

BIBLIOGRAPHIE

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP – CPNE)/Crises fonctionnelles dissociatives

*Vous trouverez ci-après une liste de références sélective et non exhaustive.
Celles-ci sont classées par type puis par année décroissante.*

Edition : Juillet 2024



CNRHR
FAHRES

CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES HANDICAPS RARES
ÉPILEPSIE SÈVÈRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION : quelques éléments de présentation et de définition	3
ARTICLES & REVUES	5
OUVRAGES & CHAPITRES D'OUVRAGES	13
Premières lignes	14
MÉMOIRES, RECHERCHES, THÈSES	14
AUTRES RESSOURCES EN LIGNE.....	20

INTRODUCTION : quelques éléments de présentation et de définition

Qu'est-ce que c'est ?

Définition : « Les CNEP sont des évènements délimités, caractérisés par des changements paroxystiques de l'expérience subjective, de la réactivité, des mouvements ou du comportement avec un contrôle de soi réduit ou absent. »¹
« Elles peuvent ressembler à des crises épileptiques mais ne sont pas associées à des modifications épileptiformes de l'électroencéphalographie (EEG) concomitantes ». ²

“Une CNEP se manifeste par un changement soudain et très marqué du comportement. La crise peut alors se traduire par une modification de la conscience et/ou des mouvements et/ou des sensations. Elle est limitée dans le temps, avec un début et une fin assez nets.”³

On estime que les CNEP concernent 10% des patients suivis en ambulatoire pour des crises et 20 à 40% des patients hospitalisés dans les services spécialisés de vidéo-EEG.⁴

Il s'agirait de la troisième cause de maladie avec perte de connaissance (après les malaises vagues et l'épilepsie)⁵, avec une incidence estimée à quatre virgule neuf cas pour 100 000 personnes par an, et une prévalence entre deux et 33 cas pour 100 000 personnes.⁶

Ces crises affectent toutes les tranches d'âge, mais en majorité l'adulte jeune entre 15 et 30 ans.⁷

Classification : La classification de ces crises dans les classifications internationales n'est pas consensuelle.

- ❖ Dans la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies), ces crises sont considérées dans les troubles dissociatifs, avec l'apparition d'un nouveau terme « le trouble neurologique dissociatif ».
- ❖ Dans le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual), les CNEP sont classées dans le chapitre “Troubles neurologiques fonctionnels” (TNF) (ou “Trouble conversif”) avec crise ou attaque.

Les Crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont l'une des principales manifestations (avec les troubles moteurs) de ces troubles neurologiques fonctionnels (TNF).

Les TNF peuvent toucher tout le monde, mais on dénombre 3 femmes pour 1 homme.

Il existe des facteurs de risque prédisposants aux TNF, c'est-à-dire des facteurs qui augmentent la probabilité de développer un TNF. Le facteur principal, ce sont les traumatismes survenus pendant l'enfance. Ils sont de trois types :

- les violences sexuelles ;
- les violences physiques ;
- la négligence, la maltraitance émotionnelle.

Ces traumatismes multiplient par 4 le risque de développer un TNF plus tard à l'âge adulte.

Certaines comorbidités peuvent aussi augmenter le risque de développer un TNF :

¹ POPKIROV S, ASADI-POOYA AA, DUNCAN R, GIGINEISHVILI D, HINGRAY C, MIGUEL KANNER A et. al. The aetiology of psychogenic non-epileptic seizures : risk factors and comorbidities. *Epileptic disorders* 2019 ; 21 : 529-547.

² ASADI-POOYA AA, BAHRAMI Z, HOMAYOUN M. Natural history of patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure* 2019 ; 66 : 22-25.

³ HINGRAY Coraline, DERAMBURE Philippe Préf. Les crises non épileptiques psychogènes : les CNEP. *Laréponsesdupsy – Savoir pour guérir*, 2017, 280 p.

⁴ ASADI-POOYA AA, SPERLING MR. Epidemiology of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behavior* 2015 ; 46 : 60-65.

⁵ BROWN RJ, REUBER M. Towards an integrative theory of psychogenic nonepileptic seizures (PNES). *Clinical Psychology Revue* 2016 ; 47 : 55-70.

⁶ BENBADIS SR, ALLEN HAUSER W. An estimate of the prevalence of psychogenic nonepileptic seizures. *Seizure* 2000 ; 9 : 280-281.

⁷ AUPY Jérôme, HINGRAY Coraline. Crise non épileptique psychogène : le renouveau de l'abord des troubles de conversion. *La revue du praticien* 2019 ; 69(2) : pp. 214-218.

- la présence d'une maladie neurologique organique
- certains comorbidités psychiatriques (anxiété, certains traits de personnalité (la tendance obsessionnelle, le perfectionnisme), alexithymie...).
- L'influence de certaines caractéristiques génétiques selon certaines études récentes. Mais les données ne sont pas encore assez nombreuses.

Cependant, dans au moins 30% des cas de TNF on ne retrouve pas de facteur de risqué.

Evolution de la terminologie :

La dénomination de ces crises a évolué dans le temps.

Depuis 2012 on parle de Crises non épileptiques psychogènes (CNEP) en traduction du terme international de référence : Psychogenic non epileptic disorder (PNES). On trouve aussi parfois le terme équivalent de Crises psychogènes non-épileptiques (CPNE).

Toutefois, ce terme est actuellement débattu dans le monde. Certains experts lui préfèrent les termes "crises fonctionnelles"⁸ ou "crises dissociatives"⁹.

Il y a un consensus pour ne plus utiliser les termes péjoratifs de "crise hystérique", "crise conversive" ou encore "pseudo-crise".

La terminologie actuelle et officielle devrait donc rapidement évoluer vers crises fonctionnelles et/ou dissociatives.

Les troubles neurologiques fonctionnels, dont les CNEP sont une manifestation, sont nommés ainsi depuis 2013, date à laquelle les critères diagnostiques du DSM (DSM-5) ont été révisés. Il s'agit des critères psychiatriques américains faisant office de référence.

Avant de parler de TNF, on parlait de "troubles de conversion" et avant cela encore, d'"hystérie". Ces deux terminologies ne sont plus utilisées et ont été supprimées.

Pour en savoir plus, consultez la video issue du Petit glossaire illustré de l'épilepsie. LFCE

<https://www.youtube.com/watch?v=qe1twuj6LIM>

Ainsi que l'interview de Coraline Hingray sur les troubles neurologiques fonctionnels lors des journées Neurosciences Psychiatrie Neurologie 2023 :

[JNPN 2023 - Interview de Coraline Hingray : Troubles Neurologiques Fonctionnels \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=qe1twuj6LIM)

Retrouvez notre Padlet dédié à ce sujet ici :

https://padlet.com/fahres_centre_de_documentation/les-cnep-crisis-non-epileptiques-psychog-nes-naz5egjkl4e1soe

⁸ ASADI-POOYA AA, BRIGO F, MILDON B, NICHOLSON TR. Terminology for psychogenic nonepileptic seizures : making the case for « functional seizures ». Epilepsy & behavior 2020 ; 104 : 106895.

⁹ GOLDSTEIN LH, ROBINSON EJ, MELLERS JDC, STONE J, CARSON A, REUBER M, et. al. Cognitive behavioural therapy for adults with dissociative seizures (CODES) : a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. Lancet Psychiatry 2020 ; 7 : 491-505.



ARTICLES & REVUES

VERSTRAETE A, BODART O. **Les crises non épileptiques psychogènes**. Revue médicale de Liège 2023 ; 78 (5-6) : pp. 273-280.

Les crises non épileptiques psychogènes ressemblent à des crises d'épilepsie, mais leurs mécanismes physiopathologiques diffèrent. Elles sont fréquentes, mais souvent méconnues, menant régulièrement à des erreurs diagnostiques et thérapeutiques. L'objectif de cet article est de dresser une synthèse des connaissances actuelles de cette pathologie. Nous y détaillerons les principales données épidémiologiques des crises non épileptiques psychogènes. Nous aborderons ensuite la démarche diagnostique en insistant sur les différences sémiologiques qui existent entre les crises non épileptiques psychogènes et les crises épileptiques. Nous présenterons ensuite les principales actions thérapeutiques existantes et parlerons de l'importance de la communication entre les cliniciens, le patient et son entourage. Enfin, nous discuterons du pronostic à long terme de cette pathologie, qui reste assez péjoratif. [résumé d'auteurs]

https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/310202/1/A-Verstraete_2023_78_5-6_0.pdf

HINGRAY Coraline, ERTAN Deniz, REUBER Markus, LOTHER Anne-Sophie, CHRUSCIEL Jan, TARRADA Alexis, MICHEL Nathalie, MEYER Mylene, KLEMINA Irina, MAILLARD Louis, SANCHEZ Stéphane, EL-HAGE Wissam. **Heterogeneity of patients with functional/dissociative seizures : three multidimensional profiles**. Epilepsia 2022 ; 63 (6) : pp. 1500-1515.

[Heterogeneity of patients with functional/dissociative seizures: Three multidimensional profiles \(hal.science\)](https://hal.science/hal-03544444/document)

LEROY A, TARRADA A, GARCIN B, HINGRAY C. **Crises psychogènes non épileptiques (fonctionnelles/dissociatives)**. EMC Psychiatrie 2022 ; [37-117-A-20]

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont des événements délimités, caractérisés par des changements paroxystiques de l'expérience subjective, de la réactivité, des mouvements ou du comportement avec un contrôle de soi réduit ou absent. Ces crises ne sont pas associées à des modifications épileptiformes concomitantes de l'électroencéphalographie. Le retentissement sur la qualité de vie pour les patients est important et ils persistent de nombreux enjeux pour limiter le malaise ou le sentiment d'impuissance de certains soignants et le désarroi des patients. Ce trouble présente de nombreux enjeux diagnostiques et thérapeutiques qui nécessitent une collaboration rapprochée entre psychiatres et neurologues. Dès l'instant que les cibles thérapeutiques sont bien définies lors de la phase d'évaluation des trois types de facteurs (prédisposants, précipitants et/ou perpétuants [3P]), des psychiatres ou psychologues non spécialisés dans les CNEP peuvent tout à fait intervenir. L'enjeu est de diffuser les connaissances sur les CNEP, de favoriser une démarche positive de diagnostic et de bien cibler les modalités thérapeutiques selon le patient.

GARGIULO Angel JM, COLOMBINI Ana, TROVATO Antonella, GARGIULO Augusto PI, D'ALELIO Luciana. **Functional/dissociative seizures : review of its relationship with trauma, dissociation and the neurobiological underpinnings**. Psychiatry Research Communications 2022 ; 2 (4) : 9 p.

Functional dissociative seizures (FDS) are paroxysmal and episodic events associated with motor, sensory, mental, or autonomic manifestations, which resemble epileptic seizures but are not caused by epileptogenic activity. FDSs affect approximately 30% of patients attending specialized epilepsy centers and constitute a severe mental health problem. Patients with FDSs also have a high frequency of other psychiatric comorbidities like depression and anxiety disorders, particularly trauma and post-traumatic stress disorder. It has been postulated that FDSs are essentially dissociations that operate as an evitative psychological mechanism to deal with traumas. In this manuscript, we carried out a state-of-the-art review to provide a critical approach to the extensive literature about FDS, focusing on the relationship with trauma, post-traumatic stress disorder, dissociation, and the neurobiology of these phenomena.

[Functional/dissociative seizures: Review of its relationship with trauma, dissociation and the neurobiological underpinnings \(sciencedirectassets.com\)](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772791522000000)

ERTAN Deniz, HUBERT-JACQUOT Caroline, MAILLARD Louis, SANCHEZ Stéphane, JANSEN Claire, et al. **Anticipatory anxiety of epileptic seizures: An overlooked dimension linked to trauma history**. Seizure. European Journal of Epilepsy 2021 ; 85, pp.64-69.

