ATELIER CLINIQUE

# LES CRISES FONCTIONNELLES DISSOCIATIVES (CFD)

## Comprendre et accompagner les crises

Margaux Cheval · Neurologue, Unité d'épilepsie, Pitié Salpétrière
Juliette Palisson · Psychologue spécialisée en neuropsychologie, Unité TNF, Hopital Avicenne

# Déroulé de l'atelier

- Définition et enjeux cliniques
- Classification médicale et terminologie
- Comprendre « ce qu'il se passe » : modèles explicatifs utiles
- Pendant la crise : accompagnement et gestion clinique
- Mise en pratique : techniques d'ancrage et situations cliniques

PARTIE 1

# Définition et enjeux cliniques

# Les crises dissociatives fonctionnelles (CFD) (Hingray et al, 2015)

Sont des **épisodes paroxystiques** pouvant associer des signes :

- Moteurs
- Sensoriels
- Végétatifs
- et/ou une altération de la conscience

sans activité épileptique objectivable à l'EEG pendant la crise.

Il s'agit donc :

d'un **trouble du fonctionnement neurologique**

(pouvant impliquer une perturbation du traitement et de l'organisation des informations par le cerveau)

et **non**

**d'un trouble simulé ou volontaire**

# Pourquoi c'est un véritable sujet de soins ?

Ces crises s'inscrivent souvent dans des parcours longs et complexes :

- **Diagnostic tardif**
- **Errance médicale**
- **Sentiment d'incompréhension**

Les patients présentent une **souffrance psychique et fonctionnelle importante** avec des comorbidités fréquentes.

(troubles anxieux, dépressifs, TSPT, phénomènes dissociatifs)

Les travaux de Coraline Hingray soulignent l'importance :

d'un **diagnostic positif, clair et cohérent** constituant la première étape thérapeutique.

***La manière dont les soignants comprennent, nomment et accompagnent ces crises a un impact direct sur leur évolution.***

# MESSAGES CLÉS

Ce sont de **vraies crises** : ce ne sont ni des simulations ni des crises épileptiques

Le diagnostic et la façon de nommer comptent

**Le retentissement est majeur** et s'accompagne d'une forte souffrance psychique et un impact fonctionnel important

PARTIE 2

# Classification médicale et terminologie

# Classification diagnostique (repères essentiels)

**DSM-5 / DSM-5-TR**
→ Functional Neurological Symptom Disorder (Conversion Disorder) with attacks or seizures

**CIM-10**
→ F44.5 – Convulsions dissociatives

**CIM-11** (classification la plus récente)
→ 6B60.4 – Dissociative neurological symptom disorder, with non-epileptic seizures

La **CIM-11** regroupe clairement ces crises dans les troubles neurologiques fonctionnels/dissociatifs, en cohérence avec les pratiques actuelles.

# Il existe une grande hétérogénéité des terminologies :

*« Pseudo-crises »*
*« Crises pseudo-épileptiques »*
*« Crises psychogènes »*
*« Crises hystériques »*
*« Attaque psychogène »*
*« Hystero-épilepsie »*

Aujourd'hui ces **termes sont inappropriés** du fait de leur connotation péjorative, témoignant d'un manque de reconnaissance du trouble (O'Hanlon, Liston, & Delanty, 2012).

De plus en plus d'équipes et de sociétés savantes recommandent l'usage de termes moins stigmatisants :

Terminologie recommandée
(logique de la FND Society)
« **Crises fonctionnelles** »
« **Crises dissociatives fonctionnelles** »

# MESSAGES CLÉS

C’est une **entité médicale reconnue**

On privilégie aujourd’hui des **termes non stigmatisants**
Les termes crises fonctionnelles ou crises dissociatives fonctionnelles

Le langage utilisé **influence l’adhésion** du patient
Nommer la crise de façon claire et respectueuse favorise la compréhension et l’engagement dans les soins.

PARTIE 3

# Comprendre « ce qu'il se passe »
# Modèles explicatifs utiles

# Modèle de Roberts & Reuber (2014) : l'hypothèse d'une « mise en veille »

Comment **les émotions et leur régulation** peuvent-elles contribuer aux modifications de la conscience pendant certaines crises ?

Chez certains patients, une **émotion intense ou difficile à réguler** pourrait entraîner des mécanismes dissociatifs, avec notamment :

- Une altération de la conscience ou de la réactivité
- Un sentiment de déconnexion du corps ou de l'environnement
- Une diminution du contrôle volontaire ou des réactions automatiques

Image clinique : « **mise en veille protectrice** »

*Constituant une hypothèse explicative possible, et non un mécanisme démontré pour toutes les CFD*.



