

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

★★★★★

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

★★★★★



**ANNEE**

**1996**

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DE L'HYSTERIE  
A TRAVERS L'EVALUATION DE 121 CAS SUIVIS  
A LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DU CHU DE FANN**

**MEMOIRE**

**POUR OBTENIR LE CERTIFICAT D'ETUDES SPECIALES (C.E.S) DE PSYCHIATRIE**

**PRÉSENTÉ ET SOUTENU PUBLIQUEMENT**

**LE 18 Décembre 1996**

**PAR**

*Docteur*  
**Mamadou Habib THIAM**

Interne des Hôpitaux  
Né en 1957 à MBitéyène Abdou (SENEGAL)

---

---

**MEMBRES DU JURY**

<b>PRÉSIDENT :</b>	<b>M. René</b>	<b>SOULAYROL</b>	<b>: Professeur</b>
<b>MEMBRES :</b>	<b>M. Ibrahima Pierre</b>	<b>NDIAYE</b>	<b>: Professeur</b>
	<b>M. Momar</b>	<b>GUEYE</b>	<b>: Professeur</b>
	<b>M. Omar</b>	<b>SYLLA</b>	<b>: Maître de Conférences Agrégé</b>
	<b>M. Roger</b>	<b>SALBREUX</b>	<b>: Docteur</b>
<b>DIRECTEUR DE MÉMOIRE :</b>	<b>M. Momar</b>	<b>GUEYE</b>	<b>: Professeur</b>

A MA MERE (In Memorium)

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A MES PARENTS ET AMIS

AU DOCTEUR KAMADOR TOURE

## A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur	René	SOULAYROL
Monsieur le Professeur	Ibrahima Pierre	NDIAYE
Monsieur le Professeur	Momar	GUEYE
Monsieur le Professeur Agrégé	Omar	SYLLA
Au Docteur	Roger	SALBREUX

# **PLAN**

## **INTRODUCTION**

### **I - GENERALITES**

#### **I.1 - Définition**

#### **I.2 - Rappels historiques**

### **II - MATERIEL ET METHODE**

#### **II.1 - Cadre d'étude**

#### **II.2 - Matériel**

#### **II.3 - Méthodologie**

II.3.1 - Recueil des données

II.3.2 - Les arguments du diagnostic

II.3.3 - Critères d'inclusion

II.3.4 - Critères d'exclusion

II.3.5 - Population de référence.

### **III - RESULTATS ET COMMENTAIRES**

#### **III.1 - Caractéristiques générales**

III.1.1 - Fréquence

III.1.2 - Répartition par âge

III.1.3 - Répartition par sexe

III.1.4 - Répartition par ethnie

III.1.5 - Répartition par profession

III.1.6 - Répartition selon l'origine.

III.1.7 - Répartition selon la religion.

## **III.2 - Données biographiques**

III.2.1 - Scolarisation

III.2.2 - Rang dans la fratrie

III.2.3 - Statut matrimonial

III.2.4 - Les antécédents

## **III.3 - Les circonstances déclenchantes**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXE**

# *INTRODUCTION*

## INTRODUCTION

L'hystérie est connue depuis l'Antiquité : Du grec "hystera" qui signifie "matrice", du fait de l'explication étiopathogénique que l'on donnait à ses manifestations en rapport avec l'organe féminin. Si bien que, pendant longtemps, certains auteurs en avaient fait une maladie de la femme essentiellement. C'est C. LEPOIS qui au XVII<sup>e</sup> siècle eut le mérite d'affirmer l'existence de l'hystérie masculine contredisant ainsi le modèle fondamental de la maladie.

C'est une pathologie qui fut qualifiée tantôt de *possession démoniaque*, tantôt de *débordement sexuel*. Ce n'est qu'au XIX<sup>e</sup> siècle qu'elle fut très bien décrite par un neurologue français de la Salpêtrière J.M. CHARCOT. Par la suite son disciple S. FREUD l'a largement expliquée. Le concept a été, en particulier, profondément remanié par les hypothèses psychanalytiques. Et si, dans la littérature anglo-saxonne, on s'appesantit maintenant sur le versant (conversion, dissociation), en Europe l'hystérie échappe encore à cette *mise en pièces* car son concept est toujours accepté par la psychiatrie française. M. BOURGEOIS (7), Ph. AMARILLI et Coll (1).

C'est une pathologie fréquente dont le diagnostic est souvent porté. C. G. JUNG, dans sa correspondance du 2 Juin 1912 à S. FREUD, lui en parlait comme "la maladie à côté de laquelle toutes les autres maladies nerveuses ne sont que des raretés".

En Afrique, dès 1945, N. DEMBOVITZ (16) évoquait l'hystérie comme étant "l'empreinte de la psychiatrie chez les Africains". L'auteur avait remarqué que *le mécanisme de l'hystérie était si volontiers utilisé que les symptômes de conversion colorent, non seulement les dépressions névrotiques et les états anxieux, mais aussi les psychoses vraies*. M. BOUCEBCI et Coll. (6) ont également publié une étude portant sur 123 cas d'hystérie diagnostiqués en milieu hospitalier algérois.

Dans la littérature médicale sénégalaise, nous avons peu de données concernant l'hystérie. Les premières descriptions faites par H. COLLOMB et Coll. remontent en 1960 (13) et 1963 (11). Plus tard dans une autre étude publiée en 1965, H. COLLOMB et Coll. ont

soulevé l'épineux problème des rapports entre l'hystérie et la *crise de possession* (12).

Une étude récente de M. MBODJI s'est intéressé à la psychopathologie de l'hystérie féminine (29) en 1989.

Dans le présent travail, nous nous proposons d'étudier les facteurs épidémiologiques de l'hystérie telle que nous la rencontrons dans le service de psychiatrie du CHU de Fann, dans le cadre de nos activités de consultations externes.



# *GÉNÉRALITÉS*

# GÉNÉRALITÉS

## I.1 - DEFINITION

L'hystérie est une psychonévrose à manifestations polymorphes dont l'originalité est qu'elle constitue un compromis entre les pulsions sexuelles et agressives. Le mécanisme de défense est essentiellement le refoulement qui lutte contre une culpabilité œdipienne. Cette psychonévrose s'installe sous l'influence de différents facteurs traumatisants, aussi bien aigus que plus ou moins prolongés (9).

C'est une névrose *expressionnelle* dans laquelle les conflits intrapsychiques inconscients se manifestent symboliquement en des symptômes corporels spectaculaires, sans lésions organiques sous-jacentes (conversion somatique), et/ou des symptômes psychiques de registre très varié. Tous ces symptômes peuvent être soit paroxystiques, soit durables. Mais ils ont tous valeur de langage. Ils surviennent le plus souvent sur une personnalité particulière de type névrotique. Cependant l'hystérie, sous forme de névrose, en tant que réaction à telle ou telle situation traumatisante, peut survenir chez une personne ne manifestant jusque là aucun trait de caractère hystérique (5, 27).

Le caractère spécifique de l'hystérie est que le conflit intrapsychique, désir et fantasme, qui est refoulé parce qu'il ne pouvant pas être admis par la conscience, s'exprime ou plutôt se "déplace" sur le corps, par des symptômes soit somatiques, soit comportementaux. Et théoriquement, le symptôme doit céder lorsque le conflit est ramené dans le champ de la conscience.

C'est ce polymorphisme qui est à la base de toute la difficulté qu'il y a à aboutir à un consensus autour de la définition de l'hystérie. LASEGUE disait que "la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée et ne le sera jamais". Car pour lui, les symptômes ne sont "ni assez constants, ni assez conformes, ni assez égaux en durée et en intensité" pour permettre un modèle descriptif univoque.

Cependant la réalité est que l'hystérie a été définie mais de plusieurs façons. Ainsi les surréalistes cités par ROUDINESCO (33), avaient proposé en 1928 une *nouvelle définition* de l'hystérie : "l'hystérie, écrivent-ils, est un état mental plus ou moins irréductible se caractérisant par la subversion des rapports qui s'établissent entre le sujet et le monde moral duquel il croit pratiquement relever, en dehors de tout symptôme délirant. Cet état mental est fondé sur le besoin d'une séduction réciproque qui explique les miracles hâtivement acceptés de la suggestion (ou contre-suggestion) médicale". Pour ces auteurs, ARAGON et BRETON, "l'hystérie n'est pas un phénomène pathologique et peut à tous égards être considérée comme un moyen suprême d'expression".

A. POROT considère l'hystérie comme une "disposition mentale particulière, tantôt consitutionnelle tantôt accidentelle et passagère..." qui sous-tend le phénomène de la conversion somatique et psychique.

Pour G. DAR COURT, l'accent est mis d'abord sur le côté structural de la personnalité hystérique puis la *fréquence de la conversion* avant d'attribuer le tout à la *non résolution du conflit d'Oedipe* et à une fixation au 1er temps du complexe d'Oedipe (14).

Dans sa tentative de définition R. GORI écrit : "l'hystérie, chaque fois en changeant de masque, a précipité les lacunes de toute théorisation..... en portant notre savoir à ces limites" (19).

J.P. MATOT accrédite l'opinion selon laquelle il est significatif que cette tentative d'élaborer une monographie a-théorique échoue de manière patente sur l'écueil de la conversion hystérique (28).

"Elle voyage dans le temps, disait GUILLAUME, en laissant volontiers des traces et des formes différentes selon les époques" (20).

D'autres auteurs ont également tenté de définir l'hystérie à leur façon.

Tout ceci semble corroborer l'idée de G. DAR COURT quand il affirmait que "c'est certainement l'un des concepts psychiatriques

entendu dans le plus grand nombre de sens. Et sa grande forme est en partie due au fait que chacun met en lui ce qu'il veut" (14).

## **I.2 - RAPPELS HISTORIQUES**

L'Hystérie est connue depuis l'antiquité. Déjà les écrits médicaux des Papyrus Kahoun de l'ancienne Égypte (10) décrivaient des troubles analogues aux symptômes hystériques.

HIPPOCRATE avec l'école de Cos évoquait l'origine sexuelle des troubles qui seraient liés à une migration de l'utérus.

C'est avec GALIEN que cette théorie de la migration fut abandonnée. L'utérus était devenu "fixe" tout en étant à l'origine des troubles.

Au moyen âge et à la renaissance avec les conceptions augustinienes, les hystériques, prises pour des sorcières, sont traquées ou brûlées sur les bûchers par les tribunaux.

PARACELSE en 1567 ramène l'hystérie dans le champ de la médecine. Mais la première description précise des symptômes était faite par SYDENHAM au XVII<sup>e</sup> siècle (8).

Le XIX<sup>e</sup> fut marqué toujours par la recherche d'une causalité à la maladie : un nouveau courant d'idées faisait jour, né de la théorie du magnétisme. C'est l'époque de la grande polémique entre la Salpêtrière et la Faculté de Nancy, qui opposait d'une part BERNHEIM et LIEBAULT et d'autre part CHARCOT et MESMER.

"A partir de 1887, l'affrontement dualiste entre CHARCOT et BERNHEIM se complète par l'intrusion grandissante d'un troisième personnage, celui qui restera de tous le plus célèbre : S. FREUD" (25).

