: nouveau Chapitre CEN neuro**





Internationale

⇒ FND society - 2019

⇒ Recommandations d'experts:
Annonce diagnostique, kiné, ergo, orthophonie

FUNCTIONAL NEUROLOGICAL DISORDER SOCIETY

Qui sont ces patients ?



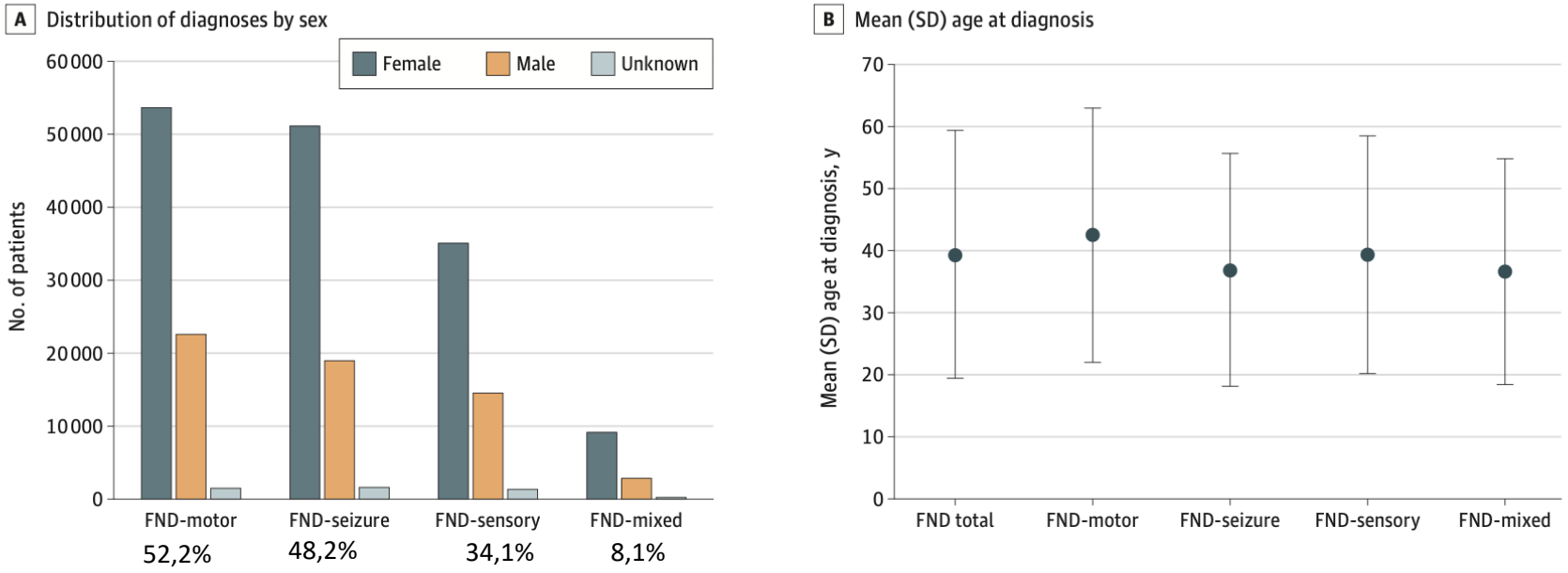
Démographie

- N= 148 727 patients via TriNetX (17 pays) – code F44.4-F44.7

Prédominance féminine (70%)

Age moyen: 39,4 ans

Figure 1. Bar Chart and Line Graph of Demographic Characteristics



Asan et al. Jama Neurol 2026

Quels sont leurs symptômes?

1. Troubles moteurs



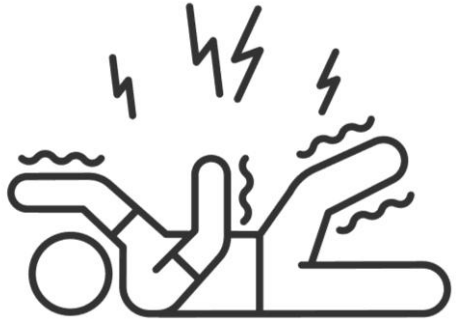
Parésie fonctionnelle



Mouvements anormaux fonctionnels

Atelier 1

2. Crises fonctionnelles dissociatives



Atelier 2

3. Autres troubles souvent associés



Hypoesthésie
Autre trouble sensoriel
Trouble de l'élocution ..