# Modèle intégratif de Brown & Reuber (2016) : la crise comme réponse automatique apprise

Comment une crise peut-elle se déclencher **automatiquement et se répéter**, parfois sans émotion identifiable ?

À partir de différentes expériences, le cerveau pourrait apprendre à associer **certaines sensations, réactions corporelles ou informations**, formant une sorte de **"programme de crise"** susceptible de s'activer automatiquement.

**Avec le temps** :

- Cette réponse peut devenir de plus en plus automatique.
- Certains signaux internes (sensations, pensées…) ou externes (environnement, situations…) peuvent favoriser son déclenchement.
- La crise peut survenir sans émotion consciente ou déclencheur évident.

Image clinique : une **alarme devenue trop sensible**. 

# MESSAGES CLÉS

**Roberts & Reuber : Les émotions et les mécanismes dissociatifs** pourraient contribuer aux modifications de la conscience et de la réactivité pendant certaines crise (« mise en veille » possible).

**Brown & Reuber : L'apprentissage et l'activation automatique d'une représentation de crise** pourraient expliquer leur répétition et leur survenue parfois sans émotion consciente identifiable.

Ces modèles constituent des **hypothèses complémentaires, sans mécanisme unique démontré**.

Le **modèle biopsychosocial** des TNF *(utilisé plus spécifiquement aujourd'hui en pratique clinique)* permet de rendre compte de la diversité des trajectoires individuelles.

PARTIE 4

# Pendant la crise : accompagnement et gestion clinique

# Pendant l'épisode : les priorités

- **Évaluer la sécurité** et les besoins médicaux immédiats : prévenir les blessures.
- **Réduire les stimulations inutiles**, préserver la dignité et limiter l'attroupement.
- **Parler calmement**, utiliser des phrases brèves et observer les réponses accessibles.
- **Proposer une stratégie** seulement si elle est adaptée et tolérée, sans forcer.

# Posture soignante : accompagner sans confronter

La posture du soignant fait partie de l'accompagnement :

- **Présence calme et rassurante**, voix posée.
- **Consignes courtes**, adaptées à la réactivité de la personne.
- **Respect du rythme**, de l'intimité et des préférences du patient.
- **Absence d'injonctions**, de confrontation ou de recherche d'une cause émotionnelle en aigu.

**« Je reste avec vous. Nous allons prendre le temps qu'il faut. Vous êtes en sécurité »**

# Pendant et après la crise : communication et vigilance

**PENDANT —** « Je reste avec vous. » / « Si vous le pouvez, concentrez-vous sur ma voix. »

**À ÉVITER —** Attroupement, stimulations excessives, longues explications, gestes imposés ou propos culpabilisants.

**APRÈS —** Favoriser le retour progressif, accueillir le vécu sans dramatiser et identifier avec le patient ce qui a pu l'aider.

**RÉÉVALUER —** Ne pas attribuer automatiquement un épisode inhabituel à une CFD connue et appliquer les protocoles médicaux adaptés.

PARTIE 5

# Mise en pratique

ATELIER CFD

# Mise en pratique

**Expérimenter les ancrages · Raisonner à partir de situations cliniques**

# Outils concrets

Trois familles d'ancrage

**SENSORIEL —** Solliciter les perceptions : sentir un objet texturé, repérer un son, percevoir l'appui des pieds.

**COGNITIF —** Proposer une tâche mentale volontaire : compter à rebours, énumérer des mots commençant par la même lettre, épeler un mot simple à l'envers.

**CORPOREL —** Mobiliser doucement : presser les pieds au sol, ouvrir la main, serrer puis relâcher les poings.

**Toujours adapter la consigne à la réactivité et à la tolérance du patient**

# ANCRAGE

Ces techniques visent à soulager les états de détresse émotionnelle et à lutter contre la dissociation

Ces techniques doivent être répétées très régulièrement, notamment en dehors des crises, pour être efficaces

**SI JE PEUX ME DÉPLACER**

- **Je m'étire** très fort (doigts, bras, cou, muscles du visage, dos, jambes etc.)
- **Je sautille** sur place (je sens mon poids, les mouvements et les contacts avec le sol)
- **Je marche** lentement (je compte mes pas ou je pense droite/gauche)
- Je fais couler de l'**eau sur mes mains** Je me projette de l'**eau sur le visage**
- Je prends une **douche** Je prends un **bain**
- **Je fais de l'exercice** (ex. courir dehors ou aller nager à la piscine)