FREUD avait fait un séjour à la Salpêtrière puis à Nancy. Il avait fait connaissance de la célèbre PAPPENHEIM BERTHA (alias ANNA O.) que BREUER avait traitée à plusieurs reprises. Après analyse de ses notes prises çà et là, FREUD comprit que la force de la suggestion était une force interne (l'inconscient) et non l'effet d'une force externe. Il avait conçu l'idée du refoulement et pointa un doigt sur l'origine sexuelle de la maladie et sur l'importance du transfert dans sa thérapeutique.

Ainsi la psychanalyse naquit. AZOURI écrit : "sans l'hystérie la psychanalyse n'aurait pas vu le jour. Avec l'hystérie la psychanalyse continue à apprendre" (3).

C'est la psychanalyse qui poussera le plus loin possible les théorisations de la conversion hystérique.

*MATERIEL ET  
METHODE*

## **II.1 - CADRE D'ETUDE**

Notre étude a pour cadre la Clinique Psychiatrique Moussa DIOP intégrée à un hôpital général, le CHU de FANN qui comprend d'autres spécialistes : Neurologie, Neurochirurgie, Maladies Infectieuses, Pneumophtisiologie, Pédiatrie, Léprologie, Chirurgie Dentaire. Cette clinique a une vocation d'enseignement, de soins et de recherches.

Elle comprend trois services :

- Un service d'hospitalisation avec une capacité de 40 lits répartis dans 4 divisions.
- Un service de Pédopsychiatrie dénommé KER XALEYI (La Maison des Enfants) qui fonctionne en hôpital de jour.
- Un service de consultations externes pour adultes créé en 1972. C'est dans ce service que s'est déroulée notre étude durant la période du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre 1994, année pendant laquelle nous y étions affecté en qualité d'Interne.

Il fonctionne de façon autonome et dispose d'un fichier numérique.

Le personnel de ce service comprend :

- \* Un Psychiatre Maître-Assistant responsable du service.
- \* Quatre médecins stagiaires tous inscrits au CES de Psychiatrie.
- \* Trois Infirmiers d'Etat.
- \* Une assistante sociale.
- \* Une secrétaire.
- \* Un garçon de salle.

A ce personnel plus ou moins permanent viennent s'ajouter les stagiaires de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université Cheikh Anta Diop de Dakar, de l'Ecole des Infirmiers et Infirmières d'Etat et de l'Ecole des Assistants et Educateurs sociaux spécialisés.

## **II.2 - MATERIEL**

Notre travail a porté sur l'ensemble des patients psychiatriques âgés d'au moins 15 ans et reçus pour la première fois en consultation au CHU de Fann durant la période d'étude. Ils viennent de toutes les régions du pays. La plupart de ces patients sont adressés par le service d'accueil du CHU de Fann, d'autres par les structures de santé publiques ou privées. Sur les 1025 patients reçus à la consultation durant la même période, nous avons relevé 121 dossiers de malades étiquetés hystériques sur un total de 128. Nous n'avons pas pu retenir les 7 dossiers qui restent. Ils ne répondent pas à nos critères diagnostiques.

Il s'agit d'un dénombrement non répétitif des sujets, chacun étant vu pour la première fois dans ce service. Les anciens malades venus pour des contrôles ne sont pas pris en compte dans le recrutement de nos patients.

Il faut préciser que ces nouveaux patients sont reçus sur rendez-vous planifié, sauf en cas d'urgence, par l'infirmière major.

Ce chiffre de 1025 patients peut être considéré comme étant lié au rythme de travail que s'est fixé le personnel du service (81). Chaque médecin recevant aux maximum trois nouveaux consultants, trois à quatre jours par semaine.

## **II.3 - METHODOLOGIE**

### **II.3.1 - Recueil des données**

Un questionnaire a été rempli pour tous les patients chez qui le diagnostic d'hystérie est retenu. (**voir Annexe**).

C'est un questionnaire qui comportait sept rubriques :

- Les données générales ; identité, sexe, âge, situation matrimoniale, activité professionnelle, ethnie, origine géographique des patients.
- Le tableau clinique que présentaient les patients à leur arrivée.



- L'évolution de la maladie.
- Les antécédents familiaux et personnels, en particulier la biographie des patients.
- Un bilan paraclinique éventuellement (Electroencéphalographie, Electrocardiographie, Electromyographie, radiographie du crâne, ionogramme, dosages biologiques).
- Les critères du diagnostic de la CIM - 10\* .
- La prise en charge thérapeutique.

Certains patients ont pu bénéficier d'examens paracliniques (EEG, EMG, ECG, dosages biologiques), compte tenu du contexte clinique évocateur d'une organicité qu'ils présentaient.

Ceci nous a permis de noter un cas particulier d'une patiente de 50 ans reçue dans un tableau clinique d'agitation motrice et de vomissements associés à une douleur rétrosternale. Tous les critères pour le diagnostic d'hystérie étaient remplis. L'ECG a révélé un "infarctus antéro-septal gauche". L'hypothèse d'une comorbidité a été retenue chez cette patiente.

### **11.3.2 - Les arguments du diagnostic**

Nous avons considéré comme hystérique tout sujet répondant aux critères empruntés à la CIM-10 (31). Dans cette 10e édition de l'OMS, l'hystérie est incluse dans le chapitre des *troubles dissociatifs* dits " de conversion". Ces troubles ont en commun une perte partielle incomplète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels. Sont réunis dans ce chapitre : l'hystérie, l'hystérie de conversion, la personnalité hystérique et la réaction de conversion.

Ces troubles dissociatifs sont dits psychiques parce que survenant en relation temporelle étroite avec des événements traumatiques, des problèmes insolubles et insupportables ou des relations interpersonnelles difficiles.

---

\* Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 10e édition.

Le diagnostic repose sur les critères suivants :

- La présence d'éléments caractéristiques propres à chaque trouble dissociatif.
- L'absence de tout argument en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes.
- La mise en évidence d'arguments en faveur d'une origine psychique c'est-à-dire d'une relation temporelle manifeste entre la survenue du trouble et celle d'un événement stressant d'un problème traumatisant ou d'une perturbation des relations interpersonnelles (même si ces problèmes sont niés par le sujet).

Certains diagnostics n'ont pu être portés qu'après un suivi ambulatoire de quelques semaines à quelques mois ou après une confrontation clinique avec les autres médecins autour du dossier. Il arrive souvent que le diagnostic de départ soit rectifié.

L'exemple le plus typique est celui d'une patiente de 27 ans initialement hospitalisée dans le service des Dames pour psychose hystérique. Cinquante sept jours après, elle quitte l'hôpital avec comme diagnostic : "entrée dans la schizophrénie sous forme pseudo - névrotique".

### **11.3.3 - Les critères d'inclusion**

- Tous les patients âgés de 15 ans et plus reçus pour la première fois en consultation psychiatrique entre le 1er Janvier 1994 et le 31 Décembre 1994.
- Avoir réuni les critères diagnostiques indiqués ci-dessus même si l'organisation de la personnalité sous-jacente n'est pas manifestement de type hystérique.

### **11.3.4 - Les critères d'exclusion**

— Tous les patients dont les renseignements complets et fiables n'ont pas pu être obtenus (dossiers inexploitable, patients perdus de vue).

— Tous les sujets âgés de moins de 15 ans, même s'ils présentent un tableau hystérique (Ils ont été adressés au service de Pédopsychiatrie Ker Xaleyi).

### **11.3.5 - La population de référence**

Les données démographiques du Sénégal ont pu être obtenues à la Direction de la Prévision et de la Statistique (rapport national de RGPH\* de 1988 avec taux d'accroissement de la population, mis à jour en Juin 1993).

Nous avons comparé nos résultats à ceux de la population de 15 ans et plus durant l'année de notre étude.

D'après le rapport du RGPH\* de 1988 réajusté en Juin 1993, le Sénégal comptait 6 896 808 habitants dont 3 630 214 sont âgés de 15 ans et plus soit 52,62.

---

\* Recensement général de la population et de l'habitat.

*RESULTATS  
ET  
COMMENTAIRES*

**III - 1**  
**CARACTERISTIQUES**  
**GENERALES**

### III.1.1 - FREQUENCE

Le service de consultations externes a reçu 1025 nouveaux consultants du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre 1994. Il n'est cependant pas le seul lieu de consultations psychiatriques au Sénégal. D'autres structures reçoivent et traitent également des malades psychiatriques.

Il s'agit essentiellement :

- des malades vus par les autres psychiatres du CHU de Fann, les médecins....
- de l'Hôpital Principal de Dakar situé en plein centre de la ville.
- de l'Hôpital Psychiatrique Henri Collomb de Thiaroye construit en 1960 dans la banlieue à 18 Km de Dakar.
- des cabinets et cliniques privés de Dakar et de sa banlieue.
- dans la région de Thiès le DIAMM\* institué en 1977 est présente dans les communes de Thiès, de Mbour, de Khombole et de Tivaouane, en assurant des consultations périodiques à raison d'une visite par mois et par localité. Ce qui permet aux malades et à leurs familles de faire l'économie d'un déplacement sur Dakar et permet en même temps une éducation de la population sur place.
- à Saint Louis, il y a une consultation psychiatrique à l'hôpital régional depuis Juillet 1987 dans le cadre du stage rural de six mois des internes en psychiatrie qui y passent à tour de rôle..
- dans la région de Ziguinchor, le village psychiatrique de Kenia inspiré des villages thérapeutiques traditionnels qui fonctionne sur un mode facilitant la réinsertion sociale des malades après leur guérison.

---

\* Dispositif Itinérant d'Assistance aux Malades Mentaux.

Le CHU de Fann ne conserverait donc pas le rôle primordial dans la réception des malades mentaux par rapport à ces différentes structures, même prises séparément.

Dans ce chapitre nous exposerons d'abord les caractéristiques des nouveaux consultants du service de Psychiatrie de Fann durant l'année 1994. Ces résultats sont représentés dans les tableaux I, II, III et IV.

Ils concernent les items suivants : sexe, religion, situation matrimoniale, groupe ethnique, origine géographique, la profession (activité économique) et la nosographie.

Le tableau I montre que ces 1025 consultants de notre année de référence, il y a 586 de sexe masculin pour 439 de sexe féminin; soit 57,2 % d'hommes et 42,8 % de femmes.

Le rapport de masculinité est de 1,34. Cette prédominance masculine est retrouvée dans les travaux antérieurs faits dans le service. PICARD (32), a trouvé en 1984 61,1 % d'hommes et 38,3 % de femmes. ANDRADE (2) en 1979, 64,7 % contre 35,3 %. KOUMARE (2) en 1980, 65,6 % contre 34,4 %. NDIAYE (30), en 1989, 67,5 % contre 32,5 %.

Suivant les religions, nous avons noté 973 musulmans et 52 chrétiens soit respectivement 94,9 % et 5,1 %. Les chiffres donnés dans les rapports du RGPH sont de 93,8 % de musulmans et 4,3 % de chrétiens.