Comment faire le diagnostic ?



Critères diagnostiques



Critères diagnostics :

- troubles neurologiques fonctionnels,
- crises fonctionnelles dissociatives,
- troubles moteurs fonctionnels

DSM-5, APA. 2013; Stone. et al. 2011; Demartini et al. 2016; Pour revue: Aybeck and Perez BMJ 2022

Critères diagnostiques - DSM 5-R (2022)

- Atteinte du mouvement volontaire ou de fonction sensorielle
- Pas mieux expliquée par pathologie médicale ou mentale
- Evidence clinique d'une incompatibilité entre symptômes et affections neurologiques reconnues
- Souffrance significative ou retentissement socio-professionnel

DSM-5, APA. 2013; Stone. et al. 2011; Demartini et al. 2016; Pour revue: Aybeck and Perez BMJ 2022

Critères diagnostiques - DSM 5-R (2022)

- Atteinte du mouvement volontaire ou de fonction sensorielle
- Pas mieux expliquée par pathologie médicale ou mentale
- Evidence clinique d'une incompatibilité entre symptômes et affections neurologiques reconnues
- Souffrance significative ou retentissement socio-professionnel

⇒ **Recherche de signes de diagnostic positifs**
⇒ **37 signes pour troubles moteurs, 23 pour crises.**

?

DSM-5, APA. 2013; Stone. et al. 2011; Demartini et al. 2016; Pour revue: Aybeck and Perez BMJ 2022

Sémiologie des TNF

1. Inconsistance
2. Distractibilité
3. Incongruence

Inconsistance

1. Un testing moteur évocateur:

Lâchage par à coup (effort tremblé) ou par effondrement



2. Signe de Hoover

Distractibilité





3. Troubles de la marche

Inconsistance

Incongruence

Knee buckling ou marche genou fléchis



Dragging leg: Jambe trainante



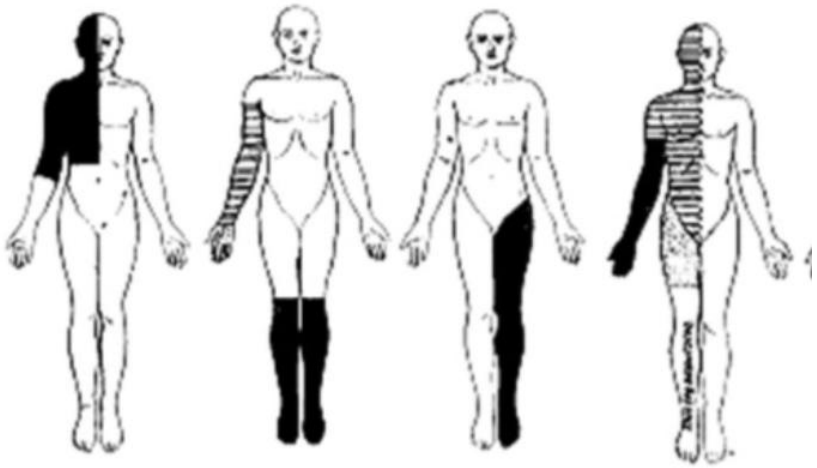


1888: nouvelle icono salpetrière

Remerciement Dr Mesrati

4. Déficit sensitif

Incongruence



- Délimitation au milieu du corps ou à a racine des membres
- Pallesthésie latéralisée du coté sain (sternum, crane)
- Hypoesthésie touchant tous les modes sensitifs.

