

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**

★★★★★

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

★★★★★



ANNEE 1996

N° 32

**L'HYSTERIE AU SENEGAL  
A PROPOS DE 121 CAS SUIVIS A LA  
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DU CHU DE FANN**

**THESE**

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 23 Novembre 1996**

**PAR**

***Mamadou Habib THIAM***

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

---

**JURY**

<b>PRÉSIDENT :</b>	M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	: Professeur
<b>MEMBRES :</b>	M. Momar	GUEYE	: Professeur
	M. Omar	SYLLA	: Maître de Conférences Agrégé
	M. Seydou Boubakar	BADIANE	: Maître de Conférences Agrégé
<b>DIRECTEUR DE THÈSE :</b>	M. Momar	GUEYE	: Professeur

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

\*\*\*\*\*

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1996



N° 32

**L'HYSTERIE AU SENEGAL  
A PROPOS DE 121 CAS SUIVIS A LA CLINIQUE  
PSYCHIATRIQUE DU CHU DE FANN**

**THESE**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)

**Présentée et soutenue publiquement**

**le 23 Novembre 1996**

Par

**Mamadou Habib THIAM**  
**Interne en Psychiatrie des Hôpitaux**  
**né en 1957**  
**à MBitéyène Abdou**

**Membres du Jury**

Président : Ibrahima Pierre NDIAYE Professeur

Membres : Momar GUEYE Professeur  
: Omar SYLLA Maître de Conf. Agrégé  
: Seydou Boubakar BADIANE Maître de Conf. Agrégé

**Directeur de Thèse : Pr Momar GUEYE**

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

\*\*\*\*\*

**PERSONNEL DE LA FACULTE**

<b>DOYEN</b>	: M. René	NDOYE
<b>PREMIER ASSESSEUR</b>	: M. Doudou	BA
<b>DEUXIEME ASSESSEUR</b>	: M. Papa Demba	NDIAYE
<b>CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS</b>	: M. Assane	CISSE

Liste du Personnel établie au  
18 Juillet 1996

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE  
POUR L'ANNEE UNIVERSITAIRE  
1995/1996

**PROFESSEURS TITULAIRES**

M. José Marie	AFOUTOU	Histologie-Embryologie
M. Salif	BADIANE	Maladies Infectieuses
M. Oumar	BAO	Thérapeutique
M. Fallou	CISSE	Physiologie
M. Fadel	DIADHIYOU	Gynécologie - Obstétrique
M. Baye Assane	DIAGNE	Urologie
M. Lamine	DIAKHATE	Hématologie
M. Samba	DIALLO	Parasitologie
M. Adrien	DIOP	Chirurgie Générale
M. El Hadj Malick	DIOP	O.R.L+
Mme Thérèse	MOREIRA/DIOP	Médecine Interne (clinique Médicale I)
M. Sémou	DIOUF	Cardiologie
M. Mohamadou	FALL	Pédiatrie
M. Mamadou	GUEYE	Neuro - Chirurgie
M. Nicolas	KUAKUVI	Pédiatrie
M. Aristide	MENSAH	Urologie
M. Bassirou	NDIAYE	Dermatologie
M. Ibrahima Pierre	NDIAYE	Neurologie
M. Mouhamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
M. Papa Demba	NDIAYE	Anatomie Pathologique
M. Mamadou	NDOYE	Chirurgie Infantile +
M. René	NDOYE	Biophysique
M. Abibou	SAMB	Bactériologie - Virologie
M. Abdou	SANOKHO	Pédiatrie §

---

+ Professeur Associé

§ Personnel en détachement

M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
Mme Awa Marie	COLL/SECK	Maladies Infectieuses
M. Dédéou	SIMAGA	Chirurgie Générale+
M. Abdourahmane	SOW	Maladies Infectieuses §
M. Ahmédou Moustapha	SOW	Médecine interne (clinique Médicale II)
M. Housseyn Dembel	SOW	Pédiatrie
M. Moussa Lamine	SOW	Anatomie - Chirurgie
M. Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale +
M. Pape	TOURE	Cancérologie
M. Alassane	WADE	Ophtalmologie

### PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. Ibrahima	SECK	Biochimie Médicale
-------------	------	--------------------

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mamadou	BA	Pédiatrie
M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie '
M. Moussa	BADIANE	Radiologie
M. Seydou Boubakar	BADIANE	Neuro - Chirurgie
M. Mohamed Diawo	BAH	Gynécologie - obstétrique
M. Mamadou Diakhité	BALL	Dermatologie §
M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie - Virologie
M. Abdourahmane	DIA	Anatomie Chirurgie
M. Babacar	DIOP	Psychiatrie
M.El Hadji Ibrahima	DIOP	Orthopédie - traumatologie
M. Saïd Nourou	DIOP	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M. Raymond	DIOUF	O.R.L.
M. Souvasin	DIOUF	Orthopédie - Traumatologie
M. Babacar	FALL	Chirurgie Générale
Mme Mame Awa	FAYE/SECK	Maladies Infectieuses
Mme Sylvie	SECK/GASSAMA	Biophysique
M. Oumar	GAYE	Parasitologie

---

+ Professeur Associé

§ Personnel en détachement

M. Momar	GUEYE	Psychiatrie
M. Abdou Almamy	HANE	Pneumophtisiologie
M. Salvy Léandre	MARTIN	Pédiatrie &
M. Victorino	MENDES	Anatomie Pathologique
M. Madoune Robert	NDIAYE	Ophthalmologie <sup>x</sup>
Mme Mbayang	NDIAYE/NIANG	Physiologie
M. Mohamed Fadel	NDIAYE	Médecine Interne & (Clinique Médicale I)
M. Mouhamadou	NDIAYE	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophthalmologie
Mme Bineta	SALL/KA	Anesthésiologie - Réanimation
M. Moustapha	SARR	Cardiologie
M. Seydina Issa Laye	SEYE	Orthopédie - Traumatologie
M. Mamadou Lamine	SOW	Médecine légale
Mme Haby	SIGNATE/SY	Pédiatrie
M. Omar	SYLLA	Psychiatrie
M. Doudou	THIAM	Hématologie
M. Meissa	TOURE	Biochimie Médicale

### CHARGES D'ENSEIGNEMENT

M. Mohamadou Guélaye	SALL	Pédiatrie
----------------------	------	-----------

### MAITRES - ASSISTANTS

M. Mamadou	BA	Urologie
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. El Hadj Souleymane	CAMARA	Orthopédie - Traumatologie
M. Jean Marie	DANGO	Anatomie Pathologique
M. Michel	DEVELOUX	Dermatologie
M. Massar	DIAGNE	Neurologie *
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Bernard Marcel	DIOP	Maladies Infectieuses

---

& Personnel mis en disponibilité

<sup>x</sup> Maître de Conférences Agrégé Associé

\* Maître Assistant Associé

M. Alassane	DIOUF	Gynécologie
M. Boucar	DIOUF	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
M. Ibrahima	FALL	Chirurgie Générale
Mme Gisèle Woto	GAYE	Anatomie Pathologique
M. Serigne Magueye	GUEYE	Urologie *
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie - Obstétrique
M. Claude	MOREIRA	Pédiatrie*
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie - Chirurgie
M. Adama Bandiougou	NDIAYE	Immunologie(Hématologie)&
M. Issa	NDIAYE	O.R.L.
M. El Hadj	NIANG	Radiologie
M. Niama Diop	SALL	Biochimie Médicale
M. Amadou Makhtar	SECK	Psychiatrie
M. Birama	SECK	Psychiatrie
M. Gora	SECK	Physiologie
M. Ahmed Iyane	SOW	Bactériologie - Virologie
Mme Hassanatou	TOURE/SOW	Biophysique
M. Pape Salif	SOW	Maladies Infectieuses
M. Cheichna	SYLLA	Urologie
M. Alé	THIAM	Neurologie

**ASSISTANTS DE FACULTE - ASSISTANTS  
DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX**

M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie - Embryologie
M. Yémou	DIENG	Parasitologie
M. Dialo	DIOP	Bactériologie - Virologie
M. Amadou	DIOP	Anatomie
M. Moctar	DIOP	Histologie - Embryologie
Mme Mame Coumba	GAYE/FALL	Médecine Légale
M. Oumar	FAYE	Parasitologie

---

\* Maître Assistant Associé  
& Personnel mis en disponibilité

M. Oumar	FAYE	Histologie - Embryologie
M. Lamine	GUEYE	Physiologie
M. El Hadj Alioune	LO	Anatomie
M. Ismaïla	MBAYE	Médecine Légale
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique
M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie Médicale
Mme Anta	TAL/DIA	Médecine Préventive
M. Kamadore	TOURE	Médecine Préventive
M. Issa	WONE	Médecine Préventive

### CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES SERVICE UNIVERSITAIRE DES HOPITAUX

M. El Hadj Amadou	BA	Ophthalmologie
Mme Marième	BA/GUEYE	Gynécologie - Obstétrique <sup>£</sup>
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Moussa	BA	Psychiatrie <sup>'</sup>
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie - Obstétrique
Mme Mariama Safiétou	KA CISSE	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie - Traumatologie
Mme Elisabeth	FELLER/DANSOKHO	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie - Obstétrique
M. Saïdou	DIALLO	Médecine Interne (Clinique Médicale I)
Mme Sokhna	BA/DIOP	Radiologie
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Mame Thierno	DIENG	Dermatologie <sup>x</sup>
M. Jean François	DIENNE	Anesthésie - Réanimation
M. Rudolph	DIOP	Stomatologie
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Médecine Interne (Clinique Médicale I)

---

<sup>£</sup> En stage

<sup>x</sup> Chef de Clinique Assistant Associé



Mme Elisabeth	DIOUF	Anesthésie - Réanimation
M. Edouard Marcel Ignéty	GUEYE	Neurochirurgie
M. Limamoulaye	HANE	Cardiologie
M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne <sup>x</sup> (Clinique Médicale I)
M. Assane	KANE	Dermatologie
M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie <sup>x</sup>
Mme Aminata	DIACK/MBAYE	Pédiatrie
M. Mouhamadou	MBENGUE	Médecine Interne <sup>x</sup> (Clinique Médicale I)
M. Amadou Koura	NDAO	Neurologie
Mme Coura SEYE	NDIAYE	Ophthalmologie
M. Cheikh Tidane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
Mlle Paule Aïda	NDOYE	Ophthalmologie
M. Abdou	NIANG	Médecine Interne <sup>x</sup> (Clinique Médicale I)
M. Abdoulaye	POUYE	Médecine Interne (Clinique Interne I)
M. Youssoupha	SAKHO	Neuro - Chirurgie <sup>x</sup>
M. Mamadou	SANGARE	Gynécologie - Obstétrique
Melle Anne Aurore	SANKALE	Chirurgie - Générale
Mme Anna	SARR	Médecine interne (clinique Médicale II)
M. Doudou	SARR	Psychiatrie
Melle Fatou	SENE	Neurologie
M. El. Hassane	SIDIBE	Médecine Interne (Clinique Médicale II)
M. Maserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses <sup>x</sup>
M. Charles Mouhamed	SOW	Orthopédie - Traumatologie
M. Daouda	SOW	Psychiatrie
M. Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie - Traumatologie
M. Abdourahmane	TALL	O.R.L.
M. Gilbert	TENDING	O.R.L.

---

<sup>x</sup> Chef de Clinique Assistant Associé

## **ATTACHES - CHEFS DE CLINIQUE**

M. Omar	BA	Pneumophtisiologie
M. Saïba	CISSOKHO	Pneumophtisiologie
M. Arona Kane	DIALLO	Neurologie
Mme Pauline	DIOUSSE	Dermatologie
M. Mor	NDIAYE	Pneumophtisiologie

## **ATTACHES - ASSISTANTS**

M. Néloum	DJIMADOUN	Histologie - Embryologie
Mlle Oumou Koulsome	SY	Biochimie - Médicale

## II - CHIRURGIE DENTAIRE

### PROFESSEURS TITULAIRES

M. Ibrahima	BA	Pédodontie - Prévention
Mme Ndioro	NDIAYE	Odontologie préventive et Social

### MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

M. Malick	SEMBENE	Parodontologie
-----------	---------	----------------

### MAITRES - ASSISTANTS

M. Boubacar	DIALLO	Odontologie Chirurgicale
M. Papa Demba	DIALLO	Parodontologie
Mlle Fatou	GAYE	Dentisterie Opératoire
M. Abdoul Wahab	KANE	Dentisterie Opératoire
Mme Charlotte Faty	NDIAYE	Pathologie et Thérapeutique Spéciales
M. Abdoul Aziz	YAM	Pathologie et Thérapeutique Dentaires

### ASSISTANTS DE FACULTE

Mme Christiane JOHNSON	AGBOTON	Prothèse Dentaire&
Mme Aïssatou	BATAMBA	Pédodontie - Prévention
Mme Khady	DIOP BA	Orthopédie Dento - Faciale
Mme Maimouna	BADIANE	Dentisterie Opératoire&
M. Daouda	CISSE	Odontologie Préventive et Sociale
M. Fallou	DIAGNE	Orthopédie Dento - faciale <sup>x</sup>
Mme Affissatou	NDOYE/DIOP	Dentisterie Opératoire
Mme Fatou	DIOP	Pédodontie - Prévention
M. Libasse	DIOP	Prothèse Dentaire

---

& Personnel mis en disponibilité

<sup>x</sup> Assisstant Associé

M. Mamadou Moustapha	GUEYE	Odontologie Préventive et Sociale
M. Malick	MBAYE	Dentisterie Opérateur <sup>x</sup>
Mme Paulette Mathilde	AGBOTON/MIGAN	Matières Fondamentales
M. Edmond	NABHANE	Prothèse de Dentaire
Mme Maye Ndave NDOYE	NGOM	Parodontologie
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
M. Mohamed Talla	SECK	Prothèse de Dentaire <sup>x</sup>
Mme Soukèye DIA	TINE	Pathologie et thérapeutiques spéciales
M. Saïd Nour	TOURE	Prothèse Dentaire
M. Younes	YOUNES	Prothèse Dentaire

### ATTACHES

M. Abdou	BA	Chirurgie buccale
M. Abdoulaye	DIOP	Parodontologie
Mme Adam Marie	SECK DIALLO	Parodontologie
M. Malick	FAYE	Pédodontie - Orthodontie
M. Cheikh Mouhamadou M.	LO	Odontologie Préventive et Sociale
M. El Hadj Babacar	MBODJ	Prothèse Dentaire
M. Mohamed	SARR	Odontologie Conservatrice Endodontie
Mme Fatoumata	DIOP THIAW	Odontologie Conservatrice Endodontie

---

<sup>x</sup> Assistant Associé

### III - PHARMACIE

#### PROFESSEURS TITULAIRES

M. Doudou	BA	Chimie Analytique et Toxicologie
M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie
M. Babacar	FAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie <sup>+</sup>
M. Issa	LO	Pharmacie Galénique
M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie - Virologie <sup>+</sup>
M. Oumar	NDIR	Parasitologie <sup>+</sup>

#### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Mamadou	BADIANE	Chimie Thérapeutique
M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie - Virologie
M. Mounirou	CISS	Toxicologie
M. Balla Moussa	DAFFE	Pharmacognosie
Mme Aminata	SALL/DIALLO	Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie)
M. Pape Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique

#### CHARGE D'ENSEIGNEMENT

M. Bernard	WILLER	Chimie Analytique
------------	--------	-------------------

#### MAITRES - ASSISTANTS

Mme Aïssatou	GAYEDIALLO	Bactériologie - Virologie
M. Alioune	DIEYE	Biochimie Pharmaceutique
M. Amadou	DIOUF	Toxicologie
Mme Rita	BEREHOUNDOUGOU NONGONIERMA	Pharmacognosie

---

<sup>+</sup> Professeur Associé

## ASSISTANTS

Melle Issa Bella	BAH	Parasitologie
M. Idrissa	BARRY	Pharmacognosie
M. Aynina	CISSE	Physique Pharmaceutique <sup>x</sup>
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
Melle Thérèse	DIENG	Parasitologie
M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie <sup>x</sup> Pharmacodynamie
M. Yérim Mbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Ahmédou Bamba K.	FALL	Pharmacie Galénique
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
Mme Aminata	GUEYE/SANOKHO	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Modou	LO	Botanique
M. Tharcisse	NKULINKIYE/MFURA	Chimie Analytique
M. Augustin	NDIAYE	Physique Pharmaceutique <sup>x</sup>
Mme Maïmouna	NIANG/NDIAYE	Physiologie Pharmaceutique
M. Boubacar	NIANE	Chimie Analytique
M. Maguette Dème	SYLLA/NIANG	Biochimie Pharmaceutique
Mme Philomène	LOPEZ/SALL	Biochimie Pharmaceutique
Mme Aïssatou GUEYE	SANKHARE	Toxicologie
M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
Mme Khadissatou	SECK/FALL	Hématologie
M. Elimane Amadou	SY	Chimie générale et Minérale <sup>x</sup>
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique <sup>£</sup>
M. Alassane	WELE	Chimie Physique

---

<sup>x</sup> Assistant associé

<sup>£</sup> En stage

## ATTACHES

M. Antoine	DIEDHIOU	Biochimie Pharmaceutique
M. Ciré	DIENG	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Alioune Badara	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Aly Coto	NDIAYE	Physiologie Pharmaceutique (Pharmacologie et Pharmacodynamie)
Mme Françoise	NDOUR/NGOM	Hématologie
M. William	DIATTA	Botanique

DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS



JE RENDS GRÂCE A DIEU LE TOUT PUISSANT,  
LE MISERICORDIEUX ET A SON PROPHETE  
MOUHAMED INFINIMENT BON (P.S.L.)