Nos résultats sont en corrélation avec la répartition nationale de la population en fonction de la religion.

Pour la situation matrimoniale, plus de la moitié des patients reçus en psychiatrie sont des célibataires (574 soit 56 %). Les mariés des deux sexes sont au nombre de 369 (soit 36 %).

Nos résultats sont compatibles avec ceux trouvés avec d'autres auteurs qui ont travaillé dans le même service :

PICARD	51 % de célibataires et 40 % de mariés.
NDIAYE	60,4 % de célibataires et 32,3 % de mariés.

Il n'y aurait pas de différences significatives entre ces résultats et les nôtres.

Deux groupes ethniques prédominent : les wolof (55,5 %), les pulaar (24,3 %). Le groupe des wolof est composé des wolof et des lébou. Les pulaar sont constitués des Foula, des Laobé, des Peul et des Toucouleur.

Ces chiffres sont superposables à ceux du recensement national (RGPH) qui montre 42,7 % de Wolof, les Pulaar 23,7 %, les Sereer 14,9 % et les Diola 5,3 %.

On constate que les Wolof sont sur-représentés. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans le groupe des Wolof on retrouve les Lébou et ces derniers sont largement représentés dans la Presqu'île du Cap Vert.

Par contre le pourcentage des Pulaar, des Sereer et des Lébou est superposable aux données du recensement national. Par conséquent il n'y aurait aucune significativité.



**TABLEAU I : Répartition de la population consultant selon le sexe, la religion, la situation matrimoniale et les groupes ethniques.**

		Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)
Sexe	Masculin	586	57,2
	Féminin	439	42,8
Religion	Musulmans	973	94,9
	Chrétiens	52	5,1
Situation Matrimoniale	Célibataires	574	56
	Mariés	369	36
	Divorcés	55	5,4
	Veufs	27	2,6
Groupes ethniques	Wolof	569	55,5
	Pulaar	248	24,3
	Séreer	105	10,2
	Joola	26	2,5
	Autres	77	7,5

Le tableau II montre la répartition des patients suivant leur origine géographique. Il y a 681 patients venant de la région de Dakar soit 66,4 %. Les autres patients viennent de l'intérieur du pays. Nous notons un seul patient qui venait de la République Islamique de Mauritanie.

Différents facteurs pourraient être à l'origine de cette disparité quant à la répartition géographique des patients et leur origine :

- l'accessibilité des malades à un système de soins adéquats ce qui renvoie aux problèmes logistiques et financiers. Nous rappelons que l'une des raisons principales de la création du DIAMM était de pallier à cela.
- la tolérance des groupes sociaux traditionnels aux troubles mentaux plus marquée en milieu rural qu'en milieu urbain où ces troubles deviennent très vite préoccupants. En milieu rural, le premier relais thérapeutique est le plus souvent les tradipraticiens. Ce n'est qu'après de multiples tentatives sans succès que les parents et leurs malades décident à consulter en médecine moderne.
- la plus grande concentration de la population à Dakar.
- la réticence des populations rurales quant à la promptitude à consulter un médecin, ceci étant lié à la représentation qu'elles se font des maladies d'une façon générale et de la maladie mentale en particulier.

**TABLEAU II : Répartition selon l'origine géographique**

Régions	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
Dakar	681	66,4	66,4
Thiès	98	9,6	76
Diourbel	62	6	82
Kaolack	55	5,4	87,4
Saint Louis	44	4,4	91,7
Louga	38	3,7	95,4
Fatick	24	2,3	97,7
Tambacounda	10	1	98,7
Ziguinchor	7	0,7	99,4
Kolda	4	0,4	99,8
Autres	2	0,2	100
<b>TOTAL</b>	<b>1025</b>	<b>100</b>	

Les principaux groupes professionnels au sein de l'échantillonnage sont répertoriés dans le tableau III.

Les sujets qui n'ont aucune activité économique sont au nombre de 217 (21,2 %). Soit qu'ils ont une qualification professionnelle mais sont sans emploi depuis au moins un an soit qu'ils n'ont aucune qualification professionnelle et n'exercent aucune activité lucrative.

Si on assimile à ce groupe les "femmes au foyer" et les élèves et étudiants on constate que 53,1 % des patients reçus en psychiatrie n'ont aucune activité économique. C'est-à-dire qu'ils n'ont pas "exercé une activité rémunérée de façon continue pendant au moins trois mois".

Si on assimile les "femmes au foyer" comme des "sans professions", nous constatons que ce dernier groupe devient 37,7 % de la population tandis que les élèves et les étudiants font 15,4 % de la population.

Les travaux antérieurs ont montré 39 % de "sans professions" et 16 % d'élèves et d'étudiants (85, 30,3 % de "sans professions" et 19,9 % d'élèves et d'étudiants (30).

Ce qui montre des résultats similaires à ceux que nous avons trouvés.

**TABLEAU III : Répartition de la population consultante selon l'activité économique.**

Profession	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
Sans profession	217	21,2	21,2
Femmes au foyer	169	16,5	37,7
Elèves et étudiants	158	15,4	53,1
Professions libérales	152	14,8	67,9
Fonctionnaires	56	5,5	73,4
Secteur agro-pastoral	51	5	78,4
Secteur commercial	37	3,6	82
Enseignement	35	3,4	85,4
Retraite	12	1,2	86,6
Autres	91	8,9	95,5
Non précisés	47	4,5	100
<b>TOTAL</b>	<b>1025</b>	<b>100</b>	

Dans le tableau IV nous remarquons que l'hystérie occupe la deuxième place par ordre de fréquence, (121 cas soit 11,8 %) derrière les schizophrénies. Les toxicomanies viennent en troisième position avec 119 cas (11,6 %) puis les BDP 113 cas (11 %), les syndromes dépressifs 108 cas (10,5 %), les épilepsies 80 cas (8,2 %).

En 1984, PICARD a trouvé dans le même service 36 cas d'hystérie dont 30 hommes et 6 femmes sur une population globale de 1743 de consultants soit 0,2 % et 6 % de schizophrénie, 22,5 % de bouffées délirantes, 20 % de dépression, 7,5 % d'épilepsie et 2,5% de toxicomanies. La différence entre ces résultats et les nôtres est très significative.

Nous avons également comparé nos résultats avec ceux d'autres auteurs en ce qui concerne la prévalence de l'hystérie au sein de la population des malades psychiatriques vus au pavillon de consultations (11,8 %).

BOUCEBCI et Coll. (6) en 1986 ont trouvé en algérie 123 cas d'hystérie sur 866 patients psychiatriques soit 14,2 %.

DARCOURT et LAFONT (15) à Nice ont trouvé 1178 cas d'hystérie en 1977 au sein d'une population globale de 9308 malades psychiatriques soit 12,6 %.

L'hystérie aurait une prévalence à peu près identique dans ces trois pays.

# Repartition des Nevroses Au sein des Consultants



Annee 1994

### **III.1.2. - REPARTITION DES HYSTERIQUES PAR AGE**

Nous avons choisi de regrouper nos patients hystériques dans huit groupes d'âge (tableau V).

A la lecture de ce tableau on est frappé par l'importance numérique des sujets âgés de 15 à 24 ans (68 sujets soit 56,2 %).

Alors que dans la population de référence, ces sujets de 15 à 24 ans représentent 12,4 %. Ce qui montre qu'ils sont largement sur représentés dans notre étude.

A partir de 35 ans la fréquence de l'hystérie diminue considérablement. On note 19 cas pour les sujets âgés de 35 ans et plus soit 15,7 % de nos patients.

Les limites d'âge vont de 15 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 27,79 années.

12 patients ont plus de 40 ans soit 10 %.

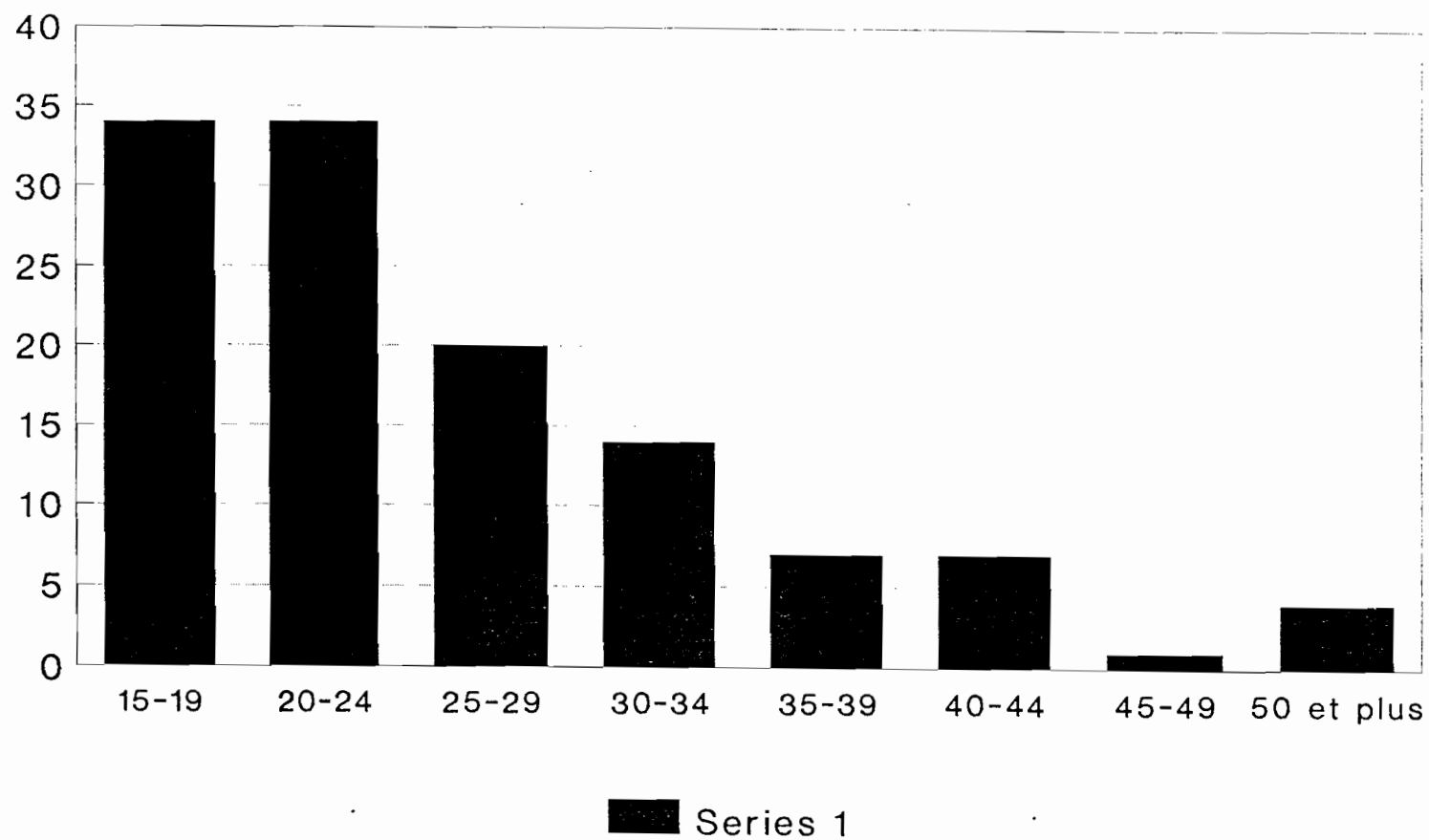
Ces résultats méritent certaines considérations. Ils montrent que l'hystérie est une maladie du sujet jeune. Cependant l'hystérie du sujet âgé existe incontestablement. Mais pour la plupart des auteurs il y a un glissement des symptômes vers des tableaux psychosomatiques et/ou dépressifs.