[Anticipatory anxiety of epileptic seizures: An overlooked dimension linked to trauma history \(seizure-journal.com\)](https://www.seizure-journal.com/article/S1053-8282(21)00000-0)

MEZOUAR Nicolas, DEMERET Sophie, ROTGE Jean-Yves, DUPONT Sophie, NAVARRO Vincent. **Psychogenic non-epileptic seizure-status in patients admitted to the intensive care unit**. European journal of neurology 2021 ; 00 : 1-5.

Psychogenic non-epileptic seizure-status (PNES-status), defined by psychogenic non-epileptic seizures (PNES) over 30 min, are often misdiagnosed as status epilepticus. We aimed to describe the features of patients who experienced PNES-status, admitted to an intensive care unit (ICU).

Methods: We screened the patients hospitalized in our epilepsy unit during a 4-year period, with a diagnosis of PNES-status and ICU admission.

Results: Among 171 patients with PNES, we identified 25 patients (15%) who presented 39 episodes of PNES-status leading to ICU admission. Some 76% of the patients were women. The median age at the time of the PNES-status episode was 35 years. Half (48%) alleged a history of epilepsy, but epilepsy was confirmed in only 12%. A history of psychiatric disease was found in 68%. PNES were present in 85% of patients before PNES-status, and semiology of PNES and PNES-status was similar for 79% of the patients, including hyperkinetic movements in 95% of the episodes and suspected loss of consciousness in 87%. Benzodiazepines were administered in 77% of the episodes, antiepileptic drugs in 87%, and antibiotherapy for a ICU-related infection in 15% of the episodes. Oral intubation was performed in 41% of the episodes. Blood tests showed normal levels of creatine phosphokinase and leucocytes in 90% and 95% of the episodes, respectively. No epileptic activity was found during per-event electroencephalography but interictal epileptic activity was found in 10% of the episodes.

Conclusion: Hyperkinetic PNES-status should always be considered as a differential diagnosis of status epilepticus, with a high risk of iatrogenic consequences.

BOUT A, AARAB C, RAMMOUZ I, AALOUANE R. **Expression Clinique, comorbidités psychiatriques et suicidalité chez des patients avec crises psychogènes non épileptiques.** L'Encéphale 2021 ; in press

Les crises psychogènes non épileptiques (CNEP) sont fréquentes en clinique mais peu connues et peu étudiées par les psychiatres. Nous présentons ici une première étude Marocaine dont l'objectif est de décrire la clinique et le contexte psycho-pathologique de ce trouble.

Méthode : Nous avons recruté sur une période d'une année des patients avec CNEP rencontrés au niveau du service des urgences psychiatriques du CHU Hassan II de Fès. Les données recueillies portaient sur les éléments sociodémographiques des patients, les critères MINI des différents troubles psychiatriques, des troubles de la personnalité et de la suicidalité, l'échelle d'anxiété de Hamilton, l'échelle de dépression de Beck et l'échelle de maltraitance à l'enfance CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*).

Résultats : L'échantillon est constitué de 32 patients avec une majorité de femmes d'un niveau économique modeste (89 %). La moyenne d'âge de début de la maladie est de 23,97 ans. La forme généralisée est retrouvée chez la majorité des patients (71,9 %). Un facteur déclenchant est présent dans 46 %. Les crises duraient en moyenne 23,47 minutes et 37,5 % des patients avaient au moins une crise par jour. Parmi les patients, 68,8 % avaient en comorbidité un trouble psychiatrique avec dans 46 % une dépression et dans 18,6 % un état de stress post-traumatique (ESPT). Le risque suicidaire était coté comme modéré ou sévère chez 12,5 % des patients et 40,62 % avaient déjà fait une tentative de suicide. Un trouble de personnalité est présent dans 18,8 % des cas. Enfin, une notion de maltraitance à l'enfance est présente chez 59,4 % de l'échantillon, et elle est corrélée à l'âge de début précoce de la maladie et à la présence de la dépression.

Conclusion : Notre population est comparable aux populations étudiées dans la littérature de par les présentations cliniques, les comorbidités et le lien avec les événements de vie ; cependant, notre échantillon est caractérisé par des crises plus prolongées et plus fréquentes avec une suicidalité plus élevée.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700621001512?via%3Dihub>

MADEC Tanguy, LAGARDE Stanislas, Aileen MCGONIGAL, ARTHUIS Marie, BENAR Christian, BARTOLOMEI Fabrice. **Déconnexion transitoire du cortex insulaire et pariétal pendant les crises non épileptiques psychogènes.** Revue neurologique 2021 ; 177 sp : S12.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378721001442#!>

MISDRAHI Sandra, LOUET Estelle, EYMARD Bruno, GARGIULO Marcela, DE LUCA Manuella. **Liens entre troubles neurologiques fonctionnels et évènement traumatique : enjeux dans la relation médecin-malade.** L'évolution psychiatrique 2021 ; 86 (1) : pp. 89-105.

La prise en charge complexe des patients présentant des troubles neurologiques fonctionnels (TNF) a fait l'objet de beaucoup d'études mais aucune à notre connaissance n'a exploré le vécu de la relation médecin-malade chez ces patients lorsqu'un évènement traumatique affecte potentiellement la genèse des troubles. L'objectif de cet article est d'appréhender comment l'évocation d'un évènement traumatique affecte le vécu des patients TNF dans la relation médecin-malade et son intégration dans l'histoire de leurs troubles.

Trois vignettes cliniques issues d'une recherche doctorale en cours seront étudiées. Cette recherche se déroule en service de Neuromyologie à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris. Nos méthodes allient quantitatif (questionnaires) et qualitatif (entretien semi-dirigé) afin de mettre en évidence les disparités et congruences fréquentes dans cette population.

VOLKERS Nancy. **Comment nommer les crises non-épileptiques psychogènes ?** Epigraph 2021 ; 23 (2).
[Comment nommer les crises non-épileptiques psychogènes? // International League Against Epilepsy \(ilae.org\)](#)

VOLKERS Nancy. **Par une nouvelle dénomination : améliorer l'accès aux soins et réduire les stigmas des crises psychogènes non épileptiques.** Epigraph 2021 ; 23 (2).
[Par une nouvelle dénomination : Améliorer l'accès aux soins et réduire les stigmas des crises psychogènes non épileptiques // International League Against Epilepsy \(ilae.org\)](#)

AUPY Jérôme, HINGRAY Coraline. **Crise non épileptique psychogène : le renouveau de l'abord des troubles de conversion.** La revue du praticien 2019 ; 69(2) : pp. 214-218.

Les crises non épileptiques psychogènes sont des événements paroxystiques qui ressemblent du fait de leur contenu, comportemental ou expérientiel, aux crises d'épilepsie. Cependant, elles ne sont pas accompagnées des modifications électrophysiologiques, électroencéphalographiques qui caractérisent ces dernières. Les cliniciens s'accordent à dire que ces épisodes sont involontaires et sous-tendus par un processus psychologique inconscient. Ils sont classés en tant que troubles dissociatifs dans la 10^e version de la Classification internationale des maladie (CIM-10), et comme troubles à symptomatologie neurologique fonctionnelle (ou troubles de conversion) avec « attaque aux crises épileptiformes » dans la 5^e version du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5) [v. p. 195]. Il ne s'agit pas de troubles factices ou de troubles de simulation.

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/crise-non-epileptique-psychogene-le-renouveau-de-labord-des-troubles-de-conversion>

HINGRAY Coraline. **Epilepsie et psychiatrie : ce que devrait savoir un psychiatre ?** French journal of psychiatry 2018 ; 1(sp) : pp. S103.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2590241519302727>

KHOLI Hélène, VERCUEIL Laurent. **Etats de mal épileptiques non expliqués, CNEP ou véritables états de mal ?** Revue neurologique 2018 ; 174 (sp1) : pp. S13-S14.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S003537871830064X?via%3Dihub>

HINGRAY Coraline. **Crises non épileptiques psychogènes.** La revue du praticien 2018 ; 32(997) : pp.204-205.

<https://www.larevuedupraticien.fr/article/crises-non-epileptiques-psychogenes>

YRONDI Antoine, HINGRAY Coraline, MICOULAUD-FRANCHI Jean Arthur, DE TOFFOL Bertrand. **Sémiologie mortice oubliée : les crises non épileptiques psychogènes.** Annales medico-psychologiques 2017 ; 175(5) : pp. 492-497.

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont définies comme un changement brutal du comportement, des perceptions, des pensées ou des émotions d'un sujet pendant une durée limitée, qui ressemble à une crise d'épilepsie, mais sans l'activité concomitante électrophysiologique associée à une crise épileptique. Il existe une nette prédominance féminine (75 %) dans la plupart des études. Le début de la maladie se situe typiquement dans la deuxième ou troisième décennie. Environ 80 % des patients ont des antécédents de traumatismes ou de maltraitance. La compréhension des CNEP nécessite l'analyse de trois types de facteurs, les 3 P : prédisposants (de vulnérabilité), précipitants (déclenchants) et perpétuants (de maintien). Ces facteurs ne sont pas toujours tous retrouvés chez un patient donné. Il existerait une corrélation entre le dysfonctionnement de certains réseaux cérébraux et les taux de dissociation chez des patients souffrant de CNEP. Il existerait une dysrégulation émotionnelle complexe observée chez certains malades souffrant de CNEP. L'analyse sémiologique en vidéo-EEG permet d'identifier des associations caractéristiques de signes lors des crises permettant de distinguer cinq sous-types cliniques qui, associés à l'analyse sémiologique des 3 P, permettent de poser le diagnostic de CNEP. L'annonce diagnostique des CNEP est une étape délicate, mais importante pour entamer une première phase thérapeutique : elle conditionne le pronostic des patients souffrant de CNEP. L'annonce diagnostique et la prise en charge nécessite une collaboration étroite entre neurologues et psychiatres.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448717301130?via%3Dihub>

DOSS Robert C. **Psychogenic non epileptic seizures.** Epileptic disorders 2017 ; 18(4) : pp. 337-343.

Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) are diagnosed in at least 10-40% of the patients seen for long-term monitoring of epilepsy, and it is no surprise that patients with PNES are often treated for epilepsy. Given the substantial economic costs and mental health burden of misdiagnosis, it is imperative to establish early identification, correct diagnosis, and effective treatment of PNES in order to provide the greatest opportunity for remission of events, improved psychological functioning, and social-vocational outcome. This article outlines an informed, practical approach to diagnosing this

common condition and provides a summary of factors, based on medical history and semiology, that may suggest PNES. We discuss also the issues of communicating the diagnosis to the patient and making treatment recommendations which should ideally be coordinated using a multi-disciplinary team approach, involving the disciplines of neurology, psychiatry, psychology, social work, and nursing. [editor's summary]

HINGRAY Coraline, EL HAGE Wissam. **Les crises non épileptiques psychogènes [dossier]**. La lettre du psychiatre 2016 ;(4-5).

<https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/24638.pdf>

GRAS-VINCENDON Agnès, BEHR Charles, MASTELLI Dominique, HIRSCH Edouard, VIDAILHET Pierre. **CNEP et traumatisme**. La lettre du psychiatre 2016 ;(4-5).

HINGRAY Coraline, BIBERON J, EL-HAGE W, TOFFOL Bertrand de. **Psychogenic non-epileptic seizures (PNES)**. Revue neurologique 2016 ; 172(4-5) : 263-269.

