

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE MAHAJANGA

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2010

N° 1113

# LES PARALYSIES FONCTIONNELLES DE LA NEVROSE HYSTERIQUE

## THESE

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement

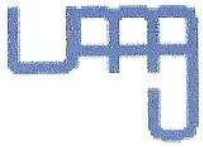
Le 25 Février 2010

Par

*Mademoiselle NOROSOA Eliantine*

Directeur et Rapporteur

Monsieur le Docteur TSANGANDRAZANA



MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



UNIVERSITE DE MAHAJANGA

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2010

N° 1113

# LES PARALYSIES FONCTIONNELLES DE LA NEVROSE HYSTERIQUE

## THESE

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 Février 2010

Par

*Mademoiselle NOROSOA Eliantine*

Membres de jury :

**Président : Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo**

**Juges : Monsieur Le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel**

**Madame Le Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina**

**Directeur et Rapporteur : Monsieur Le Docteur TSANGANDRAZANA**

# UNIVERSITE DE MAHAJANGA

<b>PRESIDENT DE L'UNIVERSITE</b>	Pr RALISON Andrianaivo
<b>VICE PRESIDENT</b>	Dr RAMAROSON Juvence
<b>DIRECTEUR DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ET FINANCIER</b>	Mr JEAN LOUIS
<b>DIRECTEUR DU CABINET</b>	Mme RAZAFINIRINA Voahangy Lalao Emilie
<b>DIRECTEUR DES ETUDES ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE</b>	Mme FARASOLO RALISON
<b>DIRECTEUR DU MUSEE AKIBA</b>	Mme RAMANIVOSOA Beby Victoire

## CHEFS DE SERVICE

<b>* du personnel de la Gestion des Ressources Humaines</b>	Mme RADAMAHARINORO Robertine
<b>* du centre des œuvres universitaires de Mahajanga</b>	Mr RIVOHERISOA Clément Rolland
<b>* des activités sportives et socioculturelles</b>	Mr RANJAKASON
<b>* de la Législation de la Documentation et du Contentieux</b>	Mme RAZANADRAIBE Christine
<b>* financier</b>	Mr RASAMBATRA Benoît
<b>* du Contrôle Interne de Gestion</b>	Mme BODOARIVO Ruffine Georgette
<b>* Médecine préventive</b>	Dr RABENANDRASANA Jean Noël
<b>* des bourses extérieures de l'Information et de l'Orientation</b>	Mr RIVOHERISOA Clément Rolland
<b>* du Baccalauréat</b>	Mr RANDRIAMIALY Jean Dominique
<b>* Centrale</b>	Mr RAMAROSON Gilbert

## RESPONSABLES

<b>* Protocole</b>	Mr RANDRIAMANANJARA Soloherinjatovo
<b>* Administratif et Financier</b>	
<b>* Secrétaire particulière à la Présidence</b>	Mme RAVONIMBOAHANGINIRINA Rakotondravoavy Ravaoherilala Aurelie
<b>* Service Technique et Gestion du Patrimoine</b>	Mme SOAMARO Marie Célestine
<b>* de la bibliothèque</b>	Mme RAZANAMANITRA Justine Mme RAVAONINDRIANA Marie Jeanne M. SAIDIBARY Edwige
<b>* Sites de ressources</b>	Dr. RAMAROSON Juvence

## UNITES DE FORMATION

<b>* ELCI (English Language and Cultural Institute)</b>	M. RASOAZANANORO Clarisse
<b>* IUGM (Institut Universitaire de Gestion et de Management)</b>	M. RAKOTOZARIVÉLO Philippien

**ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE**

***FACULTE DE MEDECINE***

<b>DOYEN</b>	Dr RAFARALALAO Lucienne
<b>SECRETAIRE PRINCIPAL</b>	
<b>PRESIDENT DU CONSEIL D'ETABLISSEMENT</b>	Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
<b>PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE</b>	Dr RAFARALALAO Lucienne
<b>PRESIDENT DU COLLEGE DES ENSEIGNANTS</b>	Dr JEREMIE Lehimena

**RESPONSABLES**

<b>*du service de la Comptabilité</b>	Mme RAHOBIVELO Andrianary
<b>*du service de la Documentation et de formation</b>	Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel
<b>*du service de la Scolarité</b>	Pr RAHARIMANANA Rondro
<b>*d'examen</b>	Mme DOSITHEE Marie Michelle
<b>*de Stage DCEM</b>	Dr RANDRIANJOHANY Vololonarisoa
<b>*de Stagiaires Internés</b>	Dr TIANDAZA Odilon Dinaraly
<b>*de Thèse</b>	Dr NANY Louise Yvette
<b>*Relations Internationales</b>	Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana
<b>*Thésards</b>	Dr RANDRIANIRINA Jean Baptiste
<b>*Pédagogie</b>	Dr RALISON Fidiarivony
<b>*Examen clinique</b>	Dr RABESANDRATANA Norotiana

**COORDONATEURS**

<b>*du premier cycle</b>	Dr ANDRIANAIVO Fanjambolatiana
<b>*du deuxième cycle</b>	Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly
<b>*du troisième cycle</b>	Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy

**SECRETARIAT**

**-Service scolarité**

<b>*chef Scolarité</b>	Mme RAKOTONDRAVOAVY Voahirana E
<b>*Secrétaire</b>	Mme RAMINOARISOA Georgette

**- Service Administration**

<b>*Secrétaire de Direction</b>	Mme RANDRIANANDRASANA Voahirana M
<b>*Secrétaire</b>	Mme ZAVATSOA Claire
<b>*Secrétaire au site de Ressource</b>	Mme RAHARIMBOLA Victorine

# PERSONNELS ENSEIGNANTS

\*\*\*\*\*

## I-PROFESSEURS ASSOCIES

- \*BIOPHYSIQUE Pr Jacques CHAMBRON (Strasbourg)
- \*ANATOMIE Dr ANDRIANANDRAINANA Gustave
- \*BIOCHIMIE Pr Simone WATTIAUX DE CONNICK  
Pr Robert WATTIAUX

## II-PROFESSEURS TITULAIRES

- \*ANATOMIE PATHOLOGIE Pr ZAFISAONA Gabriel
- \*ANESTHESIE REANIMATION ET URGENCES Pr FIDISON Augustin
- \*CYTOLOGIE-HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE Pr RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA N.  
Soa
- \*MEDECINE LEGALE Pr LUDES Bertrand
- \*HEMATOLOGIE Pr RAKOTO Alson Olivat
- \*MEDECINE DE TRAVAIL Pr RAHARIJAONA Vincent
- \*NUTRITION Pr ANDRIANASOLO Roger
- \*PHYSIOLOGIE Pr FIDISON Augustin  
Pr RALISON Andrianaivo
- \*PNEUMO – PHTISIOLOGIE Pr RALISON Andrianaivo
- \*SEMEIOLOGIE MEDICALE Pr RALISON Andrianaivo
- \*UROLOGIE Pr RADESA François de Sales

## III – PROFESSEURS

- \*ANATOMIE Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy  
Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel
- \*GYNECO OBSTETRIQUE Pr RANDAOHARISON Pierana Gabriel
- \*SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE Pr ANDRIAMAMONJY Clément  
Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
- \*SEMEIOLOGIE MEDICALE Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin  
Pr RAKOTO ALSON Aimée Olivat
- \*NEURO-ANATOMIE Pr ANDRIAMAMONJY Clément
- \*NEURO-CHIRURGIE Pr ANDRIAMAMONJY Clément
- \*NEUROLOGIE MEDICALE Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin

*ONCOLOGIE	Pr JOSOA Rafaramino Florine
*PHYSIOLOGIE	Pr RAKOTOAMBININA Andriamahery B. Pr ANDRIANTSEHENO Marcellin Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina
*PNEUMO-PHTISIOLOGIE	Pr RAHARIMANANA Rondro Nirina
*PATHOLOGIE CHIRURGICALE	Pr RAVOLAMANANA RALISATA Lisy
*PEDIATRIE	Pr ANDRIANARIMANANA Diavolana
*STOMATOLOGIE ET CHIRURGIE MAXILO-FACIALE	Pr RAZAFINDRABE John Bam
*MALADIES INFECTIEUSES	Pr RANDRIA Mamy

#### **IV-MAITRES DE CONFERENCES ET ASSIMILES**

*ANATOMIE	Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon Dr RAMANANTSOA Joseph Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Zoé Dr RAZAFINJATOVO Williames Colgate Dr ANDRIANANDRAINANA Gustave Dr ANDRIANIAINA Hery Dels Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina Dr ANDRIANAIVO Fanjambolatiana Dr Joseph BARUTHIO (Strasbourg) Dr ZO ANDRIANIRINA Michel Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy Dr NANY Louise Yvette Dr RAVAOMANARIVO A. M. Zoé Dr RANIVONTSOARIVONY Martine Dr IHANGY Pamphile Dr ANDRIAMIANDRISOA Aristide Dr MOREL Eugène Dr RAVOHITRA Odile Dr RANAIVONDRAMBOLA Michel Dr RAKOTONDRAJAO Robert Dr RAVAOMANARIVO Anne Marie Zoé
*BACTERIOLOGIE	
*BIOCHIMIE	
*BIOPHYSIQUE	
*BIOSTATISTIQUE	
*CARDIOLOGIE	
*DERMATOLOGIE-VENEROLOGIE	
*DEONTOLOGIE	
*ENDOCRINOLOGIE-NUTRITION	
*EPIDEMIOLOGIE	
*GYNECO – OBSTETRIQUE	
*HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	
*HISTOLOGIE	
*HYDROLOGIE	
*IMMUNOLOGIE	
*INFORMATION-EDUCATION COMMUNICATION	
Zoé	
*LEPROLOGIE	Dr RASOLOFOMANANA Armand Dr TSANGANDRAZANA Gilbert Pr RABENANTOANDRO Dr RAMANANTSOA Joseph+FIDY Arson
*NEUROLOGIE MEDICALE	
* NEPHROLOGIE	
*OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	
Lala	
*OPHTALMOLOGIE	Dr ANDRIANAIVOARIVOLA Tsiory Dr RAZAFIMAHEFA Maminirina Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon Dr RAFARALALAO Lucienne Dr RABESANDRATANA Norotiana Dr RAZAFINJATOVO Williames Colgate Dr TSANGANDRAZANA Gilbert Dr RABE ANDRIAMANARIVO Paoly
*PARASITOLOGIE	
*PATHOLOGIE CHIRURGICALE	
*PEDIATRIE	
*PETITE CHIRURGIE	
*PSYCHIATRIE	

\*PHARMACOLOGIE GENERALE  
\*PHARMACOLOGIE SPECIALE  
\*PNEUMO – PHTISIOLOGIE  
\*REEDUCATION FONCTIONNELLE  
\*PHYSIOLOGIE

\*Politique nationale de la santé (P.N.S)  
\*RADIOLOGIE  
\*REANIMATION MEDICALE  
\*RHUMATOLOGIE  
\*SEMEIOLOGIE CHIRURGICALE

\*SEMEIOLOGIE RADIOLOGIE  
\*SEMEIOLOGIE MEDICALE

\*VIROLOGIE

#### **V- ASSISTANTS OU ASSIMILES**

\*PSYCHOLOGIE  
\*HIDAOA (Hygiène et Inspection des Denrées  
Alimentaire d'origine Animale)  
\*ENCADREMENT DE STAGE

\*FRANÇAIS

Dr RAJAONARISON Jean François  
Dr RANDRIASAMIMANANA Jean René  
Dr ANDRIAMIHAJA Rabezanahary  
Pr ANDRIANABELA Sonia  
Dr JEREMIE Lehimena  
Dr RANIVONTSOARIVONY Martine  
Dr MOREL Eugène  
Dr RASAMIMANANA Giannie  
Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy  
Dr RALISON Fidiarivony  
Dr ZAFINDRASOA Berthe  
Dr LAHADY René  
Dr RASAMIMANANA Giannie  
Dr RALISON Fidiarivony  
Dr RAZAFINJATOVO Williames Colgate  
Dr TIANDAZA Dinaraly Odilon  
Dr ANDRIANIRINA Jean Baptiste de Salle  
Dr LAHADY René  
Dr MOREL Eugène  
Dr ZAFITOTO RATANDRA Fazy  
Pr RAKOTOZANDRINDRAINNY Raphaël

Mme DOSITHEE Marie Michelle

Dr SIKINA Pierre  
Médecins de CHU, CSB (Androva, Mahabibo,  
Tsararano, Antanimasaja, Mahavoky, Sotema  
Tanambao, Ambovovy)  
Mme KAHALA Soavita Jeannette

#### **VI- IN MEMORIAM**

\*Mr. RAKOTOBÉ Alfred  
\*Mr ANDRIAMIANDRA Aristide  
\*Mr RANDRIAMBOLOLONA Robin  
\*Mr RAMAROSON Benoît  
\*Mr RAKOTONIAINA Patrice  
\*Mr RASOLOARISON Jean Claude  
\*Mr RANAIVOARISON Milson Jérôme.  
\*Mme RAMIALIHARISOA Angeline  
\*Mr RAPATSALAHY Auguste Lalatiana  
\*Mr RAKOTOARIMANANA Denis Roland  
\*Mr RASOLOMAHARO Victor  
\*Mr ANDRIAMANANTSARA Lambosoa

Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire  
Maître de conférences  
Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire  
Maître de conférences  
Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire  
Professeur Titulaire

DEDICACE



# DEDICACE

**A Dieu**, merci pour avoir sauvé, et avoir gardé mes pas pendant toutes ces années.

**A tous nos grands parents** : je ne vous ai pas assez connus mais aujourd'hui mes pensées sont aussi tournées vers vous.