# **JE DEDIE CE TRAVAIL...**

## **A MES GRANDS PARENTS (In mémorium)**

### **A MA MERE (In mémorium)**

Tu nous a quitté très tôt en laissant un grand vide parmi tes enfants.

Nous te remercions beaucoup de tes énormes sacrifices consentis pour nous donner une éducation exemplaire et pour la tendresse avec laquelle tu as toujours su nous entourer.

Ton courage, ton dévouement et ta patience nous serviront toujours de référence.

Repose en Paix !

### **A MON PERE**

Ce travail est le fruit de ton labeur.

Malgré le poids de l'âge, tu as toujours été à nos côtés.

Trouve ici l'expression de notre immense affection et de tous nos remerciements.

Qu'ALLAH entende nos prières et te garde encore longtemps auprès de nous avec une meilleure santé.

### **A MON EPOUSE KINE**

En gages de toute mon affection.

Tu as toujours eu beaucoup de compréhension et de tendresse à mon égard.

C'est avec humilité que je l'accepte.

Merci.

### **A MA FILLE NDEYE FATOU**

Que Dieu t'accorde une vie heureuse.

### **A TOUS MES FRERES ET SOEURS**

Moustapha, Amy, Fatou, Amath, Boury, Dior, Aliou, Awa et Zahra

Je vous remercie de tout mon coeur.

Pour tout votre amour et votre soutien.

**A TOUS MES ONCLES ET TANTES, COUSINS ET COUSINES,  
NEVEUX ET NIECES**

Pour vos prières.

**A MES BEAUX - PARENTS**

Merci encore !

**A TOUS MES CAMARADES** du Lycée Gaston BERGER de  
Kaolack.

M. Dramé, O. Guèye, M. Thiam, O. Tounkara et E. M. Thiam,  
M. A. Niasse, A. Bitèye, Me M. Diao.

**AU DR DAOUDA DIA ET à tout le personnel** du service  
médical des Etudiants (COUD)

A. Kayré, Diagne, Traoré, Diouf, Sané, Saly.

**A MME DIOP KHADY FALL** et famille.

J'ai découvert très tôt vos immenses qualités professionnelles  
et humanitaires.

Toutes mes amitiés !

**AU DR AMADOU MACTAR SECK**

Pour vos précieux conseils et votre enseignement de qualité.

**A MA TANTE ADJI NDOUMBE FALL** et famille.

A Aïda, Codou, Abdou, Nabou, Amy, Khoudia, Fatou.

**A TOI KINE NIANG** et famille.

Tu sais être brave et sage.

Courage et patience !

**A TOUS MES COLLEGUES** de la clinique Psychiatrique

A Aïda, Kourouma, Edgar, Wade, Boissy, Ba, Ndiaye, Danfa,  
Diakhaté.

**A TOUT LE PERSONNEL** du service de consultations externes  
Pour sa sympathie et sa collaboration.  
C'est avec vous que ce travail a pu se réaliser.  
Merci.

**AUX DOCTEURS A. I. SOW, K. TOURE, B. SALL, M. SEYDI  
A.F. GREBONGO, M.L. SAKHO, S. COULIBALY, S. DIALLO,**  
Pour les heureux moments passés ensemble.

**A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET  
DE PHARMACIE**  
Pour leur précieux enseignement.

**A MME NDIAYE KHADY NDIM** de la Clinique Psychiatrique  
Pour sa précieuse collaboration à ce travail.

**A M. FALLILOU DIOP** Directeur du CHU de Fann et à sa  
Famille  
Pour votre soutien moral.  
Je vous souhaite plein succès à votre gestion.

**A TOUS MES AMIS DU CHU DE FANN**  
M. LY, S. NDAO, A. GUEYE, Macodé, Ousseynou, Ibrahima  
SY, Dadie, D. MBAYE, C. FALL, K. PAYE, Mame Coumba A.  
NGOM, Maurice, Astou, D. DIEYE, Mor NDIAYE, Pape SOW,  
DIENG.  
Pour votre soutien constant et remarquable.

**AU PR BOB R. FRANKLIN**  
Vos conseils nous ont été très utiles.

**A Mme SY FATOU KINE NDIAYE**  
Surveillante du service de Psychiatrie.

**A TOUS MES AMIS DU BASKET - BALL**

**A TONTON ASSANE NDIAYE,**

A tous les élèves et le personnel de l'Institut Santé Services :  
Mme DIENG, NDELLA, SOPHIE, MARIAMA, NDEYE  
DIAMA, Facoumba et Mme SAWADOGO, Y. O. DIENG.

**A HAPSATOU HAIDARA**

Pour ta courtoisie.

**A SAYDA MARIAM IBRAHIM NIASS et famille.**

Pour vos prières.

**Au Dr MOUSSA BA**

Merci pour ton aide si grandiose.

**A NOS  
MAITRES ET JUGES**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY  
MONSIEUR LE PROFESSEUR IBRAHIMA PIERRE NDIAYE**

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons découvert en vous un maître empreint de modestie, d'enthousiasme et d'objectivité avec un sens humain exceptionnel.

Votre constante disponibilité et l'intérêt soutenu que vous ne cessez de porter à la médecine, enseignée ou pratiquée, nous ont beaucoup séduit.

Trouvez ici l'assurance de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOMAR GUEYE**

Vous nous avez inspiré ce travail et nous voudrions en cette circonstance vous remercier très sincèrement de toute l'attention bienveillante et du temps consacré à sa conduite malgré vos multiples occupations.

Par votre rigueur scientifique, votre esprit de synthèse, votre compétence et vos vastes connaissances médicales, vous nous avez guidé dans sa réalisation.

A tout moment vous avez fait preuve de la plus grande compréhension à notre égard.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond attachement.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE OMAR SYLLA**

Nous admirons chez vous votre sens profond des relations humaines, votre rigueur au travail et votre dynamisme exemplaire qui font de vous un maître respecté.

Nous avons toujours bénéficié auprès de vous d'un enseignement clair et précis, des conseils sages et précieux et un soutien moral sincère et constant.

Trouvez ici l'assurance de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE SEYDOU  
BOUBAKAR BADIANE**

C'est pour nous une grande joie et un immense réconfort de vous compter parmi ce jury de thèse.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner ici vos grandes qualités d'enseignant efficace, votre simplicité et votre disponibilité qui vous valent admiration et déférence.

Soyez assuré de notre respect, de notre reconnaissance et de notre gratitude.



" PAR DELIBERATION, LA FACULTE A ARRÊTE QUE LES OPINIONS EMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SERONT PRESENTEES DOIVENT ETRE CONSIDEREES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND LEUR DONNER AUCUNE APPROBATION OU IMPROBATION"

# ABREVIATIONS

- B.D.P : Bouffées délirantes polymorphes.
- C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire.
- C.I.M-10 : Classification Internationale des Maladies, 10e édition.
- D.I.A.M.M : Dispositif Itinérant d'Assistance aux Malades Mentaux.
- E.C.G : Electrocardiographie.
- EEG : Electroencéphalographie.
- EMG : Electromyographie.
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé.
- P.H.C. : Psychose Hallucinoire Chronique.
- R.G.P.H : Recensement Générale de la Population et de l'Habitat.

# P L A N

## INTRODUCTION

## PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

### **I - Définition**

### **II - Historique**

### **III - Symptomatologie**

III.1 - Les manifestations paroxystiques

III.1.1 - La "grande attaque"

III.1.2 - Les formes mineures

III.2 - Les manifestations durables

III.2.1 - Les troubles moteurs

III.2.2 - Les troubles sensoriels

III.2.3 - Les troubles sensitifs

III.2.4 - Les manifestations neuro-végétatives

III.3 - Les symptômes psychiques

III.3.1 - Les troubles de la mémoire

III.3.2 - Les troubles intellectuels

III.3.3 - Les troubles de la vigilance

### **IV - Formes cliniques**

IV.1 - Les formes symptomatiques

IV.2 - Les formes selon l'âge

IV.3 - L'hystérie masculine

### **V - Diagnostic**

V.1 - Diagnostic positif

V.2 - Diagnostic différentiel

### **VI - Evolution**

VI.1 - Les facteurs du pronostic

VI.2 - Evolution

VI.3 - Complications.

# **DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL**

## **CHAPITRE I - Matériel et Méthode**

### **I.1 - Cadre d'étude**

### **I.2 - Matériel**

### **I.3 - Méthodologie**

- I.3.1 - Recueil des données
- I.3.2 - Les arguments du diagnostic
- I.3.3 - Critères d'inclusion
- I.3.4 - Critères d'exclusion
- I.3.5 - Population de référence.

## **CHAPITRE II - Résultats et Commentaires**

### **II.1 - Caractéristiques générales**

- II.1.1 - Fréquence
- II.1.2 - Répartition par âge
- II.1.3 - Répartition par sexe
- II.1.4 - Répartition par ethnie
- II.1.5 - Répartition par profession
- II.1.6 - Répartition selon l'origine.
- II.1.7 - Répartition selon la religion.

### **II.2 - Données biographiques**

- II.2.1 - Scolarisation
- II.2.2 - Rang dans la fratrie
- II.2.3 - Statut matrimonial
- II.2.4 - Les antécédents

### **II.3 - Les aspects cliniques**

- II.3.1 - Les circonstances déclenchantes
- II.3.2 - Les troubles paroxystiques
- II.3.3 - Les manifestations durables
- II.3.4 - Les symptômes psychiques
- II.3.5 - La personnalité hystérique

# **DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL PERSONNEL**

## **CHAPITRE I - Matériel et Méthode**

### **I.1 - Cadre d'étude**

### **I.2 - Matériel**

### **I.3 - Méthodologie**

I.3.1 - Recueil des données

I.3.2 - Les arguments du diagnostic

I.3.3 - Critères d'inclusion

I.3.4 - Critères d'exclusion

I.3.5 - Population de référence.

## **CHAPITRE II - Résultats et Commentaires**

### **II.1 - Caractéristiques générales**

II.1.1 - Fréquence

II.1.2 - Répartition par âge

II.1.3 - Répartition par sexe

II.1.4 - Répartition par ethnie

II.1.5 - Répartition par profession

II.1.6 - Répartition selon l'origine.

II.1.7 - Répartition selon la religion.

### **II.2 - Données biographiques**

II.2.1 - Scolarisation

II.2.2 - Rang dans la fratrie

II.2.3 - Statut matrimonial

II.2.4 - Les antécédents

### **II.3 - Les aspects cliniques**

II.3.1 - Les circonstances déclenchantes

II.3.2 - Les troubles paroxystiques

II.3.3 - Les manifestations durables

II.3.4 - Les symptômes psychiques

II.3.5 - La personnalité hystérique

## **II.4 - Les résultats paracliniques**

II.4.1 - Le bilan biologique

II.4.2 - Le bilan radiologique

## **II.5 - La prise en charge**

II.5.1 - La conduite thérapeutique

II.5.2 - L'évolution

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**ANNEXES**

## INTRODUCTION

L'hystérie est une pathologie mentale 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 une maladie qui fut qualifiée tantôt de *possession démoniaque*, tantôt de *débordement sexuel*. Ce n'est qu'au XIXe 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), du côté en Europe l'hystérie échappe encore à cette *mise en pièces* car son concept est toujours accepté par la psychiatrie française. M. BOURGEOIS (18), Ph. AMARILLI et Coll (4).

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 (34) 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. (16) 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 (29) et 1963 (27). 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* (28).

L'étude la plus récente est celle de M. MBODJI qui s'est intéressé à la psychopathologie de l'hystérie féminine (77) en 1989.

Dans le présent travail, nous avons envisagé :

- de présenter les aspects épidémiologiques et cliniques de l'hystérie tels que rencontrés dans notre service,
- d'apprécier nos résultats thérapeutiques en dépit de nos moyens assez limités,
- enfin, de dégager des perspectives d'avenir qui permettraient d'avoir une efficacité plus grande dans la prise en charge des patients.

La première partie sera consacrée à la revue de la littérature, pour bien situer la pathologie dans l'histoire de la médecine et pour rappeler les tableaux cliniques. Nous exposerons les résultats de notre étude dans une deuxième partie afin de les comparer avec ceux des autres auteurs. Nous dégagerons ainsi les particularités de notre série.



*Première partie*

REVUE DE LA  
LITTÉRATURE

# **I - DEFINITION**

## **I - 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 (21).

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 (13, 71).

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 (87), 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. DARCOURT, 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 (31).

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" (46).

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 (76).

"Elle voyage dans le temps, disait GUILLAUME, en laissant volontiers des traces et des formes différentes selon les époques" (48).

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

Tout ceci semble corroborer l'idée de G. DARCOURT 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" (31).

## **II - HISTORIQUE**

## II. - HISTORIQUE

L'histoire des idées sur l'hystérie remonte au 20e siècle avant J.C. comme le prouvent certains écrits médicaux des Papyrus Kahoun de l'ancienne Egypte (23). Dans ces textes on a trouvé des troubles analogues aux symptômes hystériques, en relation avec la migration de l'utérus à travers le corps.

Plus tard, HIPPOCRATE, qui était responsable de l'école de Cos, reprend cette thèse de la migration en précisant d'abord la description des symptômes de l'hystérie. Il la distingue clairement de l'épilepsie. Pour lui, cette migration va s'expliquer par le fait suivant : l'utérus, frustré après une *privation de rapport sexuel*, se dessèche, perd du poids et part à la recherche d'humidité. Il arrive au cerveau où il se reposait, la substance blanche remplaçant un sperme qui lui était trop parcimonieusement dispensé. C'est au cours de cette migration, de ses déplacements qu'il crée ainsi *fièvres et vapeurs, crises et cris ou peut-être cris et chuchotements* (52).

Cette théorie bien ancienne tiendra longtemps, pendant presque deux millénaires. Puis vient GALIEN. Cet auteur du 2e siècle de notre ère était un adversaire radical de la théorie migratoire. Avec lui, "le progrès consiste à fixer l'utérus, sans toutefois contester l'origine des troubles hystériques dans la continence. L'utérus ne migrera plus dans le corps, mais causes et effets de l'hystérie restent les mêmes" L. ISRAEL (52). Pour GALIEN c'est cette continence sexuelle qui accumule le liquide séminal féminin dans le sang, qui est responsable des troubles fonctionnels organiques constatés chez l'hystérique.

Au cours du Moyen Age et à la Renaissance, époques des grandes épidémies d'hystérie, mais aussi époques de religiosité intense sous l'influence des conceptions augustiniennes liant plaisir sexuel au péché, l'hystérie va, en s'éclipsant, échapper momentanément à la médecine. Elle est attribuée à des phénomènes démoniaques et possessifs. A ces époques les hystériques, tenues par l'opinion publique pour des sorcières, sont sans cesse traquées

"Faute de pouvoir atteindre le démon on tortura le corps, faute d'y apporter des améliorations satisfaisantes par l'injonction ou la torture, on le brûla" J.P. BONTHOUX et Coll. (14). "Ainsi, poursuivent ces auteurs, nombre de tribunaux du Moyen Age réalisèrent bien malgré eux, sur le bûcher, la fusion la plus parfaite entre le corps de l'hystérique et son esprit". Parce que pour Saint AUGUSTIN "il vaut mieux se perdre dans sa passion que de perdre sa passion". L'exécution était donc la seule voie de recours à leur disposition.

C'est en 1567 que PARACELSE s'oppose à cette conception mystique. C'est avec lui que s'amorce le retour de l'hystérie dans le champ de la médecine. Il décrit l'influence des idées et de l'imagination des malades sur le déclenchement des phénomènes hystériques.

Au 17<sup>e</sup> siècle, SYDENHAM donne de la maladie une description précise des symptômes. Ce célèbre contemporain et compatriote de WILLIS, attribue ces symptômes hystériques à l'effet des émotions sur des organes affaiblis. C'est avec lui que l'idée "cérébrale" de l'affection est évoquée. En même temps, et pour la première fois, il décrit ce qui devait être les traits de caractère hystérique. Il met en garde ses confrères contre les *ruses*, les *mensonges*, les *supercheries et les imitations* de ces malades qui *simulent des atteintes organiques*. BRIQUET disait de lui qu'"on peut soutenir que le travail de SYDENHAM est encore ce qu'il y a de mieux et de plus pratique sur l'hystérie". (20)

DARCOURT (31) écrit à propos de l'histoire des idées sur l'hystérie : "Pendant longtemps, trois grands courants coexistaient : un en faveur d'une étiologie psychique issu de PARACELSE ; l'autre en faveur d'une étiologie cérébrale associé à la notion de l'action d'esprits ; le troisième en faveur d'une étiologie surnaturelle démoniaque".

Charles LEPOIS, un autre partisan de la théorie "cérébrale" eut le mérite d'affirmer l'existence de l'hystérie masculine jusque là méconnue, contredisant ainsi le modèle fondamental de la maladie qui a toujours fait référence à l'organe féminin.

En 1620 il aurait souligné la grande analogie entre Hystérie et Épilepsie qui auraient toutes les deux une même origine dans l'encéphale (18).