**SI JE PEUX BOUGER**

- **Je serre les poings**, je les desserre et ainsi de suite (je me concentre sur les muscles)
- **Je me cramponne** à ma chaise ou à quelque chose d'autre, aussi fort que possible
- **Je me tiens sur mes talons** (je sens le poids qui s'applique sur le sol)
- Je manipule **un objet agréable au toucher** (je me concentre sur les sensations)
- Je regarde **un objet qui a du sens** pour moi (ex. une photo, un cadeau)
- Je sens **un objet qui dégage une odeur** (ex. crème, parfum, sachet de thé)

**SI JE PEUX PARLER** (sinon intérieurement)

- Je nomme 5 choses que je peux **voir**
- Je nomme 4 choses que je peux **entendre**
- Je nomme 3 choses que je peux **toucher**
- Je nomme 2 choses que je peux **sentir**
- Je nomme 1 chose que je peux **goûter**
- Je me dis des choses **gentilles** et **encourageantes** (ex. ça va passer)
- Je décris en détails **3 objets** autour de moi
- Je décris de façon détaillée **une de mes activités quotidiennes**
- **Je lis quelque chose** que je trouve autour de moi (ex. livre, affiche, panneau)
- **Je chante** ou **je récite** quelque chose d'inspirant ou de réconfortant

**SI JE PEUX SENTIR/RESSENTIR**

- Je sens les contacts du souffle de ma **respiration** (je respire lentement)
- Je sens les contacts de **mon corps** avec mes **vêtements**

**SI JE PEUX M'ORIENTER**

- Je nomme le **lieu où je me trouve**
- J'annonce mon **identité**
- J'annonce l'**heure** et la **date**
- Je nomme le **président de la République**

**SI JE PEUX PENSER**

- Je m'imagine **protégé-e** du mal (par des murs, des gardes ou un pouvoir)
- Je joue au **jeu des catégories** (ex. je cite des noms de pays qui débutent par « A »)
- Je m'imagine dans un **endroit sûr** (réel ou imaginaire)
- Je prévois de m'accorder une **récompense** une fois que ce sera passé

**SI JE PEUX ME SOUVENIR**

- Je décris de façon détaillée un **souvenir neutre ou agréable**
- Je progresse **jusqu'au présent** (ex. je décris mes anniversaires successifs)
- Je décris **ce que je dois faire** dans les heures/jours qui viennent
- Je pense aux **favoris de ma vie** (ex. choses, activités, gens, principes et valeurs)

Dr Igor THIRIEZ — Version 3.1 — 21/11/2021

# L'ANCRAGE

**Comment se détacher de la souffrance émotionnelle**

TECHNIQUES

## MENTALES

- **Se faire un rapport** — Ex. lieu, date, heure, prénom, nom, envie
- **Décrire l'environnement** — Noms, formes, nombres, couleurs, etc.
- **Lire quelque chose** — Se dire les phrases, les mots ou les lettres
- **Décrire une activité** — Dans les moindres détails (ex. cuisiner)
- **Se réciter un truc lentement** — Ex. alphabet, chiffres, phrase, liste
- **Penser à un truc marrant** — Ex. souvenir, blague, scène de film
- **Jouer au jeu des catégories** — Ex. lister les villes qui commencent par "B"
- **S'imaginer protégé du mal** — Ex. par un mur, des gardes, des pouvoirs
- **Relier le passé au présent** — Ex. penser aux anniversaires successifs

## PHYSIQUES

- **S'étirer le plus fort possible** — Les doigts, les jambes, les bras, le cou etc.
- **Sentir les contacts du corps** — Avec les habits, la chaise, le sol etc.
- **Se cramponner à sa chaise** — Aussi fort que possible
- **Sentir sa respiration** — Et se répéter un mot à chaque inspiration
- **Avoir un objet dans la poche** — Le toucher et détailler ses caractéristiques
- **Toucher d'autres objets** — Et détailler leurs caractéristiques
- **S'appuyer sur les talons** — Et sentir le poids qui s'y applique
- **Marcher lentement** — Et penser : droite, gauche, etc.
- **Sauter ou sautiller sur place** — Et sentir poids, mouvements et contacts
- **Mettre les mains sous l'eau** — Et la sentir couler, pas trop longtemps