**A mon père** : MALAZA Victor, merci papa de votre conseil depuis notre jeune âge.

*« Un grand merci »*

**A ma mère** : RAZAFY Céline : je veillerai à être digne de tes sacrifices

« Vous nous avez prodigué une affection particulière même pendant la phase la plus critique de la vie *« Maman sambatra izaho manana anao »*

**A nos frères et sœurs**: vous êtes toujours à notre côté tout au long de nos études.

**Merci** pour vos encouragements, vos conseils et vos aides : ERIC, Eléonore, Eusèbe, Jeremi, Josette, Lydia.

**A nos nièces** : Elio, Elinah, Jenita, Larissa,

**Et surtout à toi mon fils** : Randriatahiry ELANCIO

*« Toute mon affection chérie »*

A Randriantahiry Antony : pour tes soutiens dans les moments difficiles et ton amour.

A mes amis : R. R. Egio : « Repose en Paix »

Nourie, Irvina, Ravaka, Sarah, Adeli : « Un grand merci »

**A toute ma famille** *« toute mon affection merci »*

A mes promotions d'Université.

*« Tout mon grand amitié et mes vœux de réussite »*

## A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur Le Professeur RALISON Andrianaivo

- ❖ Professeur titulaire
- ❖ Spécialiste en Pneumo-phtisiologie
- ❖ Directeur de CHU Mahajanga
- ❖ Chef de service de Pneumo-phtisiologie et Réanimation médicale au CHU Mahajanga
- ❖ Enseignant à la Faculté de Médecine et à l'institut d'Odontostomatologie Tropical de Madagascar, Université de Mahajanga
- ❖ Membre de l'Union Internationale Contre la Tuberculose et la Maladie Respiratoire (UICTMR)
- ❖ Membre de cabinet et responsable de la scolarité au sein de la Faculté de Médecine Université de Mahajanga
- ❖ Président de l'Université de Mahajanga

*Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse,  
malgré vos occupations et vos diverses responsabilités.  
« Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et  
nos sincères remerciements ».*

## NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES

Monsieur Le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel

- Professeur agrégé en Gynéco-obstétrique
- Ancien externe
- Ancien chef de clinique
- Homéopathe

Titulaire de :

- Attestation de formation en chirurgie vaginale de Lyon
- Attestation de formation en microchirurgie tubaire de Nice
- Attestation de formation spécialisée approfondie en gynéco-obstétrique de Bordeaux (AFSA)
- Maître en Sciences Biologie et médicale
- Diplôme de formation spécialisée complémentaire (DFSC)
- Enseignant à la Faculté de Médecine de Mahajanga et l'Institut de formation régionale des paramédicaux.
- Responsable du service du Gynécologie, du Planning familial et de consultations prénatales.

Madame le Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina

- ❖ Professeur agrégée en Pneumo-phtisiologie
- ❖ Spécialiste en Médecine interne
- ❖ Responsable de l'Unité de Pneumo-phtisiologie au CHU Mahajanga
- ❖ Enseignant à la Faculté de Médecine de Mahajanga

*« Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance  
et de notre profond respect »*

**A NOTRE MAITRE DIRECTEUR ET RAPPORTEUR DE THESE :**

**Monsieur Le Docteur TSANGANDRAZANA.**

- Titulaire de CES en Neurologie ;
- Assistant qualifiée en Psychiatrie ;
- Ancien médecin traitant du Service de Neuro-Psychiatrie du CHU Befelatanana Antananarivo ;
- Chef de Service de neuro-Psychiatrie du CHU de Mahajanga ;
- Enseignant vacataire en Neuro-Psychiatrie à la Faculté à l'IFIRP DE Mahajanga ;

**« Vous nous avez inspiré cet ouvrage et encadré dans sa réalisation.  
Pour la grande patience, compréhension, que vous nous avez montrée  
et le temps précieux que vous nous avez consacré dans l'élaboration  
de ce travail.**

**Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre fidèle considération  
et notre profonde reconnaissance ».**

**A notre maitre et Doyen de la faculté de Médecine de Mahajanga**

*Madame Le Docteur RAFARALALAO Lucienne,*

*« En témoignage de notre profonde reconnaissance »*

A tout nos professeurs et enseignants de la faculté de Médecine de Mahajanga  
et de Strasbourg,

*« En guise de reconnaissance et de remerciement pour les  
connaissances que vous nous avez transmises »*

A tous les centres de documentation,

*« Nos vifs et sincères remerciements »*

A tout le personnel du service de Neuro-Psychiatrie du CHU de Mahajanga

*« Nos sincères remerciements pour votre accueil chaleureux  
et votre coopération ».*

## LISTE DES ABREVIATIONS

%	: pourcent
mg	: milligramme
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CSB	: Centre de Santé de Base
mmol	: millimol
‰	: pourmille
T°	: température
TA	: Tension artérielle
PFLA	: paralysie flasque aigue
FC	: Fréquence cardiaque

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau N° 01 : Répartition des paralysies fonctionnelles en fonction de l'âge

Tableau N° 02 : Répartition des paralysies fonctionnelles selon le sexe

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	01
<b>PREMIERE PARTIE</b> .....	03
<b>I- CONSIDERATION EPIDEMIOLOGIQUE</b> .....	04
<b>II- CONSIDERATIONS CLINIQUES</b> .....	05
<i>II-1- Fonction motrice</i> .....	05
<i>II-1-1- Trouble de la motricité</i> .....	05
<i>II-1-2- Trouble de la tonicité</i> .....	06
<i>II-1-3- Trouble des réflexes</i> .....	06
<i>II-2- Fonctions sensitives</i> .....	07
<i>II-3- Fonction sensorielle</i> .....	08
<i>II-4- Les autres signes accompagnateurs</i> .....	08
<b>III- CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES</b> .....	09
<i>III-1- Diagnostic positif</i> .....	09
<i>III-2- Diagnostiques différentiels</i> .....	10
<b>IV- CONSIDERATIONS PRONOSTIQUE et THERAPEUTIQUE</b> .....	11
<i>IV-1- Isolement</i> .....	12
<i>IV-2- La chimiothérapie</i> .....	12
<i>IV-3- La psychothérapie</i> .....	12
<i>IV-4- La kinésithérapie</i> .....	13
<b>DEUXIEME PARTIE</b> .....	15
<b>I- METHODOLOGIE</b> .....	15
<b>II- RESULTATS</b> .....	17
<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS</b> .....	42
<b>I- EPIDEMIOLOGIES</b> .....	42



<b>II- CLINIQUES</b> .....	43
<i>II-1- Pour les troubles de la motricité</i> .....	44
<i>II-2- Troubles de la tonicité</i> .....	45
<i>II-3- Troubles des réflexes</i> .....	45
<i>II-4- Troubles sensitifs</i> .....	46
<b>III- DIAGNOSTIQUES</b> .....	46
<i>III-1- Diagnostic positif</i> .....	46
<i>III-2- Diagnostics différentiels</i> .....	48
<b>IV- THERAPEUTIQUES</b> .....	49
<b>SUGGESTIONS</b> .....	53
<b>CONCLUSION</b> .....	55
<b>REFERENCES</b>	

# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

La paralysie est la diminution ou une abolition de la motricité, c'est-à-dire une difficulté à programmer et à maîtriser une activité motrice : c'est le contrôle moteur, effectué par le système pyramidal.

Elle présente de nombreuses variétés dues à l'intensité du phénomène : paralysie complète ou incomplète, ou une parésie, et à sa topographie (monoplégie, hémiplégie, paraplégie) et à son évolution [1].

La cause de cette paralysie dite vraie peut être une atteinte du système nerveux centrale ou périphérique. Et la paralysie fonctionnelle ou d'origine psychique est due à une inertie ou à un blocage de sa capacité fonctionnelle d'un membre sans relation à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique détaillée [2].

Dans la paralysie d'origine organique : la symptomatologie du motoneurone peut être secondaire à une atteinte périphérique ou à une atteinte des centres segmentaires contenant son corps cellulaire.

Et une pathologie qui touche la majorité de la population qui peut entraîner une paralysie fonctionnelle : C'est la névrose [3].

Cette névrose au début, au stade de névrose de base, peut évoluer vers une névrose spécialisée où dans sa forme hystérique. Les symptômes de conversion somatique peuvent être de déclaration spectaculaire en particulier : les paralysies fonctionnelles.

C'est ainsi que la névrose est une maladie de la personnalité caractérisée par des conflits intrapsychiques qui transforme la relation du sujet à son environnement social en développement des symptômes spécifiques en lien avec les manifestations de son angoisse [4].

Elle peut être invalidante. Mais un névrotique a pleinement conscient de ses troubles et en souffre [5].

Et dans la névrose hystérique, ce qui nous intéresse le plus c'est la notion du bénéfice secondaire sous la forme des plaintes somatiques variées dont la paralysie fonctionnelle fait partie.

Ce blocage du fonctionnement de la motricité sans lésion organique a attiré notre attention pour initier notre travail de thèse intitulé : « Les paralysies fonctionnelles d'origine hystérique ». C'est ainsi que, pour élucider ce dilemme, nous allons essayer à partir de nos recherches bibliographiques, les explications de vraies paralysies et les paralysies fonctionnelles.

Pour mieux illustrer notre travail, nous avons adopté les plans suivants :

- La première partie sera consacrée à la revue de la littérature ;
- La deuxième partie sera réservée à l'étude proprement dite ;
- La troisième partie sera réservée aux discussions ;
- Enfin, nous terminons notre travail par des suggestions suivies d'une conclusion ;

**PREMIERE PARTIE :**  
**REVUE DE LA LITTERATURE**

## **PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE**

### **I – CONSIDERATIONS EPIDEMIOLOGIQUES [34, 25, 33, 3, 5]**

Les problèmes de santé mentale prennent de plus en plus d'ampleur dans le monde. Les statistiques de l'OMS révèlent que dans une population quelconque donnée, il y a 1% d'individu qui présentent des troubles mentaux graves et invalidants et 10% sont considérés comme des sujets porteurs d'une souffrance mentale mineure [34].

Et les troubles psychiatriques liés à la névrose affectent une personne sur cinq chaque année, et la prévalence de la vie entière est de 15 – 25%. Ils sont responsables d'une forte mortalité par le suicide.

Dans les pays à faible revenu, les maladies mentales sont responsables des 12% de la charge de la morbidité globale chez les adultes de 15 à 44 ans [25].

En France, près de 10 millions de personnes souffriraient de spasmophilie. Nous tenons à signaler que la spasmophilie est l'une de l'expression clinique de la névrose hystérique.

A Madagascar, les données épidémiologique et clinique concernant les troubles psychiatriques sont rares, surtout celles issus des enquêtes venant des régions côtières, spécialement enregistré à l'hôpital de Mahajanga du 1<sup>er</sup>/01/1998 au 31/12/2000 [33].

Au cours de cette étude, un certain nombre des troubles mineurs ont été évoqué en faveur à symptomatologie dépressive comme premier motifs de consultation marquant la personnalité névrotique ; c'est ainsi que les plaintes somatiques prédominent les troubles psychiatriques évoqués.

A cet effet, la névrose hystérique reste la maladie mentale la plus spectaculaire qui attire l'attention de la famille dans ses explications étiopathogéniques devant les conceptions multifactorielles de la population selon les régions démographiques.