De même T. WILLIS continue à attribuer à l'hystérie une origine viscérale tout en réservant au cerveau le rôle de relais. En 1660, il confirme et ajoute l'influence des émotions, du chagrin, de la tristesse. Mais l'élément central restera toujours l'utérus.

Au 19<sup>e</sup> siècle, deux courants continuent à persister : d'une part le courant de *l'organogenèse* représenté par W. GRIESINGER qui décrit en 1845, des accès délirants comme complications possibles de toute hystérie ordinaire : c'est la *folie hystérique*. D'autre part, le courant de la *psychogenèse* avec PINEL, VON FENCHSLIBEN, et CARTER.

Parallèlement va surgir et se développer un autre courant d'idées et de recherches né de la théorie du magnétisme. Ce courant opposera d'un côté l'École de Nancy avec BERNHEIM et LIEBAULT et de l'autre l'École de la Salpêtrière avec CHARCOT et MESMER. A Nancy on soutenait que l'hystérie et l'hypnose n'ont aucun rapport et qu'elles sont toutes deux de *nature psychologique*. A la Salpêtrière, il se passait autre chose. P. RICHET faisait part à son maître CHARCOT de ses remarques sur les rapports entre l'hystérie et l'hypnose en particulier la "grande hystérie" ou "l'hystéro-épilepsie". Pour CHARCOT l'hystérie est une maladie du système nerveux. Il identifie l'hystérie et l'hypnose qu'il considère de *nature organique* autant l'une que l'autre. L'hypnose obtenait ses lettres de noblesse. Ce fut une querelle et des à-priori doctrinaux sans précédent au décours desquels il n'y a eu ni vainqueur ni vaincu. CHARCOT, dit JANET, a échoué parce qu'il voulait étudier le phénomène hypnotique en neurologie, BERNHEIM n'a pas mieux réussi parce qu'il a voulu réduire le fait à la suggestion. CHARCOT va recourir à l'hypnotisme comme une technique diagnostique permettant de déduire à partir d'un symptôme, la présence d'une atteinte du système nerveux de type hystérique. Il était d'ailleurs convaincu que le "grand hypnotisme" n'était observé nettement que chez les hystériques. C'est grâce à lui que l'hystérie a connu son heure de gloire et retrouvé son statut de maladie comme les autres.



Mais la découverte de l'étiologie résiste aux efforts de CHARCOT qui se contente, faute de mieux, de la *lésion dynamique*. Cependant, il souligne que cette *lésion dynamique* nécessite un agent provocateur et un terrain constitutionnel dégénératif transmis par l'hérédité. KRESS écrit à propos de cette notion d'hérédité qu'"elle permet de rattacher le symptôme hystérique à un événement de la vie du malade".

En 1885, CHARCOT montre que par l'hypnose on peut reproduire une paralysie brachiale tout à fait identique à une paralysie hystérique due à un traumatisme accidentel. C'est pour lui un acquis ultime de sa recherche parce qu'il venait de découvrir "que ce n'était pas l'action physique du traumatisme qui importe mais son retentissement sur les émotions et les idées du sujet qui le subit".

Dans un article de 1888 et publié cinq ans plus tard, FREUD écrit : "l'organe paralysé où la fonction abolie est engagée dans une association subconsciente et investie d'une valeur affective... C'est Monsieur CHARCOT qui nous a enseigné le premier qu'il faut s'adresser à la psychologie pour l'exploration de la névrose hystérique" (42).

BERNHEIM, interniste et thérapeute, se sert de la suggestion comme outil thérapeutique de normalisation des comportements. De la suggestion il disait que c'est l'"acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui". "Il peut être considéré, écrit BARRUCAND (9) avant tout comme un précurseur des psychothérapies (non analytiques) et de la conception psychosomatique... On a tort de retenir de BERNHEIM poursuit-il, le brillant polémiste qui sut tenir tête à CHARCOT. Mieux vaut garder à l'esprit ses interprétations psychogénétiques de l'hystérie et de l'hypnotisme...."

Après la disparition de CHARCOT, Joseph BABINSKI introduit le terme de "Pithiatisme" à la place de "l'Hystérie". Les mots grecs, "Peithos" et "Iatos" signifient "persuasion" et "guérissable". Le néologisme "pithiatisme" désigne alors les "troubles guérissables par persuasion, par suggestion".

Cette thèse du "pithiatisme" a été très contestée en France par JANET, PITRES, DEJERINE, CLAUDE et RAYMOND.

En accréditant une neurologie authentique, BABINSKI avait plus ou moins rompu avec CHARCOT et la Salpêtrière et s'était plus ou moins rapproché des thèses de BERNHEIM et de l'Ecole de Nancy. Cependant BARUK écrit : "l'autorité de CHARCOT écrasait BERNHEIM, mais plus tard les travaux retentissant de Babinski devaient confirmer les thèses de BERNHEIM sans toutefois les citer suffisamment..." (10).

Si les travaux de CHARCOT sur l'hystérie sont incontestablement moins bien acceptés que le reste de son oeuvre (95) c'est parce qu'il a continué à défendre la théorie ovarienne de l'hystérie, à utiliser le terme d'hystéro-épilepsie sans parvenir à distinguer les deux entités séparément.

Cette grande polémique entre la Salpêtrière et la faculté de Nancy a propos de l'hypnose fut un moment majeur de l'histoire de la Médecine et de la Psychiatrie en particulier. A ce propos LAXENAIRE écrivait : "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" (66).

En 1885 FREUD obtient une bourse de voyage pour se rendre auprès de CHARCOT sur une lettre de recommandation de son ami BREUER. Dans la synthèse de ses notes prises à l'Amphithéâtre de la Salpêtrière, il fera de la conversion hystérique la résultante d'un conflit intra psychique. C'est d'abord la découverte du *refoulement*, (*verdrängung*), puis le déchiffrement de la conversion, en fin la mise en évidence du *transfert*. Son premier contact avec l'hypnose se situe à Vienne. En 1882, il avait fait connaissance de la célèbre Pappenheim BERTHA (Alias ANNA O.) que BREUER avait traitée à plusieurs reprises. Celui-ci lui avait exposé les résultats obtenus en faisant parler ANNA O. sous hypnose. C'est la méthode dite cathartique (ou abréaction, ou libération du refoulé) qui consiste à laisser le patient parler sans cesse de ses souvenirs sous hypnose.

La malade était une hystérique de vingt et un ans, fort intelligente. Le tableau clinique était le suivant : contractures des extrémités avec anesthésies, du côté droit et parfois à gauche ; troubles de la motilité oculaire et de la vision ; difficulté à tenir la tête droite ; toux nerveuse intense ; anorexie et impossibilité de boire malgré une soif intense ; absences. La névrose avait commencé alors que la jeune fille soignait son père, qu'elle adorait, au cours d'une maladie dont il devait mourir ; elle avait dû abandonner ces soins. Breuer observa la malade avec beaucoup d'attention ; il remarqua qu'au cours des absences, elle murmurait des mots qui semblaient se rapporter à des préoccupations intimes. Il la mit en état d'hypnose, lui répéta ces mots. La malade les répéta et formula des rêveries tristes, ayant pour objet une jeune fille au chevet de son père malade ; après avoir exprimé un certain nombre de ces rêveries, elle se trouva délivrée et revint à une existence normale. L'amélioration disparut le jour suivant, puis reparut après une nouvelle séance. La malade, qui ne s'exprimait alors qu'en anglais, parlait de "talking cure, chimney sweeping" (cure parlante, ramonage). Les symptômes disparurent lorsqu'elle se rappela, avec extériorisation affective, à quelle occasion ils étaient apparus pour la première fois. C'est ainsi que l'impossibilité de boire était survenue lorsque le petit chien de sa gouvernante, qu'elle n'aimait pas, avait bu dans un verre ; par politesse, elle n'avait rien dit, mais il lui avait été brusquement impossible de boire : "Son récit achevé, elle manifesta violemment sa colère, restée contenue jusqu'alors. Puis elle demanda à boire, but une grande quantité d'eau et se réveilla de l'hypnose le verre aux lèvres. Le trouble avait disparu pour toujours". Breuer se mit alors à étudier systématiquement tous les symptômes, et il put établir les faits suivants : des traumatismes psychiques multiples se trouvaient à leur origine et la détection des traumatismes plus récents précédait la détection des traumatismes plus anciens. Tous les symptômes furent ainsi successivement réduits, jusqu'au moment où Breuer surpris par le développement d'un "amour de transfert", prit la fuite et interrompit le traitement (Freud). Breuer avait inventé le traitement "cathartique" (du grec catharsis, purgation) sous hypnose, dont il poursuivit plus tard l'étude avec Freud (19).

FREUD comprit alors que la force de suggestion était une force interne (l'inconscient) et non l'effet d'une force externe. Il conçut l'idée du refoulement et pointa un doigt sur son origine sexuelle et sur l'importance du transfert dans sa thérapeutique. "La mise à jour de la causalité psychique de l'hystérie a été de paire avec les découvertes principales de la psychanalyse (inconscient, conflit, fantasme, refoulement, transfert, identification)" LEMPERIERE (70) .

C'est ainsi que la psychanalyse fut portée sur ses fonds baptismaux. AZOURI écrit : "sans l'hystérie la psychanalyse n'aurait

pas vu le jour. Avec l'hystérie la psychanalyse continue à apprendre" (8). C'est la psychanalyse qui poussera alors le plus loin possible la théorisation de la conversion hystérique.

J. LACAN, aussi, a beaucoup contribué à l'évolution des idées sur l'hystérie. Tout en s'inscrivant dans la réflexion freudienne, il met l'accent sur le *discours* singulier de l'hystérique. Avec son ami Maurice TRENEL il rendit compte à la Société Neurologique, le 2 Novembre 1928 d'un cas d'"Abasie chez une traumatisée de guerre". L'histoire de cette singulière bretonne, souligne ROUDINESCO (87) fut le seul cas d'hystérie auquel LACAN associa son nom durant la période de sa formation psychiatrique.

BRISSET, lui, mettait la lumière sur les relations complexes qui existent entre la *névrose hystérique* et les *affections psychosomatiques*.

ELLENBERGER de son côté soulignait l'importance du contexte culturel dans la genèse de l'hystérie.

# **III**

# **SYMPTOMATOLOGIE**

### **III - SYMPTOMATOLOGIE**

L'hystérie survient sous l'influence de différents facteurs traumatisants. Ces facteurs peuvent être aigus ou plus ou moins prolongés.

De façon schématique on pourrait classer les manifestations morbides de l'hystérie en trois groupes principaux :

- Les manifestations paroxystiques ;
- Les manifestations durables ;
- Les symptômes psychiques.

#### **III.1 - LES MANIFESTATIONS PAROXYSTIQUES**

Elles sont fréquemment observées. Elles sont soit isolées soit associées à d'autres accidents de conversion. On distingue la "grande crise excito-motrice" et les formes mineures.

##### **III.1.1 - La "grande attaque"**

Jadis décrite par CHARCOT, elle représente la forme complète devenue rare actuellement, voire exceptionnelle (39, 52, 68).

Cette grande crise "à la CHARCOT" se déroule en cinq phases :

- Une phase d'aura hystérique (prodromes) avec ascension de la "boule hystérique" de la région cervicale à l'épigastre puis à la gorge, associée à des troubles visuels et se terminant par une perte de connaissance avec chute sans blessure, sans morsure de la langue, sans perte d'urines.
- Une période épileptoïde avec convulsions désordonnées, débutant par de petites secousses et des grimaces puis de grandes secousses généralisées.
- Une période de contorsions clownesques, de grands mouvements bizarres et de cris comparée à "une lutte contre un être imaginaire" selon RICHET.

- Une période de *trances* avec *attitudes passionnelles*, agitations érotiques, (autrefois qualifiées de démoniaques).

- Une période terminale de résolution avec crises de larmes, pendant laquelle le malade revient à la conscience dans un état de méconnaissance inaffective de la perturbation qu'elle a provoquée ("superbe indifférence" de CHARCOT).

Cette grande attaque ne se produit que devant des tiers. Elle est chargée de signification (relation de chantage, de séduction ou de pouvoir sur l'entourage).

La crise a une durée de quelques minutes à plusieurs heures.

Aujourd'hui elle s'observe volontiers en milieu rural, chez les sujets frustes ou chez les immigrés en Occident.

### III.1.2 - Les formes mineures

Ce sont des crises tronquées, dégradées, brèves qui sont les plus souvent décrites.

Elles vont des banales "crises de nerf" épileptiformes aux évanouissements (13, 33) et aux crises tétaniformes. C'est aussi l'apanage des êtres frustes ou à fortes expressivités ethniques comme les peuples Méditerranéens ou dans certains groupes culturels d'Afrique et d'Amérique (39, 83).

Ces formes mineures trouvent leur intérêt dans le diagnostic différentiel avec d'autres affections.

On peut distinguer :

- *L'hystéro-épilepsie* : le rapprochement entre les deux entités a été évoqué par plusieurs auteurs (1, 9, 33, 82).
- *L'hystérie tétaniforme* : ici encore le rapprochement est plus étroit compte tenu du fait que le facteur déclenchant commun aux deux entités est l'émotion (78, 90).
- *Les formes extra pyramidales* sont des équivalents mineurs de la grande crise : éternuement, bâillement, hoquet,

tremblements, accès de crises ou de pleurs incoercibles, secousses musculaires, tics, ou mouvements choréiformes.

- *Les crises syncopales* avec lipothymie simulacre de pertes de connaissance de courte durée sans amnésie post critique, sans perturbation de l'EEG, sans anomalies cliniques à l'examen cardio-vasculaire. (On note rarement un pouls ralenti, une chute de la tension artérielle). La crise survient "généralement dans un endroit public au milieu d'une foule et en présence d'au moins une personne particulièrement importante pour l'hystérique" (36).

A propos de ces pertes de connaissances, DEGOS insiste sur la valeur diagnostique des éléments que sont, l'examen neurologique rigoureusement normal, l'impact de la suggestibilité sur le symptôme, l'existence de conflit psychologique, le terrain particulier (dépendance et avidité affective), et sur le contexte neurotonique très fréquent : céphalées, palpitations, "boule pharyngée", douleurs multiples (33).

Cependant le conflit psychique (ou le choc émotionnel) n'est pas toujours avoué par le sujet (13).

### III.2 - LES MANIFESTATIONS DURABLES

Les syndromes fonctionnels durables surviennent surtout au niveau des organes de la vie de relation dont ils entravent le fonctionnement : motricité, sensibilité, activité sensorielle.

#### III.2.1 - Les troubles moteurs

- L'astisie - abasie a été identifiée par BLOCQ (1888). Elle est très fréquente chez la femme (70). Pour LJUNBERG (73) c'est la manifestation hystérique la plus fréquente (50 %). KNAPP en a rapporté 50 cas au Congrès de l'Association Américaine de Neurologie en 1891. Mais depuis très peu de cas ont été signalés.

SIROIS, au Canada, a rapporté le cas d'un homme de 18 ans présentant un syndrome hystérique d'Astisie - abasie, avec amnésie



et somnambulisme (91). Pour cet auteur l'astasia-abasie est l'équivalent diurne du somnambulisme.

C'est une paralysie fonctionnelle de la marche et de la station debout avec possibilité de mouvements actifs en dehors de celles-ci.

Couchés, les malades atteints d'astasia-abasie remuent leurs jambes, effectuent tous les mouvements possibles, mais il suffit de les mettre debout pour qu'ils retombent incapables de s'appuyer sur leurs jambes, ils pendent aux bras de ceux qui les soutiennent (56). Ils peuvent passer des années entières dans leur lit sans se lever.

Le symptôme est souvent précédé de crises d'angoisse et de vertiges avec agoraphobie.

- Les paralysies : tous les types peuvent être observés : monoplégie, hémiplégie, quadriplégie, paralysie en "manche de veste", en "gigot", en "manchette" décrite par JANET.

SOULAYROL et Coll. (92) ont rapporté l'observation d'une fillette de 10 ans qui présentait une paralysie hystérique du pied droit. "Elle est alors couchée dans le lit de ses parents, immobile, figée, les yeux grands ouverts ; elle ne parle pas, semble ne pas entendre ce qu'on lui dit, refuse toute nourriture depuis plusieurs jours..."

DE MOL et Coll. (35) ont également rapporté le cas d'une paraplégie hystérique chez un homme de 37 ans survenue deux jours après un traumatisme cranio-vertébral. Les auteurs ont insisté sur l'importance du symptôme qui, naturellement, "a trompé plus d'un neurologue dans sa phase initiale", compte tenu du contexte dans lequel la paralysie s'est installée.

La paralysie hystérique dure quelques semaines à quelques mois. Elle ne respecte pas l'organisation anatomique.

FREUD disait : "l'hystérie se comporte dans ses paralysies et autres manifestations, comme si l'anatomie n'existait pas ou comme si elle n'en avait nulle connaissance".

- Les contractures : Leur siège est variable. Elles peuvent survenir au niveau d'un membre, d'un doigt (crampes des écrivains et des instrumentistes), des muscles du cou (torticolis), des muscles para vertébraux avec camptocormie, opisthotonos ou faux mal de Pott (25).

Ces contractures sont influencées par les facteurs psychologiques.

- L'aphonie par paralysie des cordes vocales. C'est une perte de la voix haute avec conservation de la voix chuchotée.