Selon LEMPERIERE et Coll. (26) les manifestations de la conversion ont tendance à être moins fréquentes au fur et à mesure que l'hystérique vieillit. Ce sont des tableaux de dépression hypochondriaque ou de somatisations multiples.



# Repartition par age

## Hysterie



Du 01/01/1994 au 31/12/94

**TABLEAU V : Répartition des patients selon l'âge et le sexe**

Tranches d'âges (ans)	Fréquences absolues			Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
	Hommes	Femmes	Total		
15-19	3	31	34	28,1	28,1
20-24	5	29	34	28,1	56,2
25-29	2	18	20	16,5	72,7
30-34	0	14	14	11,6	84,3
35-39	0	7	7	5,8	90,1
40-44	0	7	7	5,8	95,9
45-49	0	1	1	0,8	96,7
50 et plus	0	4	4	3,3	100
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>111</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	

### **III.1.3 - REPARTITION DES HYSTERIQUES PAR SEXE**

La distribution par sexe montre une nette prédominance du sexe féminin avec 111 cas (92 %) contre 10 hommes (8 %) soit un sex-ratio égal à 11,1.

Cette différence selon le sexe, relevée dans notre travail est très significative avec un  $X^2 = 103,71$  (P. = 0,000000).

D'autre part cette prédominance féminine a été rapportée tout au long de l'histoire naturelle de l'hystérie. Des travaux plus récents l'ont confirmée également : KOVESS (23), EGGERS (18), BINOUX et des LAURIERS (5), GUZE et Coll. (21).

En Algérie, BOUCEBCI et Coll. ont trouvé sur une population de 123 hystériques que 48,8 % étaient des hommes et 51,2 % des femmes.

DARCOURT et LAFONT, à Nice ont recensé 1103 hystériques sur 7562 dossiers de femmes et 75 hystériques de sexe masculin sur un total de 1746 patients soit des fréquences respectives de 14,5 % de femmes et 4,2 % d'hommes.

Mais comme le dit L. ISRAËL (22), "aussi longtemps que le terme d'hystérie apparaissait en latin dans le langage médical, parler d'hystérie masculine était une antinomie. Un peu comme si l'on imaginait aujourd'hui une question de médecine intitulée : "les douleurs utérines chez l'homme". Le terme ayant pris quelques distance par rapport à son étymologie, le paradoxe est devenu moins frappant". Mais l'hystérie est tout de même, pour la plus part des auteurs en tout cas, rare chez l'homme. Pour LEMPÉRIERE elle est "trois fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Pour Israël "les statistiques ne manquent pas de nos jours encore, pour confirmer la rareté de cette névrose chez l'homme". De l'hystérie chez les hommes, il y en a. Mais précise ISRAËL "les hommes hystériques sont cachés. Et dans la meilleure des cachettes pour un médecin, (c'est-à-dire) sous une autre étiquette diagnostique" (22).

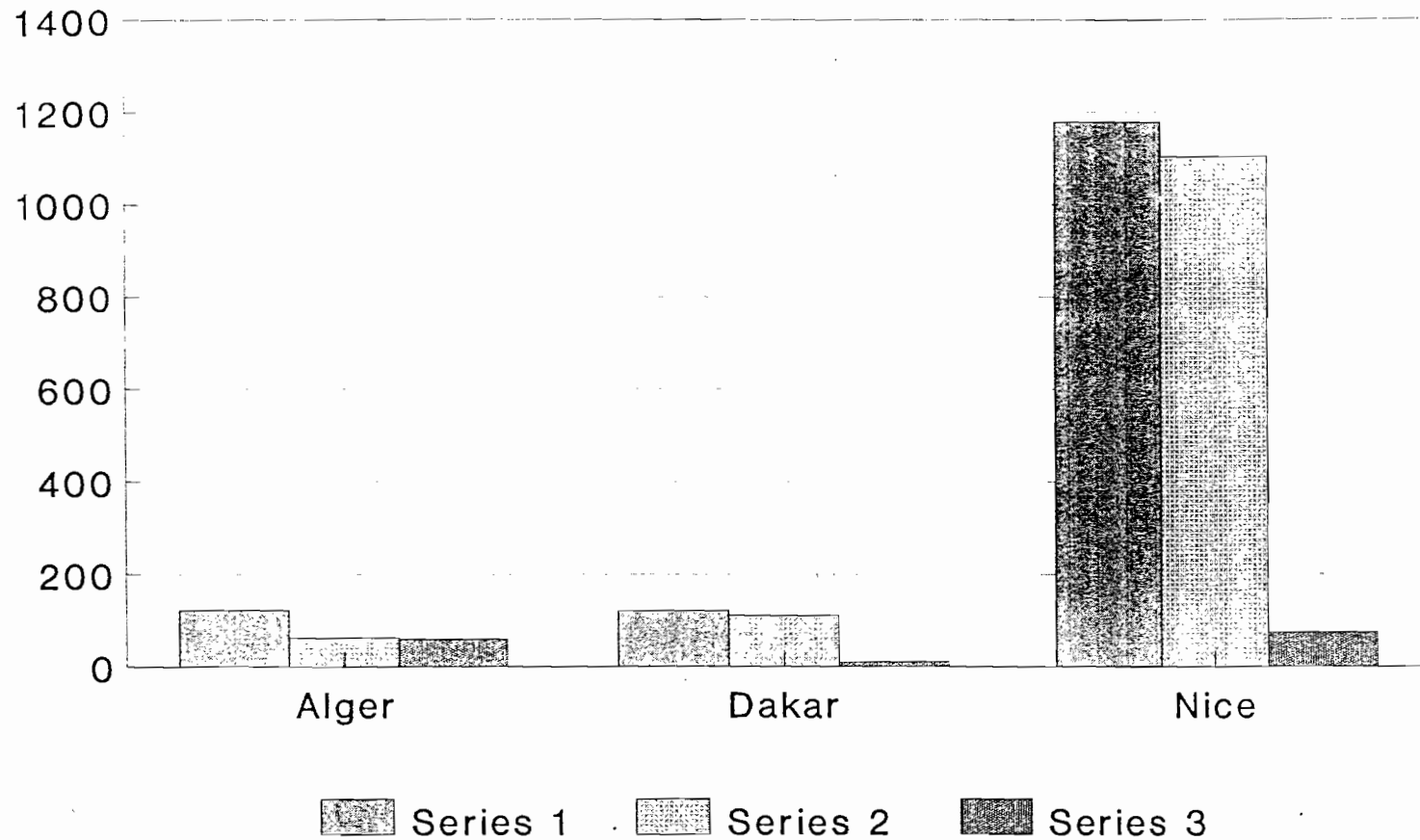
Sur le plan clinique la forme masculine est le plus souvent pauci symptomatique tandis que chez la femme les symptômes sont plus riches, plus morbides, plus polymorphes.

L. ISRAEL fait remarquer qu'il devrait à peine être nécessaire de décrire les symptômes de l'hystérie masculine. Rien en effet ne les distingue de l'hystérie féminine si ce n'est qu'elles ont suscité moins de projections fantasmatiques de la part des médecins.

L'étude de l'hystérie masculine se situe en majeure partie dans l'ère de la médecine scientifique, et n'a donc pas donné lieu aux mêmes débordements imaginaires que l'hystérie féminine poursuit l'auteur. Il ajoute qu'il y a une nuance un peu particulière en ce qui est des symptômes et des traits de caractère mais cela n'empêche que "ce qui sera décrit ici pourra presque toujours être transposé chez la femme et réciproquement".

DEPOUTOT (17) va dans le même sens. Pour lui également les symptômes de l'hystérie de conversion de l'homme sont analogues à ceux de la femme. Leur particularité provient d'avantage de la fréquence relative avec laquelle on les rencontre, et de l'existence de certaines situations ou de certains milieux privilégiés qui favorisent leur éclosion".

# Compar. Prevalence de l'Hysterie Ensemble des Mdes Psychiat.



Serie1• Pop.Totale, Serie2•Femmes Serie3• Hommes

Alger(1986),Dakar(1994),Nice(1977)

### **III.1.4 - REPARTITION DES HYSTERIQUES PAR ETHNIE**

Le tableau VI répertorie les groupes ethniques et leur fréquence dans notre échantillon.

Les Wolof représentent 50,4 % de l'ensemble des patients hystériques, suivis des Pulaar 20 %, des Sérères 12 % et des Joola 6%.

Les valeurs sont superposables aux valeurs du recensement national de la population du Sénégal.

Le reste de la population, très composite, est formé de nombreux groupes ethniques dont les Manjak, les Mancagne, les Sarakholé, les Malinké, les Bambara, les Mandingue, les Libano-Syriens etc.

Il n'y aurait aucune particularité dans notre série en ce qui concerne la distribution de la maladie selon l'ethnie.

**TABLEAU VI : Répartition selon les groupes ethniques**

Groupes ethniques	Fréquences absolues			Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
	Femmes	Hommes	Total		
Wolof	57	4	61	50,4	50,4
Pulaar	23	1	24	20	70,4
Séreer	12	3	15	12,4	82,8
Joola	7	1	8	6,6	89,4
Autres	12	1	13	10,6	100
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>10</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	

### **III.1.5 - REPARTITION SELON LA PROFESSION**

La répartition selon la profession est consignée dans le tableau VII.

La majorité de nos patients ont une activité économique "nulle". Ce sont les sans professions, les "femmes au foyer" les étudiants et les élèves. Ils constituent 80,2 % des patients.

Les "femmes au foyer" constituent à elles seules 50 % de nos patients.

Par contre, le pourcentage des fonctionnaires diminue progressivement. Dans notre étude il est de 5,8 % contre 28 % chez PICARD et 13,5 % chez NDIAYE alors que la population croît régulièrement.

Dans 7,4 % des cas, nous n'avons pas pu obtenir des renseignements concernant la profession.