Elle est constituée cliniquement des signes somatiques et physiques permanents ou paroxystiques liés à la personnalité pathologique [3].

C'est une pathologie complexe dans le domaine de psychiatrie.

Elle est la seule maladie qui peut défier la science par ses symptômes. Et le début de cette maladie est toujours mal précisé.

Concernant les plaintes somatiques, les crises hystériques se rattachant à la motricité et au tonus musculaire dominaient les tableaux à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle [14].

A cet effet, la prévalence en population générale concernant les paralysies fonctionnelles est de 1 à 2% ; elle est plus fréquente chez les femmes d'âge moyen (sex ratio  $\geq 3/1$ ) [5].

Parmi les facteurs favorisants, la place de la vulnérabilité de la personnalité pathologique domine le tableau. Ces paralysies fonctionnelles sont liées à des situations suivantes :

- Antécédent des dépressions et des stress répétitifs
- Problèmes sociaux-professionnels (conflit socio-conjugaux et professionnels).
- Vicissitude du développement psycho-affectif durant l'enfance, se compliquant de la réclamation des bénéfices secondaires.

## **II- CONSIDERATIONS CLINIQUES**

Les symptômes hystériques se caractérisent par un certain nombre des critères. Ils touchent la vie de relation dont ils suspendent une ou plusieurs fonctions [6].

### **II-1- FONCTION MOTRICE [7, 8, 24, 13]**

Les troubles de la motricité peuvent s'exprimer d'une manière suivante :

#### ***II-1-1- Trouble de la motricité***

- **La paralysie**

Elle est due à une inertie ou à un blocage de la capacité fonctionnelle d'un membre, sans relation à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique détaillée. En fait, c'est une paralysie fonctionnelle ; Elle n'est pas explicable par une atteinte lésionnelle, organique ou par un mécanisme physiopathologique connue.

Elle répond à l'idée que le patient se fait des maladies et un dysfonctionnement de son corps, car leur topographie est plus psychique qu'anatomique [7].

La survenue de cette paralysie fonctionnelle est brutale ou peut apparaître comme un accident occasionnel ou transitoire ; et elle est favorisée souvent par l'arrivée d'un public participant à cet événement [8].

Pour la durée des accidents, elle est variée, de quelques jours, même fixée des années [24].

- **Une astasie**

C'est une perte plus ou moins complète de la faculté de garder la station verticale.

Elle coïncide presque toujours avec une abasie.

- **Une abasie (ou une astasie-abasie)**

C'est une ataxie par défaut de coordination automatique ; ou une impossibilité de garder la station debout et de marcher, que n'expliquent ni des troubles moteurs, ni des troubles sensitifs, ni des troubles de la coordination des membres inférieurs [13].

### ***II-1-2- Trouble de la tonicité [32]***

Il peut être marqué par :

- **Une accrocontracture**

Elle est due à une augmentation de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire.

- **Une crampe**

Elle est une contraction involontaire douloureuse et transitoire d'un muscle ou d'un groupe musculaire. Cette crampe est fonctionnelle, non liée à une carence ni magnésimique ni calcémique.

- **Une hypotonie musculaire**

C'est une diminution de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire ; c'est un mouvement ou un état décontracté du muscle rendant difficile le maintien de la position debout. On a aussi une hyperlaxité ligamentaire : les muscles sont devenus mous et flasques. On note aussi un ballotement passif des masses musculaires et des segments des membres qui sont exagérés [32].

Parfois lors de la mobilisation passive des membres, on met en évidence l'exagération des mouvements : de flexion, d'extension, adduction ou d'abduction des différentes articulations. Mais le patient pouvait bouger les extrémités du membre supérieur (son bras est flasque) et même faire un mouvement maladroit du pied (sa jambe est flasque).

### ***II-1-3- Trouble des réflexes [2, 16, 17, 18]***

Ils s'observent surtout au niveau des membres inférieurs.

Parfois l'examen montre une abolition des réflexes ostéo-tendineux, rotulien (qui sont bilatéraux et symétriques, ou unilatéraux). Les réflexes achilléens medio-plantaires, tibio-fémoraux et périnéo-fémoraux peuvent être abolis aussi à un stade tardif.



Le réflexe cutanéoplantaire est normal (pas de signe de BABINSKI).

Il faut signaler que ce signe de BABINSKI est la parfaite illustration, trace d'une souffrance du système nerveux, et utilisé comme élément de diagnostic, mais aussi de distinction entre maladie organique et psychique [2].

Et sa description fut une étape essentielle au début du 20<sup>ème</sup> siècle dans le débat de l'hystérie [16].

Le plus souvent, les différents types de réflexe sont conservés c'est –à dire les réflexes ostéo-tendineux rotuliens sont vifs ou normaux.

Donc cette paralysie est sans relation à une atteinte organique démontable à l'examen neurologie détaillée [17].

## ***II-2- Fonctions sensitives [18, 19, 20]***

Les troubles moteurs peuvent accompagnés des troubles sensitifs, parce que durant la névrose hystérique, le trouble de conversion somatique se traduit majoritairement par des déficits sensori-moteurs 75 % [18].

Ils peuvent être marqués par :

- **Une dysesthésie** : qui réalise des sensations d'engourdissement, de fourmillement, de brûlure ou courbature.
- **Des douleurs** : de types différents (selon le siège du membre atteint de paralysie).

Elles surviennent en un point précis donnant au malade l'impression d'un coup de poignard perforant des tissus.

La durée est variée, de quelques heures à quelques jours même fixée à des années.

Mais il n'est pas possible de décrire les manifestations paroxystiques des « états hystériques » tellement leur richesse et leur diversité sont grandes [19] et la survenue d'une crise hystérique favorisée souvent par l'arrivée d'un public participant à l'évènement [20].

- **Trouble de la sensibilité objective** : Il se traduit par la perte de la sensibilité vibratoire au diapason au sens baresthésique, et la perte des sensations douloureuses profondes (même on pique profondément).

Mais parfois, il existe des troubles de la sensibilité superficielle : tactile, et thermo-algégique.

### ***II-3- Fonction sensorielle [21]***

Elle peut être marquée par :

- Une cécité : le malade ne reconnaît plus la nature, ni l'usage des objets qu'il voit.
- Une surdité.
- Une dysphagie, (paralysie laryngée ou aphonie).

### ***II-4- Les autres signes accompagnateurs***

La paralysie fonctionnelle peut être isolée, ou bien elle s'intrique à d'autres manifestations réalisant plus ou moins complètement ce que les Américains appellent le « syndrome de briquet » [21].

- Un tic moteur

C'est un mouvement bref, involontaire et compulsif, ou convulsif. Des nombreux sujets atteints ont aussi un trouble avec hyperactivité.

- La fatigue
- Sensation de tension ou déséquilibre
- céphalées intenses
- insomnie

## **III- CONSIDERATIONS DIAGNOSTIQUES**

### ***III-1- Diagnostic positif [24, 40, 37, 2, 25]***

La paralysie fonctionnelle est une des symptômes le plus fréquemment rencontré dans l'hystérie. Elle obéit à un mécanisme de conservation et manifeste un refoulement ou s'exprime un désir [24].

La scène où se joue le conflit empreinte les voies du corps imaginaire non superposables au corps somatique [40]. C'est une maladie réelle, mais c'est une maladie mentale.

En faveur d'une paralysie fonctionnelle d'origine hystérique, le diagnostic positif peut se poser devant les arguments considérés comme les marqueurs cliniques les plus importants où et ils sont représentés par les symptômes suivants :

### ❖ **Blocage de la motricité avec conservation des reflexes**

C'est une paralysie due à une inertie ou à un blocage de la capacité fonctionnelle d'un membre, sans relation à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique détaillé. Elle n'y a pas d'atteinte lésionnelle, ou organique. Mais il répond à l'idée que le patient se faite des maladies et du fonctionnement de son corps, car « leur topographie est plus psychique qu'automatique » [37].

Cette paralysie fonctionnelle s'observe surtout au niveau des membres inférieurs. Et l'examen physique complet est normal. Les reflexes : ostéo-tendineux, rotuliens, achilléens médio-plantaires, tibio-fémoraux et péronéo-fémoraux sont conservés, vifs ou normaux).

Et surtout le reflexe cutanéoplantaire est normal c'est-à-dire pas de signe de BABINSKI (qui est la parfaite illustration, trace d'une souffrance du système nerveux, et utilisé comme élément de diagnostic très important [2]. Et aussi de distinction entre la maladie organique et psychique).

### ❖ **L'absence de trouble sensitif**

Les fonctions sensitives sont bien conservées : la sensibilité vibratoire au diapason, la sensibilité superficielle tactile aiguille).

### ❖ **Une contracture musculaire douloureuse mais sans signe d'inflammation**

Qui est due à l'augmentation de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire [25].

Elle a de siège différent, et survient en un point donnant au malade l'impression d'un coup de poignard perforant dans les tissus.

Leur durée est variée, de quelques heures à quelques jours, même fixée à des années.

La survenue de cette contracture est favorisée souvent par l'arrivée d'un public participant à l'évènement.

L'état général du malade est bien conservé. Et tous les examens complémentaires sont normaux : biologique, radiologique, ...

Et à signaler que l'évolution de cette paralysie fonctionnelle est spontanée et spectaculaire c'est-à-dire l'impotence fonctionnelle peut régresser avec ou sans traitement.

### **III-2- Diagnostiques différentiels [4, 19, 30, 26]**

Nous signalons que la paralysie est la diminution ou l'abolition de la motricité, c'est-à-dire la difficulté à programmer et à maîtriser une activité motrice ; c'est un contrôle moteur, effectué par le système pyramidal [4].

Devant cette impotence fonctionnelle, le rôle primordial du médecin c'est de faire un examen neurologique détaillé dans le domaine de la motricité. Mais les erreurs de diagnostic sont très fréquentes parce qu'il n'existe pas de frontière nette entre l'hystérie et la simulation [19].

Pourtant la situation de la conversion hystérique au sein des phénomènes de somatisation est tout à fait originale et en outre sa spécificité est souvent méconnue [30]. La paralysie fonctionnelle est à différencier de tous les syndromes déficitaires rattachés à une atteinte organique tels que :

- ✓ **Accidents vasculaires cérébraux** : ce sont des déficits moteurs dûs au défaut des messages pyramidaux. Et c'est la première cause de l'handicap physique chez l'adulte [26].
- ✓ **La compression médullaire** lente qui se déclare par des importances fonctionnelles des deux membres inférieurs (source de paraplégie, tétraplégie, monoplégie). Elle a d'étiologies différentes :
  - **d'origine infectieuse** :
    - Mal de Pott
    - Staphylococcie médullaire
    - Neurosyphilis.
  - **d'origine parasitaire** :
    - Cisticercose à localisation médullaire.
    - Bilharziose médullaire.
- ✓ Le syndrome paranéoplasique d'origine métastatique :
- ✓ L'insuffisance circulatoire médullaire source de paraplégie d'origine vasculaire telle que :
  - la myélite transverse,
  - la myélite d'ERB,
- ✓ Les paraplégies spasmodiques tropicales d'origine virale telle que :
  - infection à l'HTLV 1

- ✓ Les paralysies par neuropathie périphérique d'origine virale :
  - paraplégie ou tétraplégie par syndrome de GULLAIN-BARRE
  - paralysie flasque aigue : tel que la poliomyélite
- ✓ Les paralysies par compression médullaire d'origine traumatique.
- ✓ Les paraplégies transitoires d'origine hypoglycémie (réversible).
- ✓ Les paralysies à type d'hémiplégie transitoire d'origine épileptique (paralysie post-critique de TODD réversible 48 heures après les crises épileptiques).

#### **IV- CONSIDERATIONS PRONOSTIQUE et THERAPEUTIQUE [31, 4, 7, 8]**

Les résultats thérapeutiques dépendent pour l'essentiel de la précocité du diagnostic. Et il y a une disparition spontanée des symptômes, si les bénéfices disparaissent brutalement. Mais une décompensation symptomatique peut se présenter à la suite des situations difficiles à assumer, et une évolution vers la chronicité est possible. C'est-à-dire que la plasticité caractéristique de l'hystérie contribue souvent à l'efficacité de l'intervention médicale au niveau des symptômes. En pratique, plusieurs méthodes thérapeutiques visent à amener le patient à abandonner ses symptômes [31].