On peut en rapprocher les bégaiements, les mutismes après choc émotionnel surtout chez l'enfant (2, 92), les aboiements, les rugissements, les hoquets, les dysphagies.

- Les gestes anormaux : ce sont les tremblements, les dyskinésies, les secousses musculaires, les tableaux choréiformes et les tics, tendant volontiers vers la chronicité mais compatibles avec une vie professionnelle.

### III.2.2 - Les troubles sensoriels

La surdité survient après un choc émotionnel (hystérie de guerre) ou après un traumatisme. Il peut s'agir d'une surdité sélective (à une voix familiale par exemple).

Les troubles visuels sont fréquents et souvent passagers chez la femme, plus marqués et plus durables chez l'homme (13).

Il peut s'agir d'un rétrécissement du champ visuel, d'une photophobie, d'une diplopie monoculaire, d'une amblyopie, de scotomes.

Mais la cécité hystérique est la plus remarquable. BUCHSENSCHUTZ et Coll. (22) ont montré à travers un cas clinique comment les aspects sur lesquels peut évoluer une névrose hystérique sont vraiment déconcertants : il s'agit d'une fillette de 11 ans qui a présenté une cécité après un deuil. L'observation est d'autant plus intéressante que le symptôme a nécessité un geste chirurgical de trop.

GODARD et Coll. (44) eux aussi ont rapporté le cas d'un sujet de 22 ans de sexe masculin qui, un mois après la naissance sa fille a présenté une cécité avec paralysie des membres inférieurs. Ils ont montré la complexité et la richesse des enchaînements associatifs de cette conversion hystérique.

### III.2.3 - Les troubles sensitifs

Ce sont essentiellement les anesthésies, les hyperesthésies et les algies dont la distribution n'obéit pas aux lois de l'innervation.

Les anesthésies peuvent être cutanées, muqueuses (frigidité) et peuvent s'accompagner de zones d'hyperesthésie. Ces hyperesthésies siègent de préférence au niveau des zones émotionnellement chargées pour le sujet : sommet du crâne ("clou hystérique" de SYDENHAM), mains, lèvres, seins et les points impliqués dans un traumatisme.

Les algies se rencontrent dans 70 % des cas. Elles sont souvent à base de la consommation médicale excessive de l'hystérique (52, 57). Ce sont les douleurs abdominales ou pelviennes, les dorsalgies, les lombalgies, les pseudo-sciatiques, mais surtout les céphalées hystériques dont DEPOUTOT se demandait "si elles ne sont pas la forme la plus moderne de la maladie" (36). Leur description est impossible et il en existe autant de formes que de patients.

### III.2.4 - LES MANIFESTATIONS NEUROVEGETATIVES

Le système nerveux végétatif est fréquemment perturbé dans l'hystérie.

— Les spasmes : ils peuvent être génitaux (vaginisme, dyspareunie), respiratoires ("toux nerveuse"), vésicaux (rétention d'urines ou incontinence). On peut observer une régurgitation, des spasmes intestinaux avec constipation, une "boule oesophagienne", des rots bruyants, une anorexie, une aérophagie, un météorisme abdominal ("grossesse nerveuse hystérique" avec aménorrhée et même chute de la tension artérielle), souvent précédé d'un *gros ventre hystérique* (ou cathiémophrénose) fréquent dans les pathologies

nord américaines et dans l'hystérie de guerre ("l'hystérie des tranchées" de BARUK). Les vomissements hystériques par spasme du pylore sont également très fréquents.

Tous ces troubles peuvent constituer un piège pour le praticien.

— Des troubles vasomoteurs et trophiques sont souvent observés : épaissement et refroidissement des téguments, cyanose, oedème sous cutané, fièvre inexplicquée, ostéoporose diffuse, développement du système pileux selon certains auteurs (56, 70).

Les troubles des conduites alimentaires peuvent entraîner des cachexies et des obésités.

On a noté aussi des insomnies fréquentes et rebelles.

On peut même observer des hémorragies localisées dites *vicariantes* qui apparaissent en des zones intactes de la peau, résultant de la modification locale de la perméabilité des vaisseaux. Ces phénomènes sont très rares de nos jours et se voyaient surtout dans les formes très graves de la maladie. L'existence de ces troubles est un facteur du pronostic.

Toutes ces manifestations de conversion somatique (troubles paroxystiques et manifestations durables) ont en commun certains caractères.

\* Elles n'obéissent pas aux lois de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie. Elles ont un caractère de facticité avec une topographie "segmentaire" et symbolique.

\* Elles ne sont pas associées à des signes physiques (aucune atteinte organique n'est décelée aux examens cliniques et paracliniques).

\* Elles ne concernent que la vie de relation et peuvent disparaître ou réapparaître sous l'effet de la suggestion.

### III.3 - LES SYMPTÔMES PSYCHIQUES

Les manifestations psychiques de l'hystérie sont dénommées "troubles dissociatifs" par le DSM III R (5) et dans la CIM-10 (84). Le sujet est dans un état mental particulier, voisin de l'hypnose, qui réalise une "dissociation" transitoire de la conscience personnelle. Les fonctions intégratives de la mémoire, de l'identité et de la conscience sont momentanément suspendues.

#### III.3.1 - Les troubles de la mémoire

Les hystériques ont des difficultés à évoquer certains souvenirs. La relation de leur biographie est laborieuse, imprécise, émaillée d'oublis et de lacunes. L'oubli porte le plus souvent sur les événements pénibles, une situation (guerre, mariage), une expérience lointaine et sur tout ce qui concerne la sexualité. Même sa vie entière peut être oubliée y compris son nom, son prénom et son âge.

Cette amnésie peut être de type infantile. LEMPERIERE et Coll. (70) ont rapporté le cas d'un sujet qui ne conserverait "aucun souvenir antérieur à l'âge de 14 ans".

L'amnésie hystérique peut être généralisée et le malade se comporte comme un "voyageur sans bagage".

Il est fréquent et très caractéristique chez l'hystérique d'observer l'évocation de scènes infantiles de séduction et de viol sur une période affectivement difficile de l'enfance inscrite dans le code des fabulations du vécu.

"FREUD crut d'abord trouver dans ces expériences traumatisantes l'origine du refoulement dans la névrose hystérique puis il mit progressivement en doute la véracité de ces scènes en découvrant qu'elles étaient souvent le fait de reconstructions fantasmatiques" (70).

#### III.3.2 - Les troubles intellectuels

Ils sont fréquents, transitoires, parfois isolés. Ils se manifestent sous forme d'inhibition intellectuelle. Le malade est passif,

incapable de faire le moindre effort psychique. Il est indifférent à son état. L'angoisse peut apparaître lors de toute tentative de mobilisation du malade.

Cette inhibition peut être durable entraînant un état de pseudo-débilité névrotique contrastant avec le maintien de la présentation corporelle et vestimentaire du sujet.

### III.3.3 - Les troubles de la vigilance

Ils sont assez préoccupants. Ce sont :

— Les états de distractibilité et de difficulté de concentration lors des études.

— Les états cataleptiques ou "attaques de sommeil" ou "sommeil hystérique". Ils ont l'apparence d'un sommeil normal mais sans signes cliniques ou électroencéphalographiques du sommeil. Leur durée est de quelques heures à plusieurs semaines. Ils peuvent simuler un coma avec risque d'investigations complémentaires dans un but diagnostic. Le sujet est inerte, les yeux ouverts ou fermés avec comme signes négatifs l'absence de myosis, de strabisme divergent (lié à la prédominance du tonus du grand oblique), ni de contracture active de l'orbiculaire des paupières. Ce sont des états pas totalement inconscients ni amnésiques.

On décrit également :

— Le somnambulisme hystérique ainsi que certaines crises extatiques qui signent le "clivage de la conscience" et dans lequel le sujet est en état de demi-sommeil.

— Les fugues hystériques déclenchées par certains contextes conflictuels intolérables pour le sujet. Elles peuvent s'observer également lors des somnambulismes, réalisant avec ceux-ci un *automatisme ambulatoire*. Le sujet erre "comme fasciné par la suggestion de ses images". C'est l'exemple typique de la *réaction hystérique* aiguë qui survient lors d'une situation fortement traumatisante.

— Les états crépusculaires hystériques correspondent à un amoindrissement momentané de la conscience de l'environnement ambiant. Ils débutent et se terminent de façon brusque. Ils vont de la simple obnubilation à la stupeur avec expérience demi-consciente de dépersonnalisation et d'étrangeté généralement autour d'une "idée fixe" (53).

— Les états seconds sont une variété des états crépusculaires. Ce sont des états de transes, de productions oniroïdes comme dans le rêve habituel. On en rapproche les états seconds des personnalités "multiples" qui sont rarissimes, et dans lesquels alternent deux ou trois personnalités différentes dont chacune ignore les projets, les actes voir l'existence même des autres. Les personnalités multiples sont des états récurrents de dissociation de la conscience de sa propre identité. Elles se rapprochent des états "médiurniques".

— Le syndrome de GANSER qui réalise un état de dissociation hystérique aiguë sans confusion mentale vraie et qui est caractérisé par des actes "à côté" et des réponses "à côté" absurdes dont le caractère systématique confirme l'existence d'une intentionnalité subconsciente.

Le malade ignore l'environnement, son comportement s'adresse à une situation "à côté". Le syndrome de GANSER est fréquemment observé dans la pathologie carcérale où "le sujet estime qu'il a intérêt à méconnaître certaines réalités".

— On peut observer aussi des cauchemars à type de poursuites agressives ou d'impression" de chute dans des trous".

Toutes ces manifestations psychiques se produisent devant des témoins, sont spectaculaires et théâtrales, et expriment un conflit intrapsychique.

IV

**FORMES CLINIQUES**



## **IV - FORMES CLINIQUES**

### **IV.1 - LES FORMES SYMPTOMATIQUES**

#### **Les formes mono ou pauci-symptomatiques**

Elles sont les plus fréquentes et font souvent évoquer une étiologie organique.

Le diagnostic de l'hystérie repose surtout sur la sémiologie de la conversion sur les facteurs déclenchants (stress psychologique, par exemple), sur l'organisation particulière de la personnalité et souvent sur la mise en évidence de bénéfices secondaires.

Le symptôme peut soit, guérir rapidement, soit évoluer de quelques jours à plusieurs années.

#### **Les formes polysymptomatiques : le syndrome de BRIQUET**

La maladie de BRIQUET est rare et faite d'une multitude de plaintes somatiques d'une tonalité douloureuse ou dépressive. Elle s'accompagne de troubles des conduites alimentaires et sexuelles. Dans cette maladie les crises de conversion ne sont qu'un élément des somatisations. BRIQUET a recueilli en 10 ans 434 observations qu'il a rapportées dans son "Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie" (1859). Il y réfute le rôle des frustrations sexuelles, invoque émotions prolongées et chagrin violent, accrédite la réalité de l'hystérie masculine ( un homme pour vingt femmes).

C'est GUZE qui a proposé en 1976 la désignation éponymique de "Syndrome de BRIQUET" pour regrouper l'ensemble de ses manifestations. Le diagnostic repose sur 58 items répartis dans 10 groupes (**Annexe II**).

- Un diagnostic assuré exige 25 symptômes au moins dans 9 des 10 groupes.

- Un diagnostic probable est indiqué par au moins 20 symptômes dans 9 des 10 groupes.

L'évolution de cette forme clinique est très longue. GUZE et PERLY ont montré que 90 % des patients continuent de répondre au même diagnostic après 6 ans d'évolution (49).

#### IV.2 - LES FORMES SELON L'ÂGE

##### L'hystérie du sujet âgé

Selon LEMPERIERE et Coll. (70) les manifestations de conversion hystérique ont tendance à être moins fréquentes au fur et à mesure que l'hystérique vieillit. Ce sont souvent des tableaux de dépression hypochondriaque ou de somatisations multiples.

##### L'hystérie de l'enfant

"Les travaux sur l'hystérie de conversion infantile sont relativement rares et traduisent souvent l'embarras éprouvé par les psychiatres d'enfants, qu'ils soient psychanalystes ou non face à cette pathologie". J.P. SICHEL (89).

Du point de vue historique, P. BRIQUET (1859), CHARCOT (1888), SHEFFIELD (1898) sont les premiers à en parler. Puis B. WEILL y consacre sa thèse avant que plutard DUPRÉ (1905), G. HEUYER ET L. MICHAUX, VIVIER (1944) ET VAUGELADE (1958) leur emboîtent le pas en même temps que SUTTER et Coll. qui ont, eux aussi, décrit des cas.

Quant à AJURIAGUERA, il souligne à ses contemporains la prédominance chez les filles.

Il y a des travaux d'autres auteurs sur l'hystérie de l'enfant tels: FREUD (à propos d'un cas d'anorexie hystérique chez un enfant de 27 mois), les travaux de LEOVICI (67), DE D.W. WINNICOTT, M. JAMES ET M. KHAN.

Sur le plan clinique J. SICHEL distingue un *état névrotique quiescent* et une *névrose active*.

Dans le premier cas les symptômes vont de la simulation à la dépression en passant par la mythomanie, les troubles psychosomatiques, les crises épileptiformes et même les états psychotiques. Pour J. P. SICHEL "il est indéniable que chez certains enfants sous des aspects hystériques se dissimule une potentialité psychotique". Par ailleurs certaines bouffées délirantes peuvent bien venir interrompre une existence d'hystérique qui reprendra, comme antérieurement, après traitement efficace de la bouffée délirante aiguë.

— Dans le 2<sup>e</sup> cas, quand la névrose devient active, le polymorphisme des manifestations hystériques est important bien que moins élaborées et moins riches que chez l'adulte. Ce tableau de névrose active comporte également plusieurs troubles :

\* Les troubles paroxystiques, trop souvent étiquetés de tétaniques ou d'épileptiques ;

\* Les troubles des fonctions de relation atteignant surtout la marche ;

\* Les troubles de conduites alimentaires d'une assez grande banalité avec la *boule hystérique* oesophagienne, les *pseudo crises d'appendicite* ou les *caprices alimentaires*.

\* Les troubles des fonctions instrumentales : avec des difficultés d'apprentissage (lecture, écriture, calcul) qui peuvent générer "un échec scolaire qui sera lui même source de difficultés supplémentaire pour l'enfant et de conflit dans le milieu familial". D'où la nécessité d'un diagnostic précoce.

\* Les troubles psychiques différents de ceux de l'adulte à savoir :

- L'inhibition qui est très fréquente en pédopsychiatrie.

- Les troubles de la mémoire qui faisaient dire à FREUD que "les enfants appartenant au type hystérique possèdent fréquemment une mémoire imparfaite,

incertaine, avec en conséquence de la difficulté à apprendre".

- Les troubles du sommeil sans spécificité, avec cauchemar fréquent, vision de "*grosses bêtes effrayantes*", et "*fantaisies imaginatives*".

- L'énurésie qui, pour SICHEL. "Lorsqu'il s'agit d'énurésie secondaire peut également se concevoir comme un symptôme de conversion et être traitée en tant que tel".

#### IV.3 - HYSTÉRIE MASCULINE

PARACELSE puis CHARCOT ont eu l'idée de son existence et en ont parlé bien avant les autres. Mais comme le dit L. ISRAËL (48), "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" (52).

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.

Du point de vue circonstance étiologique, LEMPERIERE et Coll. (70) font remarquer que les deux formes diffèrent : "chez la femme ce sont les conflits affectifs et sexuels ; chez l'homme, des conflits socio professionnels, un traumatisme (accident de travail), des faits de guerre (hystérie de guerre)". Mais aussi les traumatismes liés aux

émotions de la vie courante : spectacle, événement familial ou social, contrariété.

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 (36) 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".

Pour ISRAËL, les signes classiques que sont les paralysies, les cénesthésies, les contractures et les troubles sensoriels sont un peu plus rares chez l'homme. Par contre, les lipothymies, les céphalées, les algies diverses, les vertiges seront fréquents. Ainsi qu'une forme particulière de crise que sont les *accès de colère*, clastiques ou non, accès provoqués par des *contrariétés*, ou une accumulation de telles *contrariétés*". Par "*contrariétés*", il sous-entend des "contraintes souvent incontournables, imposées par la vie quotidienne et qui déposèdent le sujet de la libre possession de soi".

La fréquence des troubles d'allure organique affectant le système uro-génital (impuissance, éjaculation précoce ou retardée) a été observée par DEPOUTOT (36). De même que les douleurs prostatiques, une dysurie ou des douleurs mictionnelles.

Quant à la personnalité hystérique masculine, elle a selon DEPOUTOT quelques particularités qui méritent de retenir l'attention du médecin. Ce sont surtout la fréquence de masturbation, avec rêverie faisant intervenir des personnages uniquement féminins, la quête de virilité qu'il lui manque, les tendances homosexuelles que l'hystérique affiche à l'entourage. "L'homme hystérique sera, lui aussi, séducteur" disait L. ISRAËL et par conséquent les conduites dominantes seront le souci de paraître et la recherche de prestance.

# **V - DIAGNOSTIC**

## V - DIAGNOSTIC

### V.1 - DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif de la névrose hystérique symptomatique est l'un de ceux qui demandent beaucoup d'attention et de prudence car les erreurs sont fréquentes et leurs conséquences parfois graves. Le diagnostic est aisé lorsque des symptômes somatiques de conversion, sans signes d'organicité, apparaissent chez une personnalité pathologique de type hystérique. Il repose alors :

— d'une part, sur les accidents de conversions somatiques qu'il faudra soigneusement analyser pour découvrir leur nature paradoxale, leur anorganicité, leur mobilité, leur théâtralisme et les circonstances de leur apparition ;

— d'autre part, sur la personnalité hystérique qui est faite de traits stables même si leur intensité peut varier au cours de l'évolution.