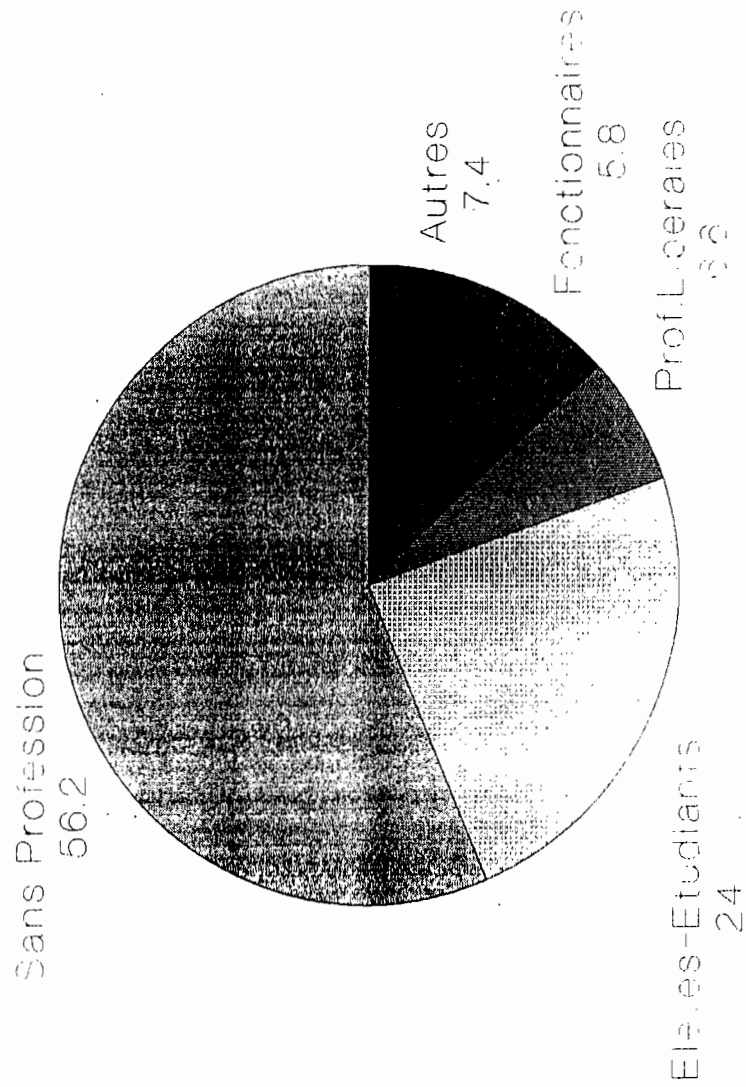
Le statut socio-économique de nos patients est très bas. Au total 53,1 % de nos patients n'ont aucune activité économique consistante.

BOURGEOIS (7) a également relevé dans son étude que les patients étaient issus le plus souvent de familles à bas niveau de vie socio-économique.



# REPARTITION PAR PROFESSION

## Patients Hysteriques



Freq Relatives

**TABLEAU VII : Répartition par profession**

### **III.1.6 - REPARTITION SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE**

Nous remarquons que 82,6 % sont originaires de la région de Dakar dont 50,4 % pour le centre ville et 32,2 % de la banlieue et des autres localités de la région (tableau VIII).

Les autres régions représentent 21 cas soit 17,4 %. Alors que dans l'échantillonnage des 1025 patients, 66,4 % proviennent de la région de Dakar.

Ce qui montrerait qu'à toutes proportions gardées les populations urbaines auraient plus de chance à développer la maladie que la population rurale. Ce qui pourrait trouver une explication dans l'éclatement des liens sociaux qui est le plus souvent constaté dans les grandes agglomérations où toutes les relations sociales sont érigées en système de valeur et où l'individu se trouve abandonné à lui même. BASTIDE (4) avait souligné que les citadins auraient une plus grande disposition à développer des troubles mentaux que les ruraux. Cependant, cette différence pourrait également s'expliquer par le développement démographique des agglomérations urbaines lié à l'exode rural.

Fondée en 1857, Dakar est l'une des plus grandes villes africaines. Elle fut successivement capitale de l'Afrique Occidentale Française, de la Fédération du Mali puis du Sénégal après Saint Louis. Son essor considérable est lié à des origines politiques et économiques, à sa situation géographique, à ses infrastructures portuaires, aéroportuaires, ferroviaires et routières.

**TABLEAU VIII : Répartition selon l'origine géographique**

Origine des malades	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
Dakar - Centre	61	50,4	50,4
Dakar - Banlieue et région	39	32,2	82,6
Autres régions	21	17,4	100
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	

### **III.1.7 - REPARTITION SELON LA RELIGION**

Les données du tableau IX montre que la répartition des patients suivant la religion est superposable à la répartition au niveau national dont les chiffres sont fournis par le RGPH.

Nous relevons dans notre série 93,4 % de musulmans (sans distinction de secte) et 7,6 % de chrétiens (catholiques ou protestants).

Par rapport à la population sénégalaise, il n'y a pas de différence significative avec nos résultats. Le RGPH trouve dans la population de référence 93,8 % de musulmans contre 4,3 % de chrétiens pour l'ensemble du pays.

**TABLEAU IX : Répartition selon la religion.**

Religion	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)
Musulmane	113	93,4
Chrétienne	8	6,6
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**III.2 -  
DONNEES  
BIOGRAPHIQUES**

### **III.2.1 - NIVEAU DE SCOLARISATION**

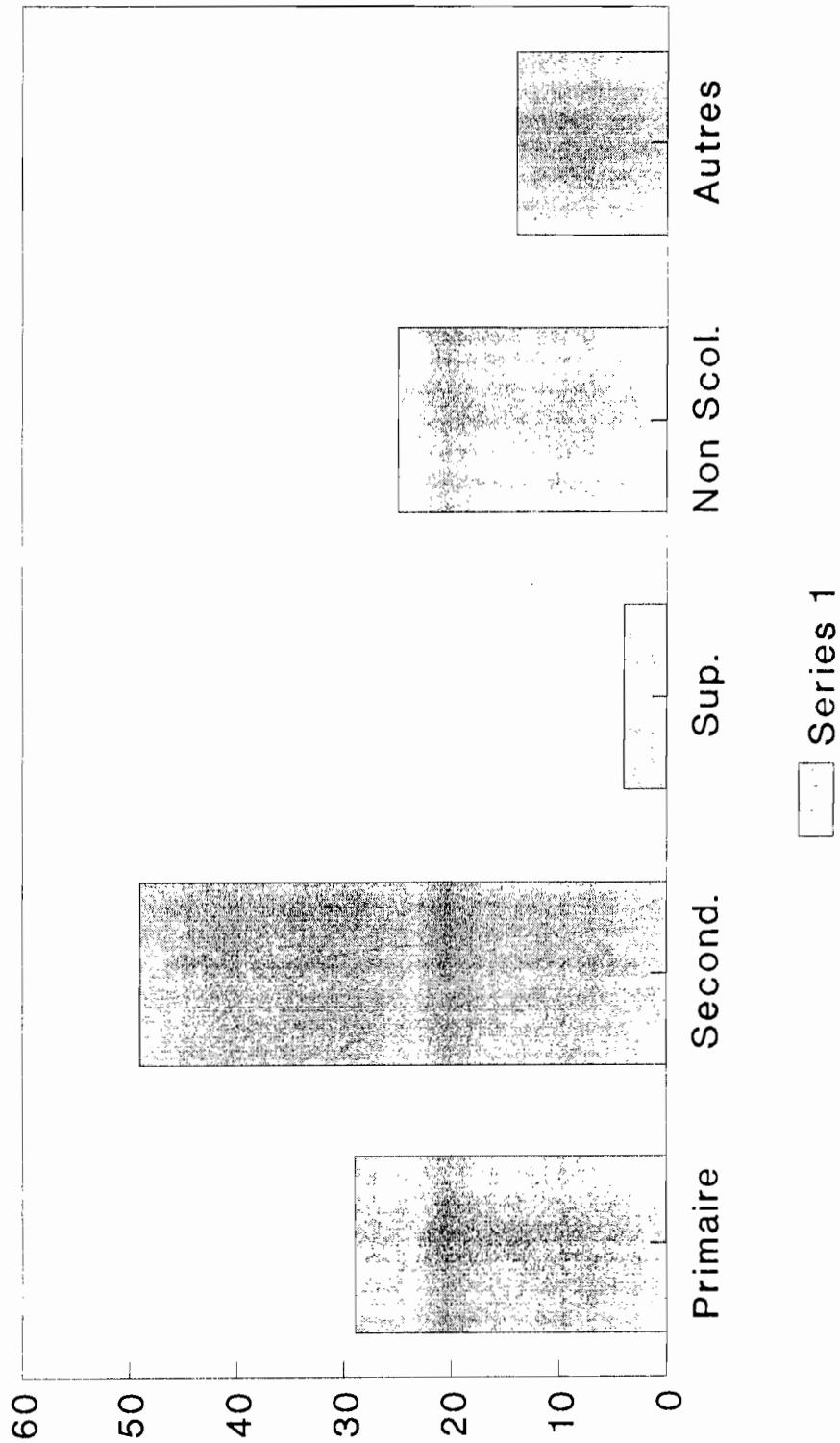
Le tableau X montre que 82 patients sont scolarisés soit 67,8% dont 40,5 % jusqu'aux cours moyen et secondaire et 3,3 % jusqu'à l'enseignement supérieur.

Dans l'ensemble le taux de scolarisation de nos patients est très élevé par rapport à la moyenne nationale fournie par le Ministère de l'Education Nationale (45,2 %).

**TABLEAU X : Niveau de Scolarisation**

# NIVEAU DE SCOLARISATION

## Hystériques



Freq. Absolues

### **111.2.2 - RANG DANS LA FRATRIE**

Les fratries sont réparties comme suit :

- 3 enfants uniques.
- 4 fratries de 2 enfants.
- 114 fratries de plus de 2 enfants.

L'ensemble de ces fratries regroupe :

- 118 aînés dont 21 hystériques (soit 17,8 % des aînés).
- 118 benjamins dont 15 hystériques (soit 12,7 % des benjamins).
- 612 cadets dont 82 hystériques (soit 13,4 % des cadets).

La taille moyenne d'une fratrie est de 6,7 enfants.

Nos résultats sont en corrélation avec la plupart des travaux concernant le rang dans la fratrie et la prédisposition aux maladies mentales.

La classique prédisposition de l'aîné pour les maladies mentales est retrouvée dans notre étude.

Cependant BOUCEBCI et Coll. (6) ont retrouvé 18,2 % d'aînés, 16 % de benjamins et 47,9 % de divers.