Le but du traitement est de diminuer les bénéfices secondaires c'est-à-dire isoler et adopter une attitude impassible :

##### ***IV-1- Isolement***

L'éloignement des « spectateurs » ou « l'hospitalisation » lors d'une manifestation paroxystique, permet de rompre les afférences socio-familiales et en privant l'hystérique de son public, peut faire céder un symptôme récemment apparu.

Le cercle vicieux des bénéfices secondaires et le « refuge » dans la maladie peuvent être contribué aux autres moyens thérapeutiques comme :

##### ***IV-2- La chimiothérapie***

On peut envisager la prescription de certains médicaments incluant des anxiolytiques et des antidépresseurs (VALIUM, CARBAMAZEPINE, CLONAZEPAM, mais à prescrire avec la plus grande attention) [4].

Les injections de toxine botulinum [7] cet agent agit en bloquant la transmission au niveau de la fonction neuro-musculaire pour réduire le spasme.

Et les traitements doivent en général être répétés tous les 3-4mois par des médecins expérimentés dans cette approche. Malgré les nombreux progrès biologiques

dans le domaine des psychotropes, la psychothérapie reste l'instrument privilégié de la thérapeutique psychiatrique.

#### ***IV-3- La psychothérapie***

L'approche psychothérapique constitue un aspect fondamental du traitement des maladies mentales.

Elle a comme caractéristique d'utiliser pour guérir ou améliorer les maladies mentales par le rétablissement de la relation ne se borne pas à la communication verbale mais elle peut comprendre aussi les attitudes d'assistance de soutien, de réassurance qui fait partie d'act médical.

La psychothérapie est une méthode de traitement agissant sans intervention biologique sur le psychisme.

«Et psychothérapique toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme à son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le psychisme » [8].

On peut classer la psychothérapie en :

##### **- Technique individuelle :**

Certaines sont fondées sur les théories psychanalytiques, comportant essentiellement l'utilisation d'échanges verbaux et de la relation médecin-malade.

D'autres psychothérapies s'adressent, en premier lieu, au vécu corporel : la psychothérapie de relaxation.

D'autre, enfin, se fondent sur les interventions entre le sujet et le milieu les théories comportementales.

##### **- Techniques collective :**

Elles comportent essentiellement : les psychothérapies de groupes, les psychodrames, psychothérapies familles, les thérapies institutionnelles et les sociothérapies.

Les attitudes thérapeutiques et leur succès dépendent autant de la personnalité sous-jacente que des critiques des symptômes.

#### ***IV-4- La kinésithérapie***

Elle peut être indispensable pendant plusieurs jours et associé aux autres traitements

# **DEUXIEME PARTIE**

## **DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS**

### **I - METHODOLOGIE**

#### ***1-1- Objectif***

Notre étude a pour objectif de mettre en évidence la paralysie fonctionnelle causée par la névrose hystérique.

#### ***1-2- Méthode d'étude***

Nous avons mené une étude prospective au sein du service de neuro-psychiatrie du CHU DE MAHAJANGA pendant une période de (17 mois ) de janvier 2008 à juin 2009 .Cette étude nous a permis de réunir onze (11) cas de patients qui avariant présenté une impotence fonctionnelle non organique sur une personnalité hystérique .

#### ***1-3- Matériels d'étude***

Nos données ont été recueillies à partir des :

- Fiches d'évacuation sanitaire
- Fiches de transfert inter service
- Registres des entrées et des sorties des malades
- Fiches d'observation médicale
- Fiches du traitement

#### ***1-4- Critères d'inclusion***

Nous avons retenu tous les patients atteints de l'impotence fonctionnelle névrotique (non organique) avec dossiers complets et exploitables durant la période d'étude, dans le service de neuropsychiatrie.

#### ***1-5 Critères d'exclusion***

Il est exclu de notre étude :

- Tous les patients paraplégiques adressés auprès de notre service dont la cause est traumatique
- Patients qui viennent en consultation externe ou transférés dans notre service avec de problème d'impotence fonctionnelle dont la cause est infectieuse.
- Les douleurs articulaires d'origine inflammatoire.



### ***I-6 Les difficultés rencontrées***

L'insuffisance des renseignements donnés par les accompagnements du malade et rareté des données statistiques sur la paralysie fonctionnelle dans les recherches bibliographiques.

## **II- RESULTATS**

### **OBSERVATION MEDICALE N° 01**

#### **I- ETAT CIVIL**

Nom : ANDRIA ..... ZO  
 Age : 16 ans  
 Sexe : Féminin  
 Ethnie : Merina  
 Profession : Elève  
 Situation familiale : Célibataire, 3<sup>ème</sup> enfant sur 4 fratrie (dernière fille)  
 Adresse : La Corniche (Mahajanga)

#### **MOTIF D'ENTREE**

Malade vue en consultation externe au 15 Décembre 2008 pour une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs.

#### **HISTOIRE DE LA MALADIE**

La maladie remonte ce 15 Décembre 2008 brutalement à l'école par une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs après quelques heures de son dispute avec ses parents.

Elle présente une incapacité à marcher sans cause organique évidente.

Alors sa mère décide de lui amène tout de suite au service plus spécialisé (Neuropsychiatrie du CHU Androva).

Elle a reçu comme traitement :

- COLTRAMYL comprimé,
- CALCIBONAT comprimé effervescent : 1-0-1 comprimé par jour
- LUSANXIA comprimé 10mg : ½-0-1comprimé par jour
- EQUANIL comprimé 400mg (une boîte) et repos scolaire et contrôle tous les 2 semaines.

Mais la maladie persiste pendant six mois.

**ANTECEDENTS**

Personnels :

- céphalée
- aucun antécédent de crise convulsive depuis l'enfance.
- Aucun antécédent de traumatisme qui pouvait alerter la famille.

**EXAMEN CLINIQUE**

- Tension artérielle : 10/6
- Douleur des membres inférieurs au moindre attouchement des membres inférieurs (sans signes d'inflammation).
- L'examen neurologique ne révèle aucun déficit moteur, c'est une crise d'accrocontracture et une crampe musculaire permanente.

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- glycémie, magnésémie, calcémie : normales
- radiographie de membres inférieurs : rien à signaler
- ECG, F.O : normaux

**TRAITEMENT**

Chimiothérapie :

- CALCIBONAT comprimé : 1-0-1 comprimé par jour (1 comprimé le matin, et un comprimé le soir).
- LYSANXIA 10mg : ½ comprimé le matin et 1 comprimé le soir par jour.
- M. DICLOFENAC gel 1 application par jour.
- EQUANIL 400mg : ½ comprimé le matin et ½ comprimé le soir
- Repos scolaire
- Psychothérapie de soutien

**EVOLUTION**

Après quelques semaines du traitement, on a une persistance de la maladie (blocage des mouvements au niveau des membres inférieurs persiste pendant 6 mois).

**CONCLUSION**

Il s'agit de mademoiselle AND ..... ZO, âgée de 16 ans, domicilié la Corniche, malade vue en consultation externe pour une crampe musculaire.

**OBSERVATION MEDICALE N°02**

Nom : ZAF.....Blandine Daniel  
 Age : 45ans  
 Sexe : FEMININ  
 Ethnie : TSIMIHETY  
 Situation familiale : Mariée, mère de deux enfants  
 Profession : Enseignante au lycée  
 Adresse : Tsaramandroso Ambony (Mahajanga)

**DATE ET MOTIF D'ADMISSION**

Entrée dans le service le 27 février 2009 pour une contracture des deux membres inférieurs, avec une impotence fonctionnelle.

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

La maladie remonte le 25 février 2009 par une contracture généralisée post-émotionnelle (perd d'un être chère) : décès de son père.

Le début a été rapide marquée par l'apparition des contractures des extrémités, prenant d'allure d'un spasme carpo-pédale, se généralisant ; aucune perte de connaissance, ni de relâchement sphinctérien n'ont été constaté par l'entourage durant ces crises de contractures ; adressé ce même jour au service d'urgence pour soin intensif pendant 24 heures, aniant d'être transféré au près de notre service.

Après quelques jours de traitement, les contractures des quatre membres persistent, accompagné, d'impotence fonctionnelle des membres inférieurs.

**ANTECEDENT**

- Ancienne malade du service Neuropsychiatrie depuis l'âge de 15ans, pour une première crise de contracture des membres (courte durée).
- Et deuxième crise de contracture (des membres) importante qui exigé une hospitalisation en 2003 (contracture des membres inférieurs surtout )
- Apparition de crise post émotionnelle à répétitions à la suite de décès de sa mère (en 2005) .
- Diabète : traité sous DIAMICRON : 3 comprimé par jours (en cours de stabilisation).
- Tuberculose pulmonaire : hospitalisé en service pneumo. Physiologie en septembre 2008 jusqu' en Avril 2009.

- Habitude toxique : rien à signaler.
- Déclenchement du cycle menstruel à chaque crise de contracture.
- 2é sur 12 collatéraux, 02 sœurs drépanocytaires.
- Père et mère : décédés

### **EXAMEN CLINIQUE**

- T° : 36° 7C TA : 12>7
- Etat générale conservé
- Pas de traumatisme, ni cicatrice, pas de plaie des membres pas des signes d'inflammation
- Présence de douleur à type de picotement du membre supérieur gauche et des membres inférieurs au moindre mouvement, irradié vers le dos (surtout en position assises).
- Les extrémités (doigts et pieds) sont en contractures tonique avec crampes douloureuse en position de spasme carpo - pédale en faveur d'une crise de tétanie .

### **L'EXAMIEN NEUROLOGIQUE**

- Malade alité, aucun déficit moteur malgré l'impotence fonctionnelle.
- Présence du crampe musculaire important des deux membres inférieurs surtout du coté gauche .
- Hypotonicité des deux membres inférieurs avec des engourdissements permanents.
- Hypotonicité de membres supérieurs.
- Les reflexes sont conservés.

### **EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

- glycémie : 5,55m mol/L
- ASLO : Négatif
- La calcémie, magnésémie : sont de valeur normales.

### **TRAITEMENT**

- Chimiothérapie :
- ATARAX : 1/2comprimé - 0 -1 comprimé par jour (matin et soir).
- CALCIBRONAT éffervessant : 1 comprimé matin - 1 comprimé midi et 1comprimé le soir.

- UVIMAG B6 : 1 comprimé - 1 comprimé - 1 comprimé (matin- midi –soir).
- Psychothérapie de soutien analytique.
- Kinésithérapie : rééducation pendant 5 jours.

### **EVOLUTION**

Amélioration progressive de l' état générale de la patiente grâce à des séances de psychothérapies associé à des séances de rééducation motrices fonctionnelles.

Les ankyloses articulaires régressent capacité de flexion des genoux se récupèrent progressivement permettant à la patiente une sortie à domicile pour suivre le traitement postcure à titre externe . Avec un début d' ébauche de la marche à l' aide d' un tiers personnes .

Trois semaines après sa sorties de l'hôpital.

### **CONCLUSION**

Il s' agit d'une dame de 45 ans , qui a présenté une contracture douloureuse avec blocage fonctionnelle des membres relevant d' un état dépressif réactionnel et névrotique sur un terrain diabétique.

## **OBSERVATION MEDICALE N° 03**

### **I- ETAT CIVIL**

Nom : Stallah  
 Age : 15 ans  
 Sexe : Féminin  
 Ethnie : Tsimihety  
 Profession : Commerçante  
 Situation familiale : Célibataire  
 Domicile : Fiofio (Mahajanga)

### **DATE ET MOTIF D'ADMISSION**

Le 03 Novembre 2008 pour une douleur des membres inférieurs avec impotence fonctionnelle.

## **HISTOIRE DE LA MALADIE**

La maladie remonte, il y a plusieurs jours pour des douleurs des membres inférieurs, accentuées du côté gauche par des hypo anesthésies (qui vont de la racine de membre inférieur gauche jusqu'au talon), sans cause connue.

Et la patiente ne peut plus marcher après quelques jours.

Elle a consulté beaucoup de médecin, mais il n'y a pas d'évolution favorable. D'où sa motif de transfert dans notre service, neuropsychiatrie du CHU Androva.

## **ANTECEDENTS**

Personnels :

- Une bouffée délirante à l'âge de 15 ans, et bénéficiant déjà d'un traitement adéquat mais sans contrôle régulier.
- Une importance fonctionnelle en 2005 post émotionnel (décès de sa mère).

Familiaux : Père et mère décédés.