On ne peut donc se contenter du diagnostic d'hystérie qu'après un examen somatique et neurologique complet qui va permettre de réunir un faisceau d'arguments à valeur d'orientation plus ou moins grande, mais dont aucun n'est véritablement pathognomonique.

— Absence de lésions anatomiques ou de perturbations biologiques sous-jacentes (mais un symptôme hystérique peut se greffer sur les séquelles et pathologies organiques antérieures : le diagnostic est particulièrement difficile chez les sujets polyopérés). La prédisposition d'un organe ou d'une fonction à devenir le support d'un symptôme de conversion est classiquement dénommée "complaisance somatique" ou "épine irritative".

— Les troubles n'obéissent à aucune loi de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie, c'est-à-dire qu'ils ne respectent pas les systématisations anatomo-physiologiques de la fonction atteinte.

— Le trouble qui ne concerne que la vie de relation, subit une évolution paradoxale, capricieuse et paraît sensible à la suggestion



ou aggravé par les émotions, mais cela peut être le cas d'authentiques affections organiques.

- Les premiers troubles apparaissent en général avant 30 ans.
- On retrouve régulièrement un passé évocateur d'autres accidents de conversion hystérique ou un recours fréquent à des consultations médicales pour des troubles fonctionnels divers.
- Le trouble actuel est souvent vécu dans une "belle indifférence".
- Le trouble somatique ou psychique ne paraît pas être sous le contrôle de la volonté du sujet.
- D'autres manifestations névrotiques mineures concomitantes, phobiques ou obsessionnelles, ne sont pas rares.
- Une relation temporelle entre la survenue du symptôme actuel et l'existence d'un conflit affectif ravivé par une situation vécue peut être reconstituée à travers les dires du patient.

Ce qu'il importe de retenir de cette série d'arguments est que le diagnostic d'hystérie ne peut se réduire à l'élimination d'une étiologie organique, pas plus qu'il ne faut attendre d'avoir effectué toutes les investigations cliniques et complémentaires possibles pour envisager la prise en charge de la plainte hystérique sous un angle psychologique. Cette démarche, utopique sur le plan pratique, serait, de toutes les manières, une erreur technique.

Il faut dans tous les cas retenir que certaines affections organiques peuvent donner lieu à des manifestations de style hystérique, comme un hystérique peut, un jour avoir une maladie organique et les deux types d'affections les plus fréquemment prises à tort pour de l'hystérie sont : les affections organiques du système nerveux central (sclérose en plaques, tumeurs cérébrales, épilepsies temporales) et les maladies dysmétaboliques (porphyries, hypoglycémie, hypocalcémie, dyskaliémie).

Enfin certains examens complémentaires appropriés (EEG, test de personnalité, exploration pharmacodynamique) peuvent être

utiles, sans se laisser entraîner dans un circuit interminable d'examens inutiles et coûteux.

## V.2 - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Il est toujours difficile. Les risques d'erreurs sont nombreux. "De toute façon, il perd une grande partie de son importance dans l'hystérie étant donné que, de l'aveu même des cliniciens, l'hystérie est la grande simulatrice". L. ISRAËL. Cependant malgré le peu d'intérêt qu'il y a pour le diagnostic différentiel symptomatique, le diagnostic différentiel avec les autres formes de pathologie mentale ne manque certainement pas d'intérêt thérapeutique et surtout heuristique.

### L'hystérie et la normalité

Un trouble psychique ou somatique peut survenir chez des sujets tout à fait normaux. Le pronostic dans ces cas est le plus souvent favorable.

C'est le cas également de la réaction hystérique. C'est un accident isolé sans lendemain, survenant à l'occasion d'un violent traumatisme psychique, chez des sujets frustes, immatures, hyper-émotifs qui amplifient considérablement leur symptôme et leur affection organique. Bien que transitoire, cette réaction impose tout de même de se méfier d'une organicité.

### La simulation, la sursimulation

Une simple simulation peut poser un problème diagnostique. Dans ce cas la production des symptômes est sous le contrôle de la volonté dans un but clairement défini. Ce but consiste fréquemment en la recherche de dédommagement. Il peut s'agir aussi d'un aménagement d'une porte de sortie pour "échapper à une responsabilité ou un travail pénible".

La simulation sera évoquée sur "l'inauthenticité des attitudes psychologiques de l'hystérie". GUELFU et Coll (47).

Mais dans la pratique, selon LEMPERIERE et Coll. (70), c'est une grande similitude qu'il y a entre la simulation et la symptomatologie

hystérique. Pour ces auteurs "le simulateur veut tromper alors que l'hystérique se trompe lui même en même temps qu'il nous trompe".

Pour d'autres auteurs, la simulation pure est rare. Elle est le plus souvent impliquée avec des traits de personnalité hystérique.

### Les autres névroses

— La névrose obsessionnelle est presque l'opposée de l'hystérie avec une inaffectivité et un mode relationnel pauvre et incomplet, stable et rigide.

— La névrose phobique, quant à elle, a quelques similitudes, du point de vue structure, avec l'hystérie dont elle est souvent associée d'ailleurs. FREUD parlait de cette association en la désignant par le vocable *d'hystérie d'angoisse*.

Mais pour GUELFY et Coll. (47) leur distinction est facile : "les symptômes phobiques comportent toujours une charge anxieuse au premier plan, déclenchée par la situation ou l'objet phobogène, contrairement à la *belle indifférence* qui accompagnent typiquement les conversions hystériques". De plus dans *l'hystérie d'angoisse* la libido n'est pas convertie mais libérée sous forme d'angoisse déplacée sur un objet.

### Les pathologies organiques neurologiques

Le diagnostic d'hystérie s'oppose souvent à l'épilepsie type "grand mal" devant les manifestations critiques conversives souvent type temporal surtout quand il existe des troubles dissociatifs. Mais des manifestations hystériques peuvent bien se greffer sur une infrastructure organique authentique (hystérie - épilepsie, hystérie - tétanie) des anciens auteurs.

Il faut rappeler également que la normalité d'un EEG ne permet jamais d'écarter à coût sûr une comitialité.

Le diagnostic peut se faire aussi avec la sclérose en plaques devant un trouble oculaire par exemple ou avec d'autres lésions neurologiques, vasculaires, tumorales, dégénératives ou méningo-encéphalitiques.

Il faut évoquer aussi une dyskinésie neurologique devant des mouvements anormaux, discuter des troubles mentaux dus à une intoxication iatrogène ou volontaire ou à un syndrome de sevrage.

### Pathologie organique non neurologique

En particulier les maladies à symptomatologie somatique *vague, multiple et déroutante* comme l'hyperparathyroïdie, le lupus érythémateux disséminé ou les porphyries.

Les affections cardiovasculaires sont à redouter devant les syncopes, les lipothymies, les précordialgies. (coronarite, troubles paroxystiques du rythme).

Les affections métaboliques telles que les hypocalcémies, les dyskaliémies seront recherchées également.

### La somatisation

Surtout, seront discutées les pathologies organiques de type somatique (migraine, asthme, colopathie fonctionnelle...). Pour GUELFY typiquement, il y a les troubles psychosomatiques, lésionnels, intéressant la vie végétative, qui s'opposent au "symptôme de conversion, sans base organique, intéressant la vie de relation".

En effet, les troubles psychosomatiques concernent surtout les viscères, alors que c'est le système sensitivo-moteur qui est affecté dans la conversion.

Et LEMPERIERE (69) d'ajouter que "l'expression somatique de l'affection est dans l'hystérie facilement déchiffrable quoique symbolique, ce qui n'est pas le cas dans la pathologie psychosomatique". L'attente psychosomatique est beaucoup plus profonde que dans la conversion hystérique : elle comporte une lésion au niveau tissulaire... Alors que le symptôme hystérique est souvent mobile, toujours réversible, jamais authentifié.

### La schizophrénie

Ici le diagnostic n'est pas toujours facile. A ce propos EY et Coll. (39) disaient : "c'est surtout avec les psychoses schizophréniques que le diagnostic (et si l'on veut le pronostic) est particulièrement difficile. Cela se conçoit puisque CLAUDE proposait de ranger dans le groupe des "schizoses" l'hystérie et la schizophrénie". Et les auteurs d'ajouter que "mais face à l'hystérie avec sa mentalité et ses accidents caractéristiques, la schizophrénie par son organisation autistique reste assez différente dans sa nature et son évolution". Pour ces auteurs, on retiendra en faveur de l'hystérie : *les tendances mythomaniques, la suggestibilité, le théâtralisme du comportement, le caractère superficiel et variable des symptômes* et pour la schizophrénie on retiendra : *la tendance schizoïde, l'importance du délire, l'introversion, le développement de l'autisme, les troubles de la pensée et la dissociation progressive.*

Cependant pour BOTTERO (15), des symptômes de conversion hystérique comme des symptômes psychiques peuvent se voir chez le schizophrène, surtout dans la forme pseudonévrotique.

GUELFU va dans le même sens lorsqu'il dit qu'il y a "de nombreuses formes de schizophrénie où une super structure névrotique, partiellement efficace, masque la dissociation. Ces formes "pseudo névrotiques" de schizophrénie s'observent surtout au niveau de l'évolution. Le développement secondaire d'un autisme, d'un automatisme mental ou de thèmes délirants, flous, confirme le diagnostic". C'est la "forme pseudo-névrotique de schizophrénie débutante". De la même façon, certaines symptomatologie ou certaines bouffées délirantes justifient, pour certains auteurs en tout cas, le diagnostic "psychose hystérique" autre entité dont les limites nosographiques sont discrètes voire contestées (39, 43, 61, 63, 72, 74, 86).

### Les troubles de l'humeur

La dépression peut bien se développer sur une personnalité hystérique ou compliquer l'évolution d'une névrose hystérique. Elle

est fréquemment associée à l'hystérie, *même sous l'aspect d'une symptomatologie dépressive franche*. Par conséquent les diagnostics d'hystérie et de dépression ne sont nullement exclusifs. De plus, l'existence d'une conversion somatique peut bien être le symptôme d'une dépression préexistante.

Par ailleurs le théâtralisme peut faire évoquer une excitation maniaque. Mais dans l'hystérie, l'exaltation est moindre et il n'existe pas de fuites des idées.

### Les troubles anxieux

Selon les auteurs comme GUELFI et Coll (47) "c'est dans le cadre des troubles anxieux, que l'on peut discuter les rapports entre certains symptômes somatiques hystériques et les manifestations de la "spasmophilie" entité contestée par certains auteurs, liée, pour d'autres, à une hyperexcitabilité neuromusculaire en rapport avec des troubles mineurs du métabolisme du calcium et du magnésium voire une hyperventilation chronique ou paroxystique". C'est pourquoi, beaucoup de troubles tétaniformes sont pris comme des symptômes hystériques et vice-versas (78).

### Les troubles de la personnalité

On évoquera en particulier les personnalités "borderline", narcissiques ou psychopathiques qui peuvent être prises pour des manifestations hystériques "dissociatives".

Du reste il n'est pas rare d'observer des manifestations hystériques isolées ou épisodiques, dans ces cas de personnalité.

### L'hypochondrie

Le diagnostic est facilité par le fait que, dans l'hypochondrie, la plainte somatique n'a aucune *véritable perte ou altération des fonctions corporelles et repose sur un trouble imaginaire*. Le symptôme est fondé sur des interprétations erronées de signes physiques qui envahissent le psychisme du sujet. Il n'a aucune signification symbolique et ne répond ni à la suggestion ni aux efforts thérapeutiques déployés. Certains auteurs préfèrent parler de

"névrose hypochondriaque", affection grave conduisant le sujet de médecin en médecin, de traitement en traitement avec le risque de la constitution d'une pathologie iatrogène.

# VI - EVOLUTION



## **VI - EVOLUTION**

### **VI.1 - LES FACTEURS DU PRONOSTIC**

L'évolution de l'hystérie est fonction de plusieurs facteurs :

- La durée de la conversion, conditionnée elle même par des bénéfices secondaires. Plus ces bénéfices secondaires sont négligeables, plus l'évolution est favorable.
- Le jeu des relations interpersonnelles avec surtout les membres de la famille.
- L'attention de l'entourage qui, par son attitude trop rejetante ou trop permissive module l'évolution de l'hystérie.
- Enfin la qualité de la prise en charge par le médecin qui peut contribuer à la *fixation* de troubles, "en octroyant aux symptômes un cachet d'organicité" avec risque de chronicisation et style de vie parasitaire au dépend des autres (famille, communauté....).

### **VI.2 - L'ÉVOLUTION**

Pour beaucoup d'auteurs, les manifestations hystériques sont généralement réversibles et transitoires mais récidivent aussi facilement. Elles rétrocedent dans 62 % des cas en moins d'un an selon LJUNBERD (73) dans une étude portant sur 381 cas. Mais selon H. EY et Coll. (39), l'évolution de certains cas peut être très longue. Comme par exemple les paralysies.

En somme l'évolution est donc variable avec parfois des poussées le plus souvent déclenchées par des facteurs tels que les émotions violentes, les exaltations collectives, les problèmes de ménage et de maternité émaillés de frustrations affectives et les traumatismes accidentels.

A certaine période de la vie également, peuvent surgir des poussées : adolescence, adulte jeune, sénescence, ménopause.

On peut cependant noter une stabilisation des symptômes. Pour H. EY et coll. (39) la névrose tend à se stabiliser sous forme mineure quand le sujet a pu acquérir malgré ces dépenses une maturation plus grande ou une neutralisation de son angoisse.

### VI.3 - LES COMPLICATIONS

La complication la plus redoutable est certainement la survenue d'une *émergence anxieuse* signant l'échec partiel du mécanisme de conversion. On peut constater également des épisodes dépressifs à répétition avec des thèmes dysthymiques ou des manifestations de somatisation, parfois évoluant de façon chronique et ne répondant que peu ou prou à la chimiothérapie.

Les tentatives de suicide répétées sont aussi redoutées. Elles sont l'aboutissement ultime de ces états dépressifs *chimiorésistants*. Pour ISRAËL, il n'est pas possible d'étudier isolément la tentative de suicide hystérique ou chez l'hystérique. Il faut la situer dans le contexte général du suicide. Et l'auteur attire l'attention sur l'existence chez l'hystérique de préliminaires, d'équivalents anticipés de suicide. Et dans ces cas "certains fourvoiements dans des activités marginales, le recours à la drogue, la chute dans la délinquance, sont des substituts suicidaires".

L'évolution peut se compliquer mais très rarement d'une *dégradation schizophrénique* ou d'autres symptômes névrotiques. On peut aussi observer de véritables névroses mixtes telle que *l'hystérophobie*.

On peut observer également des lésions organiques dues à la persistance de certaines conversions (ankylose, troubles trophiques, troubles vasomoteurs, des contractures et même des pseudo-paralysies).

La "consommation médicale" est fréquente elle aussi pouvant aller jusqu'à des interventions médicales ou chirurgicales multiples et inutiles avec souvent comme corollaire l'abus de médicaments de toute sorte. Il ya souvent à l'origine des troubles hypocondriaques chroniques et invalidants, qui peuvent alimenter d'avantage les tentatives de suicides à répétition.

*Deuxième partie*

TRAVAIL  
PERSONNEL

**CHAPITRE I**

**MATERIEL ET**

**METHODE**

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

Notre étude a pour cadre la Clinique Psychiatrique Moussa DIOP intégrée à un hôpital général, le CHU de FANN. 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.
- Un service de Pédopsychiatrie dénommé KER XALEYI (La Maison des Enfants) qui fonctionne en hôpital de jour.
- Un service de consultations externes pour adultes. 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.

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.

## **I.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 au maximum trois nouveaux consultants, trois à quatre jours par semaine.

### **I.3 - METHODOLOGIE**

#### **I.3.1 - Recueil des données**

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

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 (EEG, ECG, EMG, 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".

### **1.3.2 - Les arguments du diagnostic**

Nous avons considéré comme hystérique tout sujet répondant aux critères empruntés à la CIM-10 (84). Dans cette 10<sup>e</sup> 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.

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".

### **1.3.3 - 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.

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

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

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

### **1.3.5 - 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.

**CHAPITRE II**  
**RESULTATS**  
**ET**  
**COMENTAIRES**

**II - 1**  
**CARACTERISTIQUES**  
**GENERALES**

### **II.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 situé dans la banlieue.
- des cabinets privés de Dakar et de sa banlieue.,
- dans la région de Thiès le DIAMM 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.
- 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.

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 (85), a trouvé en 1984 61,1 % d'hommes et 38,3 % de femmes. ANDRADE (6) en 1979, 64,7 % contre 35,3 %. KOUMARE (58) en 1980, 65,6 % contre 34,4 %. NDIAYE (81), 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.
- 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.
- 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 (81).