## ÉMOTIONNELLES

- **Se dire des trucs rassurants** — Ex. c'est un moment difficile, ça va passer
- **Regarder des photos** — Ex. des proches et autres gens précieux
- **Penser à un lieu sûr** — Et le décrire dans les moindres détails
- **Penser à ses favoris** — Ex. couleurs, plats, séries, artistes
- **Se réciter un truc inspirant** — Ex. chanson, poème, citation
- **Se dire des trucs valorisants** — Ex. je peux le surmonter, je suis fort
- **Se prévoir une récompense** — Ex. chocolat, bon repas, bain chaud
- **Se projeter vers l'avenir** — Ex. une sortie cinéma prévue avec un ami

Pour plus d'**efficacité**, pratiquer :

**SOUVENT** : plus c'est répété, mieux ça marche
**RAPIDEMENT** : moins il y a de préliminaires, mieux ça marche
**LONGTEMPS** : plus c'est long, mieux ça marche
**CONSCIEMMENT** : plus les bénéfices sont constatés, mieux ça marche
**ORIGINALEMENT** : plus les techniques sont personnalisées, mieux ça marche
**PRÉCOCEMENT** : plus c'est prématuré, mieux ça marche

Dr Igor THIRIEZ — Version 2.0 — 04/09/2016

# Prise en soin

## Choisir et adapter un ancrage

- **Partir des capacités accessibles** à cet instant : entendre, regarder, parler, bouger ou toucher.
- **Privilégier un outil connu** et apprécié du patient lorsqu'un plan de crise existe.
- **Proposer une seule consigne courte** et laisser le temps d'y répondre.
- **Changer d'approche ou arrêter** si cela majore l'inconfort ou la détresse.

**Il n'existe pas de correspondance démontrée** entre un modèle explicatif des CFD et un type précis d'ancrage.

EXERCICE

# Expérimentation en binômes · 10 minutes

Choisissez un **ancrage sensoriel**, un **ancrage cognitif** et un **ancrage corporel**.

**Une personne guide** avec une consigne courte, l'autre expérimente hors situation de crise. Puis inversez les rôles.

**Ne cherchez pas à provoquer** une dissociation ni à simuler une crise

**Discussion :** quelle formulation était claire ? quelle consigne était trop complexe ? comment proposer un choix sans injonction ?

EXERCICE

# Expérimentation en binômes · 10 minutes

**Discussion :** quelle formulation était claire ? quelle consigne était trop complexe ? comment proposer un choix sans injonction ?

| Type d'ancrage | Formulation plutôt directive | Formulation à privilégier (sans injonction) |
|---|---|---|
| **Sensoriel** | « Regardez-moi et décrivez trois objets. » | « Est-ce que vous pourriez regarder autour de vous et me montrer quelque chose que vous voyez ? » |
| **Cognitif** | « Comptez à rebours à partir de 20. » | « Si vous le souhaitez, nous pouvons essayer de compter ensemble. » |
| **Corporel** | « Appuyez vos pieds sur le sol. » | « Est-ce que vous sentez le contact de vos pieds avec le sol ? Nous pouvons essayer de porter notre attention dessus. » |
| **Auditif** | « Concentrez-vous sur ma voix. » | « Est-ce que ma voix vous aide ? Je peux continuer à vous parler doucement si vous le souhaitez. » |

CAS CLINIQUE · DISCUSSION

# Situation clinique 1 · Contact présent, parole difficile

*Une personne présentant des CFD connues devient immobile et ne parvient plus à parler. Elle semble entendre et peut suivre du regard.*

**Que vérifiez-vous d'abord ?**

**Quelle consigne courte** proposeriez-vous ?

**Comment vérifieriez-vous** qu'elle est tolérée ?

PISTES DE DISCUSSION

# Débriefing · Situation 1

**Vérifier la sécurité** et si possible le caractère habituel de l'épisode ; réévaluer en cas de signe inhabituel.

**Parler calmement**, sans multiplier les questions.

**Proposer éventuellement** une tâche réalisable sans parole (regarder un objet, appuyer les pieds au sol, petit mouvement volontaire).