## **EXAMEN CLINIQUE**

- Tension artérielle : 11/9
- Fréquence cardiaque : 79/min
- Douleur des membres inférieurs au moindre palpation même un simple attouchement.
- Les reflexes sont normaux

## **EXAMENS PARACLINIQUES**

- La glycémie, la calcémie, la magnésémie sont normales.
- EEG : les tracés sont normaux

## **TRAITEMENT**

Les moyens médicamenteux :

- DIAZEPAM comprimé de 10mg : 1 comprimé la matin – 1 comprimé le soir.
- ATARAX comprimé de 25mg : 1 comprimé le soir
- MAGNE B6 ampoule buvable : 1 ampoule le matin, 1 ampoule le soir
- Psychothérapie : de soutien analytique
- Une rééducation fonctionnelle

## **EVOLUTION**

Une régression de la paralysie après quelques semaines de traitement ; mais le récurrence après un mois.

**OBSERVATION MEDICALE N° 04****I- ETAT CIVIL**

Nom : VOL ..... Marie Claire  
 Age : 39 ans  
 Sexe : Féminin  
 Ethnie : Betsileo  
 Situation familiale : Veuve (depuis 2004)  
 Nombre d'enfant : 02  
 Profession : Ménagère  
 Religion : Catholique  
 Adresse : Ambondrona (Mahajanga)

**DATE ET MOTIF D'ADMISSION**

Le 02 Avril 2009 pour une impotence fonctionnelle du membre supérieur droite (malade vue en consultation externe).

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début de la maladie a été brutale le 01<sup>er</sup> Avril 2009, caractérisé par l'installation d'une impotence fonctionnelle des membres supérieur droite sans facteurs déclenchant évidents (traumatisme, inflammation, ....)

Le déclenchant de cette impotence fonctionnelle est spontanée au réveil. Elle n'arrive pas à bouger son membre supérieur droit.

Par la suite la patiente a été adressée au service Neuropsychiatrie à l'Hôpital Androva.

**ANTECEDENTS**

Personnels :

- céphalée intense, pas d'antécédent d'hypertension artérielle
- impotence fonctionnelle des membres à chaque fois qu'elle demande de l'argent aux sœurs (association des sœurs SAINT MAURICE) qu'elles s'occupent depuis le décès de son mari.

**EXAMEN CLINIQUE**

- malade consciente, bonne état générale
- TA : 11/6
- Douleur très intense lors d'une flexion du membre supérieure droite (elle n'arrive plus même bouger son doigt)

**EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

- cliché radiologique : normale
- glycémie, calcémie, magnésémie : normale

**RESUME SYNDROMIQUE**

Il s'agit d'une femme âgée de 43 ans, domiciliée à Ambondrona. Patiente occupée par les sœurs SAINT-MAURICE. Elle présente de l'impotence fonctionnelle à chaque fois qu'elle ne reçoit pas de somme d'argent qu'elle demande au sœur.

**TRAITEMENT**

- CALCIBONAT comprimé 2mg : 1 comprimé matin, 1 comprimé midi et 1 comprimé le soir.
- Psychothérapie : psychodrame (pour dramatiser la situation)

**EVOLUTION**

Régression de la paralysie après quelques semaines du traitement : cette disparition presque spectaculaire de la paralysie avec de la psychothérapie nous oriente sur la théorie psychiatrique des symptômes de conversions somatique ; c'est-à-dire : « la notion de la symptomatologie en doit de gant ou en chaussette.

Une vraie paralysie ne disparaît pas à la guérison d'un seul coup.

**OBSERVATION MEDICALE N° 05****I- ETAT CIVIL**

Nom : RAK ..... Jean Baptiste  
 Age : 32 ans  
 Sexe : Masculin  
 Ethnie : Merina  
 Profession : Instituteur  
 Situation familiale : Mariée  
 Adresse : Besalampy

**DATE ET MOTIF D'ADMISSION**

Le 26 Mars 2009 pour une crise de contracture douloureuse des deux membres inférieurs.



## **HISTOIRE DE LA MALADIE**

La maladie débute le 24 Mars 2009, brutalement par une contracture du membre inférieur post-émotionnelle, accompagné de perte de connaissance quelques minutes et un état d'agitation.

Sa famille l'a adressée au service d'urgence et soin intensif. Et l'agitation et la perte de connaissance sont disparues après quelques jours du traitement. Mais la contracture du membre inférieur persiste pendant une semaine.

C'est ainsi qu'il est transféré dans notre service neuropsychiatrie.

## **ANTECEDENTS**

- Apparition de crise post-émotionnelle à répétition
- Habitude toxique : rien à signaler
- Père et mère : décédés

## **EXAMEN CLINIQUE**

- TA : 12/5
- T° : 35°
- Membres inférieurs ont de couleur et de consistance normale, pas de fracture, ni cicatrice.
- Mouvement de flexion est impossible au niveau de deux genoux.
- Doigts du pied en flexion permanent
- Reflexes sont conservés avec BANBISKI : Négatif
- Blocage du mouvement de flexion du membre inférieur.

## **TRAITEMENT**

- CALCIBRONAT comprimé effervescent 2mg : 1 comprimé le matin, midi, le soir.
- DIAZEPAM comprimé de 10mg : le soir
- Kinésithérapie : rééducation fonctionnelle (matin et soir)

## **EVOLUTION**

Après une semaine de l'hospitalisation en service neuropsychiatrie, le patient a récupéré totalement et n'a pas de perte de connaissance.

Mais l'impotence fonctionnelle persiste.

Et ce patient a donc bénéficié de psychothérapie de soutien par les Médecins et la société.

Une demande de réhospitalisation après 1 mois.

### **OBSERVATION MEDICALE N° 06**

#### **I- ETAT CIVIL**

Nom : TAH ..... Ernestine  
Age : 30 ans  
Sexe : Féminin  
Ethnie : Tsimihety  
Religion : Catholique  
Profession : Vendeuse  
Situation familiale : Célibataire  
Adresse : Port-Bergé (région Sofia)

#### **DATE ET MOTIF D'ENTREE**

Le 22 Juillet 2008 pour une impotence fonctionnelle de deux membres inférieurs.

#### **HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début de sa maladie remonte au 19 Juillet 2008, manqué par une sensation de malaise, accompagné d'une lourdeur de la tête avec une impression de vertige ; et elle a une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs. C'est un début brutal après son réveil.

Puis après, la patiente a une douleur très intense de ses membres inférieurs, à type de lourdeur ne s'amende pas aux antalgique. Et elle décide de voir un médecin spécialiste.

#### **ANTECEDENTS**

Personnels :

- Hospitalisé en service neuro-psychiatrie en 2001 pour une crise d'acrocontracture des membres supérieurs après un conflit par son voisine.
- Bouffé délirante en 2006.

**EXAMEN CLINIQUE**

- TA : 10/6
- Aucun signe d'inflammation
- Douleur au moindre attouchement des membres inférieurs.

**EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

- Glycémie : normale
- calémie et magnésémie : normales
- ASLO : négatif

**TRAITEMENT**

- CALCIBONAT, comprimé effervescent 2mg : 1 comprimé le matin, le midi et le soir.
- La psychothérapie individuelle (psychothérapie de soutien analytique)
- La rééducation fonctionnelle

**EVOLUTION**

Malade arrive à marcher à l'aide d'un appui, après une semaine d'hospitalisation. Et à revoir pour un contrôle après deux semaines de sortie.

**CONCLUSION**

Il s'agit de patiente, âgée de 30 ans, entrée dans notre service neuropsychiatrie pour une impotence fonctionnelle des membres inférieurs, de survenu brutal chez une personnalité névrotique.

**OBSERVATION MEDICALE N° 07****I- ETAT CIVIL**

Nom : SAP ..... Jean Luc  
 Age : 30 ans  
 Sexe : Masculin  
 Adresse : Tsararano (Mahajanga)  
 Profession : Cultivateur  
 Ethnie : Tandroy  
 Situation familiale : Célibataire

**DATE ET MOTIF D'ENTREE**

Le 26 Mars 2009 pour une crise de contracture douloureuse des deux membres inférieurs.

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

La maladie débute le 24 Mars 2009, brutalement par un contracture du membre inférieur post-émotionnelle (décès de son grand-père), accompagné de perte de connaissance quelques minutes et un état d'agitation.

Sa famille l'a adressé au service d'urgence et soin intensif. Et l'agitation et la perte de connaissance sont disparues après quelques jours du traitement. Mais la contracture du membre inférieur persiste pendant une semaine.

C'est ainsi qu'il est transféré dans notre service neuropsychiatrie.

**ANTECEDENT :**

- Apparition de crise post-émotionnelle à répétition
- Habitude toxique : rien à signaler
- Père et mère : décédés

**EXAMEN CLINIQUE :**

- TA : 11 / 7
- T° : 37°C
- Membres inférieurs ont de couleur et de consistance normale, pas de fracture, ni cicatrice
- Mouvement de flexion est impossible au niveau de deux genoux
- Orteil en flexion permanent
- Reflexes sont conservés avec BANBISKI : Négatif
- Blocage du mouvement de flexion du membre inférieur

**TRAITEMENT :**

- CALCIBRONAT comprimé effervescent 2mg : 1 comprimé le matin, midi, le soir.
- DIAZEPAM comprimé de 10mg : le soir
- Kinésithérapie : rééducation fonctionnelle (matin et soir)

**EVOLUTION**

Après une semaine de l'hospitalisation en service neuropsychiatrie, le patient a récupéré totalement et n'a pas de perte de connaissance.

Mais l'impotence fonctionnelle persiste.

Et ce patient a donc bénéficié de psychothérapie de soutien par les Médecins et la société.

**OBSERVATION MEDICALE N° 08****I- ETAT CIVIL**

Nom : HAN ..... Clotilde  
Age : 44 ans  
Sexe : Féminin  
Ethnie : Tsimihety  
Situation familiale : Célibataire  
Nombre d'enfant : 0 (1 mort-née en 1979)  
Profession : Ménagère  
Religion : Catholique  
Adresse : Tsararano (Mahajanga)

**DATE ET MOTIF D'ADMISSION**

Le 03 Février 2009 pour une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs.

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début de la maladie a été brutal le 01<sup>er</sup> Janvier 2009, caractérisé par l'installation d'une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs sans facteurs déclenchant évidents (traumatisme, inflammatoire, ...)

Le déclenchant de cette impotence fonctionnelle est spontanée au réveil. Elle n'arrive pas à marcher, et même à bouger les membres inférieurs.

Par la suite la patiente a été adressée au service des urgences à l'Hopital Androva.

Bénéficiant des explorations fonctionnelle et des sois intensifs durant son séjour au SUSI pendant un mois, une demande de transfert auprès de notre service a été décidé ; d'où son admission en Neuro-psychiatrie depuis le 02 Février 2009.

**ATTECEDENTS**

Personnels :

- Céphalée intense, pas d'Antécédent d'hypertension artérielle
- Habitude toxique : Alcool, tabac

**EXAMEN CLINIQUE**

- Malade consciente, bonne été général
- Conjonctives sont roses

- TA : 11 > 6, FC : 72/mn, T° : 36°9, FR : 21/mn
- Douleurs des deux genoux à la flexion des membres inférieurs (pas de traumatisme, ni signe d'inflammation)
- Les différents types de reflexes sont conservés, pas de signes de BANBISKI

### **EXAMEN COMPLEMENTAIRE**

ASLO : Négatif

Cliché radiologique des deux membres inférieurs : rien à signaler

Résumé syndromique :

Il s'agit d'une femme âgée de 44 ans, domiciliée à Tsararano, entrée dans notre service le 01<sup>er</sup> Janvier 2009 pour une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs, chez un terrain névrotique en faveur d'une paraparésie d'origine fonctionnelle.

### **TRAITEMENT**

- Psychothérapie de soutien
- Chimiothérapie : Atarax comprimé 25mg : 0-0-1 comprimé le soir
- Kinésithérapie

### **EVOLUTION**

Amélioration progressive de l'état général, mais persistance de l'impotence fonctionnelle après plusieurs séances de rééducation.

## **OBSERVATION N° 09**

### **I- ETAT CIVIL**

Nom : VIT ..... Bagula Judith  
 Age : 15 ans  
 Sexe : Féminin  
 Ethnie : Tsimihety  
 Adresse : Befandriana (Région Sofia)  
 Religion : Catholique  
 Profession : Elève  
 Situation familiale : Célibataire (père et mère : divorcés)

## **DATE ET MOTIF D'ENTREE**

Le 15 Mai 2008 pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche.