Psychogenic non-epileptic seizures (PNES) are defined as change in behavior or consciousness resembling epileptic seizures but which have a physiological origin. PNES are categorized as a manifestation of dissociative or somatoform (conversion) disorders. Video-EEG recording of an event is the gold standard for diagnosis. PNES represent a symptom, not the underlying disease and the mechanism of dissociation is pivotal in the physiopathology. Predisposing, precipitating and perpetuating factors should be carefully assessed on a case-by-case basis. The process of communicating the diagnosis using a multidisciplinary approach is an important and effective therapeutic step. [résumé d'éditeur]

BROWN Richard J, REUBER Markus. **Psychological and psychiatric aspect of psychogenic non epileptic seizures (PNES) : a systematic review**. Clinical Psychological Review 2016 ;45 :157-182.

RUTKA Roman, DENIS Anne, VERCUEIL Laurent, HOT Pascal. **Crises psychogènes non épileptiques : état des connaissances et apports de l'évaluation des traitements émotionnels**. Santé mentale au Québec 2016 ; 41(1) : 123-193.

Des crises psychogènes non épileptiques (CPNE) sont des manifestations transitoires d'allure neurologique pouvant évoquer, à tort, le diagnostic de crise épileptique, mais qui n'en présentent en réalité pas l'origine neurologique. Les CPNE ont rencontré ces cinq dernières années un intérêt croissant tant dans la description de la population concernée, que des origines du trouble et du substrat neuronal qui pourraient les sous-tendre. L'existence d'un profil particulier de traitements émotionnels constitue à ce jour une piste prometteuse de caractérisation de cette population qui a reçu une série de confirmations récentes. Nous présentons ici les données issues de différents domaines allant de la psychologie clinique aux neurosciences affectives et examinant les spécificités de traitements émotionnels rapportés dans les CPNE, ainsi que les pistes d'études à développer afin de mieux les caractériser.

[Crises psychogènes non épileptiques : état des co... – Santé mentale au Québec – Érudit \(erudit.org\)](#)

DE TOFFOL B. **Crises non épileptiques**. EMC Neurologie 2015 ; [17-045-A-55]

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) ressemblent phénoménologiquement à des crises épileptiques mais ont une origine psychologique. Elles appartiennent à la catégorie des troubles dissociatifs/conversions dans les classifications internationales. Le diagnostic de certitude est apporté par l'enregistrement vidéo-électroencéphalographie (EEG) des manifestations cliniques. Les nombreux patients qui souffrent de CNEP, des femmes dans les trois quarts des cas, forment une entité hétérogène. L'existence d'une psychopathologie spécifique doit cependant faire considérer le diagnostic de CNEP comme un diagnostic positif et non comme un diagnostic d'élimination. La présentation clinique des troubles fait l'objet de classifications fondées sur la co-occurrence de symptômes élémentaires regroupés en clusters. Une dissociation psychique d'origine traumatique est observée dans la majorité des cas. Les progrès dans l'étude de la neurobiologie de l'émotion permettent de mieux comprendre les liens qui unissent CNEP et dissociation, et ils éclairent les modalités d'évaluation du trouble et la prise en charge thérapeutique. Les facteurs de risque, les causes et les modalités de survenue des CNEP sont désormais modélisés à partir de l'interaction entre facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants au sein de modèles multiniveaux. Il est désormais possible de suggérer le diagnostic de CNEP avant la réalisation de la vidéo-EEG après une analyse standardisée de l'ensemble des comorbidités psychiatriques. L'annonce adaptée du diagnostic, l'évaluation multidisciplinaire du trouble, la psychoéducation et les thérapies comportementales permettent un traitement efficace des CNEP à condition de porter un diagnostic précoce et d'agir rapidement.

HINGRAY Coraline. **Les crises psychogènes non épileptiques : de leur compréhension au traitement.** La lettre du neurologue 2015 ;(8) :

LAMBOLEZ M, MAILLARD L, SCWAN R, BIRABEN A, DE TOFFOL B, EL HAGE W, HINGRAY C. **Modalités de prise en charge des crises non épileptiques psychogènes (CNEP) en France.** European Psychiatry 2015 ; 30(8, Supplement) : S125-S126.

L'objectif principal de l'étude était de décrire la prise en charge des patients souffrant de crises non épileptiques psychogènes (CNEP). Nous avons utilisé le questionnaire élaboré par la International League against Epilepsy (ILAE) afin de pouvoir comparer nos résultats à ceux d'études menées à l'étranger. Ce questionnaire a été adressé au personnel travaillant dans les unités d'épileptologie de centres hospitaliers français du 2 juin 2015 au 8 juillet 2015 par e-mail par l'intermédiaire du logiciel Survey Monkey. Les résultats ont été collectés via ce même logiciel. L'annonce diagnostique est réalisée dans 94,4 % des cas au cours d'un entretien avec le patient et dans 79 % des cas avec la famille. Lors de l'entretien d'information sur les CNEP, 61,9 % des praticiens disent que ces manifestations peuvent être le signe de traumatismes refoulés ou actuels ; ils sont 14,4 % à dire que les CNEP ne s'expliquent pas d'un point de vue médical. Après l'annonce du diagnostic, 60,2 % des praticiens proposent au moins un RDV à leur patient. Environ 11,9 % des répondeurs n'assurent plus le suivi des patients. Concernant les options thérapeutiques, si 3,4 % des répondeurs considèrent qu'aucun traitement n'est efficace, ils sont 97,8 % à reconnaître l'efficacité de la psychothérapie individuelle. Environ 33,9 % recommandent la prescription d'antidépresseurs, 28 % considèrent l'hypnose comme un traitement efficace des CNEP. Il existe une grande disparité dans les prises en charge des patients souffrant de CNEP et encore des difficultés d'accès et de relais vers des structures de soins psychiatriques pourtant indispensables. Cette enquête illustre la nécessité d'une coordination entre neurologues et psychiatres dans la prise en charge de ces patients.

MAILLARD L, HINGRAY C, SCHWANN R, VESPIGNANI H. **Diagnostic des crises psychogènes non épileptiques.** Pratique neurologique 2015 ; 6(2) : 111-114.

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) sont définies comme des changements brutaux et paroxystiques du comportement qui évoquent des crises épileptiques, mais qui sont en rapport avec des processus psychogènes et non avec une décharge neuronale excessive. Elles constituent une pathologie très invalidante à la frontière entre la neurologie et la psychiatrie. Le diagnostic est souvent porté par défaut et après plusieurs années d'errance diagnostiques et thérapeutiques lourdes de conséquences sur le plan psychologique, thérapeutique et social. L'étape diagnostique est fondamentale et requiert une démarche rigoureuse afin de documenter les CPNE avec le plus haut degré de certitude ce qui conditionnera une annonce diagnostique claire, facteur déterminant dans l'adhésion à la prise en charge thérapeutique et dans le pronostic ultérieur.

MIGNOT T, MAILLARD L, LAPREVOTE V, SCHWAN R, HINGRAY C. **Crises psychogènes non épileptiques : une maladie émotionnelle ?** European psychiatry 2015 ; 30(8, supplément) : S117 - HS1 - Congrès Français de Psychiatrie 2015.

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) sont définies comme des changements brutaux et paroxystiques du comportement moteur, des sensations ou de la conscience qui ressemblent à des crises épileptiques. Ces crises sont en rapport avec des processus psychogènes complexes et non avec une décharge neuronale excessive. Les CPNE sont une pathologie fréquente, coûteuse et grave dont l'incidence équivaut à celle de la sclérose en plaques. Pourtant, cette pathologie reste peu et mal connue des psychiatres. Beaucoup d'entre nous pensent que ces crises ont disparu après Charcot. En effet, actuellement, ces patients sont adressés aux neurologues. Un quart des patients vus par un épileptologue souffrent de CPNE. L'étiopathogénie est multifactorielle, comprenant des facteurs prédisposants, des facteurs déclenchants et des facteurs de maintien. Deux mécanismes principaux apparaissent : une prédisposition neurobiologique et des facteurs traumatiques inducteurs de processus dissociatif. Les modèles récents placent la dysrégulation émotionnelle au centre de la problématique. L'imagerie fonctionnelle a mis en évidence des anomalies fonctionnelles entre les aires cérébrales impliquées dans les émotions et les aires motrices. Il existe aussi des perturbations des 3 composantes émotionnelles : sur le plan cognitif avec une alexithymie chez 85 % des patients et des biais attentionnels pour les stimuli négatifs ; sur le plan comportemental avec une réponse d'évitement et sur le plan physiologique avec des taux de cortisol basal augmentés et une diminution de l'arythmie sinusale. Nous exposerons les résultats de notre étude comparative prospective inédite qui compare la réponse électrodermale à des stimuli visuels entre un groupe de patientes CPNE et de témoins sains appariés. Nous avons mis en évidence des perturbations de la réponse neuro-végétative avec une hyporéceptivité aux stimuli plaisants et une corrélation négative entre la propension à la dissociation et l'amplitude de la réponse électrodermale. Ces résultats ouvrent des perspectives en termes de compréhension des mécanismes mais aussi en termes diagnostique et thérapeutique pour développer des outils psychothérapeutiques de rééducation émotionnelle chez les patients souffrant de CPNE.

HINGRAY Coraline Coord. **Crises psychogènes non épileptiques : comment poser, annoncer et communiquer le diagnostic ? [dossier]**. Neurologies 2014 ; 17(172) : 335-354.

Accessible en ligne : http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2015/06/Dossier_CNEP.pdf

VAUGIER L, BARTOLOMEI F. **Synopes ou épilepsies : les formes frontières**. Réalités cardiologiques 2014 ; (303) – octobre cahier 1 : pp. 10-14.

Les synopes et les crises épileptiques sont, avec les crises psychogènes, les principales causes de perte de connaissance. Les frontières entre ces phénomènes ne sont pas toujours simples. D'une part, les synopes s'accompagnent de signes neurologiques subjectifs et objectifs parfois trompeurs, comme les myoclonies. D'autre part, certaines crises épileptiques peuvent ressembler à des synopes (notamment vagales) ou même entraîner une syncope par l'activation du système parasympathique central. Cette complexité potentielle des interactions Cœur/cerveau doit être connue et est susceptible de faire l'objet de réunions multidisciplinaires dans les cas de diagnostic difficile.

<https://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/sites/2/2014/11/03.pdf>

ZERHOUNI A, SATTE A, OUAHMANE Y, AIT BERRI M, MOUNACH J, OUHABI H. **Crises non épileptiques psychogènes**. Revue Neurologique 2014 ; 170(Supplément 1) : A126-A127.

REUBER M, MICOULAUD-FRANCHI JA, GÜLICH E, BARTOLOMEI F, MC GONIGAL A. **Comment ce que disent les patients peut nous renseigner sur leurs crises non épileptiques psychogènes ?** Neurophysiologie clinique 2014 ; 44(4) : 375-388.

L'étiologie des crises non épileptiques « psychogènes » (CNEP) reste mal comprise et le diagnostic différentiel avec les crises épileptiques est parfois difficile. Dans la première partie de cet article de revue, nous décrivons des pistes récentes pour comprendre les fondements neurobiologiques des CNEP. Ainsi des études démontrent l'importance des anomalies de la régulation des émotions chez les patients souffrant de CNEP. Ces anomalies ont été mises en évidence par des études sur entretien des vécus des patients et des études neuropsychologiques des processus cognitifs préconscients. Ces études montrent que les CNEP ne seraient pas les seules manifestations du trouble mental chez ces patients, en effet un évitement excessif des situations de menace sociale et une dysrégulation des processus émotionnels seraient également présents en dehors des crises et peuvent donc contribuer au handicap au-delà des crises elles-mêmes. Dans la seconde partie de cette revue, nous décrivons les résultats d'études qui ont examiné les différences entre les comportements communicationnels des patients souffrant de CNEP et ceux souffrant d'épilepsie. Bien que ces études soient initialement destinées à aider les cliniciens pour le diagnostic différentiel entre les CNEP et l'épilepsie, nous proposons que l'analyse sociolinguistique des transcriptions des patients décrivant leurs maladies puisse aussi fournir des indices sur l'étiologie des CNEP. Dans la troisième et dernière partie de cette revue, nous proposons une lecture précise des transcriptions d'un entretien particulier entre une patiente souffrant de CNEP et son médecin, et nous verrons que la façon dont les patients parlent d'eux-mêmes et de leur maladie, peut probablement donner des indices sur les causes des CNEP dans chaque cas particulier.