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

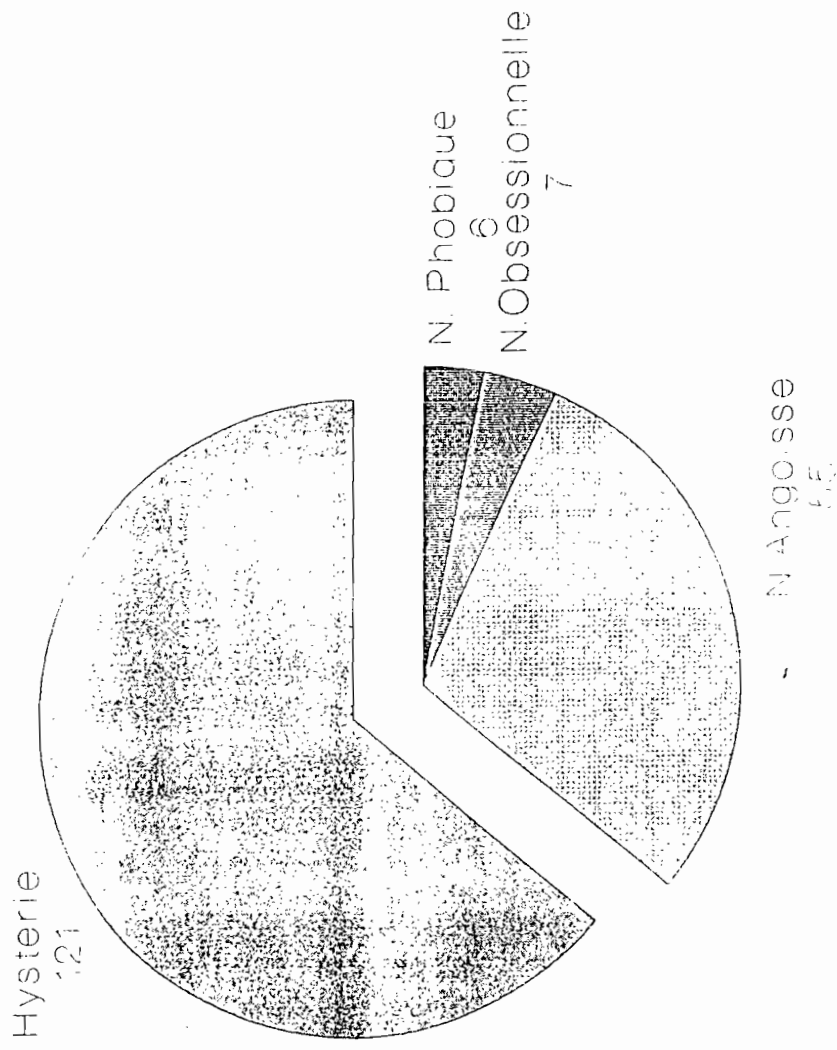
**TABLEAU III : Répartition de la population consultante selon l'activité économique.**

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>	

**TABLEAU IV : Répartition des patients selon la nosographie.**

Diagnostic	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
Schizophrénies	130	12,6	12,6
* Hystérie	121	11,8	24,4
Toxicomanies	119	11,6	36
BDP	113	11	47
Syndromes dépressifs	108	10,5	57,5
Epilepsie	84	8,2	65,7
✓ Névrose d'angoisse	55	5,4	71,1
Syndromes démentiels	46	4,5	75,6
Affections psychosomatiques	43	4,2	79,8
Psychoses puerpérales	41	4	83,8
PHC	37	3,6	87,4
Syndromes maniaques	34	3,3	90,7
Confusion mentale	19	1,9	92,6
Enurésie	13	1,3	93,9
Paranoïa	10	1	94,9
* Névrose phobique	6	0,6	95,5
✓ Névrose obsessionnelle	7	0,5	96
Autres	41	4	100

# Repartition des Nevroses Au sein des Consultants



Annee 1994

## **II.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.

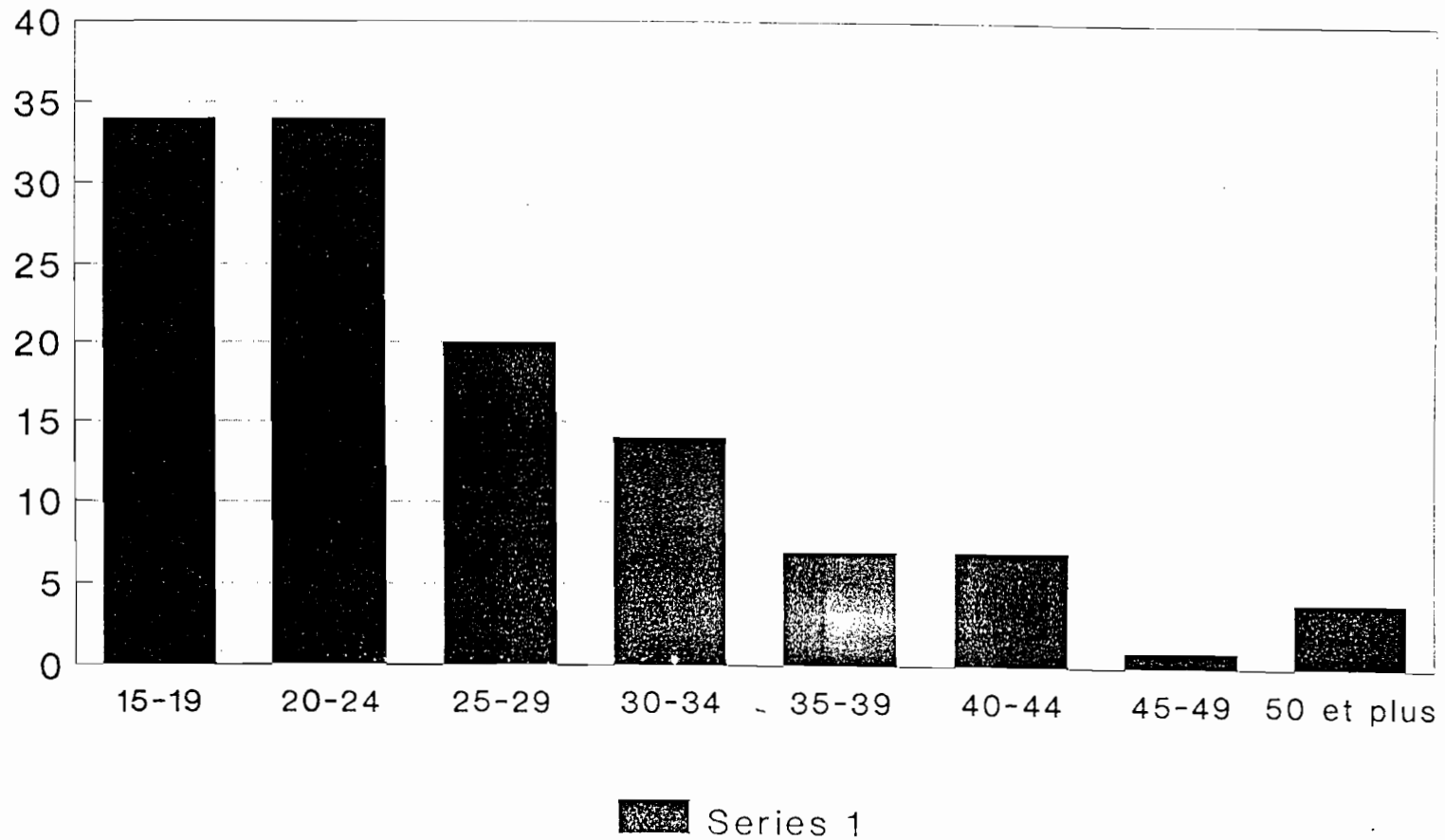
Les limites d'âge vont de 15 à 73 ans avec une moyenne d'âge de 27,79 années.

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.

# 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>	



### **II.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.

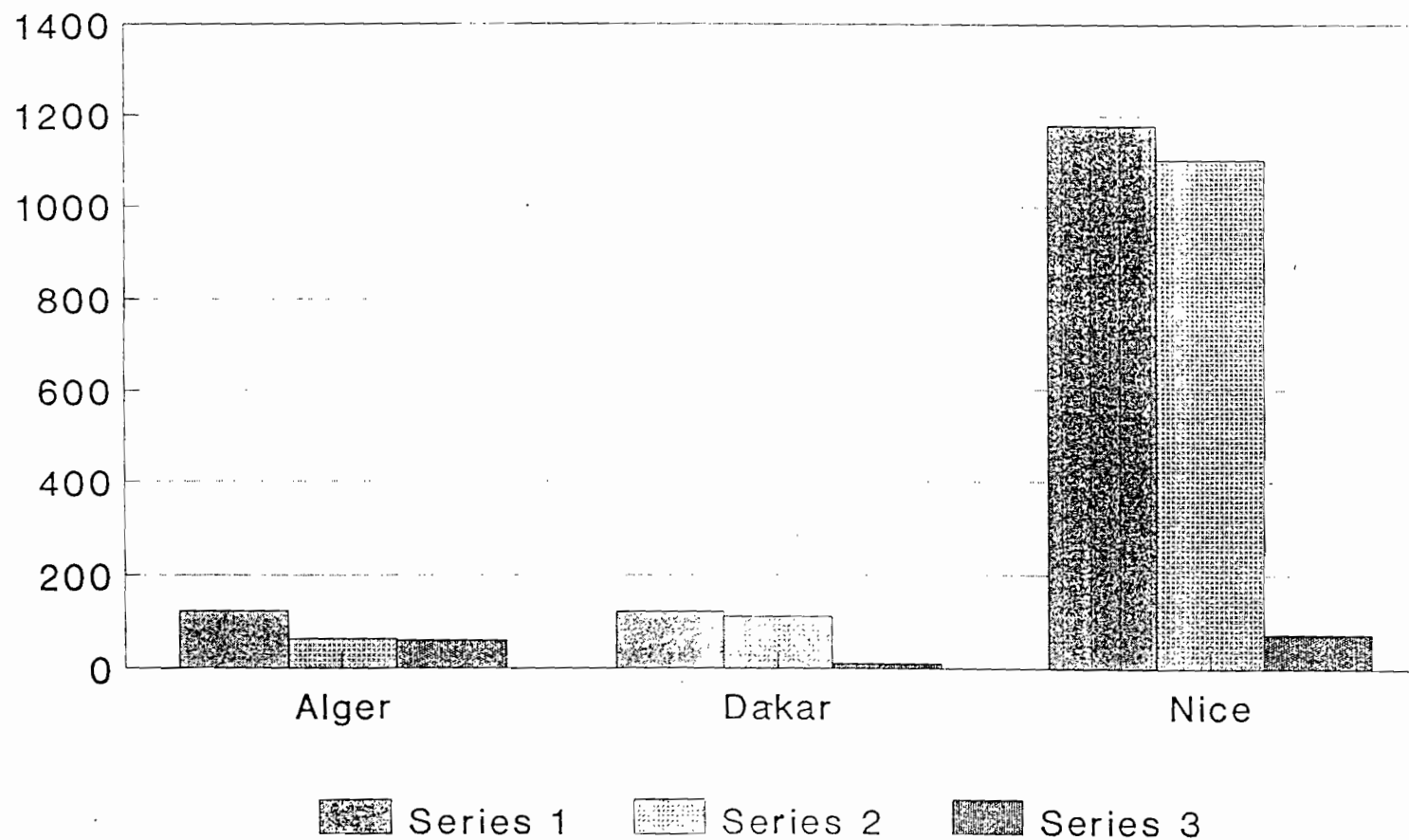
Cette différence selon le sexe, relevée dans notre travail est très significative avec un  $X^2 = 103,71$  (P. = 0,000000).

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 (57), EGGERS (38), BINOUX et des LAURIERS (13), GUZE et Coll. (50).

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.

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



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

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

## **II.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 autres ethnies sont sous représentées. Les valeurs sont superposables aux valeurs du recensement national de la population du Sénégal.

**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>	

### **II.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.

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

### **II.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 comme l'avait déjà souligné BASTIDE(12).

### **II.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 93,4 % de musulmans et 7,6 % de chrétiens dans notre série.

Le RGPH trouve dans la population de référence 93,8 % de musulmans contre 4,3 % de chrétiens pour l'ensemble du pays.

**TABLEAU VII** : Répartition selon l'activité économique.

Activité économique	Femme	Homme	Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
Sans profession	62	6	56,2	56,2
Elèves - étudiants	28	1	24	80,2
Professions libérales	6	2	6,6	86,8
Fonctionnaires	7	0	5,8	92,6
Autres	8	1	7,4	100
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	

**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>	

**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>

**II.2 -  
DONNEES  
BIOGRAPHIQUES**

## **II.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 %).

Quatre patients seulement ont pu accéder à l'enseignement supérieur. Cela pourrait expliquer la déception, le découragement, l'état d'angoisse et de stress dans lequel se trouveront tout le reste de ceux qui n'ont pas pu continuer leurs études et quelque soit par ailleurs le facteur causal. Cette situation pourrait être un facteur déclenchant.

## **11.2.2 - 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. (16) 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 X : Niveau de scolarisation**

Niveau de scolarisation	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)	Fréquences relatives cumulées (%)
Etudes primaires	29	23,9	23,9
Etudes secondaires	49	40,5	64,4
Etudes supérieures	4	3,3	67,7
Non scolarisés	25	20,7	88,4
Non précisés	14	11,6	100
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	

**TABLEAU IX : Rang dans la fratrie.**

Rang dans la fratrie	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)
Ainés	21	17,3
Benjamins	15	12,4
Enfant unique	3	2,5
Cadets	82	67,8
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

### **II.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 soit 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 (20) 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. (16) ont rapporté 47,6 % de femmes mariées, 19,5 % de divorcées et 30,1 % de célibataires.

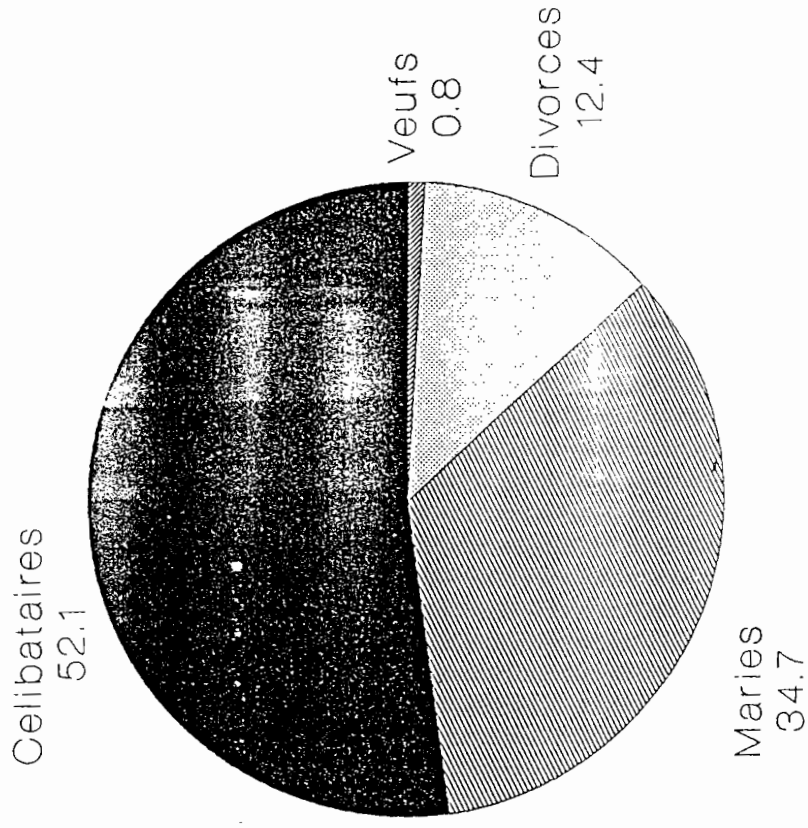
Le climat relationnel difficile, source de conflits imposés par les rigueurs socio-économiques où les contraintes religieuses pourraient être un fait explicatif de même que les modèles

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>

# Situation Matrimoniale des Hystériques



En Pourcentage (%)

## **II.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 (88) 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.

---

\*\* Autel destiné aux sacrifices.

\* Esprit attaché à une famille.

**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 précisée	2	1,7

Médico-chirurgicaux	22	18,2
Psychiatriques (le malade)	8	6,6
Psychiatriques (la famille)	29	24
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

**II - 3**

**LES ASPECTS  
CLINIQUES**



### **II.3.1 - 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.

### **II.3.2 - LES MANIFESTATIONS PAROXYSTIQUES**

(Tableau XV)

Les accidents somatiques rencontrés dans notre série sont très variables. Ils vont de la grande attaque "à la CHARCOT". 9,91 %, aux formes mineures dégradées.

En ce qui concerne les attaques, deux malades sur les 11 ont fait leur crise dans le service avec toutes les phases : prodromes, période épileptoïde, contorsions, transes puis période terminale. Pour les 9 autres cas, le diagnostic a été établi sur la base de l'anamnèse, de façon rétrospective, la crise s'étant déroulée à domicile, bien avant la consultation.

En fait les formes mineures ont été les plus fréquemment rencontrées avec par ordre de fréquence décroissante :

- les formes syncopales : 31,4 %
- les crises tétaniformes : 27,3 %
- les crises épileptiformes : 16,5 %
- les formes extrapyramidales : 11,6 %.

Les manifestations paroxystiques sont très fréquentes dans notre étude, (9,9 %).