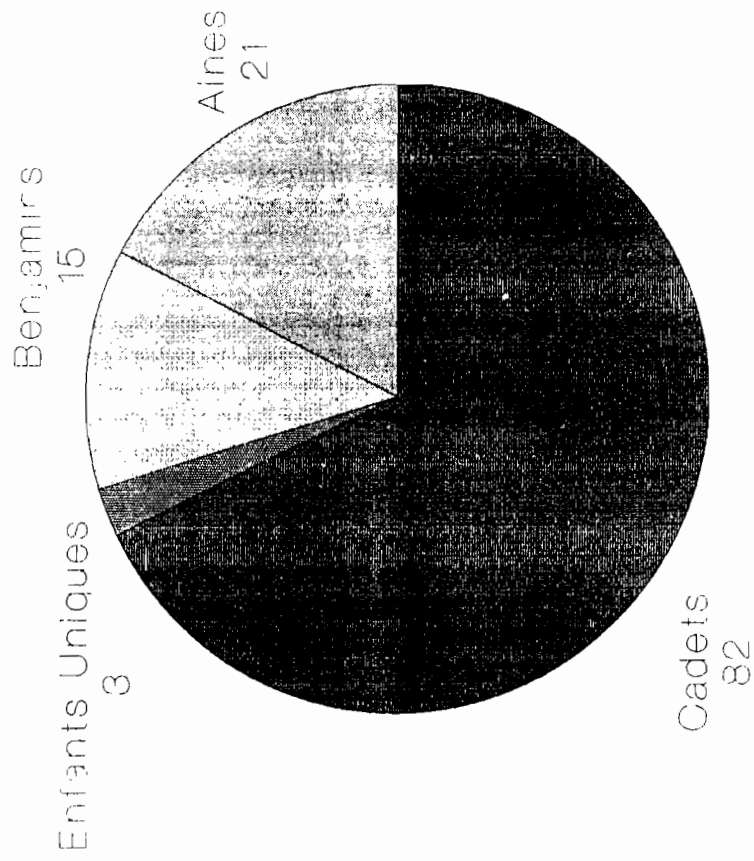
Dans notre civilisation négro-africaine, on trouverait l'explication dans le fait que l'aîné est très tôt responsabilisé dans la famille parce que devant seconder et plus tard remplacer le père. Dans la hiérarchie des pouvoirs au sein de la famille, il vient après le père. Ces charges sont souvent ressenties par l'aîné comme source d'angoisse et de stress permanent.



**TABLEAU XI : Rang dans la Fratrie**

# RANG DANS LA FRATRIE

## Hysteriques



Freq. Absolues

### **III.2.3 - SITUATION MATRIMONIALE**

Aussi bien chez les hommes que chez les femmes on trouve une majorité de célibataires. En particulier tous les hommes hystériques dans notre étude sont des célibataires. Pour les femmes 53 sont célibataires et 42 mariées soit respectivement 47,7 % et 37,8 %.

Dans la population de référence on trouve 19,5 % de célibataires et 67,9 % de mariées soit l'inverse de ce que l'on trouve dans notre étude.

Par contre chez les hommes le pourcentage de célibataire est celui des mariés sont respectivement de 42,2 % et 52,3 % dans la population de référence.

Nos résultats montrent une nette prédominance des célibataires (64,5 %). Le mariage serait-il un facteur protecteur dans la genèse de la maladie ?

La différence entre mariés et célibataires est très significative avec un  $X^2 = 10.56$  ( $P = 0,014377$ ). A propos du mariage HIPPOCRATE ne recommandait-il pas le mariage aux deux titres prophylactique et curatif.

Pour BRIQUET (8) rien n'établit l'action utile du mariage dans la survenue de l'hystérie. En réfutant ces faits l'auteur précise qu'un mariage heureux, désiré, peut certainement être utile, comme tout bonheur, toute tranquillité, mais un mariage malheureux peut aussi être un facteur du développement ou de l'aggravation de l'hystérie. Ces remarques mériteraient d'être prises en considération. On constate d'ailleurs que dans leur étude BOUCEBCI et Coll. (6) ont rapporté 47,6 % de femmes mariées, 19,5 % de divorcées et 30,1 % de célibataires.

Le climat relationnel difficile, source de conflits imposés par les rigueurs socio-économiques où les contraintes religieuses pourraient être un fait explicatif de même que les modèles traditionnels de relations interpersonnelles qui régissent les échanges intra-familiaux.

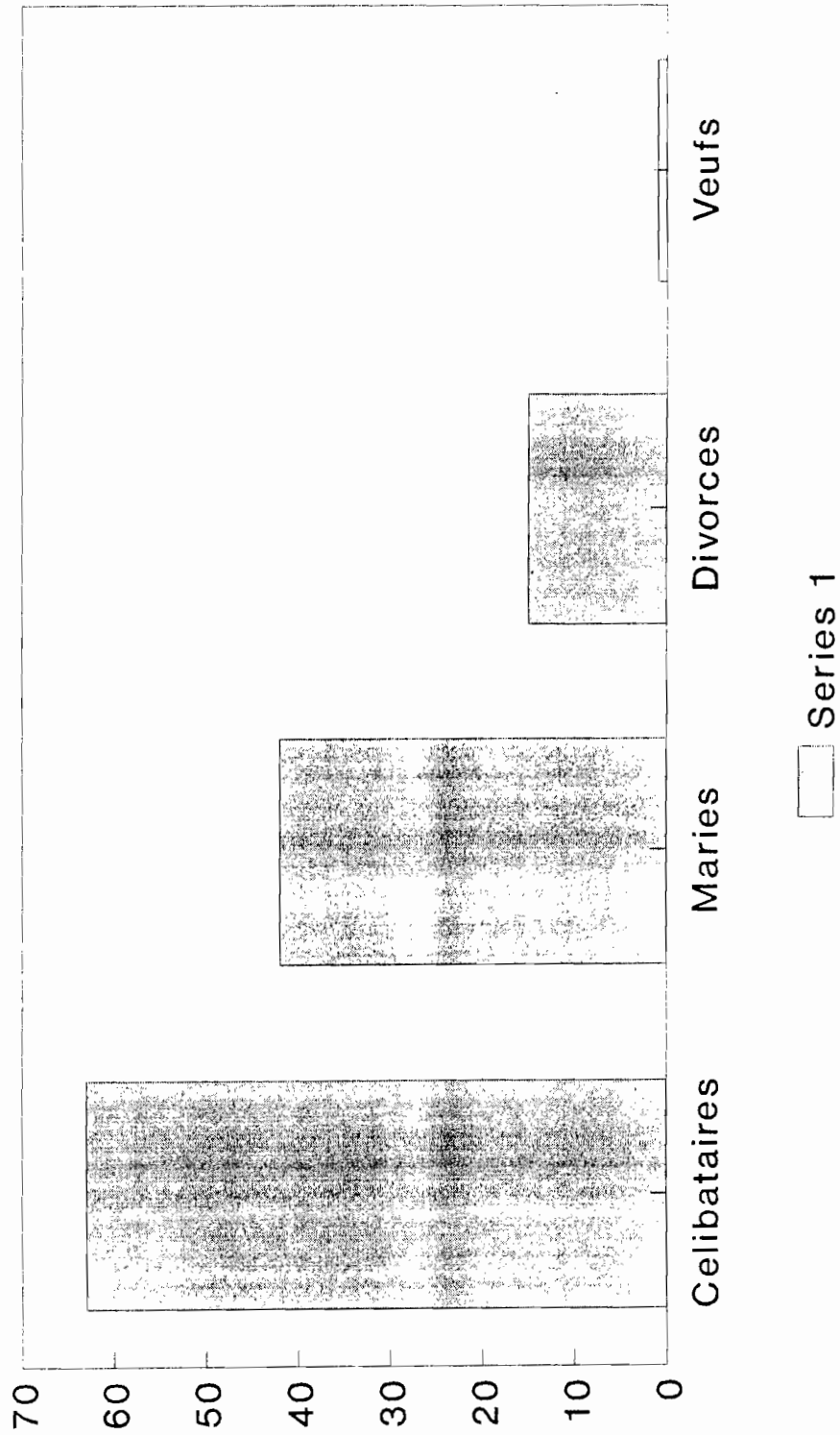
**TABLEAU XII : Statut matrimonial.**

Statut matrimonial	Hommes	Femmes	Fréquences absolues(%)	Fréquences relatives (%)
Célibataires	10	53	63	52,1
Mariés	0	42	42	34,7
Divorcés	0	15	15	12,4
Veufs	0	1	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>111</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**TABLEAU XII (bis) : Statut Matrimonial**

# STATUT MATRIMONIAL

## Hystériques



Freq Absolues

### **III.2.4 - LES ANTECEDENTS**

L'éducation des patients a été assurée par le couple parental dans 63,7 % des cas. Dans certains cas, l'éducation a été faite par la mère seule (7,4%) ou par le père seul (1,7 %).

Dans d'autres cas (25,6 %), c'est des personnes proches de la famille qui ont assuré l'éducation des patients durant leur enfance. Cette alternative est rencontrée dans les cas où les parents sont décédés ou dans les cas où les enfants sont placés chez d'autres tuteurs (tante, oncle, grands parents ou simples amis de la famille).

Les antécédents psychiatriques sont rencontrés dans 30,6 % des cas dont 24 % dans la famille du patient.

Dans 28,1 % des cas, l'un des parents au moins est décédé. Dans 18,2 % les parents sont divorcés. Nous avons trouvé dans les antécédents une notion de *tuur\** et/ou de *xamb\*\** dans 31,4 % des cas.

L'éducation faite en l'absence des deux parents et surtout en l'absence du père a été un élément fréquemment retrouvé dans la biographie de nos patients.

Par ailleurs, les croyances traditionnelles faisant référence à des phénomènes de possession sont largement représentées dans l'histoire familiale de ces patients. SARR et GUEYE (34) ont déjà fait remarqué que "la démonopathie et le dénominateur commun des manifestations psychopathologiques" chez les indigènes d'Afrique Noire.

La plupart des familles d'où sont issus nos patients sont perturbés dans leurs architectures et dans la distribution des rôles par un climat de tension plus ou moins importante le plus souvent générateur de conflits marqués et insoutenables par le patient.

---

\* Esprit attaché à une famille.

\*\* Autel destiné aux sacrifices.

**TABLEAU XIII : Antécédents**

Education du patient	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)
Education faite par les deux parents	77	63,7
Education faite par le père seul (en l'absence de la mère)	2	1,7
Education faite par la mère seule (en l'absence du père)	9	7,4
Education faite par une autre personne (en l'absence des parents)	31	25,6
Non précisés	2	1,7

Médico-chirurgicaux	22	18,2
Psychiatriques	37	30,6
Tuur et/ou xamb	38	31,4
Notion de séparation précoce	9	7,4
Parents vivant ensemble	50	41,3
Parents divorcés	22	18,2
Notion de traumatisme affectif	10	8,3
Décès d'un parent	27	22,3
Décès des deux parents	7	5,8

**III - 3**

**LES CIRCONSTANCES  
DÉCLENCHANTES**

### **III.3. - LES CIRCONSTANCES DECLENCHANTES**

Le tableau XIV montre trois groupes de circonstances qui ont souvent été des facteurs déclenchants des troubles :

— les conflits avec perturbation des relations interpersonnelles dont la grande majorité sont les conflits conjugaux (24 %), les conflits entre les patients et leur famille d'origine (14 %) de même que les difficultés et les frustrations dans les relations avec leur entourage et dans les conflits entre leurs propres parents (11,6 %).

— les événements stressants :

- \* problèmes scolaires (8,3 %),
- \* difficultés matérielles (5,8 %),
- \* problèmes professionnels (3,3 %).

— les problèmes traumatisants tels que :

- \* les séparations avec une personne chère (10 %),
- \* le décès d'un parent (7,4 %),
- \* le divorce du patient (0,8 %).

La majorité des auteurs ont souligné l'importance des facteurs conflictuels traumatisants ou stressants dans l'hystérie.