VERCUEIL Laurent. **Crises non épileptiques psychogènes (CNEP) et risques de "pseudos-status" : dix drapeaux rouges pour le clinicien**. Annales françaises de médecine d'urgence 2013 ; 3 : 298-304.

Le diagnostic d'état de mal réfractaire est souvent incorrect, avec un nombre conséquent de patients présentant un tableau de « pseudo-status », c'est-à-dire une crise non épileptique psychogène (CNEP) prolongée, reproduisant certaines caractéristiques de l'état de mal convulsif. L'absence d'identification clinique de ce diagnostic et la faible disponibilité de l'EEG en urgence peuvent expliquer ce taux élevé d'admissions inappropriées dans les unités de réanimation. Cet article propose de retenir dix « drapeaux rouges » permettant d'amener le clinicien à porter un diagnostic positif de « pseudo-status » (CNEP) et de prévenir des procédures éventuellement dommageables : 1) manifestations palpébrales ; 2) postures axiales anormales soutenues ; 3) motricité influençable ; 4) variabilité sémiologique ; 5) absence d'organisation neurologique ; 6) bonne tolérance clinique ; 7) absence de fiabilité du score de Glasgow ; 8) nombre important d'intervenants ; 9) inefficacité du traitement antiépileptique, passée et présente ; 10) pas de profil spécifique.

SPITZ MA, VERCUEIL L, DUBOIS TEKLALI F. **Pseudo status epilepticus : une complication grave des crises non épileptiques psychogènes (CNEP) chez l'enfant**. Archives de pédiatrie 2012 ; 19(1) : 47-50.

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont des événements cliniques ressemblant à des crises épileptiques, mais non associées à des anomalies électroencéphalographiques (EEG). Elles sont peu décrites chez l'enfant et sont souvent confondues avec des crises tonico-cliniques généralisées. Nous rapportons le cas d'un enfant traité pour épilepsie, qui avait présenté des CNEP dont un pseudostatus epilepticus (PSE) ayant conduit à de multiples hospitalisations avant l'établissement du diagnostic. La distinction entre CNEP et crises épileptiques est en effet difficile quand on y est peu sensibilisé. Leur spectre clinique est large et le diagnostic est encore plus difficile lorsqu'elles surviennent chez un enfant épileptique. Des éléments cliniques bien analysés permettent de les suspecter. En effet, un diagnostic précoce est indispensable chez les enfants dont le pronostic est meilleur que celui des adultes. Il permet une prise en charge rapide,

incluant une psychothérapie, après avoir recherché les facteurs de risque de survenue des CNEP, comme une anxiété importante, bien identifiée dans notre cas. Reconnaître précocement les CNEP permet d'empêcher leur ancrage dans la personnalité de l'enfant et d'éviter une escalade thérapeutique potentiellement iatrogène.

AUXEMERY Yann. **De l'hystéro-épilepsie à la crise psychogène non épileptique : continuité ou discontinuité ?** Annales médico-psychologiques 2012 ; 170(9) : 609-614.

Dans le sillage de Charcot, l'école de la Salpêtrière s'est passionnée pour les grandes crises ou grandes attaques hystériques : à l'époque l'hystérie ne se résume pas à cette grande crise, même si elle représente un modèle heuristique idéal pour une présentation de malade qui marqua durablement les esprits. La grande attaque est un cadre pour l'étude de l'hystéro-épilepsie qui ouvre la voie à l'explication psychopathologique. Les héritiers contestataires du savoir de l'école de la Salpêtrière se targuent chacun d'imposer un modèle universel de l'hystérie envisagée sous l'angle de ses causes. Si Babinski considère l'hystérie comme relevant d'un mécanisme purement psychogène, celui-ci est de l'ordre du subconscient ou de l'autosuggestion, le sujet s'abandonnant à son symptôme. Contrairement au pithiatisme, Freud et Breuer entendent la crise comme clivage du contenu de la conscience, témoignant du retour d'un souvenir traumatique oublié. Ces interrogations en partie éclipsées par la psychiatrie moderne refont surface par la description d'une nouvelle entité clinique : la crise psychogène non épileptique. Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) peuvent être définies comme des manifestations paroxystiques évoquant cliniquement des crises épileptiques, mais en rapport avec des processus psychogènes inconscients. Le diagnostic clinique est particulièrement difficile. La plupart des patients souffrant de CPNE consomment à tort un traitement anticonvulsivant, dont l'efficacité est nulle et les effets secondaires fréquents. Pour établir un diagnostic discriminant entre CPNE et épilepsie, l'enregistrement électroencéphalographique couplé d'un enregistrement vidéo est l'examen paraclinique de choix. Le traitement des CPNE est complexe : malgré un diagnostic affirmé au patient et un suivi conjoint par un binôme spécialisé associant neurologue et psychiatre, le pronostic reste réservé. Nous avons recherché une continuité phénoménale entre grande attaque hystérique, hystéro-épilepsie et crise psychogène non épileptique. D'une époque à l'autre, le diagnostic des crises épileptoïdes est un diagnostic d'élimination clinique puis paraclinique. Une référence à l'hystérie se retrouve au fil des temps, se confondant actuellement en troubles dissociatifs et somatoformes. Concordant avec les théories anciennes, la dimension psychotraumatique du phénomène épileptoïde est retrouvée dans les études épidémiologiques récentes. Comme l'hystérie ne se résumait pas aux grandes attaques, l'entité dénommée CPNE constitue un groupe de manifestations cliniques aux étiologies hétérogènes. Certaines équipes de recherche considèrent les CPNE comme le résultat d'une hyperexcitabilité neuronale non épileptique et à électroencéphalogramme normal. D'autres auteurs retiennent l'hypothèse étiologique de troubles dissociatifs récurrents et équivalents d'une forme particulière d'état de stress post-traumatique. [résumé d'auteur]

DRAPIER S, VERIN M. **Les mouvements anormaux psychogènes.** Revue neurologique 2012 ; 168(8-9) : 662-667.

Dans le DSM, les mouvements anormaux psychogènes (MAP) sont classés dans les phénomènes dits de conversion eux-mêmes regroupés sous le terme de troubles somatoformes. De diagnostic difficile, les MAP sont caractérisés par leur survenue brutale parfois dans le contexte d'un traumatisme mineur et une intensité d'emblée maximale contrastant avec la relative préservation des activités fonctionnelles. Les MAP sont incongrus par rapport aux mouvements anormaux « connus » et sont modifiés par les manœuvres de distractibilité. Le diagnostic est avant tout clinique et la contribution de la neurophysiologie reste mineure ou ponctuelle. Les mécanismes physiopathologiques sous-tendant ces troubles restent incertains même si l'étiologie la plus probable concerne des facteurs déclenchants de nature psychiatrique pouvant engendrer des modifications du fonctionnement cérébral suggérées par l'imagerie fonctionnelle. Leur prise en charge consiste en une approche multidisciplinaire avec un suivi psychiatrique d'emblée.

AUXEMERY Yann, FIDELLE Geneviève. **Les crises psychogènes non épileptiques : une dimension psychotraumatique ?** Revue francophone du stress et du trauma 2011 ; 11(1) : 5-11.

De la phase épileptoïde de la grande attaque hystérique en passant par l'hystéro-épilepsie, les phénomènes d'allure épileptique, mais sous-tendus par des problématiques psychiques inconscientes, interrogent le clinicien. Sources d'un regain d'intérêt éditorial dans la littérature scientifique, les crises psychogènes non épileptiques sont à la fois co-occurentes d'antécédents traumatiques et comorbides de troubles dissociatifs et d'états de stress post-traumatiques. S'éloignant des classifications catégorielles, certains auteurs rattachent ces crises non épileptiques à une forme particulière de répétition traumatique caractérisée au premier plan par un trouble dissociatif récurrent. Les patients souffrant de crises psychogènes sont à l'initiale dans une quête médicale organique. Une fois le diagnostic non épileptique affirmé, la présence d'une écoute analytique au sein des centres de référence qui accueillent ces sujets, permettrait d'enrichir l'orientation thérapeutique.

AUXEMERY Yann. **Crises psychogènes non épileptiques chez l'enfant et l'adolescent.** Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2011 ; 59(1) : 61-67.

Les crises psychogènes non épileptiques représentent un enjeu diagnostique et thérapeutique. Ces pseudocrises sont définies comme des événements paroxystiques qui ressemblent cliniquement à des crises comitiales mais où l'électroencéphalogramme percritique démontre l'absence d'activité électrique épileptique. D'après une revue de la littérature, nombre de sujets adressés en centres spécialisés d'épileptologie ne sont en fait pas épileptiques. Ces patients consomment souvent à tort un traitement anticonvulsivant qui, outre les risques iatrogènes potentiels, fait écran à une prise en charge psychothérapeutique. Le diagnostic de pseudocrise doit être évoqué chez tout enfant et tout adolescent qui présente des crises atypiques ou une épilepsie réfractaire aux antiépileptiques. Les éléments cliniques ne permettent pas d'établir un différentiel sensible et spécifique entre crises épileptiques et psychogènes. L'électroencéphalogramme intercritique n'est pas non plus contributif car des anomalies électriques, voire des décharges épileptiformes peuvent être présentes en cas de pseudocrises. Seul l'enregistrement vidéo et électroencéphalographique concomitant d'un événement critique fera le diagnostic positif. Les crises psychogènes non épileptiques sont fréquemment comorbides de troubles de l'humeur et de troubles anxieux dont l'état de stress post-traumatique. Les troubles dissociatifs et somatoformes sont également fréquemment associés aux crises psychogènes. A contrario, une psychose est rarement comorbide. Le facteur de risque le plus fréquemment retrouvé est la présence d'antécédents personnels ou familiaux de crises épileptiques. Les hypothèses étiopathogéniques sont nombreuses. Certains auteurs retrouvent une prédisposition neurobiologique aux pseudocrises, alors que d'autres s'interrogent sur le rôle des antécédents psychotraumatiques. La majorité des jeunes patients souffrant de crises psychogènes présente un bon pronostic. Il conviendra toutefois de traiter les comorbidités psychiatriques. Le neurologue et le psychiatre doivent travailler en collaboration étroite, idéalement au sein d'une unité pluridisciplinaire. Notre propos sera illustré de cas cliniques.

AUXEMERY Y, HUBSCH C, FIDELLE G. **Crises psychogènes non épileptiques : revue de la littérature.** L'encéphale 2011 ; 37(2) : 153-158.

Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) sont des manifestations cliniques paroxystiques évoquant à tort des crises comitiales. Vingt à 30 % des « crises » pharmacorésistantes sont en réalité des CPNE, lesquelles concernent 10 à 50 % des adultes consultant dans un centre spécialisé d'épileptologie. En pratique clinique courante, le diagnostic de CPNE est le plus souvent évoqué devant des manifestations paroxystiques pharmacorésistantes. C'est encore un diagnostic d'élimination de pathologies somatiques, épileptiques ou non, puis un diagnostic d'élimination d'autres troubles psychiatriques. La co-occurrence des CPNE avec d'authentiques épisodes épileptiques est fréquente. Le diagnostic clinique est insuffisant pour discriminer les deux types de crises. L'enregistrement vidéoélectroencéphalographique est l'examen paraclinique de choix pour établir le diagnostic positif et différentiel. Les patients souffrant de CPNE présentent fréquemment un trouble psychiatrique comorbide à type de trouble dissociatif ou somatoforme, mais également un trouble thymique ou anxieux dont l'état de stress post-traumatique. Deux mécanismes étiopathogéniques sont évoqués dans la littérature : le rôle du traumatisme psychique comme inducteur de trouble dissociatif d'une part, et une prédisposition neurobiologique, d'autre part. Une fois le diagnostic établi après sept ans d'errance diagnostique en moyenne, le pronostic reste réservé. Un traitement psychotrope est indiqué dans plus de la moitié des cas afin de prendre en charge les comorbidités psychiatriques associées. Même si une psychothérapie devra être proposée, le neurologue garde un rôle central une fois le diagnostic de CPNE annoncé au patient. Les CPNE représentent un coût important pour le système de soins. D'autres études devraient éclaircir les déterminants physiopathologiques des CPNE pour élaborer des recommandations thérapeutiques.

BERNEY Alexandre. **Crises non épileptiques psychogènes : le défi des troubles fonctionnels en neurologie.** Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie 2009 ; 160(8) : 347-351

Accessible en ligne : <http://www.sanp.ch/docs/2009/2009-08/2009-08-066.pdf>

HUBSCHMID M, AYBEK S, VINGERHOETS F, BERNEY A. Trouble dissociatif : une clinique à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie. Revue médicale Suisse 2008 ; 4 : 412-416.

Les troubles dissociatifs se présentent souvent par une clinique neurologique atypique impliquant une démarche diagnostique complexe à l'interface de la neurologie et de la psychiatrie. La restitution du diagnostic aux patients et leur prise en charge nécessitent une étroite collaboration interdisciplinaire. Les connaissances actuelles sont encore limitées, mais ce domaine est enrichi par des études récentes en neurosciences cliniques. Cet article présente les principaux aspects des troubles dissociatifs et formule un concept de prise en charge.

[1erepartie_septembre2 \(revmed.ch\)](#)

DE TOFFOL Bertrand, HOMMET Caroline, MONDON Karl, EL HAGE Wissam, PRALINE Julien, CORCIA Philippe, CAMUS Vincent. **Les évènements non épileptiques psychogènes chez le sujet âgé.** Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement 2007 ; 5(sp.1) : 41-46.

Les évènements non épileptiques psychogènes (ENEP) survenant chez les sujets âgés ont une fréquence sous-estimée. L'enregistrement vidéo-EEG des épisodes cliniques permet d'affirmer le diagnostic. Des travaux récents indiquent que les ENEP correspondent aux conséquences cliniques d'un traumatisme psychique en rapport avec la survenue d'une affection somatique considérée comme menaçante. Le diagnostic positif des ENEP, souvent confondus avec des crises épileptiques, évite la prescription inappropriée d'antiépileptiques et permet une prise en charge spécifique.



OUVRAGES & CHAPITRES D'OUVRAGES

LEROY Arnaud, HINGRAY Coraline. **Les crises fonctionnelles dissociatives : des manifestations de psychotraumatismes complexes ? (chapitre 11).** In : MENGIN Amaury C, ROLLING Julie. Le grand livre du trauma complexe. De l'enfant à l'adulte. Dunod, 2023, 518 p.

Crises hystériques ou crises non épileptiques psychogènes (CNEP) ? (Chapitre 7). In : TARQUINIO Cyril, AUXEMERY Yann. Manuel des troubles psychotraumatiques. Paris : Dunod, 2022, 736 p.

L'épilepsie a toujours interrogé les hommes. Si certains supposent que les trépanations réalisées par nos ancêtres préhistoriques étaient dédiées à prendre en charge les crises épileptiques, c'est surtout à partir de l'antiquité que les premières descriptions précises apparaissent, notamment dans la Bible et les traités d'Hippocrate. Au cours de l'histoire, l'on a pu parler de « mal divin » ou « mal sacré », voire de « mal de terre » ou « mal caduc ». De nombreux personnages célèbres en ont souffert, tels des chefs de guerre dont Alexandre le Grand, Jules César, Charles Quint et Napoléon, et des écrivains comme Molière, Flaubert, Hemingway ou encore Dostoïevski qui a remarquablement décrit la crise comitiale. Parallèlement, la grande attaque « hystérique » a longtemps fasciné le corps médical. L'hystéro-épilepsie, déjà évoquée par Louyer-Villermay (1776-1837) dans son Dictionnaire des sciences médicales (Louyer-Villermay, 1818), gagne une aura à Paris à la fin du XIXe siècle où les cliniciens se passionnent pour ce qui est alors appelé « hystérie ». Aujourd'hui, les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont cliniquement définies comme des événements ressemblant à des crises d'épilepsie mais présumés être d'origine essentiellement psychologique (Auxéméry, 2012). Les symptômes s'avèrent si divers qu'on ne peut en établir une liste exhaustive détaillée : il s'agit surtout de troubles brutaux du comportement, des perceptions, des pensées, des sentiments, etc. Ces crises concerneraient de 10 à 50 % des adultes et de 5 à 20 % des enfants consultant en centre spécialisé d'épileptologie.

STONE Jon, BRATANOV Christo, VERCUEIL Laurent, MACAGNO Gilles, BRAMB Fin, INGLIS Gavin. **Pas là : une histoire de Trouble Neurologique Fonctionnel.** LFCE, CHU de Grenoble, Université d'Edimbourg, 2020, 32 p.

Toutes les pertes de connaissances, toutes les « convulsions », tous les malaises ne sont pas d'origine épileptique, bien sûr. Et pourtant, il arrive que le diagnostic soit difficile, voire erroné. Par exemple, des manifestations qui ressemblent bien à une crise épileptique ne sont pas associées à une décharge électrique synchrone au sein du cerveau.

Parmi ces malaises dits « non épileptiques », le diagnostic de « crise fonctionnelle » (ou « crise non épileptique psychogène ») est souvent porté. Il s'agit d'épisodes où la personne perd connaissance, présente des mouvements anormaux prolongés, et s'expose ainsi au diagnostic inapproprié de crise épileptique, voire à des traitements inadaptés. Éviter un diagnostic et un traitement injustifiés est alors très important. Mais il faut aussi pouvoir comprendre de quoi il s'agit. Les auteurs anglais Gavin Inglis et Fin Cramb ont réalisé en 2021 une bande dessinée sur le sujet de la « crise fonctionnelle » (ou « crise non épileptique psychogène ») : « Not There ».

Christo Bratanov (CHU Grenoble Alpes) et Gilles Macagno (dessinateur de bande dessinée) en ont fait une version française : « Pas là ».

Elle présente l'histoire d'une jeune femme qui souffre de malaises avec perte de connaissance, et des étapes successives du diagnostic d'un « trouble neurologique fonctionnel », en l'occurrence de « crise dissociative ». Les crises dissociatives sont des épisodes au cours desquels la personne perd le contrôle de son corps, souvent avec une perte de connaissance et des mouvements anormaux. Il peut y avoir des chutes, des blessures. Avec talent, les auteurs décrivent l'incompréhension que rencontre notre protagoniste : les proches, le milieu professionnel, les amis et même les soignants, médecins et spécialistes, sont pris au dépourvu. Comment comprendre que tout va mal, alors que tout semble indiquer que tout va bien ? Steph va parvenir à regagner du contrôle sur ce qui se passe... Au terme d'un parcours semé d'embûches !

<https://www.epilepsie-info.fr/bd-pas-la-pour-mieux-comprendre-une-crise-dissociative/?fbclid=IwAR1Of3HoSW8-OalwsNXTxx04oW TglsugCo2MCpUHCz6Sq47b 4bAVqH-rE>

Comorbidités psychiatriques (chapitre 9). In : DUPONT Sophie. Epilepsies de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. De la physiopathologie à la prise en charge. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2020, 192 p.

Classification et description, diagnostic positif, diagnostic différentiel des crises épileptiques (chapitre 4). In : DUPONT Sophie. Epilepsies de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte. De la physiopathologie à la prise en charge. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2020, 192 p.

CURT LAFRANCE W Jr, WINCZE Jeffrey. Traiter **les crises (non) épileptiques : guide du thérapeute.** Université François Rabelais, 2018, 170 p.

CURT LAFRANCE W Jr, REITER Joël M, ANDREWS Donna, REITER Charlotte. **Prendre le contrôle de vos crises (non) épileptiques : guide du patient.** Université François Rabelais, 2018, 327 p.

HINGRAY Coraline, DERAMBURE Philippe Préf. **Les crises non épileptiques psychogènes : les CNEP.** Laréponsesdupsy – Savoir pour guérir, 2017, 280 p.

HINGRAY Coraline, MAILLARD Louis, SCHWAN Raymund, REUBER Markus. **Crises psychogènes non épileptiques.** In : THOMAS Pierre Dir., BIRABEN Arnaud Dir. Epilepsie et psychiatrie. Paris : Dunod, 2015, 148 p.

TARQUINIO Cyril, MONTEL Sébastien. **Psychotraumatisme et épilepsie : le concept de crises psychogènes non épileptiques.** In : Les psychotraumatismes : histoire, concepts et applications. Paris : Dunod, 2014, 240 p.

Premières lignes

Nous traitons dans ce chapitre de l'épineuse question du lien entre le psychotraumatisme et les crises psychogènes non épileptiques. Les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) définies comme l'ensemble des manifestations paroxystiques d'allure neurologique dont l'origine est psychologique constituent un vrai problème de santé publique. Les patients qui souffrent de CPNE sont fortement...

KALOGJERA-SACKELLARES Dalma. **Psychodynamics and psychotherapy of pseudoseizures.** Crown house publishing, 2004, 269 p.

MÉMOIRES, RECHERCHES, THÈSES



ROUSSEAU Alice. **Fondements épistémologiques de la notion de CNEP.** Médecine. Tours : Université de Tours / Faculté de médecine, 2021, 90 p.

La crise non épileptique psychogène (CNEP) est une entité nosologique essentiellement descriptive : il s'agit d'un changement brutal des sensations, des perceptions ou de l'état de conscience dont l'apparence évoque une crise d'épilepsie mais qui n'est pas associée aux phénomènes électrophysiologiques de l'épilepsie. Ces crises se retrouvent majoritairement chez des femmes et sont significativement associées à des antécédents de psychotraumatismes.

Nous proposons une analyse en deux axes de l'émergence de la notion de CNEP : un axe sémantique, la CNEP étant une terminologie à plusieurs volets ("crise", "non-épileptique" et "psychogène") et un axe Clinique, consistant en une recherche d'écrits cliniques se rapprochant de la définition actuelle de la CNEP.

https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2020_Medecine_RousseauAlice.pdf

FONTANA Rachel. **Evaluation des connaissances des Médecins des urgences lyonnaises à propos des crises non épileptiques psychogènes.** Psychiatrie. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1, 2020.

Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur les Crises Non-Epileptiques Psychogènes (CNEP). Puis, deux articles originaux en anglais sont présentés. Les données utilisées proviennent du protocole hospitalier de recherche clinique prospectif, multicentrique EDUQ-CPNE CNEP. Post-traumatic factors are involved in the evolution of the number of seizures in patients with PNES : Recherche des facteurs explicatifs de l'évolution du nombre de crises. Explanatory Factors of Quality of Life in Psychogenic Non-Epileptic Seizure: Etude des facteurs explicatifs de la qualité de vie au moment du diagnostic puis au cours du suivi de 24 mois. Ces études mettent en évidence le rôle de la dissociation dans l'évolution

péjorative du nombre de crises. La qualité de vie est négativement corrélée à la dépression, l'anxiété, l'alexithymie et la dissociation au moment du diagnostic. L'amélioration de la qualité de vie est corrélée au nombre de consultations psychiques. Ces résultats confirment les éléments existants dans la littérature et apportent une perspective nouvelle dans le domaine du pronostic des CNEP.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2020_GAGNY_MARION_GRENEVALD_LOUISE.pdf

GAGNY Marion, GRENEVALD Louise. **Facteurs influençant l'évolution de la qualité de vie et du nombre de crises chez les patients souffrants de Crise non épileptiques psychogènes**. Médecine spécialisée. Nancy : Université de Lorraine / Faculté de médecine, 2020, 81 p.

Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur les Crises Non-Epileptiques Psychogènes (CNEP). Puis, deux articles originaux en anglais sont présentés. Les données utilisées proviennent du protocole hospitalier de recherche clinique prospectif, multicentrique EDUQ-CPNE CNEP. Post-traumatic factors are involved in the evolution of the number of seizures in patients with PNES : Recherche des facteurs explicatifs de l'évolution du nombre de crises. Explanatory Factors of Quality of Life in Psychogenic Non-Epileptic Seizure: Etude des facteurs explicatifs de la qualité de vie au moment du diagnostic puis au cours du suivi de 24 mois. Ces études mettent en évidence le rôle de la dissociation dans l'évolution péjorative du nombre de crises. La qualité de vie est négativement corrélée à la dépression, l'anxiété, l'alexithymie et la dissociation au moment du diagnostic. L'amélioration de la qualité de vie est corrélée au nombre de consultations psychiques. Ces résultats confirment les éléments existants dans la littérature et apportent une perspective nouvelle dans le domaine du pronostic des CNEP.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805953v1/document>

FETTIG Mélanie. **Adhésion aux soins psychiatriques et relation soignant-soigné pares un diagnostic de crise non épileptiques psychogène (CNEP) : étude multicentrique longitudinale de suivi**. Médecine humaine et pathologie. Vandoeuvre-les-Nancy : Université de Lorraine, 2020, 62 p.

Ce travail décrit l'adhésion aux soins psychiatriques et la relation soignant-soigné après un diagnostic de crise psychogène non épileptique (CNEP). Une première partie dresse le contexte de ce sujet et de l'étude. Une deuxième partie présente l'article soumis à la revue « Seizure ». Une étude annexe d'une étude prospective multicentrique a été réalisée. Les 108 patients diagnostiqués par vidéo-EEG ont reçu une annonce diagnostique standardisée de CNEP. Ils ont été orientés vers leurs Centres Médico- Psychologiques (CMP) ou vers un psychiatre/psychologue privé, qui a reçu des informations écrites sur les CNEP et l'étude. Des données croisées ont été recueillies sur l'adhésion aux soins à partir des patients et des structures de soins par téléphone à 6, 12, 18 et 24 mois après le diagnostic. A M24, les raisons de la non-adhésion ont été recueillies par téléphone à l'aide d'un questionnaire prédéfini en neuf points. La perception de la relation soignant-soigné chez les patients qui ont commencé le suivi et leurs soignants a également été évaluée à l'aide d'un questionnaire en cinq dimensions. Les résultats montrent que de M6 à M24, le suivi a diminué de 64,8 à 25,8 %, tandis que le pourcentage de patients non adhérents a augmenté de 35,2 à 64,9 %. Deux raisons principales à la non-adhésion au suivi ont été trouvées: le manque d'intérêt et le fait de se sentir mieux. Les patients adhérents avaient une vision globalement plus positive de leur thérapie que les soignants. Ainsi, seul un tiers des patients CNEP a adhéré à un programme de soins et s'est senti à l'aise dans la relation soignant-patient. Des solutions doivent être trouvées pour aider les patients à comprendre l'intérêt d'un suivi et les soignants à améliorer leur sentiment de compétence. Une troisième partie est consacrée aux perspectives découlant de cette étude.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805927v1/document>

FAUVE Pierre. **Etude EMOCRISES : Vécu écu émotionnel chez les patientes souffrant de crises non épileptiques psychogènes : étude en imagerie par résonance magnétique cérébrale fonctionnelle : publication du protocole et présentation de premiers résultats**. Médecine humaine et pathologie. Vandoeuvre-les-Nancy : Université de Lorraine, 2020, 62 p.

Ce travail porte sur les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) et leur étude en imagerie cérébrale fonctionnelle. Dans un premier temps, l'auteur décrit l'étude ÉMOCRISES, menée depuis 2017 sous l'égide du Centre d'Investigation Clinique – Innovation Technologique de Nancy (CIC-IT), et dont l'objectif est la réalisation et la comparaison d'images par résonance magnétique cérébrales fonctionnelles (IRMf) sous stimulus visuel émotionnel chez des patientes présentant des CNEP, un trouble de stress post-traumatique (TSPT), et des témoins sains. Les CNEP sont un trouble dissociatif fréquent encore méconnu et dont le traitement ne fait pas l'objet d'un consensus international alors qu'elles sont une cause significative de souffrance et de handicap. Elles présentent des similarités avec le TSPT sur les plans épidémiologique et physiopathologique, ce qui a motivé la comparaison faite dans l'étude. Ensuite, l'auteur présente un article original en anglais décrivant le protocole de l'étude. Il a déjà été soumis à un journal référencé. Une synthèse et un résumé en français précéderont l'article lui-même. L'originalité du protocole d'ÉMOCRISES tient notamment au fait qu'il s'agit du premier enregistrement des séquences d'IRM fonctionnelle sous stimulus émotionnel chez des sujets présentant cette pathologie.

Il s'agit donc d'un travail de recherche dans la continuité d'autres études d'imagerie fonctionnelle (PET-scan, IRMf sans stimulus émotionnel) mais inédit dans ces modalités. Enfin, les résultats préliminaires d'une dizaine de patientes seront présentés, et comparés à ceux d'une dizaine de témoins sains. Plusieurs séquences d'IRM sont réalisées pour chaque participante, avec 3 tâches émotionnelles différentes. Nous analysons et présentons spécifiquement la tâche d'oscillation d'images émotionnelles : deux séquences d'oscillations dites positives et négatives (séquences pendant lesquelles des images à caractère émotionnel, respectivement à valence positive et à valence négative, défilent à haute fréquence, afin de générer une réponse non consciente). Une telle étude en IRM fonctionnelle a pour but de mieux identifier les phénomènes en cause dans la physiopathologie des CNEP, et éventuellement de déterminer des cibles de neuromodulation. Il s'agit d'un travail exploratoire fondé sur un protocole usant de nouvelles techniques d'étude des CNEP, au carrefour de la psychiatrie et de la neurologie.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03805950v1/document>

RAKOTOARISON Juliette. L'état de conscience Durant les crises non épileptiques psychogènes est-il lié à la tendance dissociative ou à l'état anxieux ? Médecine. Tours : Université de Tours / UFR de Médecine, 2019.

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont des manifestations cliniques paroxystiques ressemblant aux crises d'épilepsie mais résultant de processus psychologiques. L'altération de la conscience est courante dans les CNEP et son mécanisme reste mal connu. Notre objectif principal était de rechercher une corrélation entre cette altération de conscience, la dissociation ou l'anxiété.

KHOLI Hélène. Etats de mal épileptiques et crises non épileptiques psychogènes : conséquences de l'erreur diagnostique. Grenoble : Université Grenoble Alpes / UFR de Médecine, 2019, 105 p.

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont des manifestations paroxystiques pouvant être confondues avec des états de mal épileptiques (EME). Nos objectifs étaient d'évaluer la capacité des neurologues à réaliser un diagnostic rétrospectif d'EME et de CNEP à partir d'informations issues des dossiers médicaux (DM) et d'évaluer la consommation de soins et les effets indésirables liés aux prises en charge inappropriées de CNEP. Nous avons réalisé une analyse rétrospective des DM de 48 patients explorés pour une suspicion d'EME. Une fiche par évènement résumant les manifestations cliniques et le contexte a été présentée aux neurologues. En aveugle du diagnostic final, les neurologues devaient rapporter leur niveau d'adhésion au diagnostic d'EME et de CNEP. L'ensemble des hospitalisations et complications sur le CHU Grenoble Alpes a été évalué pour les patients CNEP, de 2001 à 2018, concernant le motif CNEP, en distinguant les séjours CNEP et EMP (états de mal psychogènes). Trente-sept EME et onze CNEP ont été inclus. Dans le groupe EME, l'adhésion des neurologues au diagnostic d'EME était favorisée par la présence d'un facteur précipitant (77% d'accord). Dans le groupe CNEP, l'adhésion au diagnostic de CNEP était de 69%. L'analyse de consommation de soins a retrouvé 131 séjours pour une CNEP, dont 58 EMP. Six patients sur les 11 avec CNEP étaient concernés par un EMP traité en USI. Le diagnostic rétrospectif de CNEP basé sur les informations issues des DM est difficile. Au sein des CNEP, la confusion avec un EME augmente la morbidité et la consommation de soins. Des solutions doivent être recherchées pour améliorer le diagnostic de CNEP au lit du malade.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02295473/document>

PRIOUX Emilie. Crises non épileptiques psychogènes (CNEP) : connaissances actuelles des urgentistes de Bourgogne-Franche-Comté. Dijon. Université de Bourgogne / UFR des sciences de santé, 2019, 56 p.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer le niveau de connaissances générales des médecins urgentistes concernant les CNEP en Bourgogne-Franche-Comté. L'objectif secondaire était de comparer les connaissances de ces derniers à celles des neurologues et des psychiatres, «spécialistes» de la question. Les praticiens ont été invités par courriel, à répondre à un questionnaire en ligne portant sur les connaissances générales des CNEP et les perceptions des médecins. Nous avons obtenu 108 réponses dont 105 ont été exploitables. L'étude indique que plus de 85% des urgentistes de la région jugent leur formation sur les CNEP insuffisante, bien que 96% estiment y avoir déjà été confrontés. Ces chiffres sont aussi élevés dans le groupe spécialiste. Ils admettent une compréhension limitée de cette pathologie même s'ils ont conscience de l'importance des traumatismes psychiques dans la survenue des CNEP. La terminologie et la classification sont peu connues ne remplaçant pas l'ampleur de la dissociation dans cette pathologie. Il existe une difficulté de reconnaissances des différents facteurs et symptômes, des comorbidités neurologiques avec une sur-évaluation du trouble de personnalité histrionique. Néanmoins les examens complémentaires et la prise en charge thérapeutique sont mieux admis. Les perceptions laissent encore une connotation négative des CNEP. Ces conclusions sont globalement aussi observables dans le groupe spécialiste. Les CNEP restent encore largement méconnues quelle que soit la spécialité, questionnant l'intérêt d'une amélioration globale de la formation pour mieux comprendre et prendre en charge cette pathologie fréquente et invalidante.

<https://www.worldcat.org/wcpa/oclc/1129235052?page=frame&url=https%3A%2F%2Fnuxeo.u-bourgogne.fr%2F%2Fsite%2Fesupversions%2F2cbb3bbf-a85c-4b47-ab1b-38016f161ca1%26checksum%3De418b691a908fef6220e27c0c07d34fa&title=&linktype=digitalObject&detail=>

ISTIN Martine. **Programmes d'éducation thérapeutique chez les sujets souffrant de crises non épileptiques d'origine psychogène : revue de la littérature.** Médecine. Bordeaux : Université de Bordeaux / UFR des sciences médicales, 2018, 75 p.