## **HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début de sa maladie remonte au 14 Mai 2008, manqué par une sensation de malaise, accompagné d'une lourdeur de la tête avec une impression de vertige ; et elle a une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs. C'est un début brutal, à l'école, après la dispute avec sa mère.

Puis après, la patiente a une douleur très intense de ses membres inférieurs, à type de piquûre.

Et sa mère l'amène tout de suite dans notre service neuropsychiatre.

## **ATTECEDENTS**

Personnels :

- Aucun antécédent de crise convulsive depuis l'enfance
- Crise d'accrocontracture très douloureuse des membres inférieurs en 2003 (après un conflit avec ses parents)
- Aucun trouble de comportement qui pouvait alerter la famille ou la société

## **EXAMEN CLINIQUE**

- TA : 11/6
- Aucun traumatisme, ni inflammation n'a été décelé
- Douleur à la palpation du membre inférieur gauche

## **EXAMENS COMPLEMENTAIRES**

- Glycémie : NORMALE
- Calcémie et Magnésémie : NORMALES
- ASLO : Négatif

## **TRAITEMENT**

- CALCIBRONAT 2mg comprimé effervescent : 1 comprimé le matin, le midi, le soir
- UVIMAG B6 ampoule buvable : 1 matin, 1 soir

Ce traitement a été poursuivi durant une semaine, accompagné d'entretien avec les Médecins traitant pour des séances de psychothérapie de soutien

## **Kinesithérapie**

**EVOLUTION**

Après une semaine de traitement, la patiente a toujours une persistance d'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche. Et elle à revoir tous les trois mois pour des contrôles périodiques.

**CONCLUSION**

Il s'agit de patiente, âgée de 15 ans qui a une contracture douloureuse des membres inférieurs, relevant d'un état dépressif réactionnel et névrotique.

A noter que sa maladie a été déclenchée à la suite d'un conflit avec ses parents.

**OBSERVATION MEDICALE N° 10****I- ETAT CIVIL**

Nom : RAZ ..... Marie Anne

Age : 43 ans

Sexe : Féminin

Ethnie : Merina

Adresse : Andranofasika

Profession : Commerçante

Situation familiale : Mariée, mère de 04 enfants

**DATE ET MOTIF D'ENTREE**

Le 13 Novembre 2008 pour une douleur des membres inférieurs avec impotence fonctionnelle.

**HISTOIRE DE LA MALADIE**

La maladie remonte, il y a plusieurs jours par des douleurs des membres inférieurs, accentuées du côté gauche par des hypoanesthésies (qui vont de la racine de membre inférieur gauche jusqu'au talon), sans cause connu.

Et la patiente ne peut plus marcher après quelques jours.

Elle a consulté beaucoup de médecin, mais il n'y a pas d'évolution favorable. D'où sa motif de transfert dans notre service, neuropsychiatrie du CHU Androva.



**ANTECEDENTS**

Personnels :

- une bouffée délirante à l'âge de 15 ans, et bénéficiant déjà d'un traitement adéquat mais contrôle régulier
- Une impotence fonctionnelle en 2005 post émotionnel (décès de sa mère)

Familiaux : Père et mère décédés

**EXAMEN CLINIQUE**

- Tension artérielle : 11/9.
- Fréquence cardiaque : 79/min.
- Douleur des membres inférieurs ou moindre palpation même un simple attouchement.
- Les reflexes sont normaux.

**EXAMENS PARACLINIQUES**

- La glycémie, la calcémie, la magnésémie sont normales.
- EEG : les tracés sont normaux

**TRAITEMENT**

Les moyens médicamenteux :

- DIAZEPAM comprimé de 10 mg : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir.
- ATARAX comprimé de 25 mg : 1 comprimé le soir
- MAGNE B6 ampoule buvable : 1 ampoule le matin > -1 ampoule le soir

Psychothérapie : de soutien analytique

Une rééducation fonctionnelle

**EVOLUTION**

Une régression de la paralysie après quelques semaines de traitement ; mais la récurrence après un mois.

**OBSERVATION MEDICALE N° 11****I- ETAT CIVIL**

Nom : RAK ..... Ny Ony

Sexe : Féminin

Age : 14 ans  
 Profession : Elève  
 Situation familiale : Célibataire (père et mère : marié enfant unique)  
 Ethnie : Merina  
 Religion : FJKM  
 Adresse : Ampasika Mahajanga Be

### **DATE ET MOTIF D'ENTREE**

Le 18 Février 2009 pour une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit et accrocontracture douloureuse du membre supérieur gauche.

### **HISTOIRE DE LA MALADIE**

Le début de sa maladie a été brutal, le 18 Février 2009 caractérisé par l'installation d'une impotence fonctionnelle du membre inférieur droit et une accrocontracture douloureuse du membre inférieur gauche après le conflit avec sa mère.

Le déclenchement de cette impotence fonctionnelle est à l'école. Par la suite la patiente a été adressée au service des urgences pour un soin intensif de l'Hôpital Androva.

Bénéficiant des explorations fonctionnelles et des soins intensifs durant son séjour au SUSI pendant un mois, une demande de transfert auprès de notre service a été décidée. D'où sa présence dans le service Neuropsychiatrie.

### **ATECEDENT**

- Etat spasmophile, présence de crise post-émotionnelle à répétition.

### **EXAMEN CLINIQUE**

- Tension Artérielle : 10/6
- Fréquence cardiaque : 70/mn
- Amaigrissement
- Douleur très intense du membre supérieur gauche lors d'un simple attouchement
- Les examens neurologiques sont normales

### **EXAMEN PARACLINIQUE**

- Glycémie : normale
- Calcémie : normale
- Magnésémie : normale

## TRAITEMENT

Les moyens médicamenteux utilisés durant son séjour à l'hôpital :

- CALBRONATE comprimé effervescent à 2mg : un comprimé le matin et un le soir.
- Psychothérapie de soutien
- Rééducation fonctionnelle pendant 3 jours

## EVOLUTION

Au troisième jour de son hospitalisation aucune douleur du membre supérieur gauche, et-elle arrive à marcher.

Contrôle régulier tout le 2 mois au service neuro-psychiatrie.

**Tableau N° 01 : Répartition de la paralysie fonctionnelle en fonction de l'âge**

Age (ans)	Nombre de cas	%
0-5[	0	0%
[5-12[	0	0%
[13-14[	1	9,09%
[15-16[	2	18,18%
[17-20[	1	9,09%
[30-40[	6	54,54%
[41-45[	1	9,09%
[46-70[	0	0%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

**Tableau n°02 : Répartition des paralysies fonctionnelles selon le sexe**

Sexe	Nombre de cas	pourcentage
Masculin	02	18,18%
Féminin	09	81,81%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

# **TROISIEME PARTIE**

## TROISIEME PARTIE : DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

### I- EPIDEMIOLOGIES [7, 36, 32, 18, 14, 16, 29]

D'après, la paralysie fonctionnelle d'un membre est une inertie ou un blocage de la capacité d'un membre, sans relation à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique.

D'après Michel de CLERQ [7], nous signalons que, la survenu de cette paralysie est brutale, peut apparaître comme un accident transitoire.

Et Moreau [36], a dit que : chaque individu a sa façon propre d'exprimer ses impressions et son adaptation devant une situation vécue envers son entourage. C'est un individu ayant une personnalité pathologique.

Dans notre service de neuropsychiatrie, nous avons recensé 298 malades hospitalisés (pour une période de Janvier au Juin 2009) dont 122 sont admis pour des problèmes neurologiques et 176 pour des motifs psychiatriques.

#### *I-1- Epidémiologie selon l'âge*

L'âge prend une place assez importante pour discuter de l'épidémiologie de la paralysie fonctionnelle.

D'après la revue de la littérature, quelques travaux de publications déterminent l'âge de gens qui sont atteints de cette maladie.

La moyenne d'âge se situe entre 30 à 40 ans, avec une fréquence de 45% des cas et des extrêmes de 14 ans et de 45 ans. (Tableau N° 1)

Ceci est confirmé par COLL [32] que les troubles hystériques a lieu le plus souvent chez l'adulte de 30 ans. Et la notion de bénéfice secondaire est à étudier avec l'attention dans le cadre de vie du patient, surtout sur le plan affectif.

Et ces taux élevés chez l'adulte jeune s'expliquent par des raisons suivantes :

- la présence des antécédents de dépressions et des stress (conflits socio conjugaux et professionnels) qui se manifestent à cette période d'âge ou les adultes jeunes restaurent leur foyer, leur famille, et leur situation professionnelle.
- Vicissitude du développement psycho-affectif durant l'enfance se compliquant de réclamations des bénéfices secondaires.
- Les facteurs environnementaux.

### ***I-2- Epidémiologie selon le sexe***

Dans notre étude, parmi les cas observés au CHU de Mahajanga, on a remarqué une prédominance féminine (plus de 80%). Elle atteint neuf femmes pour deux hommes.

Cela pourrait expliquer par une plus grande exposition des femmes à certains traumatismes psycho affectifs et émotionnels (observation n° 02, 03), on a remarqué que, la survenue de cette paralysie fonctionnelle est brutale, ou peut apparaître comme un accident occasionnel ou transitoire (post-émotionnelle) ; ou après une dispute avec les parents (observation n° 01, 04, 05, 06, 07, 11).

De nombreux auteurs ont trouvé les mêmes prédominances féminines, telles SHEPHERD, COOPER, KALTON et BOWN [18] qui ont trouvé une plus grande morbidité chez les femmes a une valeur de 117 ‰, et 89 ‰ pour les hommes.

Et dans la société, surtout les femmes sont parfois réprimés, voire même refoulées ; alors elles utilisent la conversion somatique comme médium pour exprimer leur malaise psychologique profond, selon LEVY P. [14].

Et quand aux célibataires (n° 05, 07, 09), pendant la deuxième moitié de vie, ils seraient plus exposés que les gens mariés.

Tandis que d'autres groupes (par exemple les veufs : observation n°09, 18 (Marie Claire), s'avèrent être des populations à haut risque de décompensation.

Et SAURI [16] a trouvé la même répartition selon le sexe des névroses dans les pays en voie de développement : d'Afrique et en Grande Bretagne.

Et KEELP et BASEL [29] dans les districts ruraux d'une petite ville d'Ethiopie ont trouvé la prédominance féminine de la paralysie fonctionnelle d'origine hystérique.

A Madagascar on a constaté une nette prédominance de sexe féminin chez la population jeune d'après les données statistiques de la santé publique.

Cela a été règle pour le recrutement de nos cas avec une valeur de 2/11.

## **II – CLINIQUES [15, 12, 19, 24, 1, 15]**

Du point de vue clinique, nous rappelons que la paralysie fonctionnelle d'origine hystérique est due à une inertie ou à un blocage de la capacité fonctionnelle d'un segment d'un membre, sans relation à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique détaillée.

Donc c'est une paralysie fonctionnelle, qu'elle n'est pas explicable par l'atteinte lésionnelle, ou organique, ou par un mécanisme physiopathologique connue d'après NOMINE B. [15].

Mais ; ils répondent à l'idée que le patient se fait des maladies et du fonctionnement de son corps, car «leur topographie est plus psychique qu'anatomique».

Parmi les éléments cliniques les plus fréquents qu'on constate lors de la paralysie fonctionnelle, on a pu relever les symptômes suivants pour nos cas :

- troubles de la motricité
- trouble de la tonicité
- troubles de réflexes
- troubles sensitives

### ***II-1- Pour les troubles de la motricité [12, 19, 24]***

Les membres sont bloqués fonctionnellement, mais non paralysés neurologiquement, c'est-à-dire, il n'y a pas d'atteinte organique ou lésionnelle ; la cause est purement psychique.

Les mouvements volontaires sont bloqués ; cas de notre patient (observation : 02, une dame de 45 ans, entrée dans notre service pour une impotence fonctionnelle des deux membres inférieurs.

Elle a fait une crise de contracture généralisée post-émotionnelle (perd d'un être chère : décès de son père). Cette patiente est alitée pendant plusieurs jours, aucun déficit moteur, malgré l'impotence fonctionnelle.

Elle n'arrive pas à marcher même de faire un simple mouvement des membres inférieurs. Mais elle n'a pas d'atteinte neurologique. Et la survenue de cette paralysie fonctionnelle est brutale, comme un accident occasionnel ou transitoire.

Selon GIL R. [12] : de l'hystérie chacun connaît les crises, les paralysies, les anesthésies, le critère historique et la frigidité.