Cependant la plupart des auteurs s'accordent à dire que cette grande crise est devenue rare. La relative fréquence de ces grandes attaques complètes et régulières pourrait s'expliquer à l'époque de CHARCOT par le fait qu'elle a été décrite dans le "quartier des épileptiques". Ce service regroupait tous les malades qui convulsaient, épileptiques authentiques mais également hystériques. Le problème se posait alors avec les moyens de l'époque de faire la différence entre les deux affections. C'est pour cela que la description qui en a été donnée par CHARCOT est si fidèlement calquée sur le déroulement de la crise d'épilepsie généralisée. C'était une occasion pour l'hystérie de saisir cette modalité d'expression qui avait toutes les chances de réussir.

A l'heure actuelle l'évolution de la médecine se poursuivant dans le sens d'une technicité de plus en plus poussée, les choses se présentent sous un jour tout à fait différent.

Les formes dégradées sont actuellement les plus fréquemment rencontrées posant parfois des problèmes diagnostiques avec l'épilepsie et la tétanie.

En Afrique l'importance du surnaturel a fortement ébranlé les repères sémiologiques de nombreuses pathologies : H. COLLOMB (26), P. LACHAUME (62), T. NATHAN (80).

OGRIZEK (83) en Centrafrique faisait remarquer en 1982 que la grande crise hystérique n'est pas rare dans nos régions. Elle est soutendue par des phénomènes d'envoûtement et de possession. Toute possession ou transe a été trop longtemps taxée d'hystérique par les ethnologues.

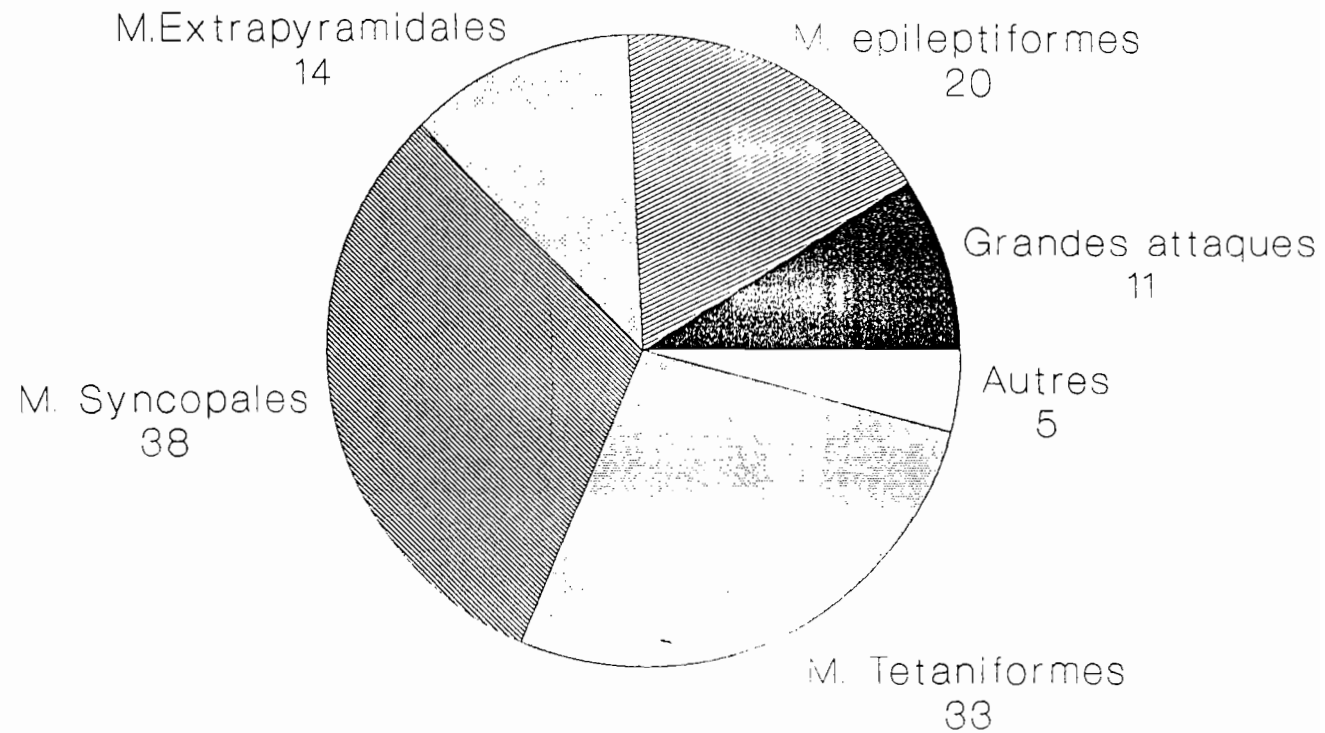
Les crises de possession sont presque inséparables de la notion d'hystérie tant elles ont des similitudes avec la conversion hystérique en ce qui concerne leurs modalités d'expression et surtout leurs conditions d'apparition.

Toutes ces considérations contribueraient à favoriser la relative fréquence des grandes attaques dans nos régions.

**TABLEAU XV : Manifestations paroxystiques.**

Formes cliniques	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Grandes attaques	11	10
Manifestations épileptiformes	20	16,5
Manifestations extrapyramidales	14	11,6
Manifestations syncopales	38	31,4
Manifestations tétaniformes	33	27,3
Autres	5	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

# Manifestations Paroxystiques chez les Hystériques



### **II.3.3 - LES MANIFESTATIONS DURABLES**

Le syndrome fonctionnel durable porte sur tous les aspects de la vie des relations.

Les manifestations sont motrices, sensorielles, sensibles et neurovégétatives.

#### **II.3.3.1 - Les troubles moteurs**

Le tableau XVI montre que le mutisme, les tremblements et les contractures sont, dans l'ordre, les symptômes les plus fréquemment rencontrés.

Il est à noter que les paralysies ont été rencontrées chez trois patients dont une paraplégique qui a été initialement hospitalisée en Neurologie pendant 37 jours avant d'être adressée à notre consultation.

La classique "boule oesophagienne" est rencontrée chez 8 patients.

#### **II.3.3.2 - Les troubles sensoriels (tableau XVII)**

Ce sont des troubles auditifs et à un certain degré des troubles visuels avec respectivement 16 et 8 cas.

#### **II.3.3.3 - Les troubles sensitifs**

Ils sont représentés presque exclusivement par les algies avec 41 cas soit 34 % de l'échantillon.

Par ailleurs les troubles sensitifs sont les manifestations durables les plus fréquemment rencontrées dans notre service.

#### **II.3.3.4 - Les troubles neurovégétatifs**

Ils sont représentés par :

- \* les troubles respiratoires : 22,3 %
- \* les troubles gastro-intestinaux : 16,5 %
- \* les troubles gynécologiques : 13,2 %.

La plupart des tableaux cliniques de manifestations durables rapportées dans la littérature font état de la fréquence des algies de toutes sortes mais aussi des paralysies et des troubles visuels.

Nos résultats ne diffèrent pas de ceux rapportés dans la littérature aussi bien en ce qui concerne les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels et neurovégétatifs.



**TABLEAU XVI : Troubles moteurs**

<b>Nature du trouble</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Fréquences relatives (%)</b>
Mutisme	12	10
Tremblements	9	7,4
Contractures	8	6,6
Dysphagies	8	6,6
Hoquets	3	2,5
Paralysies	3	2,5
Bégaiement	3	2,5
Crampes	2	1,7
Tics	1	0,8
Mouvements choréïques	1	0,8
Aphonie	1	0,8
Autres	4	3,3

**TABLEAU XVII : Troubles sensoriels**

<b>Nature du trouble</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Fréquences relatives</b>
Ouïe	16	13,2
Vision	8	6,6
Odorat	2	1,7
Tact	2	1,7

**TABLEAU XVIII : Troubles sensitifs**

<b>Nature du trouble</b>	<b>Fréquences absolues</b>	<b>Fréquences relatives</b>
Algies	41	34
Troubles génitaux	6	5
Hyperesthésies	1	0,8

**TABLEAU XIX : Troubles neurovégétatifs**

Nature du trouble	Fréquences absolues	Fréquences relatives
Symptômes respiratoires	27	22,3
Troubles gastro-intestinaux	20	17
Symptômes gynécologiques	16	13,2
Spasmes	4	3,3
Troubles trophiques et vasomoteurs	1	0,8
Symptômes urologiques	1	0,8

### **II.3.4 - LES SYMPTOMES PSYCHIQUES** (Tableau XX)

Nous avons enregistré une grande fréquence des troubles psychiques dans notre échantillon :

- 110 cas de troubles de la mémoire (Amnésies électives, fabulations et fugues amnésiques),
- 95 cas de troubles de la vigilance (états seconds, état crépusculaires, états somnambuliques).

FREUD rappelait que des amnésies, des lacunes de mémoire ne font jamais défaut.

#### **TABLEAU XX** (Symptômes Psychiques)

Troubles de la mémoire	110 cas	91 %
Troubles de la vigilance	95 cas	78,5 %
Troubles de l'intelligence	10 cas	8,3 %

### **II.3.5 - LA PERSONNALITE HYSTERIQUE**

La présence d'une personnalité hystérique chez nos patients n'a pas été rencontrée que dans 103 cas soit 85 %.

Dans 17 cas on n'a pas pu mettre en évidence une structure hystérique associée aux manifestations de conversion. Le diagnostic de structure n'a pas été précisé chez un patient.

Ceci ne paraîtrait pas contredire les données de la littérature. Non seulement il faut que les traits de caractères soient relativement marqués pour qu'on puisse parler de personnalité hystérique mais aussi l'absence de la personnalité hystérique ne devrait pas infirmer le diagnostic d'hystérie devant un syndrome de conversion répondant à nos critères.

**TABLEAU XXI**

Personnalité hystérique	Homme	Femme	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)
Présente	8	95	103	85,1
Absente	2	15	17	14,1
Non précisée	0	1	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>111</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

**II - 4**

**LES RESULTATS  
PARACLINIQUES**

## **II.4 - LES RESULTATS PARACLINIQUES**

Quelques examens complémentaires ont été demandés pour certains de nos patients. Ils sont souvent nécessaires pour le diagnostic différentiel de certains tableaux.

L'EEG a été demandé dans les 20 cas de manifestations épileptiformes. Nous avons obtenu 5 résultats anormaux dont :

- 2 tracés montrant une "souffrance cérébrale diffuse et modérée".
- 2 tracés montrant une "souffrance cérébrale diffuse à prédominance temporelle gauche".
- 1 tracé montrant une "souffrance cérébrale sévère".

L'EMG et le dosage de la calcémie et de la magnésémie ont été demandés dans les 33 cas de crises tétaniformes. Les résultats ont montré des perturbations de la biologie dans 76 % des cas et de l'EMG dans 57,6 % des cas.

Les tracés d'EMG anormaux ont montré un diagnostic de spasmophilie faiblement positif dans 13 cas et fortement positif dans 6 cas.

Un seul tracé d'ECG a été demandé chez une patiente de 50 ans présentant un syndrome de conversion hystérique avec en amont comme en aval un tableau d'angor.

Le tracé a mis en évidence un "infarctus antéro-septal gauche".

Le reste des examens complémentaires n'a pas montré une grande importance séméiologique.

Les résultats du bilan paraclinique ont révélé, dans les cas où c'était demandé un pourcentage élevé de perturbation.

Il est bon de préciser dans ce cas que beaucoup d'auteurs accordent peu d'intérêt à ces examens complémentaires dans le diagnostic de l'hystérie.

Les affections les plus souvent recherchées étant la tétanie et l'épilepsie, les explorations faites concernaient ces deux pathologies.

Dans le cas de la tétanie non seulement les dosages biologiques (calcémie et magnésémie) sont le plus souvent normaux mais également l'EMG peut être négatif dans 35 % des cas. JUSTIN-BESANÇON ET KLOTZ (55).

Pour LAPLANE, l'EMG est dépourvue d'intérêt dans le diagnostic même de la tétanie (65).

### **TABLEAU XXII : Bilan paraclinique**

Examens demandés	Nombre de cas demandés	Nombre de cas anormaux	Fréquences relatives (%)
EMG	33	19	57,6
Calcémie - magnésémie	33	25	76
EEG	20	5	25
ECG	1	1	100



**II - 5**

**LA PRISE  
EN CHARGE**

### **II.5.1 - LA CONDUITE THERAPEUTIQUE**

En ce qui concerne l'hospitalisation, du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre 1994 le nombre total de malades hospitalisés dans notre service était de 315. Parmi ces patients 3 seulement ont eu comme diagnostic de sortie l'hystérie soit 0,3 % de l'ensemble des hospitalisés ou 2,5 % de l'ensemble des hystériques. La durée moyenne de l'hospitalisation est de 27 jours pour ces 3 patients. La majorité des patients de notre étude n'ont pas été hospitalisés. Ils ont été suivis à titre externe.

Cela pourrait être mis sur le compte des différences culturelles, du comportement des populations et des médecins face à la maladie et surtout de la tolérance de nos cultures. Plus les relations affectives sont personnalisées, intimes, vivantes et organisées, plus l'individu trouve sa place au sein du groupe social qui le prend en charge. D'autant plus que dans nos sociétés africaines, les maladies mentales trouvent souvent leur fondement dans les concepts de possession, d'envoûtement, de sorcellerie (3) et d'anthropophagie, autant de prétextes pour que l'hôpital ne soit pas le lieu de la cure.

Les patients non hospitalisés ont bénéficié d'un traitement ambulatoire :

- psychothérapies de soutien.
- chimiothérapie à base d'anxiolytiques (méprobamate, captodiamine) ou de neuroleptiques sédatifs (Lévomépromazine).

Les thérapies comportementales et les méthodes psychanalytiques n'ont pas été pratiquées par manque de personnels qualifiés.

Une fois le diagnostic posé, les patients bénéficient d'un entretien psychothérapique. Si les symptômes de conversion somatique dominant, nous faisons appel à la suggestion.

La durée moyenne de ce premier contact avec le patient est de 40 à 50 minutes environ.

Une chimiothérapie tranquillisante a souvent été nécessaire. Son importance est quelquefois sous-estimée.

## **II.5.2 - EVOLUTION**

Chacun de nos patients a été suivi pendant au moins 18 mois.

L'évolution a été favorable dans 63,6 % des cas au cours de ces 18 mois. Par contre 36,4 % des patients ont eu une complication à un moment donné de l'évolution de leur maladie (tableau XXIII).

LEMPERIERE et Coll. (70) ont rapporté 39,74 % d'accidents transitoires et 20,51 % d'évolution favorable à 18 mois soit au total 60,25 % d'amélioration au bout de 18 mois, résultats qui se rapprochent significativement de ceux que nous avons relevés.

Comme le montre le tableau XXIII, la décompensation dépressive a été notée dans 10 % des cas. "L'hystérie est une maladie grave et la dépression y est fréquente" ; KOVESS (57). BOUCEBCI et Coll. (16) ont rapporté 47,1 % de troubles dépressifs et 0,8 % de conduites suicidaires.

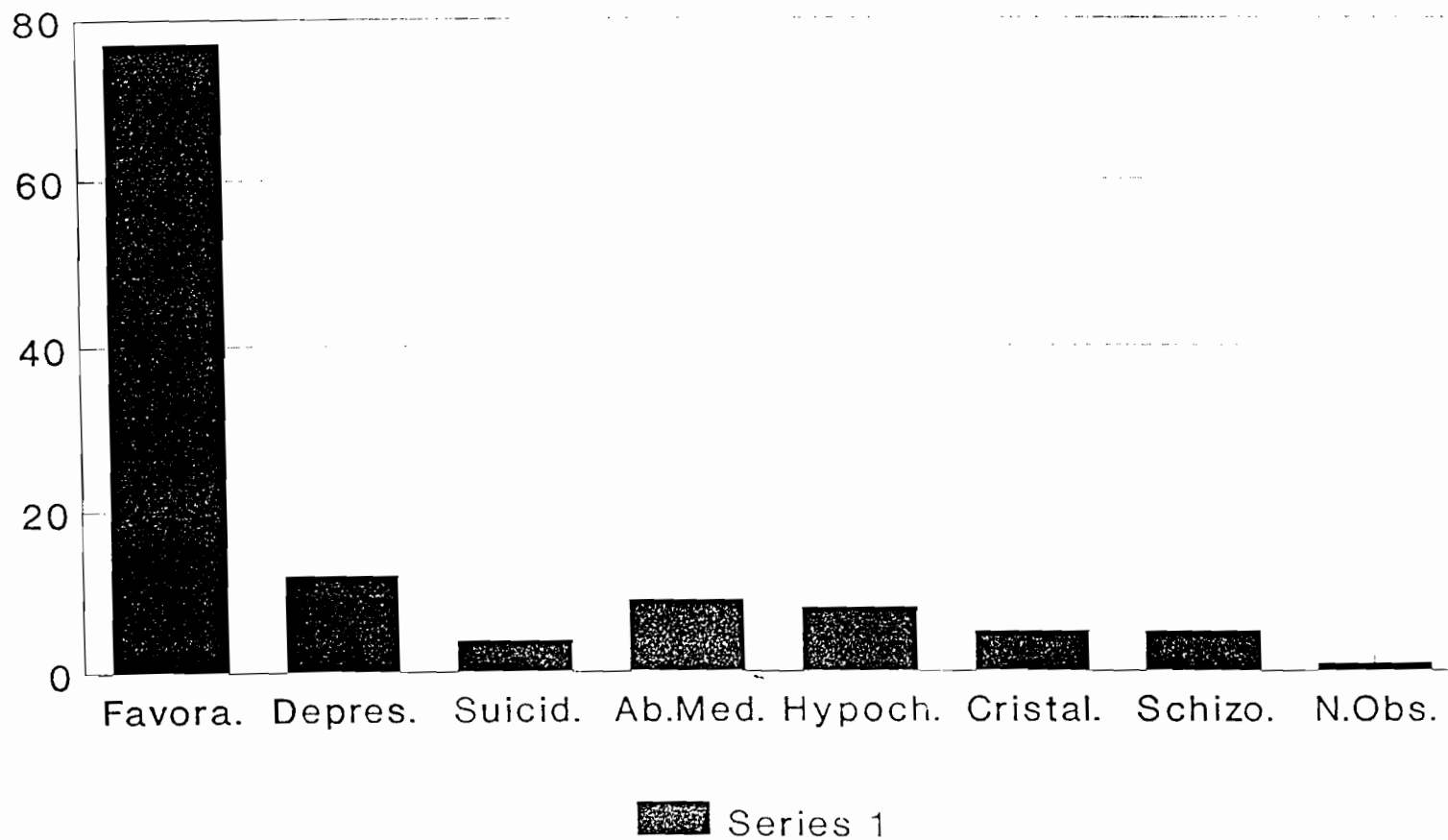
Les troubles hypochondriaques ont été retrouvés dans 6,6 % des cas et les abus de médicaments dans 7,7 % des cas.