Les crises non épileptiques d'origine psychogène (CNEP) », de l'anglais PNES - psychogenic non epileptic seizure - sont définies de manière descriptive comme des changements brutaux et paroxystiques du comportement moteur, des sensations ou de la conscience. Elles évoquent en premier abord des crises d'épilepsie, mais ne sont en réalité pas en lien avec des décharges neuronales excessives au niveau cérébral, contrairement aux crises d'épilepsie. L'étude des CNEP connaît un essor ces dernières années. Cependant elles restent encore mal connues de l'ensemble du monde médical. Si ce trouble se situe à la frontière entre neurologie et psychiatrie, les psychiatres sont encore peu impliqués dans la compréhension et la prise en charge de ce trouble. La façon d'inclure le psychiatre dans le soin, dans une démarche bio-psycho-sociale, et dans l'intérêt des patients, questionne. La première partie de ce travail se propose de faire un état actuel des connaissances sur les crises non épileptiques d'origine psychogène. Dans la seconde partie, nous nous centrerons sur une revue de la littérature portant sur les programmes d'éducation thérapeutique à destination des patients souffrants de crises non épileptiques d'origine psychogène. Neuf articles traitant de programmes d'éducation thérapeutique (ETP) à destination des patients souffrant de CNEP ont été identifiés, essentiellement dans des pays anglo-saxons. Les interventions d'ETP semblent être efficaces pour les patients souffrant de CNEP, et pourraient avoir un impact tant sur le contrôle des crises que sur la qualité de vie. Ces résultats encourageants doivent être confirmés par des études de plus grande ampleur clinique.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01977292/document>

DE LIEGE Astrid. **Apport de l'analyse linguistique dans le diagnostic différentiel des crises psychogènes non épileptiques et des crises d'épilepsie.** Médecine. Tours : Université de Tours : Faculté de médecine, 2018, 63 p.

Les crises psychogènes non épileptiques (CNEP) sont des événements qui prennent l'apparence de crise d'épilepsie mais qui ne sont pas causées par une décharge neuronale synchrone. Le diagnostic de certitude repose sur l'enregistrement en vidéo-électroencéphalographie (vidéo-EEG) d'une crise sans manifestation électrique concomitante.

Le délai diagnostic est long, pouvant être expliqué par les difficultés d'accès à un centre expert et à la vidéo-EEG. De précédentes études en langue anglaise, allemande ou italienne ont montré que l'analyse linguistique d'un entretien entre un médecin et son patient avait une bonne validité intrinsèque pour le diagnostic différentiel avec les crises épileptiques. L'objectif de l'étude est d'évaluer la sensibilité, la spécificité et la reproductibilité de l'analyse conversationnelle en langue française dans le diagnostic des CNEP.

Il s'agit d'une étude observationnelle, prospective, sur 13 patients CNEP, 19 patients épileptiques ayant présenté des crises en vidéo-EEG de longue durée. L'entretien semi-dirigé standardisé d'entrée entre le médecin et le patient était analysé par 2 autres neurologues en aveugle du diagnostic final. Ils devaient, à l'aide d'un score d'aide diagnostique linguistique, déterminer si le patient présentait des CNEP ou des crises épileptiques.

L'analyse conversationnelle de l'entretien permettait de prédire le bon diagnostic avec une sensibilité de 84,6% pour les deux neurologues et une spécificité de 84,2% et 89,5%, respectivement pour le premier et le deuxième neurologue. A l'aide du score diagnostique (impression diagnostique), le premier neurologue a prédit 27 diagnostics sur 32, le deuxième 28 diagnostics sur 32 avec une forte concordance inter-observateur ($\kappa = 0,68$) et un pourcentage d'accord de 84,4%.

Nos résultats confirment la validité intrinsèque et la reproductibilité de l'analyse conversationnelle, par des neurologues, en langue française, d'un entretien semi-dirigé standardisé dans le diagnostic des CNEP.

https://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2018_Medecine_DeLiegeAstrid.pdf

MEZOUAR Nicolas. **Etude descriptive des pseudo états de mal épileptiques psychogènes admis en réanimation chez l'adulte.** Médecine - Neurologie. Paris : Université Paris Diderot / UFR de Médecine, 2017.

Contexte : Les pseudo états de mal épileptiques (EME) psychogènes se définissent par la présence chez un patient de crises non épileptiques psychogènes (CNEP) pendant une durée supérieure à 30 minutes, ou de façon répétée sans retour à l'état antérieur. Il s'agit de l'un des principaux diagnostics différentiels de l'EME. Objectif : Décrire une population de patients adultes ayant présenté un pseudo EME psychogène : caractéristiques démographiques, électro-cliniques et thérapeutiques. Matériels et méthodes : Dans cette étude rétrospective monocentrique, nous avons inclus des patients hospitalisés entre janvier 2013 et décembre 2016 pour EME en réanimation et transférés ensuite en unité d'épileptologie où le diagnostic de pseudo EME a été confirmé ou porté. Résultats : Nous avons inclus 25 patients adultes ayant présenté 39 épisodes de pseudo EME psychogènes (76% de femmes, âge médian : 35 ans (19-42 ans)). Les patients avec pseudo EME psychogène datant de plus d'un an avant l'hospitalisation en unité d'épileptologie ou non admis en réanimation ont été

exclus. On retrouvait un antécédent d'épilepsie dans 48% des cas, un antécédent neurologique autre chez 72% des patients et un antécédent psychiatrique dans 68% des cas. Une histoire familiale d'épilepsie était présente chez 32% des patients. 62% avaient un traitement antiépileptique avant le pseudo EME psychogène ainsi qu'un traitement psychotrope dans 49% des cas. Les pseudo EME psychogènes étaient de type moteur dans 97% des cas avec une perte de connaissance apparente pour 87% d'entre eux. Les symptômes étaient polymorphes entre les différentes crises dans la moitié des épisodes. On retrouvait dans 36% des cas des céphalées en post-critique ou intercritique. En réanimation, une intubation avec sédation avait été réalisée dans 41% des cas. Dans les trois quarts des épisodes, une benzodiazépine était prescrite associée très majoritairement à un autre antiépileptique. Le diagnostic était évoqué dans 44% des hospitalisations en réanimation. Trois patients présentaient des figures épileptiques intercritiques. L'imagerie cérébrale, les leucocytes et les CPK étaient normaux dans respectivement 53%, 85% et 72% des épisodes. En sortie d'unité d'épileptologie, 83% avaient un suivi neurologique prévu et 70% un suivi psychiatrique. 80% des patients présentaient une récurrence de CNEP après la sortie d'hospitalisation. Conclusion : Ces patients restent encore souvent mal diagnostiqués initialement et sont le plus souvent traités comme des EME réfractaires avec les conséquences iatrogéniques que cela peut avoir notamment suite à un passage en réanimation. Une reconnaissance de ces cas est donc indispensable. Une prise en charge multidisciplinaire à long terme est nécessaire chez ces patients et fait partie intégrante du traitement.

ANGELO GUILLEN Abel Loup, YRONDI Antoine, BIRMES Philippe. **Evaluation du niveau de suicidalité et de l'exposition traumatique des maladies souffrant d'épilepsie et des maladies souffrant de crises psychogènes non épileptiques dans un service tertiaire d'épileptologie adulte.** Médecine spécialité Clinique. Toulouse : Université Paul Sabatier / Faculté des sciences médicales purpan, 2016.

Introduction : L'étude SUITECPNE propose une évaluation du niveau de suicidalité (terme incluant pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide accompli) et d'exposition traumatique dans un groupe de patients d'un service d'épileptologie adulte. Méthode : Les patients hospitalisés pour un monitoring vidéo-EEG programmé pour bilan de crises répétées ont été inclus avant que le diagnostic de CE ou de CPNE soit porté. Lors de la consultation de psychiatrie associée à cet examen ont été évalués : l'intensité d'une idéation suicidaire avec l'échelle d'idéation suicidaire de Beck (score de 0 à 38)?; l'intensité des symptômes de dépression avec la forme abrégée de l'Inventaire Dépression de Beck (score de 0 à 39)?; le risque suicidaire avec le MINI 5.0.0. ; les antécédents d'expositions traumatiques avec la liste de la Clinician-administered PTSD Scale et les symptômes de trouble de stress post-traumatique (TSPT) avec la PTSD Checklist-Specific (score de 17 à 85). Résultats : Soixante-neuf ont été inclus : 18 (26 %) avec diagnostic de CPNE, 42 (61 %) avec diagnostic de CE et 1 avec CE/CPNE. L'intensité de l'idéation suicidaire n'est pas significativement différente entre le groupe CE et le groupe CPNE ou CE/CPNE (moyennes : 0,7 vs 2). Les deux groupes présentent les moyennes suivantes à la forme abrégée de l'Inventaire Dépression de Beck : 5,4 vs 6,6. Le groupe CPNE ou CE/CPNE a rapporté davantage d'expositions à des événements traumatiques ($p=0.01$) et davantage de symptômes de TSPT (moyennes : 19,9 vs 30,7?; $p=0.001$). Conclusion : Les malades avec des CPNE semblent avoir été exposés davantage à des événements traumatiques et ont des symptômes de TSPT plus intenses.

LAMBOLEZ Marie. **Enquête sur les stratégies de prise en charge des crises non épileptiques psychogènes en France.** Médecine spécialisée. Nancy : Université de Lorraine, 2016, 92 p.

Cette étude descriptive a pour objectif de présenter un état des lieux de la prise en charge des CNEP en France. Dans cette enquête, les professionnels prenant en charge des patients souffrant de CNEP ont été invités à répondre à un questionnaire sur internet. Le questionnaire, élaboré par la ILAE (International League Against Epilepsy Task Force) et composé de 35 items, interrogeait les participants sur leurs pratiques en terme de méthodologie et d'annonce diagnostique, de stratégie thérapeutique, et sur leurs connaissances concernant les facteurs étiologiques des CNEP. Ce questionnaire a été traduit en français et adapté à notre système de santé, puis diffusé en ligne de juin à juillet 2015. Sur 692 professionnels de santé invités à répondre au questionnaire, 121 réponses ont pu être exploitées. Les résultats montrent que l'accès à une consultation pour avis diagnostique par un psychiatre ou un psychologue spécialisé dans les CNEP est limité (31 % des patients). Si les neurologues qui annoncent le diagnostic reconnaissent l'efficacité de la psychothérapie dans le traitement des CNEP (93 %), ils rencontrent des difficultés pour adresser leurs patients suite à l'annonce. Les principaux facteurs limitant la prise en charge sont le manque de services de prise en charge psychologique (60 %) et de praticiens formés (53 %) ainsi que le manque de communication entre soignants (39 %). L'amélioration de la formation des psychiatres en matière de CNEP et la systématisation d'un travail pluridisciplinaire permettraient d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients souffrant de CNEP.

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931952/document>

HUSSON Cyril, HINGRAY Coraline. **Présentation de l'étude EMOCRISES : vécu EMOTIONNEL chez les patients souffrant de crises non épileptiques psychogènes : étude en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle : tests préliminaires sur des sujets sains.** Médecine. Tours : Université de Lorraine, 2016.