Et ce blocage de mouvement volontaire peut être présenté sous forme d'une astasie, ou une abasie (qui est un défaut de coordination automatique, ou une impossibilité de garder une station debout et de marcher, que n'expliquent, ni des troubles moteurs, ni des troubles sensitifs, ni des troubles de la coordination des membres inférieurs selon WALKER EA. [19].

## ***II-2- Troubles de la tonicité***

Ils peuvent se présenter sous plusieurs formes soit :

- une hypotonie musculaire ;
- une crampe ;
- et une accrocontracture.

Les contractures et les spasmes musculaires sont plus ou moins localisés et systématisés. Ils sont dus à une augmentation de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire. Il peut se présenter aussi sous forme d'une crampe qui est une contraction musculaire fonctionnelle, non liée à une carence de magnésium ou de calcium.

Pour une hyperlaxité ligamentaire, les muscles sont devenus mous et flasques. Il y a une diminution de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire, rendant difficile le maintien de la station debout. C'est le cas de l'observation N° 01, N° 04, 05 qui ont tout d'un coup après la dispute avec ses parents ; elles n'arrivent pas à marcher, leurs membres deviennent flasques, hypotoniques.

Elles ont des crampes musculaires très douloureuses, qui ne sont pas calmées par les antalgiques majeurs.

Et GRIVOIS H. [24] a dit que : la survenue de cette maladie est brutale et favorisée souvent par l'arrivée d'un public participant à l'évènement.

## ***II-3- Troubles des réflexes***

Le plus souvent les différents types de réflexes sont conservés et même vifs exprimant l'hyper excitabilité musculaire relevant une hypertonie anxieuse (observation N°01,02). Les réflexes cutanéoplantaire est normal, c'est-à-dire PAS de signe de BABENSKI. FAIN SILBER [1] signale que ce signe de BABENSKI est un parfait illustration, trace d'une souffrance du système nerveux central pyramidal, et utilisé comme élément de diagnostic, mais aussi de distinction entre maladie organique et psychique. Mais ce signe est presque absent dans tout les cas de nos patients.

## ***II-4- Troubles sensitifs [20, 23]***

Ces troubles peuvent être marqués par :

- une dysesthésie : qui réalise des sensations d'engourdissement, de fourmillement, de brûlure ou de courbature.
- Une douleur : de durée variable de quelques heures, jours, même fixée à des années.



D'après PEDINIELLI JL [20] a dit qu'il est impossible de décrire les manifestations paroxystiques des « états hystériques » ; tellement leur richesse et leur diversité sont grandes.

Parfois cette douleur est de type et de siège différent, et survient en un point précis, donnant au malade l'impression d'un coup de poignard perforant des tissus.

Mais aucune lésion organique décelable n'a été identifiée, c'est ainsi que l'origine psychiatrique reste la seule éventualité étiologique.

On peut aussi avoir :

- une anesthésie, portant sur un ou plusieurs modes de la sensibilité, localisées à des zones tégumentaires plus ou moins vastes, en gant, en botte ou en chaussettes souvent, parfois très sensible normalement d'après CAMBIER [23].

On a aussi une hyperesthésie des zones dites « hystérogène ».

- Les troubles de la sensibilité objectifs :
  - Se traduit par la perte de la sensibilité vibratoire au diapason du sens baresthésique, et la perte de sensations douloureuses profondes (même on pique profondément). Mais parfois des troubles de la sensibilité superficielle : tactile et thermo-algégique peuvent se manifester.

### **III- DIAGNOSTIQUE**

#### ***III-1- Diagnostic Positif [16, 1, 6, 3, 1, 11, 5]***

La névrose hystérique est une expression d'un conflit intra psychique inconscient à travers des manifestations corporelles (sans substratum organiques).

Et le corps est lieu d'expression de l'ensemble de la personnalité, entre autre des conflits psychiques.

Selon SAURI [16], au début de XXème siècle, les plaintes physiques sans évidence organiques, être qualifiées de « conversion » et ont une origine psychologique. C'est-à-dire la détresse psychique s'exprime sous forme ses symptômes physiques.

D'après FAINSILBER [1] : certains troubles doivent attirer l'attention, car ils peuvent être révélateurs d'une organisation hystérique pathologique. Il s'agit des boiteries, des paralysies fonctionnelles, des spasmes, des douleurs touchant surtout l'appareil locomoteur

Concernant notre étude, la paralysie fonctionnelle est un des symptômes le plus fréquemment rencontré dans l'hystérie. Elle obéit à un mécanisme de conversion et en se manifeste par un refoulement et exprime un désir.

La scène où se joue le conflit empreinte les voies du corps imaginaires non superposables aux corps somatiques selon HAYNAL [6].

C'est une maladie réelle, mais une troubles de réflexes, avec un signe de réflexe cutanéoplantaire normal.

Et l'évolution de cette paralysie fonctionnelle est spontanée et spectaculaire, c'est-à-dire la contracture musculaire douloureuse peut régresser avec ou sans traitement.

✓ **Blocage de la tonicité, avec conservation de réflexe :**

Elle s'observe surtout au niveau des membres inférieurs. On a un blocage ou une inertie de la capacité fonctionnelle d'un membre sans relations à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique détaillé.

D'après GIRADI et TALAMO [3], les réflexes sont conservés ou normaux. Elle n'est pas d'atteinte lésionnelle, ou organique.

Mais ils répondent à l'idée que le patient se fait des maladies et du fonctionnement de son corps.

✓ **L'absence de trouble sensitive :**

Les fonctions sensibles sont bien conservées : la sensibilité vibratoire au diapason, sensibilité, superficielle tactile et thermo-algégique.

Et LAPLANCHE [11] a dit que parfois, on a une perte de sensation douloureuse maladie mentale.

La paralysie d'origine hystérique est représentée par les symptômes suivants :

- Une contracture musculaire douloureuse mais sans signe d'inflammation :
- Sa survenue est favorisée souvent par l'arrivée d'un public participant à l'événement [5].

Et sa durée est variable, de quelques heures, jours même fixée des années.

Elle est due à une augmentation d'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire.

Cette contracture a aussi de siège différent et survient en un point précis donnant au malade l'impression d'un coup de poignard perforant les tissus.

L'état général du malade est bien conservé. Et tout les examens complémentaires sont normaux : radiologique, biologique (magnésémie, calcémie, ...) cas de nos patients (observations : N° 06, N°10).

Ces patients ont des contractures musculaires douloureuse, mais sans signe d'inflammation.

Elles ont une impotence fonctionnelle des membres inférieurs brutalement post émotionnels : « perds d'un être chère » (décès de ses parents).

### ***III-2- Discussion de diagnostics différentiels***

Nous signalons que toute activité motrice volontaire est assurée par le système pyramidal.

Devant une importance fonctionnelle, le rôle primordial du médecin c'est de faire un examen neurologique détaillé dans le domaine de la motricité.

C'est ainsi que l'atteinte pyramidal devrait s'exprimer par l'apparition de signe de Babinski à l'exploration du reflexe cutanéoplantaire.

C'est la valeur sémiologique d'atteinte organique des faisceaux pyramidaux.

Devant une paralysie fonctionnelle d'origine névrotique, on devrait éliminer par ordre décroissant :

- **Paralysie par atteinte du faisceau pyramidal** : le signe de Babinski est pathognomonique
- **Les paralysies relevant des autres pathologies suivantes** :
  - Les compressions médullaires lentes qui sont d'étiologie différents telles que :

✓ *Paralysie d'origine inflammatoire comme :*

- La sclérose en plaque par réaction immunitaire ;
- La maladie de Guillain Barré

Durant ces maladies, les examens biologiques sont anormaux et on trouve une lésion organique évidente qui est la cause de l'importance fonctionnelle.

✓ *Paralysie d'origine vasculaire :*

- Myélite transverse
- Myélite d'ERB

✓ *Paralysie d'origine tumorale* : les tumeurs vertébrale et (ou) épidurale métastatique :

Elles surviennent le plus souvent chez un adulte de plus de 50 ans.

Leur localisation surtout dorsale, mais elles sont parfois pluriétagées.

Les douleurs osseuses sont très fréquemment au premier plan. Et des douleurs radiculaires s'y associent au début, puis des signes neurologiques déficitaires surviennent.

L'IRM confirme le diagnostic.

✓ *Paralysie d'origine infectieuse* :

- Mal de Pott
- Staphylococcie médullaire
- Neurosyphilis

✓ *Paralysie ou paraplégie d'origine parasitaire* :

- Paraplégie spasmodique tropical d'origine Immunitaire
- Cysticercose à localisation médullaire
- Bilharziose médullaire

✓ *Paralysie d'origine virale* :

- PFLA : poliomyélite, ....

#### **IV- THERAPEUTIQUE [8, 25, 37, 34, 14]**

Pour avoir une meilleure prise en charge thérapeutique, les paralysies fonctionnelles névrotiques dépendent de la précocité du diagnostic.

Il peut y avoir une régression spontanée des symptômes, si les bénéfices secondaires disparaissent brutalement.

Mais une décompensation symptomatique peut se présenter à la suite des situations difficiles à assumer.

C'est ainsi que par la suite l'évolution vers la chronicité est possible.

En général, le patient vient voir son médecin pour résoudre un problème qui l'inquiète et qu'il estime être d'ordre médical. Il cherche souvent inconsciemment dans sa maladie un bénéfice non spécifique, selon BALAMA O. [8].

Les stratégies du traitement peuvent être exécutées sous différentes méthodes :

#### ***IV-1- La chimiothérapie***

ROUILLON F. [25] surtout, hospitaliser le malade pour rompre les afférences socio familiales, et en privant l'hystérie de son publique peut faire céder les symptômes.

Et c'est pendant l'hospitalisation qu'on a bien surveiller l'évolution de la maladie après le traitement.

Les médicaments que nous vous prescrits sont :

- UVIMAG B6, MAGNE B6, MAG SR : leur action est de diminuer l'excitabilité némorale et la transmission neuromusculaire

Et on associe quelque fois par :

- La Bromocalcique : CALCIBRONAT réunissant une activité sédatrice corticale du brome et une action périphérique du Calcium sur l'excitabilité neuromusculaire ont été nécessaire.

Et, on associe parfois, par le traitement des signes associés comme :

- Les antalgiques pour les céphalées intenses, les douleurs insupportables ...
- Les antidépresseurs pour la dépression ou syndrome dépressifs (cas de nos observations n° 02, n° 04, ...).

#### ***IV-2- La psychothérapie***

D'après P. JANNE [37], nous sommes d'accord pour dire que le traitement de base des Névroses est la psychothérapie s'appuyant sur une bonne relation médecin maladie.

On entend généralement par psychothérapie, une méthode de traitement agissant sans intervention biologique sur le psychisme : « Est psychothérapique toute démarche méthodique visant à modifier de façon durable la relation de l'organisme a son milieu en agissant sur le médiateur de cette relation : le « psychisme », d'après ORG [34]. Elle a comme caractéristique d'utiliser pour guérir ou améliorer les maladies mentales par le rétablissement de la relation entre le malade et le médecin [14].

Nous pouvons proposer plusieurs techniques dès l'entretien du malade, mais cela doit être adapté selon la situation et les cas.

- La psychothérapie de soutien : qui est une psychothérapie individuelle. Elle est la plus couramment pratiquée, dont le discours doit tenter de dévaloriser la maladie.

Certaines sont fondées sur les théories psychanalytiques, comportement essentiellement l'utilisation d'échangés verbaux et de la relation médecin-malade.

- Un psychodrame : le but est de faciliter l'expression, de valoriser la guérison par décharge des émotions, de lever les inhibitions et de révéler le sujet à lui-même en dramatisant la situation
- La psychothérapie collective ou familiale

Elles comportent essentiellement : les psychothérapies de groupe, les psychodrames, psychothérapies familiales, les thérapies institutionnelles et les sociothérapies. La psychothérapie collective est combinée avec une psychothérapie individuelle, pour améliorer son environnement familial à son retour à domicile.

#### ***IV-3- La Kinésithérapie***

Elle peut être indispensable et devrait être accompagnée de psychothérapie.

### **V- SUGGESTIONS**

La paralysie fonctionnelle névrotique est une affection particulièrement fréquente chez les adultes jeunes.

Elle est difficile à diagnostiquer à cause des ses mécanismes étiopathogéniques qui sont souvent complexes. La notion de bénéfice secondaire est à étudier avec attention dans le cadre de vie du patient.