Distractibilité

5. Tremblement fonctionnel

Distractibilité
Effet d'entrainement



6. Dystonie fixée

Incongruence



7. Crises fonctionnelles dissociatives

Incongruence

- **Durée > 2 mn,**
- **Fluctuations dans la sévérité (améliorations/aggravation),**
- **Yeux fermés/résistance ouverture**
- **Mouvements du bassin**

- Pleurs pendant la crise : CFD
- Cri pendant la crise : épilepsie

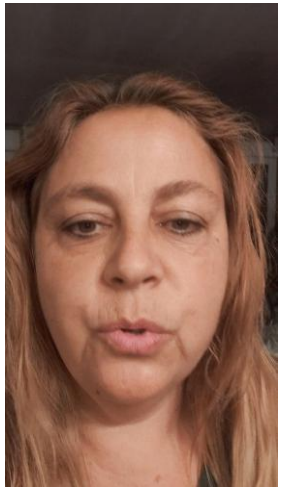
Aybek and Perez, BMJ June 2022

8. troubles de l’élocution



Bégaiement fonctionnel





Syndrome de l’accent étranger





Aphonie et Dysphonie fonctionnelle

Pour en savoir plus?



STATE OF THE ART REVIEW

Diagnosis and management of functional neurological disorder

Selma Aybek,[1] David L Perez[2]

4 pages de tableau récapitulatif

⇒ Tous les signes cliniques décrits

⇒ Leur valeur diagnostique.

Aybeck and Perez BMJ 2022

Table 2 | Validated positive motor signs for FND (positive signs evaluated in one or more validation studies with a control group, as well as specificities and sensitivities, and with relevant reference from articles reporting on these signs)