Il n'existe pas de différence significative entre nos résultats et ceux de la littérature en ce qui concerne les facteurs déclenchants.

Nous soulignerons seulement l'importance des facteurs psychiques, socio-culturels et religieux dans les sociétés dites primitives qui auraient une grande part de responsabilité dans la survenue de ces troubles.



**TABLEAU XIV : Circonstances déclenchantes**

<b>Facteurs déclenchants</b>	<b>Efectif</b>	<b>%</b>
Difficultés scolaires	10	8,3
Conflits conjugaux	29	24
Difficultés matérielles	7	5,8
Problèmes professionnels	4	3,3
Divorce du patient	1	0,8
Difficultés et frustration dans les relations interpersonnelles	17	14
Conflits entre patient et sa propre famille	17	14
Conflits entre les parents du patient	14	11,6
Décès d'un parent	9	7,44
Séparation avec une personne chère	12	10
Autres facteurs*	7	5,8

---

\* - Immigration - Accouchement - Accès palustre.

# *CONCLUSION*

## CONCLUSION

-=-=-=-

Conclure une recherche n'est peut être jamais définitif. D'autres questions peuvent toujours se poser au terme d'une étude et auxquelles il serait encore nécessaire d'apporter d'autres réponses.

Néanmoins, nous pouvons, au terme de cette étude qui avait pour but de connaître le profil épidémiologique de l'hystérie dans notre service, faire une approche globale de la maladie avec les résultats dont nous disposons.

L'enquête portait sur 121 dossiers de patients hystériques colligés du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre de la même année dans le service de Psychiatrie du CHU de Fann.

Nous avons emprunté nos critères diagnostiques à ceux de la CIM-10 dans le recrutement de nos patients.

Du point de vue **fréquence** l'hystérie est la deuxième cause de consultation psychiatrique durant notre année d'étude avec une prévalence relative de 11,8 %. Elle se place derrière les schizophrénies (12,6 %) et devant les toxicomanies (11,6 %), les bouffées délirantes polymorphes (11 %) et les syndromes dépressifs (10,5 %).

Nos résultats se rapprochent de ceux qui sont rapportés à Alger par BOUCEBCI et Coll. concernant la fréquence de l'hystérie au sein de la population des malades psychiatriques avec 14,2 %. A Nice DARCOURT et LAFONT ont trouvé une fréquence de 12,6 %.

Il nous paraît intéressant de souligner que dans le groupe des névroses l'hystérie est deux fois plus fréquente que la névrose d'angoisse (5,4 %). Les autres névroses sont sous représentées avec 0,6 % pour la névrose phobique et 0,5 % pour la névrose obsessionnelle.

Pour ce qui concerne **l'âge**, la moyenne d'âge de nos patients était de 27,7 années. Mais 56,2 % sont âgés de 15 à 24 ans alors que dans la population de référence ces sujets de 15 à 24 ans représentent 12,4 %.

Mais l'interprétation de ces résultats devrait tenir compte non seulement que nous travaillons dans un service de psychiatrie adulte mais aussi que la plupart de auteurs s'accordent à reconnaître que chez le sujet âgé il y a un glissement des symptômes hystériques vers des tableaux psychosomatiques ou dépressifs.

Pour le **sexe**, il n'y a pas de différence significative entre nos résultats et ceux de la littérature. La prédominance féminine qui est une donnée classique de la maladie depuis HIPPOCRATE a été retrouvée dans notre étude. Nous avons noté 92 % de femmes et 8 % d'hommes.

En ce qui concerne **l'ethnie** les données statistiques nationales sont superposables à nos résultats. En effet les ethnies les moins représentées sur le plan national sont également sous représentées dans notre échantillon.

La répartition des patients selon la **profession** montre que 80,2 % n'ont aucune activité économique rémunérée. Ils sont composés en majorité de "femmes au foyer" (50 %) ou d'élèves et d'étudiants (24 %).

Le facteur socio-économique a été rapporté par BOURGEOIS qui avait noté que le plus souvent ses patients hystériques étaient issus de familles au bas niveau de vie socio-économique.

Quant à **l'origine géographique** de nos patients, une interprétation pragmatique des résultats serait plus difficile. 50,4 % des patients proviennent de la ville de Dakar. Il faudrait encore démontrer qu'ils n'y sont pas pour des raisons professionnelles ou sous l'effet de l'exode rurale à la recherche de lieux plus cléments.

De toute façon, le bas taux des ruraux quant à la prédisposition aux troubles mentaux d'une façon générale a été déjà évoqué par BASTIDE.

La répartition des patients suivant la **religion** n'a aucune particularité.

Par contre le taux de **scolarisation** ou plus exactement d'alphabétisation est très élevé dans notre échantillon. 67,7 % ont au moins été à l'école dont 40,5 % jusqu'aux cours secondaires et 3,3 % jusqu'aux études supérieures.

En ce qui concerne la **fratrie**, le risque semble croître inversement au rang du patient dans la fratrie. Nous avons noté 17,8% des aînés, 13,4 % des cadets et 12,7 % des benjamins.

Y-a-t-il une certaine prédisposition chez l'aîné ?

Le **statut matrimonial** paraît jouer un rôle prépondérant dans la survenue de la maladie. Nos patients célibataires représentent 52,1 % tandis que dans la population de référence, les sujets en âge d'être mariés représentent chez les femmes 19,5 % de célibataires et 67,9 % de mariées.

Ces données seront interprétées en sachant qu'en Afrique Noire, plusieurs femmes peuvent être mariées à un seul homme. Alors qu'un homme marié le sera avec au moins une femme sinon plusieurs. Ce qui entraîne une disproportion dans la répartition des sujets en ce qui concerne le statut matrimonial.

On se posera donc la question de savoir si le célibat est un facteur prédisposant et le mariage un facteur protecteur dans l'hystérie. Il faut souligner ici qu'HIPPOCRATE avait proposé le mariage aux deux titres prophylactique et curatif.

Pour les **antécédents**, la plupart des familles d'où sont issus nos patients sont perturbés dans leurs architectures et dans la distribution des rôles par un climat de tension plus ou moins importante le plus souvent générateur de conflits marqués et insoutenables pour le patient.

Enfin, pour les **facteurs déclenchants** de la conversion hystérique, la majorité des auteurs ont souligné l'importance des facteurs conflictuels traumatisants ou stressants dans l'hystérie.

Il n'existe pas de différence significative entre nos résultats et ceux de la littérature en ce qui concerne ces facteurs.

Nous soulignerons seulement l'importance des facteurs psychiques, socio-culturels et religieux dans nos sociétés négro-africaines qui auraient une grande part de responsabilité dans la survenue de ces troubles.

# *BIBLIOGRAPHIE*

# BIBLIOGRAPHIE

--==--

1. - **AMARILLI Ph., PULL C.B., PATRIS M.** - "Considérations sur la mise en pièces de l'hystérie". *Ann. Psychiatr.*, 1994, **9**, 2, pp 97-99.
2. - **ANDRADE A.S.** - "Statistique et Psychiatrie sociale au Sénégal". *Mémoire de C.E.S de Psychiatrie*, Dakar, 1981, n° 26, 106 p.
3. - **AZOURI Ch.** - "La psychanalyse à l'écoute de l'inconscient". Paris, Alléur - Marabout, 1993, 222 p.
4. - **BASTIDE R.** - "Sociologie des maladies mentales". Paris, Flammarion, 1965, 314 p.
5. - **BINOUX F., des LAURIERS A.** - "Hystérie chez le vieillard". *Rev. de Méd.*, 1982, **23**, 38, pp 1989-1993.
6. - **BOUCEBCI M., HAMDANE K., ATTOU A., AZZOUG A., MERDJANI D.** - "L'hystérie en milieu hospitalier algérois". *Psychopath. afric.*, 1988 - 1989, **22**, 2, pp 131-151.
7. - **BOURGEOIS M.** - "La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine. Présentation et justification". *Ann. Méd.-psychol.*, 1988, **146**, 6, pp 552-562.
8. - **BRIQUET P.** - "Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie". Paris, Baillière, 1859, réédition, 2 tomes, Edit. Analectes (Théraplix) 1974.
9. - **BRUSSET B.** - "Le développement libidinal". Paris, P.U.F., 1992, ("Q.S.J."), 126 p.



10. - **CATONNE J. Ph.** - "L'hystérie hippocratique". *Ann. Méd.-Psychol.*, 1992, **150**, 10, pp 705 - 719.
11. - **COLLOMB H., AYATS H., ZWINGESTEIN J.** - "Tétanos hystérique (à propos de 2 cas)". *Bull. Soc. Méd. Afr. N. L. fr.*, 1963, **8**, 3, pp 282-286.
12. - **COLLOMB H., DIOP M., MARTINO P., ZEMPLENI A.** - "Hystérie et crise de possession. Etude ethnopsychiatrique chez les Wolof du Sénégal". *C.R. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de L. fr.*, LXVIII<sup>e</sup> Session, Lausanne, 13-18 Sept. 1965, pp 389-399.
13. - **COLLOMB H., MILLETTO G., PLAS R., BERT J., ZWINGESTEIN J.** - "Hystérie et structure mésodiencephalique". *Ann. Méd.-psychol.*, 1960, 1, pp 316-322.
14. - **DARCOURT G.** - "Peut on définir la conversion ?" *Psychol. Méd.*, 1985, **17**, 11, pp 1719-1722.
15. - **DARCOURT G., LAFONT A.** - "Place de la conversion hystérique en pratique médicale". *Conc. Méd.*, 1977, **99**, 3, pp 206-210.
16. - **DEMBOVITZ N.** - "Psychiatry amongst West African Troops". *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1945, 84, pp 70 - 74.
17. - **DEPOUTOT J.C.** - "Clinique de l'hystérie de l'adulte". In : L. Israël, J.C. Depoutot, J.J. Kress, J.P. Sichel : "l'hystérie". *Encycl. Méd. Chir. (Paris France), Psychiatrie*, 37340 A 10, 10 - 1985, pp 4 - 8.
18. - **EGGERS C.** - "Symptômes et syndromes de l'hystérie de conversion chez l'enfant et l'adolescent". *Neuropsychiatr. enfance*, 1987, **35**, 10, pp 461-468.