Par conséquent, c'est un grand problème pour la société, la famille, et l'Etat d'avoir une population jeune non productive.

Cette paralysie fonctionnelle nécessite un examen clinique beaucoup plus spécifiques, afin d'éviter un diagnostic erroné qui est aussi une source d'évacuation en excès qui risque des dépenses initiales pour la famille. Et établir le diagnostic le plus vite possible pour une meilleure adaptation thérapeutique.

Pour notre étude, nous pouvons proposer les stratégies suivantes pour pouvoir assurer les guérisons et pour éviter la complication de cette paralysie fonctionnelle.

Organiser une collaboration étroite entre le psychiatre, le médecin généraliste, la famille du patient dans la prise en charge thérapeutique, surtout le soutien morale.

Enseigner aux familles l'importance d'une bonne relation affective parentale et surtout mère-enfant.

Encourager le patient pour la réadaptation des malades vers la société.

Et ne pas laisser le malade s'enfermer sur lui-même, mais l'ouvrir sur le monde extérieur par l'échange, la réflexion, la discussion et la partage, afin de le protéger psychiquement.

Il faut négliger la situation ou la source de pathologie, pour éviter la récurrence, et la notion du bénéfice secondaire.

Et il faut être fort en n'importe quelle circonstance que ce soit devant un deuil, ou conflit ou autre.

Pratiquer un meilleur traitement psychothérapeutique, et renforcer une relation médecin malade pour éviter des soins de routine, mais plutôt des soins humanisés.

Pour le programme national pour la santé mentale, mettre en place des acteurs de santé mentale au niveau des CSB pour dépistage afin d'éviter des évacuations sanitaires pour excès.

# **CONCLUSION**



## CONCLUSION

Nous pouvons conclure que, la paralysie fonctionnelle est une maladie qui peut défier la médecine, et difficile à diagnostiquer. C'est un blocage ou inertie de la capacité fonctionnelle d'un membre sans relation à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique détaillée.

Nous signalons aussi que cette maladie permet au patient de tirer des bénéfices secondaires importants d'une situation difficile pour alerter la famille.

Et sa survenu est toujours brutal, post-émotionnel, et surtout favorisé par des facteurs socio-environnementaux.

Le diagnostic de certitude est difficile. Mais des informations suffisantes, rapportées par la famille et l'entourage du patient, sur ses antécédents et l'histoire de la maladie appuyés par les signes cliniques et des examens complémentaires et examen neurologique détaillé, nous permettent d'affirmer le diagnostic d'une paralysie fonctionnelle de la névrose hystérique.

La prise en charge doit être adéquate, pour prévenir la récurrence. Et le traitement médicamenteux associé à l'entretien psychothérapie a une importance curative capitale.

Il est souhaitable de former tous les personnels médicaux sur le diagnostic et la prise en charge de la paralysie fonctionnelle, afin d'éviter les évacuations sanitaire par excès pour des faux diagnostics.

# **BIBLIOGRAPHIE**

## REFERENCES

- 1- **FAINSILBER L.** Eloge de l'hystérie et sa fonction secrète. Renaissance de la psychanalyse. Ed l'Harmattan, 2005 ; 82 ; 119-129.
- 2- **COTTRAOX J. GUYOTAT I.** Psychosomatique et Médecine comportementale collection Médecine et Psychothérapie : 4<sup>e</sup> tirage, 2001 : 175-178.
- 3- **GIRADI P. TALAMO A.** Personality and psychopathological profiles in individuals exposed to mobbing. Journal of Personality disorders, 2007: 22 (2). 172.
- 4- **SEHONFELD D. CONNEMANN B.** La thérapie psychomotrice. Collection Médecine et psychothérapie, 1999 ; 75 (7) ; 619-627.
- 5- **Roy A. MERETTE C.** La psychiatrie. génétique. Abrégés psychothérapie de l'enfant. 6<sup>e</sup> édition. Masson, Paris ; 1997 ; 23-27.
- 6- **HAYNAL W, CRAMER B.** Hystérie : Problème sociaux, épidémiologiques transculturels et écologiques. Médecine psychosomatique, 2000 ; 4 ; 52-56.
- 7- **Michel de CLERCQ,** Urgences psychiatrique et intervention de crise. Buenos Aires 1<sup>er</sup> édition Paris – Bruxelles, 1997, 102-106.
- 8- **BALAMA O.** Un programme de santé mentale pour Niger. Rev. Fr. de psychiatrie et de psychologie médicale N°1 Octobre 1996 : 35-37.
- 9- **Féline A., Guelfi J.D., Hardy P,** Les troubles de la personnalité. Flammarion Médecine – Sciences 4<sup>e</sup> édition, Paris, 2002, 44-47.
- 10- **PEDINIELLI, J.L, Gimenez, G,** Les psychoses de l'adulte. A correspondencia 03<sup>ème</sup> édition, Paris, 2002 ; 128-131.
- 11- **Laplanche, J, Pontalis J.B,** Vocabulaire de la Psychanalyse. Renaissance de la psychanalyse 12<sup>ème</sup> édition, Paris, 1995, 15-18.
- 12- **GIL. R.** Neuropsychologie des émotions. Abrégés neuropsychologiques transculturels et écologiques. Médecine psychosomatique, 2000 ; 4, 41-51.
- 13- **BRUSSET B.** Interprétation psychanalytique des névroses, Encycl. Med. Chir 2000 : 172-175.
- 14- **LEVY P. SOUSSAN.** Etats névrotiques, PSYCHIATRIE, Collection Med-Line 2002, 65-96.
- 15- **NOMINE, B,** « E perciso temer as neurociencias ? », In Hereditariedade 2, 2001, 87-89.

- 16- **SAURI, J** (org). Las Obsesiones. Buenos Aires, Nueva vision, Rio de Janeiro, 1985, 212-230.
- 17- **Michel de CLERQ**. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Psychosomatique et Médecine 1<sup>ère</sup> édition Paris-Bruxelles, 1997 ; 111-116.
- 18- **SHEPHERD, COOPER, KALTON BOWN**. Problèmes in defining clinical significance in epidemiological studies. Arch Gen Psychiatry, 1998; 67 (3); 180.
- 19- **WALKER EA, Deegan D, Gardner G, and Kato WJ**: Psychosocial factors in fibromyalgie compared with rheumaloid arthritis II, Sexual, physical and emotional, 2<sup>e</sup> édition, 1997 (Nov, Déc, 127-129).
- 20- **Pedinielli JL et Rouan G**: Douleur et traumatisme : lecture psychanalytique. Douleur et analgésie, Paris, Nov. 1997, 33-57.
- 21- **GAUTHERON, LBOURCHEIX, A LAURENT-VANNIER**, Principal échelles d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent en médecine physique et réadaptation. IPSEN, 2007.
- 22- **APPELL RA. WHITESIDE H.V**. Diabetes and other peripheral neuropathies affecting lower urinary tract function, in R.J Krane et M.B. Sinoky, Clinical Neurology Boston, Little Brown and CO, 1991: p: 385.
- 23- **CAMBIER J, DEHEN H**. Neurologie. Collection Abrégés de Médecine, 9<sup>e</sup> édition, 1998 ; 525-530.
- 24- **GRIVOIS H, DAUCHY S**. Névroses et personnalités névrotiques, Abrégés urgences psychiatriques, 2<sup>e</sup> édition, Masson, Paris, 1997 ; 65-94.
- 25- **ROUILLON F**. Epidémiologie des troubles psychiatriques. Anales Médico psychologiques, revue psychiatrique, 2008 116 (1), 103-180.
- 26- **LAURENT B**; Eloge de l'hystérie. Neurologists and Psychiatrists working together Psychosom Med, 2007, 69, 128-235.
- 27- **ILLEL K** : Conférence donnée à l'Association Francophone de Psychologie de la Douleur. Congrès annuel de la société Française de la Douleur, Paris, Nov 1997.
- 28- **DEAMMET Ph, CONSOLIS, REYNAUD M**, La dimension psychothérapique. Collection abrégés de Médecine, 5<sup>e</sup> édition, 3<sup>e</sup> tirage, 1999 ; 359-365.
- 29- **KEEL P, BASEL**, Expériences de maladie et l'éducation durant l'enfance. Pervertis Hystérique Ed. J. B Baillièrre, Paris, 2007 ; 7 ; 200-230.

- 30- **Harrop – Griffiths J**, Psychiatric diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvis pain *Psychosomatics*, 36 (6), 1998; 531-540.
- 31- **LACAN J**. Sémiologie psychiatrique. Formation médicale continue. Collection HERMES psychiatrie, 2000 ; 150-178.
- 32- **Burztejn C et Coll** : Névroses et troubles névrotique chez l'enfant. Encyclopédie. Méd chir Psychiatrie, 1995, 37-201-a-60, 10p.
- 33- **L. M. ANDRIANTSEHENO**, T.F. Andrianasy et D.S Andriambao, les troubles psychiatriques à Madagascar ; étude clinique de 376 cas répertoriés à Mahajanga : Manuscrit n° 2458. « Clinique », Reçu le 09 Septembre 2002, p 1-25.
- 34- **ORG, Mond Santé**, Classification des maladies X<sup>ème</sup> révision. Chapitre V, Troubles du comportement, Masson, Paris, 1998, 336.
- 35- **Martineau, Caroline, Dr**, Le Stress post-traumatique. Les quatres concepts fondamentaux de la psychanalyse, 13 Décembre 2005, 10.
- 36- **Moreau Rev Prat**, Somatisation, le trouble somatoforme. Collection Abrégés de Médecine. Paris, 2004, 154-160.
- 37- **P. Janne, N. ZDA NOWICZ, V. P.IVONT, A. Appart, A-DEGROS et CN. REYNAERT** ce que le médecin généraliste est en droit d'attendre d'une hospitalisation en psychiatrie, *Lowain Med*, 1999, 118 : S<sub>11</sub>-S<sub>18</sub>.
- 38- **SIMON L**. Médecine de Rééducation, Edition Flammarion Médecine, Paris, 1981, 305-309.
- 39- **DR ELIDE MONTESI**, La Revue de la Médecine Générale n° 201, « Les troubles psycho-organiques équivalent-ils à des démences ?, 2003, 1-140.
- 40- **Cyril Tarquinio**, la thérapie EMDR dans la prise en charge du traumatisme psychique, *Revue francophone du stress et du trauma*, 2007 : 7 (2) : 107-1

# VELIRANO

Eto anatrehan'ireo mpampianatra ahy, eto amin'ny toeram-mpampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo naira-nianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny anaran'ANDRIAMANITRA ANDRIANANAHARY fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampa-natontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboako maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho ; tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoako mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra ao antranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka ho tanako ho aho samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanaton-tosana zavatra mamoa fady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'olona tsaboiko ny anton-javatra

ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorotoroina aza ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho, ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Hotoavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotra henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

Nom et Prénom : **NOROSOA Eliantine**

---

Titre de thèse : **LES PARALYSIES FONCTIONNELLES DE LA NEVROSE  
HYSTERIQUE**

---

Rubrique de la thèse	: Neuro-psychiatrie
Format	: 21 x 29,7 cm
Nombre de pages	: 60
Nombre de tableau	: 02
Nombre de références bibliographiques	: 40
Mots-clés	: paralysie, névrose, hystérie, impotence fonctionnelle

---

### **RESUME**

La paralysie fonctionnelle névrotique est un blocage ou une inertie d'un membre, non liée à une atteinte organique démontrable à l'examen neurologique. C'est une affection psychiatrique très fréquente chez les adultes jeunes entre 30 à 40 ans (54,54%) avec une prédominance féminine de l'ordre de 80%.

Notre étude est prospective, analytique sur une période de 17 mois (de Janvier 2008 à Juin 2009).

La paralysie fonctionnelle névrotique est difficile à diagnostiquer et exige un interrogatoire bien mené pour comprendre surtout l'antécédent et l'histoire éventuelle de la maladie (son début qui est toujours brutal et la notion de bénéfice secondaire favorise cette pathologie).

L'examen clinique et paraclinique sont toujours normaux.

Et l'évolution de cette maladie est toujours favorable après un traitement symptomatique et surtout essentiellement psychothérapique.

Mais la survenue des complications telles que les ankyloses articulaires ainsi que les récurrences peuvent exister.

---

Directeur et Rapporteur : Monsieur le Docteur **TSANGANDRAZANA**

---

Adresse de l'auteur : **Logement 279 Cité Tsaramandroso Mahajanga-401**