	Positive sign	How to test	Evidence/populations tested	Reference	Note
General signs					
	Distractibility	Engage the patient in another motor or cognitive task and observe changes in the abnormal movement	In 19 functional stereotypies *v* 64 tardive dyskinesia; specificity 100%, sensitivity 58%	Baizabal-Carvallo 2017[45]	Validated in stereotypies but can be seen in all FND subtypes
	Variability	Observe changes during history taking/examination/arriving or leaving the examination room: periods of unexplained improvement/disappearance of symptom	In 19 functional stereotypies *v* 64 tardive dyskinesia; specificity 100%, sensitivity 84%	Baizabal-Carvallo 2017[45]	Validated in stereotypies but can be seen in all FND subtypes
	Convergence spasm	Instruct the patient to focus on your finger, 10 cm away from the face, at either extreme lateral gaze for 5 s. Move toward midline and observe the appearance of disconjugate gaze AND miosis	In 13 functional movement disorder, 11 "organic" controls, and 12 healthy: specificity 87%, sensitivity 15%. Good inter-rater reliability (κ 0.6)	Fekete 2012[46]	
	Eye movement abnormalities during examination	Systematically test for eye movements even in patients with no symptoms: a discordance between no visual complaint and abnormal findings can be seen (excessive blinking, effortful facial expression, increased latency, gaze deviation, limited range, absent frontalis contraction during upgaze)	In 101 FND patients 43% have abnormal examination	Teodoro 2019[47]	No "organic" control group
	Expressive behavior	Look for "expressive" behavior displaying disproportionate effort to the task during examination	In 20 FND *v* 20 "organic" controls, specificity 95%, sensitivity 55%. Good inter-rater reliability (κ 0.5)	Daum 2015[48]	Can be observed throughout the examination
Gait					
	Monoplegic leg dragging	The weak leg is "dragged" like a piece of wood/inanimate object, without spastic circumduction, usually along the floor surface	Validated in 2 studies; pooled specificity 100%, sensitivity 9%. Inter-rater reliability validated in 2 studies: Moderate to good inter-rater reliability (κ 0.4 to 0.7)	Daum 2015,[48] Stone 2010[49]	
	"Huffing and puffing" sign	Look for 6 behaviors; huffing, grunting, grimacing, breath holding, heavy breathing, crying. Rate each on severity 0 to 4 and duration 0 to 4	In 131 FND *v* 37 "organic" controls, when score ≥2: specificity 100%, sensitivity 44%. Moderate inter-rater reliability (κ 0.4)	Laub 2015[50]	
	Falls toward support	The patient tends to fall in the direction of support (wall, furniture)	In 20 FND *v* 20 "organic" controls; specificity 93%, sensitivity 19% Excellent inter-rater reliability (κ 0.8)	Daum 2015[48]	
	Excessive slowness	Look for disproportionate slowness in gait (slow stepping movements contrasting with lack of limb bradykinesia)	In 20 FND *v* 20 "organic" controls; specificity 94%, sensitivity 32%. Moderate inter-rater reliability (κ 0.5)	Daum 2015[48]	
	Hesitation/caution	Look for disproportionate hesitation and caution in gait (contrasting with good balance, strength, sensation)	In 20 FND *v*. 20 "organic" controls; specificity 100%, sensitivity 37%. Good inter-rater reliability (κ 0.7)	Daum 2015[48]	
	Non-economic posture	Look for postures during gait that require good balance and strength such as flexed knees	In 20 FND *v* 20 "organic" controls; specificity 100%, sensitivity 21% Moderate inter-rater reliability (κ 0.5)	Daum 2015[48]	
	Sudden knee buckling	Look for sudden buckling of the knee, usually with each step. Extreme cases will show knee touching the floor at each step	In 20 FND *v* 20 "organic" controls; specificity 95%, sensitivity 21% Moderate inter-rater reliability (κ 0.5)	Daum 2015[48]	
	Chair test	In case of severe gait disorder, ask the patient to propel a chair with wheels; movements of the legs will be better than during gait	In 9 FND *v* 9 "organic" controls; specificity 100%, sensitivity 89%	Okun 2007[51]	
Axial					
Face					
Hemifacial spasm	Lack of "other Babinski sign"	Observe eyebrow elevation: in "organic" cases ipsilateral to the spasm (= "other Babinski sign"), in FND absent or contralateral to the spasm	15 functional movement disorder *v* 37 hemifacial spasms: specificity 70%, sensitivity 100%	Baizabal-Carvallo 2017[52]	
	Long tonic contraction	Observe if tonic contractions are long (>3 s)	Tonic contraction >3 s: specificity 97%, sensitivity 87%	Baizabal-Carvallo 2017[52]	
	Bilateral hemispasm	Observe if purely unilateral ("organic") or also bilateral/alternating (functional)	Bilateral spasm: specificity 97%, sensitivity 40%	Baizabal-Carvallo 2017[52]	
	Isolated lower face spasm	Observe if isolated lower face involvement	Isolated lower spasm: specificity 97%, sensitivity 33%	Baizabal-Carvallo 2017[52]	
	Lip pulling	Observe if lower face involvement is a tonic deviation of the lower lip, often with ipsilateral platysma contraction	Lip pulling: specificity 100%, sensitivity 47%	Baizabal-Carvallo 2017[52]	
Oro-lingual dyskinesia	Lack of chewing movements	Observe if abnormal movement includes chewing	In 9 oro-lingual functional movement disorder *v* 50 oro-lingual tardive dyskinesia: lack of chewing movement: specificity 82%, sensitivity 78%	Baizabal-Carvallo 2017[45]	
	Lack of self biting	Observe if abnormal movement includes self-biting	Lack self-biting: specificity 64%, sensitivity 100%	Baizabal-Carvallo 2017[45]	
	Purely lingual movements	Observe if abnormal movement are both lingual and oral ("organic") or purely lingual (functional)	Lingual without mouth movement: specificity 96%, sensitivity 44%	Baizabal-Carvallo 2017[45]	
	Oro-lingual and speech problem	Observe if speech is also affected	Accompanying abnormal speech: specificity 90%, sensitivity 44%	Baizabal-Carvallo 2017[45]	

(*Continued*)

Ma check liste clinique



Marche

- ☐ Traîne le MI parétique
- ☐ Chute vers un support
- ☐ Lenteur excessive sans bradykinésie à l'examen
- ☐ Postures non économiques
- ☐ Lâchage soudain d'un genou
- ☐ Test de la chaise : discordance avec flexion de hanche à la marche
- ☐ Marche hésitante/précautionneuse