19. - **GORI R.** - "L'hystérie : état limite du savoir ou l'hystérie au présent". *Evol. Psychiatr.*, 1982, **47**, 1, pp 179-188.
20. - **GUILLAUME J.C.** - "L'hystérie en transit". *Perspect. psychiatr.*, 1981, **19**, 81, pp 146-151.
21. - **GUZE S.B., WOODRUFF R.A., JR., M.D., PAULA J.C., M.D.** - "Sex, Age and the diagnostic of hysteria (Briquet's syndrome)". *Amer. J. Psychiat.*, 1972, **129**, 6, pp 745-748.
22. - **ISRAEL L.** - "L'hystérie, le sexe et le médecin". Paris, Masson Edit., 1979, 256 p.
23. - **KOVESS V.** - "Le diagnostic de l'hystérie : Enquête auprès des psychiatres français". *Informat. Psychiatr.*, 1982, **58**, 10, pp 1241-1250.
24. - **KOUMARE B.** - "L'impuissance sexuelle chez le noir africain au Sénégal". *Mémoire pour le C.E.S. de psychiatrie*, Dakar, 1980, n°18, 110 p.
25. - **LAXENAIRE M.** - "Introduction à la réunion sur "les Ecoles de Nancy"". *Psychol. Méd.*, 1987, **19**, 2, pp 231.
26. - **LEMPERIERE Th., FELINE A., GUTMANN A., ADES J., PILATE C.** - "Psychiatrie de l'adulte". Paris, Masson, 5e Edit., 1977, 430 p.
27. - **LEMPERIERE Th., HARDY P.** - "La personnalité hystérique". *Rev. Prat.*, 1982, **32**, 13, pp 879-893.
28. - **MATOT J.P.** - "Pour situer la question de l'hystérie chez l'enfant". *Neuropsychiatr. Enfance*, 1989, **37**, 4, pp 179-186.

29. - **MBODJI M.** - "Manifestations d'hystérie féminine en milieu urbain au Sénégal". *Thèse Psychologie Clinique et Pathologique*, Paris X - Nanterre, 1989, 298 p.
30. - **NDIAYE B.** - "Aspects épidémiologiques actuels de la maladie mentale au Sénégal à travers l'évaluation de 6 mois d'activité du Pavillon de consultation de la Clinique Moussa Diop". *Mémoire de C.E.S. de Psychiatrie*, Dakar, 1989, 54 p.
31. - **O.M.S. : C.I.M. - 10.** - "Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement". Paris, Masson, 10e édit., 1993, 306 p.
32. - **PICARD P.G.D.** "Evaluation des activités de consultation externe dans le service de psychiatrie du CHU de Dakar". *Thèse Médecine*, Dakar, 1984, n° 121, 142 p.
33. - **ROUDINESCO E.** - "Histoire de la psychanalyse en France". Paris Seuil Ed., 2 Tomes, 1985.
34. - **SARR D., GUEYE M.** - "La psychiatrie dans l'oeuvre médicale coloniale au Sénégal". *Afr. Méd.* n° 307, Janv. - Fév. 1994, 33° année, pp 18 - 22.



*ANNEXE*

NUMERO D'ORDRE :

\_\_\_\_\_ /

DATE DE 1ère CONSULTATION :

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

## DOSSIER

N° / \_\_\_\_\_ /

RENDEZ-VOUS DU SUIVI EXTERNE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## I. DONNEES GENERALES

1. Nom ..... Prénom .....

2. Age : .....ans Sexe : M  F

3. Ethnie ..... Nationalité .....

4. Profession .....

5. Adresse .....

.....

6. Religion .....

7. Situation matrimoniale :

Marié

Veuf

Veuf remarié

Célibataire

Divorcé

Divorcé remarié

8. Motif de la consultation :

.....

.....

.....

9. Facteurs déclenchants et/ou favorisants :

-> Individuel :

\* Stress

\* Problèmes

. scolaires

. conjugaux

. familiaux

. matériels

. professionnels

\* Autres à préciser .....

-> Parental :

\* Les parents

. vivent ensemble

. vivent séparés sans divorce

. divorcés

\* Décès d'un ou des deux parents

\* Père inconnu ou absent du foyer

\* Autre à préciser .....

-> Relationnel :

\* Conflit interpersonnel

\* Séparation - Abandon

\* Deuil

\* Divorce

\* Autres à préciser .....

-> Remaniement existentiel :

\* Déménagement  \* Chômage

\* Emigration  \* Mise à la retraite

\* Licenciement  \* .....

-> Autres facteurs à préciser :

.....  
.....  
.....

10. Tous ces facteurs ont-ils été reconnus par le patient comme étant à l'origine de ses troubles actuels :

Oui

Non



## II. TABLEAU CLINIQUE

### A - Manifestations paroxystiques

11. Grande attaque

12. Formes mineures

\* Syncopales

\* Type extrapyramidal

\* Epileptiformes

\* Tétaniformes

\* Autres à préciser .....

### B Manifestations durables :

13. Motrices :

\* Astasie-Abasie

\* Hoquet

\* Paralysie

\* Dysphagie

\* Crampes

\* Aphonie

\* Contractures

\* Mutisme

\* Tic

\* Bégaiement

\* Tremblement

\* .....

\* Mouvement choréïques

\* .....

14. Sensorielles :

\* Ouïe .....

\* Vision .....

\* .....

15. Sensitives :

\* Algie

\* Frigidité



- \* Anesthésie
- \* Hyperesthésie
- \* .....

- \* Dysménorrhée
- \* Prurit ano-vulvaire
- \* .....

16. Troubles neuro-végétatifs et divers :

- \* Spasmes
- \* Troubles trophiques et vasomoteurs
- \* Troubles gastro-intestinaux
- \* Symptômes urologiques
- \* Symptômes respiratoires
- \* Symptômes gynécologiques
- \* .....

**C - Troubles dissociatifs (symptômes d'expression psychique)**

17. Troubles de la mémoire :

- \* Amnésie infantile  .....
- \* Amnésie élective  .....
- \* Illusion & fabulation  .....
- \* Fugues amnésiques  .....
- \* Autres à préciser  .....

18. Troubles intellectuels :

- \* Pseudo-débilité  .....
- \* Pseudo-démence  .....
- \* Autres à préciser  .....

19. Troubles de la vigilance :

- \* Distractivité  .....
- \* Attaque de sommeil  .....

- \* Etat somnambulique  .....
- \* Automatismes ambulatoires  .....
- \* Etats seconds  .....
- \* Etats crépusculaires  .....
- \* Autres à préciser  .....

20. Personnalité multiple  .....

.....

.....

21. Syndrome de GANSER  .....

.....

.....



### III. EVOLUTION - COMPLICATIONS

- 22. Episodes dépressifs répétitifs
- 23. Tentatives de suicide
- 24. Intervention chirurgicale
- 25. Abus de consommation de médicaments
- 26. Psychose hystérique
- 27. Troubles hypochondriaques
- 28. Cristallisation des symptômes
- 29. Schizophrénie :
  - . Délire d'influence
  - . Délire médiumnique
  - . Délire de possession
  - . S. d'auto. mental
- 30. Autres à préciser : .....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



## IV. ANTÉCÉDENTS

### A - Antécédents familiaux

#### 31. Contexte culturel et social

- Société traditionnelle

  - . Primitive
  - . Occidentale

- Modes de relations interindividuelles
  - . Famille unie, large et ouverte
  - . Famille restreinte et fermée
  - . Famille dispersée
  - . Famille polygame (P) Monogame (M)
- Dynamique du fonctionnement de la famille

.....

.....

.....

#### 32. Données biographiques (âges respectifs, biographies, caractères)

- Le père : .....
- .....
- .....
- La mère : .....
- .....
- .....
- Tuteur-tutrice (tante, oncle, grand-parents, frère, soeur)
- .....
- .....
- .....

#### 33. Antécédents familiaux proprement dits :

- Médicaux .....

.....  
- Chirurgicaux .....

.....  
- Obstétricaux .....

.....  
- Psychiatriques .....

.....  
- Notion de "TUUR" et/ou de "XAMB" dans la famille

. Paternelle            Oui             Non

. Maternelle            Oui             Non

. Si oui, sont-ils fréquentés régulièrement par le malade ?

                          Oui             Non

## B - Antécédents personnels

34. Données biographiques :

34.1- Date et lieu de naissance .....

34.2- Education par :

. Les parents :           

. Par le père seul                        Par la mère seule

. Autres à préciser .....

. Raisons invoquées .....

34.3- Fratrie        d'une fratrie utérine de        enfants dont :

filles    et     garçons,    tous VBP  ou..... décédés

34.4- Scolarisation : Oui  Non

. Niveau I  II  III

. Modalités d'insertion scolaire et de l'ensemble de la scolarité

/ Investissement + ++ +++

/ Difficultés + ++ +++

/ Niveau général P - AB - B - TB - E

/ Renvois (O/N)

/ Fugues (O/N)

/ Résultats (Diplômé O/N)

34.5- Expériences conflictuelles traumatisantes ou contraignantes

Oui  Non

-> .....

-> .....

34.6- Séparation précoce .....

.....

34.7- Comment le patient décrit-il son caractère durant son enfance

. Avidité affective  + + + +

. Agressivité  + + + +

. Sensibilité aux frustrations  + + + +

34.8- Relation du patient, enfant, avec ses parents

	Père	Mère	Autres	<input type="checkbox"/> (tuteur)
Excellente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Très bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Passable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conflictuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	----	----	----	

34.9- Qualité de l'éducation

- . Morale .....
- . Religieuse .....
- . Sexuelle .....

34.10- Placement éventuel de l'enfant :

- . Parents nourriciers                       Grand-parents
- . Durée .....
- . Impact psychologique .....
- .....

34.11- Situation matrimoniale

- Mariage                      Oui                       Non
- / Où .....
- / Quand .....
- / Comment .....
- / Combien de fois .....
- . Divorcé                      Oui                       Non
- / Quand .....
- / Pourquoi .....
- . Autre à préciser .....

34.12- Mode vie avec le conjoint

- . Ethnie \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_
- . Age : / \_\_\_\_ / ans                      Lien de Parenté : Oui                       Non
- . Conjoint dominant                       ou                      Dominé

34.13- Histoire de la sexualité et de ses différentes phases

- Masturbation  .....
- Attirance sexuelle  .....
- Relation sexuelle/impuissance  .....

34.14- Antécédents

- . Toxicomanie
- . Epilepsie
- . Spasmophilie
- . Méningo-encéphalite
- . Traumatisme
- . Alcoolisme
- . Affection endocrinienne
- . Maladie psychiatrique
- . Autre.....





**V. BILAN PARACLINIQUE**

35. E.E.G. : .....

36. E.M.G. : .....

37. RADIO CRÂNE : .....

38. IONOGRAMME : .....

**39. DOSAGES BIOLOGIQUES :**

- Calcémie.....

- Magnésémie.....

14

## VI. DIAGNOSTIC - (ICD - 10)

### 40. Caractéristiques cliniques des troubles dissociatifs

.....  
.....  
.....  
.....

### 41. Absence d'arguments en faveur d'un trouble physique pouvant rendre compte des symptômes

.....  
.....  
.....  
.....

### 42. Présence d'arguments en faveur d'une origine psychologique des troubles :

- Evènement stressant

.....  
.....

- Problème traumatisant

.....  
.....

- Perturbations des relations interpersonnelles

.....  
.....



## VII. PRISE EN CHARGE

### 43. Traditionnelle

- "Tours" et/ou "Xamb"
  - Marabout
  - Guérisseurs
  - Autres
- .....
- .....

### 44. Prise en charge dans le service

- Chimiothérapie
  - \* neuroleptique
  - \* Anxiolytiques
  - \* Antidépresseur
  
- Suggestion
  - \* Isolement familial
  - \* Rééducation psychomotrice
  - \* Suspension des bénéfices II
  
- Psychothérapie comportementale