Les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) sont des changements paroxystiques du comportement qui miment des crises d'épilepsie mais sans anomalies électriques corticales. L'étiopathogénie du trouble reste mal connue mais il semble qu'elle implique une dérégulation émotionnelle. Depuis quelques années, des études en électroencéphalographie haute densité et en imagerie cérébrale apportent un éclairage nouveau sur l'étiopathologie de ce trouble. Elles tendent à montrer que des altérations dans les aires cérébrales impliquées dans les réseaux émotionnel, sensorimoteur, du contrôle exécutif et de l'intégration sensorielle sont étroitement liées aux CNEP. Cependant, aucune de ces études n'a étudié spécifiquement les réactions émotionnelles des patients souffrant de CNEP. C'est ce que nous proposons avec le projet ÉMOCRISES, en étudiant les activations des structures cérébrales de ces patients lors de trois tâches émotionnelles (présentation d'images émotionnelles normées, Go/no Go émotionnel et stimulation oscillatoire périodique) en Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle (IRMf) comparés à des patients atteints de trouble de stress post-traumatique (trouble proche des CNEP) et à des témoins sains. Afin d'ajuster les conditions pratiques de l'étude, nous avons réalisé une étude préliminaire sur cinq volontaires sains. Nos résultats retrouvent des activations au niveau des aires cérébrales impliquées dans la régulation émotionnelle (cortex orbito-frontal latéral droit, cortex cingulaire antérieur gauche, striatum ventral droit) lors de la présentation d'images émotionnelles et impliquées dans l'intégration émotionnelle (gyri supra-marginaux, insula, thalamus) lors de la stimulation oscillatoire périodique. Ces résultats nous permettent de penser que les tâches émotionnelles proposées pour l'étude ÉMOCRISES sont pertinentes par rapport à notre objectif principal. Ce projet permettra de réaliser une étape supplémentaire dans la compréhension des mécanismes étiopathologiques des CNEP et pourra permettre le développement de thérapies innovantes telles que les techniques de neuromodulation.

AATTI Younes. **Enquête sur le niveau de connaissances et sur les perceptions des crises non épileptiques psychogènes des psychiatres exerçant en France.** Médecine. Nancy : Université de Lorraine/Faculté de médecine de Nancy, 2015, 79 p. L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau de connaissances générales et des perceptions sur les crises non épileptiques psychogènes (CNEP) des psychiatres et internes de psychiatrie exerçant en France. L'objectif secondaire est d'étudier la relation entre les connaissances et les perceptions des CNEP et le fait d'avoir bénéficié d'une formation ou d'avoir une expérience de suivi de patients présentant des CNEP. Dans cette enquête, les psychiatres ont été invités par courriel, à répondre à un questionnaire mis en ligne sur internet. Le questionnaire portait sur les connaissances générales des CNEP, puis les perceptions des CNEP étaient recueillies avec le Brief Illness Perception Questionnaire (Brief-IPQ). L'enquête a permis de recueillir les réponses de 1242 participants, et 963 réponses étaient exploitables. L'étude indique que trois quarts des psychiatres exerçant en France (75 %) n'ont jamais bénéficié de formation sur les CNEP, et 42 % des psychiatres n'ont jamais suivi de patients souffrant de CNEP. Les résultats révèlent que d'une manière générale les psychiatres considèrent les CNEP comme une maladie chronique, avec un retentissement important sur la qualité de vie. Ils admettent une compréhension limitée de cette pathologie même s'ils ont conscience de l'importance des traumatismes psychiques dans la survenue des CNEP. La terminologie et la classification de ces troubles sont peu connues des psychiatres et les liens avec la personnalité histrionique sont massivement surévalués. Le fait d'avoir bénéficié d'une formation sur les CNEP permet une nette amélioration du niveau de connaissances et une adaptation des perceptions. Les CNEP restent assez méconnues par les psychiatres français et certaines de leurs perceptions sont particulièrement erronées. Une formation spécifique semble indispensable pour une meilleure compréhension des CNEP.

http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2015_AATTI_YOUNES.pdf

HINGRAY Coraline. **Crises psychogènes non épileptiques. Etudes des antécédents traumatiques, du profil psychologique et de la réponse émotionnelle. Etude observationnelle portant sur 19 patients.** Médecine. Nancy : Université Henri Poincaré, 2010, 310 p.

L'auteur se propose d'étudier les crises psychogènes non épileptiques (CPNE) qui constituent un trouble frontière entre la neurologie et la psychiatrie. Il s'agit d'une entité anciennement catégorisée dans l'hystérie et actuellement considérée comme un trouble conversif dissociatif. [extrait du résumé d'auteur]

GRIMALDI Isabelle. **Crises non épileptiques et mouvements anormaux psychogènes : comparaison des caractéristiques psychiatriques.** Médecine – Psychiatrie. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2009, 42 p.

But : Etude prospective descriptive clinique des comorbidités psychiatriques dans deux populations de patients incluant d'une part des patients présentant des crises non épileptiques psychogènes (CNEP) et de l'autre des patients souffrant de mouvements anormaux psychogènes (MAP). Méthode : Recrutement consécutif sur une période de 18 mois de patients répondant aux critères cliniques de CNEP et de MAP. Entretiens cliniques psychiatriques semi-structurés et évaluation par auto-questionnaires (inventaire de dépression de Beck et inventaire d'anxiété de Spielberger). Réévaluation 8 à 12 mois après la première évaluation. Résultats : 17 patients ont été inclus dans cette étude, 9 dans le groupe CNEP et 8 dans le

groupe MAP. Les deux populations ne différaient pas concernant les données démographiques et cliniques, ainsi que pour les troubles dépressifs et de la personnalité. Deux différences étaient identifiables et concernaient la prévalence des antécédents d'épilepsie dans l'entourage et l'incidence des troubles anxieux qui étaient plus importants dans le groupe des CNEP (non significatif sur le plan statistique). Conclusion : Les données de cette étude prospective soulignent la similarité clinique et psychiatrique des deux populations. Une étude portant sur un plus grand nombre de sujet devrait permettre de confirmer, sur le plan statistique, les différences mises en évidence, notamment l'incidence plus grande de trouble anxieux dans les CNEP, et l'existence d'un proche épileptique comme facteur favorisant des CNEP.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633517/document>



ACTES DE COLLOQUE / CONGRÈS

Epilepsie et émotions : prendre le contrôle de ses crises. Les actes du colloque. LFCE, Etablissement médical La Teppe, 2019, 11 p.

<https://www.angelman-afsa.org/upload/images/Actes-Colloque-Emotions-et-Epilepsie-A4---MEL.pdf>

AUTRES RESSOURCES EN LIGNE



HOUDOIN Laurence, GARCIN Béatrice. **Troubles neurologiques fonctionnelles : une vraie maladie aux confins de la neurologie et de la psychiatrie. Partie 1.** Vidal.fr

[Troubles neurologiques fonctionnels : une vraie maladie aux confins de la neurologie et de la psychiatrie \(vidal.fr\)](https://www.vidal.fr/medicaments/actes-colloque-emotions-et-epilepsie-a4---mel.pdf)

Interview du Pr Béatrice GARCIN, Neurologue à l'hôpital Avicenne de Bobigny :

[TROUBLES NEUROLOGIQUES FONCTIONNELS : à la FRONTIÈRE entre NEUROLOGIE et PSYCHIATRIE \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=K80DdRSPk4)

Le trouble dissociatif : le caméléon de la psychiatrie ? Pr Coraline HINGRAY, CPN Laxou, Nancy.

Intervention de Coraline Hingray lors de la 17^{ème} Journée Internationale des Pathologies Emergentes du Jeunes Adulte et de l'Adolescent (JIPE-JAAD), 21 mars 2024.

[Le trouble dissociatif : le caméléon de la psychiatrie, par Pr Coraline Hingray, CPN Laxou, Nancy \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=K80DdRSPk4)

VERCUEIL Laurent. **Le petit glossaire illustré de l'épilepsie : PSYCHOGENE.** LFCE

<https://www.epilepsie-info.fr/psychogene/>

Télé-Matin, les crises non épileptiques psychogènes

La chroniqueuse Brigitte-Fanny Cohen propose un sujet sur les crises non épileptiques [psychogènes](https://www.youtube.com/watch?v=mORZHQxg1Jk&t=32s) (CNEP) avec notamment un reportage dans le service de neurologie du CHU de Nancy avec des interviews de patients et du Dr Coraline Hingray.

<https://www.youtube.com/watch?v=mORZHQxg1Jk&t=32s>

Rossetti Andrea. **Crises non-épileptiques.** Ligue suisse contre l'épilepsie, 2023, 6p.

<https://www.epi.ch/fr/crises-non-epileptiques/>

CNEPs : Crises Non Epileptiques Psychogènes : le point de vue du psychiatre. Dr Michel CERMOLACCE – AMU, AP-HP, Marseille, 2021.

Cours sur les crises non épileptiques psychogènes, avec le point de vue du psychiatre, par le Dr Michel Cermolacce.

[CNEPs: Crises Non Épileptiques Psychogènes - Dr Michel CERMOLACCE \(youtube.com\)](https://www.youtube.com/watch?v=K80DdRSPk4)

Crises psychogènes non épileptiques : modalités d'expression clinique et de diagnostic. Interview de Louis MAILLARD, Neurologue PU-PH Nancy, JNLF TV, 2015.

<https://www.youtube.com/watch?v=K80DdRSPk4>

Crises psychogènes non épileptiques (CPNE). Ontario épilepsie, 2015, 1 p.
http://epilepsyontario.org/wp-content/uploads/2017/12/SparkPNES_FR.pdf

Annonce d'un diagnostic de crises non épileptiques psychogènes : ressource pédagogique.

Scénario de consultation entre un médecin et une patiente présentant des crises non épileptiques psychogènes. Date de réalisation : 17 avril 2013. Lieu de tournage : CHU de Nancy. Durée : 18mn32s. Acteurs: Dr Jacques JONAS, neurologue, Dr Caroline HINGRAY, psychiatre.

<https://doi.org/10.60527/72pj-mp76>

Collectif. **Crises non épileptiques.** BC Epilepsy Society, 2005, 2p.

http://www.bcepilepsy.com/files/information-sheets/French/French-Non-Epileptic_Seizures.pdf

HINGRAY Coraline. **Les CNEP. Que sont les CNEP ?** lareponsedupsy.info, [s.d], 8 p.

Page d'information sur les CNEP (Crises non Epileptiques Psychogènes).

<https://www.lareponsedupsy.info/cnep>

HINGRAY Coraline. **CNEP. Crises non épileptiques psychogènes. Plaquette pour les médecins généralistes.** lareponsedupsy.info, [s.d.].

recto : <https://www.lareponsedupsy.info/ressource/cnep/recto-generaliste.pdf>

verso : <https://www.lareponsedupsy.info/ressource/cnep/verso-generaliste.pdf>

HINGRAY Coraline. **CNEP. Crises non épileptiques psychogènes. Plaquette pour les patients et leur entourage.** lareponsedupsy.info, [s.d.].

recto : <https://www.lareponsedupsy.info/ressource/cnep/recto-patient.pdf>

verso : <https://www.lareponsedupsy.info/ressource/cnep/verso-patient.pdf>

HINGRAY Coraline. **CNEP. Crises non épileptiques psychogènes. Plaquette pour les psychologues et les psychiatres.** lareponsedupsy.info, [s.d.].

recto : <https://www.lareponsedupsy.info/ressource/cnep/recto-psy.pdf>

verso : <https://www.lareponsedupsy.info/ressource/cnep/verso-psy.pdf>

neurokid.co.uk. Vivre avec des manifestations neurologiques.

Site d'information pour les jeunes enfants, les adolescents et leurs familles sur les crises non épileptiques d'origine psychogène

<https://www.neurokid.co.uk/fr/>

BIBLIOGRAPHIE MISE À JOUR EN JUILLET 2024

Centre de documentation du Centre National de Ressources Handicaps Rares - Épilepsies Sévères
Tél. 09 69 36 86 46 - documentation@fahres.fr - <http://doc.handicapsrares.fr/fahres>