Membres

- ☐ Hypoesthésie respectant « trop » la ligne médiane
- ☐ Hypopallesthésie latéralisée par rapport à un os plat central
- ☐ Topographie des déficits non neurologique
- ☐ Discordance (Spinal Test Injury par exemple)
- ☐ Faiblesse avec lâchage par effondrement
- ☐ Échec systématique à toutes les épreuves
- ☐ Co-contraction
- ☐ Lâche par à coup

Membres supérieurs

- ☐ Chute du MS sans pronation
- ☐ Signe de l'abduction du pouce controlatéral au testing interosseux
- ☐ Signe flexion/extension MS (équivalent Hoover)

Membres inférieurs

- ☐ Signe de Hoover
- ☐ Signe de l'Abducteur

Mouvements anormaux

- ☐ Distractibilité
- ☐ Effet d'entrainement
- ☐ Whack a mole sign
- ☐ Spasme de convergence
- ☐ Dystonie fixée
- ☐ Gene oculomotrice
- ☐ Autres?

Le contexte participe-t-il au diagnostic ?



Retrait par rapport au DSM IV-TR ?

DSM 5 (2013) et DMS 5-R (2022)

- Atteinte du mouvement volontaire ou de fonction sensorielle
- Pas mieux expliquée par pathologie médicale ou mentale
- Evidence clinique d'une incompatibilité entre symptômes et affections neurologiques reconnues
- Souffrance significative ou retentissement socio-professionnel
- ~~Non produit intentionnellement ou feint~~
- ~~Lié à un stress psychologique ou un conflit~~

} DSM IV TR

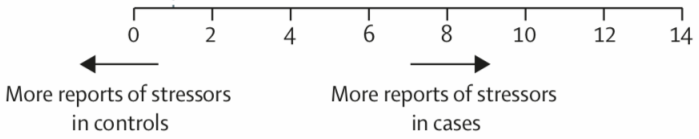
DSM-5, APA. 2013; Stone. et al. 2011; Demartini et al. 2016;

Aspects psychologiques ?

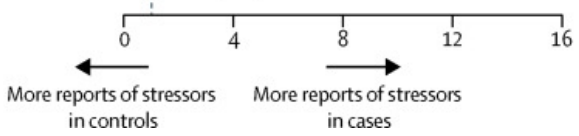
Etudes contrôlées (versus « organiques »)

Traumatismes: Etudes contrôlées (versus « organiques »)

	Case (n)	Control (n)	Studies (n)	OR (95% CI; random effect)	I^{2*} (95% CI)
Childhood emotional neglect	421	391	8	5·6 (2·4–13·1)	86·3% (73·9–91·3)
Childhood sexual abuse	1375	708	15	3·3 (2·2–4·8)	40·9% (0–66·6)
Childhood physical abuse	612	636	13	3·9 (2·2–7·2)	74·6% (51·8–84·0)



	Case (n)	Control (n)	Studies (n)	OR (95% CI; random effect)	I^{2*} (95% CI)
Adult life events	512	821	13	2·2 (0·9–5·4)	90·4% (73·9–91·3)
Life events preceding onset	358	695	9	2·8 (1·4–6·0)	71·5% (85·9–93·0)
Life events in last ≤3 months	119	430	3	2·4 (1·3–4·4)	10·2% (0–75·5)
Life events in last 12 months	203	507	4	3·3 (0·9–11·7)	90·0% (75·1–94·4)
Life events measured irrespective of onset	154	126	4	1·0 (0·1–15·4)	96·9% (95·1–97·8)
Questionnaire	279	253	8	2·1 (0·5–8·7)	93·4% (89·9–95·3)
Interview	172	465	3	4·3 (1·4–13·2)	77·8% (0–91·1)