**Observer la réponse**, ne pas interpréter l'absence de réponse comme un refus.

CAS CLINIQUE · DISCUSSION

# Situation clinique 2 · Agitation et surcharge

*Dans un environnement bruyant, une personne présente des mouvements anormaux importants et paraît très anxieuse. Plusieurs personnes s'approchent simultanément.*

**Que changez-vous** dans l'environnement ?

**Faut-il immédiatement** proposer un exercice cognitif ?

**Comment coordonnez-vous** l'intervention des soignants ?

PISTES DE DISCUSSION

# Débriefing · Situation 2

**Sécuriser et apaiser :** limiter les stimulations et maintenir une présence calme et rassurante.

**Ancrage relationnel :** voix posée, repères simples et réassurance : « Vous êtes en sécurité, je reste avec vous. »

**Ancrage sensoriel :** orienter l'attention vers un objet familier, une texture ou le contact des pieds au sol.

**Ancrage corporel :** proposer un mouvement volontaire simple (presser les pieds au sol, serrer et relâcher les mains).

**Ancrage cognitif :** compter à rebours ou énumérer des mots commençant par une même lettre, si accessible et bien toléré.

**Message clé :** Favoriser le sentiment de sécurité et la reconnexion progressive à l'environnement, sans imposer de technique et en respectant le rythme du patient.

CAS CLINIQUE · DISCUSSION

# Situation clinique 3 · Un épisode inhabituel

*Une personne suivie pour CFD présente un épisode dont la présentation diffère de ses crises habituelles avec des signes nouveaux et une récupération inhabituelle.*

**Quelle est votre première priorité ?**

**Quels éléments transmettez-vous** à l'équipe médicale ?

**Que ne faut-il pas présumer** du diagnostic antérieur ?

PISTES DE DISCUSSION

# Débriefing · Situation 3

**Réévaluer la situation :** sécuriser le patient et solliciter une évaluation médicale adaptée, sans attribuer automatiquement l'épisode aux CFD.

**Transmettre les observations :** manifestations nouvelles, durée, réactivité, respiration, constantes, récupération et différences avec les épisodes habituels.

**Maintenir une présence rassurante :** limiter les stimulations, parler calmement et proposer des repères simples.

**Adapter les ancrages :** ne pas chercher à mobiliser systématiquement le patient. Un ancrage relationnel ou sensoriel doux peut être proposé s'il est approprié, accessible et toléré, sans retarder les soins nécessaires.

**Message clé :** Face à une crise inhabituelle, la priorité reste l'évaluation médicale. L'ancrage peut accompagner la sécurisation, mais ne doit jamais se substituer à cette évaluation.

SYNTHÈSE

# À emporter · Une conduite à tenir simple

**OBSERVEZ ET ÉVALUEZ → SÉCURISEZ → RASSUREZ → PROPOSEZ SI POSSIBLE → RÉÉVALUEZ**

**Un plan de crise individualisé** peut préciser : signes habituels, facteurs d'alerte, préférences du patient, techniques utiles ou mal tolérées, situations nécessitant une réévaluation médicale et personnes à contacter.

**Les choix d'ancrage** reposent sur l'état clinique et l'accessibilité du patient, et non sur l'attribution à un modèle théorique.

BIBLIOGRAPHIE

# Références principales

Brown, R. J., & Reuber, M. (2016). Towards an integrative theory of psychogenic non-epileptic seizures (PNES). Clinical Psychology Review, 47, 55–70.

Goldstein, L. H., Robinson, E. J., Mellers, J. D. C., Stone, J., Carson, A., Reuber, M., Medford, N., McCrone, P., Murray, J., Richardson, M. P., Pilecka, I., Eastwood, C., Moore, M., Mosweu, I., Perdue, I., Landau, S., & Chalder, T. (2020). Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES): A pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry, 7(6), 491–505.

Hingray, C., Popkirov, S., Kozlowska, K., Pretorius, C., Sarudiansky, M., El-Hage, W., Zhou, D., Ertan, D., LaFrance, W. C., Jr., & Reuber, M. (2025). Functional/dissociative seizures: Proposal for a new diagnostic label and definition by the ILAE task force. Epilepsia, 66(11), 4162–4182

BIBLIOGRAPHIE

# Références principales

Roberts, N. A., & Reuber, M. (2014). Alterations of consciousness in psychogenic nonepileptic seizures: Emotion, emotion regulation and dissociation. Epilepsy & Behavior, 30, 43–49.

Tolchin, B., Goldstein, L. H., Reuber, M., Stone, J., Perez, D. L., LaFrance, W. C., Jr., Fobian, A. D., Dorman, J., Hua, L. H., L'Erario, Z. P., Swanson, S. J., Gilli, P., Mildon, B., Takahashi, C., Botchway-Doe, K. A., Puskala Hamel, K., Silsbee, H. M., & Oskoui, M. (2026). Management of functional seizures practice guideline executive summary: Report of the AAN Guidelines Subcommittee. Neurology, 106(1), e214466.