Ludwig et al. Lancet psychiatry 2018

Facteurs de risque de TNF







FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- **Maltraitance ou traumatismes infantiles**
- Troubles neurodéveloppementaux
- Comorbidité psychiatrique ou neurologique
- Facteurs génétiques (?)
- Fonctionnement psychologique: Profil perfectionniste ou obsessionnel, tendance dissociative, alexithymie, abnégation
- **Parfois aucun facteur prédisposant**

FACTEURS PRÉCIPITANTS

- **Physiques:** traumatisme, maladie, infection, chirurgie -> impacte la sémiologie du TNF:

- TC -> Troubles cognitifs
- Malaise -> CFD
- blessure membre -> trouble moteur

- **Emotionnels:** stress, rappel traumatique…

FACTEURS PERPETUANTS

- **Liés au soins:** Doute diagnostique, Diagnostic autre (ex: Lyme, SED), Investigations inutiles, Mauvaise communication, Pas de traitement, opioides
- **Obstacles autres:** procédure juridique en cours, non reconnaissance du handicap
- Liés au patient: évitement, manque de motivation



Traitements – principes généraux



Carson et al. Pract Neurol 2016
Hallett et al. 2016

Prise en charge des TNF en 2026

1. **Annonce et explications diagnostiques : Engager le patient ++**



Explication diagnostique

Info clés:

- Diagnostic positif
  - montre potentiel de réversibilité, effet de l'attention
  - Augmente l'acceptation diagnostique
- « Trouble neurologique fonctionnel »
- Rassurer:

« c'est une maladie réelle et fréquente »

«réversible »

- « explications physiopatho » à la carte…
- Support d'information (fiches, sites internet)



Support information

Site internet:
- existant : *Neurosymptoms.org*
- en cours de finalisation : connecTNF.org



Support écrit:
- Pour le patient
- Pour les professionnels

Kit Patient de l'unité TNF.
neurologie.tnf.avc@aphp.fr



Autres:
- Chaine You tube « unité TNF »
- Association patients: Cap TNF
- Documentation du réseau TNF France *France.tnf@gmail.com*

Prise en charge des TNF en 2026

1. Annonce et explications diagnostiques : Engager le patient ++

2. Prise en charge des symptômes: multidisciplinaire personnalisée

Lafaver 2021, Perez 2021, Garcin 2020

Prise en charge des TNF en 2026

1. Annonce et explications diagnostiques

2. Prise en charge des symptômes: multidisciplinaire personnalisée

Troubles moteurs

Traitements physiques:

- **Kinésithérapie et ergothérapie**
  ⇒ *Cf recommendations JNNP 2015 et 2020*
- **Centre reeducation (hdj, hospi)**

Atelier 1

Lafaver 2021, Perez 2021, Garcin 2020

Troubles moteurs et kiné

Neuropsychiatry



OPEN ACCESS

VIEWPOINT

Physiotherapy for functional motor disorders: a consensus recommendation

Glenn Nielsen,[1,2] Jon Stone,[3] Audrey Matthews,[4] Melanie Brown,[4] Chris Sparkes,[5] Ross Farmer,[6] Lindsay Masterton,[7] Linsey Duncan,[7] Alisa Winters,[3] Laura Daniell,[3] Carrie Lumsden,[7] Alan Carson,[8] Anthony S David,[9,10] Mark Edwards[1]

⇒ Education à la maladie
⇒ Montrer que mouvements normaux sont possibles
⇒ diminuer les mouvements anormaux avec manœuvres de distraction,
⇒ Changer les programmes moteurs « anormaux »

Nielsen et al. JNNP 2015, Open Access

Prise en charge des TNF en 2026

1. Annonce et explications diagnostiques

2. Prise en charge multidisciplinaire personnalisée

Crises fonctionnelles dissociatives

Atelier 2

Psychotherapie

***TCC** ou thérapie psychodynamique: si*

- *Comorbidité*
- *facteurs prédisposants/precipitants*
- *Formes sévères*

Troubles moteurs

Lafaver 2021, Perez 2021, Garcin 2025

Prise en charge des TNF en 2026 – gestion des crises

Techniques d'ancrage en cas de crise dissociative

Objectif : revenir au moment présent et diminuer le sentiment de déconnexion.



Respiration lente

Inspirer 4 secondes,
expirer 6 secondes.



Repères dans le présent

Dire son nom, la date,
le lieu, et ce qui se passe
ici et maintenant.



Exercice des 5 sens

Nommer 5 choses vues,
4 touchées, 3 entendues,
2 senties, 1 goûtée.



Objet d'ancrage

Toucher un objet familier :
tissu, pierre, bracelet,
balle antistress.



Ancrage corporel

Sentir les pieds au sol,
le contact du siège,
presser les mains.



Stimulation sensorielle

Boire de l'eau fraîche,
se laver les mains,
sentir une odeur marquée.



À retenir

Parler calmement, utiliser une seule consigne à la fois, répéter si nécessaire.

Prise en charge des TNF en 2026

1. Annonce et explications diagnostiques

2. Prise en charge multidisciplinaire personnalisée

Crises fonctionnelles dissociatives

Traitements physiques:

- **Kinésithérapie et ergothérapie**
  ⇒ *Cf recommendations JNNP 2015 et 2020*
- **Centre reeducation (hdj, hospi)**

Traitements additionels

- *Orthophonie*
- *Toxine botulique*
- *TMS/tdcs*
- *Suggestion and Hypnose*
- *Neurofeedback*
- *Sedation et autres ttt*

Psychotherapie

***TCC** ou thérapie psychodynamique: si*

- *Comorbidité*
- *facteurs prédisposants/precipitants*
- *Formes sévères*

Troubles moteurs

Lafaver 2021, Perez 2021, Garcin 2025

Prise en charge des TNF en 2026

1. Annonce et explications diagnostiques : Engager le patient ++

2. Prise en charge des symptômes: multidisciplinaire personnalisée

3. Prise en charge de la vulnérabilité : psychothérapie sur mesure

Lafaver 2021, Perez 2021, Garcin 2020

Prendre en charge la vulnérabilité



FACTEURS PRÉDISPOSANTS

PSYCHOTHERAPIE CIBLE
PHARMACOTHERAPIE



FACTEURS PRÉCIPITANTS

PSYCHOEDUCATION
RECADRAGE
REGULATION EMOTIONNELLE



FACTEURS PERPETUANTS

TRANSPARENCE
EXPLICATION
bénéfices/risques

Prises en charge ciblées : quelques exemples d'approches



RÉGULATION ÉMOTIONNELLE
ALEXITHYMIE

TCC

TDC

ACT

Pleine conscience



DISSOCIATION

EMDR

THERAPIE sensorimotrice

THERAPIE de stabilisation

TCC dissociation

Techniques d'ancrage



TRAUMA
SCHEMAS PRECOCES

EMDR

TCC

Brainspotting

Hypnose



ANXIÉTÉ
CASTASTROPHISME
CROYANCES ERRONNEES

TCC

ACT

Approches corporelles associées



INTERPERSONNEL
IDENTITE

Traitement systémique

TIP



Prenez 1 min pour nous donner votre avis sur cette formation !

Webinar tous les 2 mois le mardi de 12h30 à 13h30.

Prochain RDV le 8 décembre: *« Troubles neurologiques fonctionnels : "comprendre, conceptualiser et accompagner en TCC" -* ***Dr Hadi Faiz***

Pour s'inscrire: elsa.mhanna@aphp.fr



Merci

Prochaines dates à noter:

- Webinaire AFPBN: 12h30 le 15 déc 2026: Aspects médico-légaux des TNF

➔ *inscription via afpbn.org*

- ***Journée CONNECTNF le 20 novembre 2026***

Connectnf

Pour nous suivre:

Unité Troubles neurologiques fonctionnels

- ***Réseau TNF France (AFPBN)***

Dr Guilhem Carle (psychiatre)

Dr Coraline Hingray (psychiatre)

9 Webinars gratuits sur le site AFPBN



Pour rejoindre le réseau TNF France

Contact: **beatrice.garcin@aphp.fr**

Unité TNF – Hôpital Avicenne



Missions de l’unité :

- **Cliniques:**
  - Evaluation des demandes (100 /mois)
  - Evaluation des patients (30/mois)
  - Orientation vers filières de prise en charge, **dont psychiatriques**
  - Programme ETP: depuis avril 2025.
  - Suivi des patients
  - Programme ConnecTNF: programme de soins de supports

- **Formation et communication**
  - des partenaires (SSR, kiné, autres services): sur place dans les centres, via webinars.
  - En congrès
  - Grand public

- **Création d’un réseau:** annuaire de partenaires (kiné/psycho/**Psychiatres**/SSR/ ..)

CMP, Centres psychotrauma, psychiatres libéraux, centres universitaires.

- **Recherche**
  - physiopathologie,
  - description sémiologique
  - traitements des TNF





Formation SSR Asnières sur Sein le 6 juin 2025

HDJ TNF : 2 parcours

Le lundi, mercredi et vendredi matin: évaluation pluridisciplinaire

Indications:

- Diagnostic TNF relativement sûr (patient suivi dans le service ou adresseur de confiance)

➔ TNF sévère ou résistant / chronique : évaluer les fdr + reprendre éducation thérapeutique

➔ Comorbidité psychiatrique

Actuellement 8-9 /semaine

Le mardi matin: évaluation diagnostique, PES/PEM et TMS

Indications:

➔Incertitude diagnostique

➔Demande explicite du neurologue d'essayer la TMS

4 patients /semaine.

Filière saturée

Critères d'admission:

- Patient qui réside en Ile de France
- Adressage par un neurologue
- TNF caractérisé par un trouble moteur ou crises (pas douleurs/sensitif isolé/TSF non neuro)

Malgré le tri demandes > capacités, délais > 6 mois

Contact: beatrice.garcin@aphp.fr
Unité TNF: neurologie.tnf.avc@aphp.fr
Réseau TNF France: tnf.france@gmail.com

Unité TNF – ETP

TNF : Redonner du sens aux symptômes pour devenir acteur de son parcours de soin
Déclaré à ARS en novembre 2025



6 demi-journées:

- Atelier 1 : Comprendre le TNF
- Atelier 2 : Gérer son activité
- Atelier 3 : Identifier la crise et s’ancrer
- Atelier 4 : Expérimenter les liens entre le corps et le cerveau
- Atelier 5 : Communiquer avec ses proches - avec les patients et leurs proches
- Atelier 6 : Continuer à vivre avec le TNF

Contact: beatrice.garcin@aphp.fr
Unité TNF: neurologie.tnf.avc@aphp.fr
Réseau TNF France: tnf.france@gmail.com

Unité TNF – *Programme ConnecTNF*

- **Atelier 1 : Danse thérapie**

Une séance toutes les deux semaines dans L'Espace Soins & Vie Martine Midy.

- **Ateliers 2 : Groupe de parole**

Une fois par mois, animé par l'association CAP TNF, sur des thématiques choisies par les patientes.

- **Atelier 3 : Séance d'hypnose collective**

Une fois par mois animée par Dr. Bouznah, le neurologue de l'Unité TNF formé à l'hypnothérapie.

- **Atelier 4 : Atelier technique d'ancrage**

Une fois par mois, sur les techniques d'ancrage liées aux crises dissociatives, avec Juliette Palisson, neuropsychologue de l'UNITE TNF.

- **Atelier 5 : Atelier d'art-thérapie**

Une fois par mois, pour la création d'un kit anti-dissociation fait main et personnalisé.

- Il s'agit d'un cycle d'ateliers de trois mois, réunissant au maximum 7 à 9 patientes.
- L'objectif est d'augmenter le nombre de bénéficiaires sans créer de dépendance au programme, tout en permettant d'observer une amélioration.
- Il n'y a pas d'ateliers en décembre, juillet ni août.