Nous avons noté également des conduites suicidaires compliquant ces décompensations dépressives. Quatre sujets tous de sexe féminin ont fait deux tentatives de suicide par ingestion de liquide toxique pour les trois premières patientes, une tentative de suicide par le feu pour la quatrième.

Enfin nous avons noté un cas d'hystérie chez une femme de 23 ans qui a évolué vers une névrose obsessionnelle. Cette patiente n'avait pas présenté une structure hystérique manifeste à l'examen. Le diagnostic d'hystérie avait été retenu sur la base de nos critères.

Cinq cas ont évolué vers la schizophrénie dans sa forme paranoïde.

# Evolution de la Maladie sur 18 mois



**TABLEAU XXIII : L'évolution**

Type d'évolution	Homme	Femme	Fréquences absolues	Fréquences relatives (%)
Favorable	9	68	77	63,7
Episode dépressif	1	11	12	10
Conduite suicidaire	0	4	4	3,3
Abus de médicaments	0	9	9	7,4
Troubles hypocondriaques	0	8	8	6,6
Cristaliation des symptômes	0	5	5	4,1
Schizophrénie	0	5	5	4,1
Névrose obsessionnelle	0	1	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>111</b>	<b>121</b>	<b>100</b>

# CONCLUSION

## CONCLUSION

-=-=-=-

Notre travail a porté sur l'analyse de 121 dossiers de patients hystériques. Ces patients ont été recrutés du 1er Janvier 1994 au 31 Décembre 1994 parmi les consultants de la Clinique psychiatrique du CHU de Fann.

Les critères utilisés pour le diagnostic étaient ceux de la Classification Internationale des Maladies Mentales et des Troubles du Comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tous nos patients ont été suivis pendant aux moins 18 mois à compter de la date de leur première consultation.

Ce travail nous a permis de faire les constatations suivantes.

### **1. Sur le plan épidémiologique**

L'hystérie est la deuxième cause de consultation après les schizophrénies avec une prévalence relative de 11,8 %.

La plupart des sujets sont des femmes jeunes, célibataires, sans aucune activité économique.

En effet 72,7 % des patients sont âgés de 15 à 29 ans, 92 % sont des femmes et 52,1 % sont des célibataires versus 34,7 % de mariés.

Le niveau de scolarisation (67,7 %) est supérieur à la moyenne nationale à savoir 45,2 %.

### **2. Sur le plan clinique**

Les facteurs qui déclenchent les troubles sont le plus souvent un conflit (49,6 %) ou des difficultés de la vie quotidienne génératrices de contrariétés et de stress pour le patient : problèmes scolaires, difficultés matérielles ou professionnelles, conflits de ménage ou perturbations des relations interpersonnelles.

-Pour ce qui est de la sémiologie, le polymorphisme des manifestations, fréquemment décrit dans la littérature a été retrouvé dans notre étude.

Par contre, la rareté des grandes attaques "à la CHARCOT" n'a pas été confirmé ici car 9,9 % de nos patients ont présenté ce tableau.

Quant à la personnalité pré morbide, 85,1 % de nos patients ont présenté une structure névrotique manifestement de type hystérique.

### **3. Sur le plan thérapeutique**

Le taux d'hospitalisation est relativement bas par rapport aux données de la littérature. 2,5 % de nos patients ont bénéficié d'une hospitalisation avec une durée moyenne de 27 jours.

Les patients non hospitalisés ont pu bénéficier en ambulatoire d'un traitement à base de psychothérapie de soutien et de chimiothérapie anxiolytique.

L'évolution sur 18 mois a été favorable dans 63,6 % des cas. Des complications sont apparues dans 36,4 % des cas dont les plus fréquentes sont les manifestations dépressives (10 %) et les plus préoccupantes les conduites suicidaires (3,3 %).

Au vu de toutes ces données, on peut faire certaines considérations :

- l'hystérie est fréquente dans notre service et la grande attaque souvent considérée comme rare y est rencontrée fréquemment.

- nous avons relevé un faible taux d'hospitalisation de nos patients : 0,3 % de l'ensemble des malades hospitalisés dans le service de Psychiatrie de Fann durant la même période d'étude. Cela malgré que l'hystérie occupe la deuxième place par ordre de fréquence nosographique après les schizophrénies.



- les femmes célibataires sans emploi sont généralement les plus touchées.

- la personnalité hystérique n'est pas toujours présente à l'examen de ces patients.

- Cependant, il apparaît qu'une psychothérapie profonde focalisée sur le conflit psychique serait bénéfique à l'endroit des malades.

Cette solution heureuse permettrait en effet de faire l'économie de certaines complications peu fréquentes mais potentiellement redoutables.

Pour cela des efforts pourraient être faits dans le sens de la formation ou du recrutement d'un personnel techniquement qualifié (psychologues, psychanalystes) pour la prise en charge de ces malades.

# *BIBLIOGRAPHIE*

# BIBLIOGRAPHIE

-=-=-=-=-

1. - **ADAM R.** - "Fantasme et crise hystérique". *Psychol. Med.*, 1993, **25**, 6, pp 525-526.
2. - **ADOMNICA I., AMAR M.** - "Des difficultés du diagnostic d'hystérie chez l'enfant". *Neuropsychiatr. Enfance*, 1987, **35**, 1, pp 1 - 8.
3. - **AMANI N., DURAND D., DELAFOSSE R.C.J.** - "Sorcellerie en Afrique : origine, évolution, place dans la dynamique psychologique du groupe". *Public. Méd. Afr.*, 19, 112, pp 7-16.
4. - **AMARILLI Ph., PULL C.B., PATRIS M.** - "Considérations sur la mise en pièces de l'hystérie". *Ann. Psychiatr.*, 1994, **9**, 2, pp 97-99.
5. - **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Committee on Nomenclature and Statistic** - "Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders. Revised Third Editions". Washington, D.C., American Psychiatric Association Press, 1987, 624 p.
6. - **ANDRADE A.S.** - "Statistique et Psychiatrie sociale au Sénégal". *Mémoire de C.E.S de Psychiatrie*, Dakar, 1981, n° 26, 106 p.
7. - **ASCHER J., FAROUX Ch.** "De la mort par suicide : ou à propos de sa signification chez l'hystérique et le mélancolique". *Lille Médical*, 1973, **18**, 2, pp 208-209.
8. - **AZOURI Ch.** - "La psychanalyse à l'écoute de l'inconscient". Paris, Alléur - Marabout, 1993, 222 p.

9. - **BARRUCAND D.** - "Naissance de l'Ecole de Nancy : Liébeault et Bernheim". *Psychol. Med.*, 1987, **19**, 2, pp 233-235.
10. - **BARUK H.** - "La crise de la nosographie psychiatrique et les crises d'hystérie. Freud contre Bernheim et l'Ecole de Nancy". *Ann. Méd. - Psychol.*, 1977, **1**, 3, pp 449-454.
11. - **BARUK H.** - "L'hypnose". Paris, Ed. P.U.F., 1972, 3° éd., ("Q.S.J."), n° 1458, 128 p.
12. - **BASTIDE R.** - "Sociologie des maladies mentales". Paris, Flammarion, 1965, 314 p.
13. - **BINOUX F., des LAURIERS A.** - "Hystérie chez le vieillard". *Rev. de Méd.*, 1982, **23**, 38, pp 1989-1993.
14. - **BONTHOUX J.P., GUGLIEMI F., CAILLE A.** - "Histoire de la folie hystérique". *Psychol. Med.*, 1992, **24**, 13, pp 1405-1407.
15. - **BOTTERO A., CANOUI P., GRANGER B.** - "Psychiatrie de l'adulte". Paris, Ed. Maloine, 1992, 438 p.
16. - **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.
17. - **BOUCHARD P., BESSON L., GOUDOT B., GROZEL J.M., PERNOD R.** - "L'hystérie. Une cause inhabituelle de réveil anormal". *Anasth. Anal. Réam.*, 1980, **37**, pp 193-194.
18. - **BOURGEOIS M.** - "La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine. Présentation et justification". *Ann. Med.-psychol.*, 1988, **146**, 6, pp 552-562.

19. - **BREUER J., FREUD S. (1895)** - "Etudes sur l'hystérie". Paris, P.U.F., 1956, 254 p.
20. - **BRIQUET P.** - "Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie". Paris, Baillière, 1859, réédition, 2 tomes, Edit. Analectes (Théraplix) 1974.
21. - **BRUSSET B.** - "Le développement libidinal". Paris, P.U.F., 1992, ("Q.S.J."), 126 p.
22. - **BUCHSENSCHUTZ E., DUGAS M., GUERIOT C.** - "Cécité hystérique après un deuil. *Nouv. Presse Méd.*, 1975, **4**, 36, pp 2585-2587.
23. - **CATONNE J.-Ph.** - "L'hystérie hippocratique". *Ann. Méd.-Psychol.*, 1992, **150**, 10, pp 705-719.
24. - **CHARCOT J.M.** - "L'hystérie". Textes choisis et présentés par E. Trillat, Toulouse, Ed Privat, 1971, 214 p.
25. - **CHERTOK L., FERREY G., MICHAUD D., DROIN M.C.** - "Physiopathologie de la conversion hystérique. Somatisation et état de conscience". *Rev. Med. Psychosomat.*, 1977, **19**, 44, pp 473-480.
26. - **COLLOMB H.** - "Bouffées délirantes en psychiatrie africaine". *Psychopath. afric.*, 1965, **1**, 2, pp 216-237.
27. - **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.
28. - **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.

- 29. - COLLOMB H., MILLETTO G., PLAS R., BERT J., ZWINGESTEIN J.** - "Hystérie et structure mésodiencéphalique". *Ann. Méd.-psychol.*, 1960, **1**, pp 316-322.
- 30. - DANION J.M., KOEPEL Ph.** - "Le differend entre Charcot et Bernheim : la lecture de Freud". *Psychol. Méd.*, 1987, **19**, 2, pp 247-250.
- 31. - DAR COURT G.** - "Peut on définir la conversion" ? *Psychol. Méd.*, 1985, **17**, 11, pp 1719-1722.
- 32. - DAR COURT G., LAFONT A.** - "Place de la conversion hystérique en pratique médicale". *Conc. Med.*, 1977, **99**, 3, pp 206-210.
- 33. - DEGOS C.F.** - "Les pertes de connaissance hystériques". *Rev. Prat.*, 1981, **31**, 45, pp 3173-3178.
- 34. - DEMBOVITZ N.** - "Psychiatry amongst West African Troops". *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 1945, **84**, pp 70 - 74.
- 35 - DE MOL J., RETIF J., AERENS C.** - "L'hystérie de conversion post-traumatique. A propos d'un cas de paraplégie hystérique". *Acta Psychiatr. Belg*, 1981, **81**, 1, pp 46-56.
- 36. - 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 A10, 10 -1985, pp 4 - 8.
- 37. - DUPONT G., DOUCHET J.C.** - "A propos d'un cas d'hystérie à pression normale". *Psychol. Méd.*, 1994, **26**, NS 12, pp 1256-1257.

38. - **EGGERS C.** - "Symptômes et syndromes de l'hystérie de conversion chez l'enfant et l'adolescent".  
*Neuropsychiatr. enfance*, 1987, **35**, 10, pp 461-468.
39. - **EY H., BERNARD P., BRISSET Ch.** - "Manuel de psychiatrie". Paris, Masson Ed., 1974, 4<sup>e</sup> édition, 1250 p.
- 40 - **FOLLIN S., CHAZAUD J., PILON L.** - "Cas cliniques de psychoses hystériques". *Evol. psychiat.*, 1961, **26**, 2, pp 257-286.
41. - **FREUD S.** - "Cinq psychanalyses". Paris, P.U.F., 1973, 6<sup>e</sup> édit., 422 p.
42. - **FREUD S.** - "Quelques considérations pour une étude comparative des paralysies motrices, organiques et hystériques". *Arch. Neurol.*, 1893, **26**, pp 29 - 43.
43. - **GADEN M.** - "Sur la notion d'hystérie psychotique".  
*Agressologie*, 1979, 20, A : 55 - 64.
44. - **GODARD M., LEGER J.M., GAROUK M.** - "Quand l'hystérie a recours au clivage : A propos d'un cas de cécité de conversion". *Actualités Psychiatriques*, 1980, **10**, 5, pp 35-39.
45. - **GODFRYD M.** - "Les maladies mentales de l'adulte". Paris, P.U.F., 1994, ("Q.S.J.") n° 2886, 128 p.
46. - **GORI R.** - "L'hystérie : état limite du savoir ou l'hystérie au présent". *Evol. Psychiatr.*, 1982, **47**, 1, pp 179-188.
47. - **GUELFY J.D., BOYER P., CONSOLI S., OLIVIER - MARTIN R.** - "Psychiatrie". Paris, P.U.F., 1987, 932 p.
48. - **GUILLAUME J.C.** - "L'hystérie en transit". *Perspect. psychiatr.*, 1981, **19**, 81, pp 146-151.

49. - **GUZE S.B., PERLEY M.J.** - "Observation on the natural history of hysterica". *Am. J. Psychiatry*, 1963, 119, pp 960-965.
50. - **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.
51. - **HOLLENDER M.H., HIRSCH S.J.** - "Hysterical psychosis". *Am. J. Psychiatr.*, 1964, **120**, pp 1066-1074.
52. - **ISRAEL L.** - "L'hystérie, le sexe et le médecin". Paris, Masson Edit., 1979, 256 p.
53. - **JANET P.** - "L'état mental des hystériques". Paris, Alcan, 1894.
54. - **JOUPPE J., BEUDOU M.** - "Trois décès d'hystériques". *Actual. psychiatr.*, 1980, 5, pp 70-75.
55. - **JUSTIN - BESANÇON L., KLOTZ H.P.** - "Etude critique de la notion de spasmophilie chez l'adulte et chez le grand enfant". *Sem. Hop. Paris*, 1950, 63, pp 3174-3190.
56. - **KERBIKOV O., KORKINA M., NADJAROV R., SNEJNEVSKI P.** - "Psychiatrie". Moscou, Edition MIR, 1968, 264 P.
57. - **KOVESS V.** - "Le diagnostic de l'hystérie : Enquête auprès des psychiatres français". *Informat. Psychiatr.*, 1982, **58**, 10, pp 1241-1250.
58. - **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.



- 59. - KREISLER L.** - "Le praticien face aux manifestations motrices de l'hystérie de l'enfant". *Gaz. Méd. de France*, 1978, **85**, 30, pp 2324-3431.
- 60. - KRESS J.J.** - "Les étudiants en médecine et le corps. De la rencontre avec l'anatomie à celle de l'hystérie de conversion". *Psychiat. franç.*, 1988, **19**, 3, pp 87-93.
- 61. - LACAN J.** - "Ecrits". Paris le Seuil, 1966.
- 62. - LACHAUME P.** "L'hystérie délirante canaque". *Informat. psychiatr.*, 1987, **63**, 10, pp 1249-1257.
- 63. - LAFONT A., LECLEIR E.** - "Le clinicien face aux concepts de psychose hystérique". *Psychol. Méd.*, 1985, **17**, 11, pp 1743-1746.
- 64. - LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.** - "Vocabulaire de la psychanalyse". Paris, P.U.F., 4° éd., 1967, 464 p.
- 65. - LAPLANE D.** - "La spasmophilie existe-t-elle ?" *Rev. Prat.*, 1981, **31**, 45, 3183-3188.
- 66. - LAXENAIRE M.** - "Introduction à la réunion sur "les Ecoles de Nancy"". *Psychol. Méd.*, 1987, **19**, 2, 231.
- 67. - LEOVICI S.** "A propos de l'hystérie chez l'enfant". *Psychiatr. de l'Enf.*, 1974, **17**, 1, pp 5 - 52.
- 68. - LEFEVRE P., BABBAS S.** - "L'hystérie de guerre. Etude comparative de ses manifestations au cours des deux derniers conflits mondiaux". *Ann. Méd.-psychol.* 1984, **142**, 2, pp 262-266.

69. - **LEMPERIERE Th.** - "Hystérie : diagnostic, principe du traitement". *Rev. Prat.*, 1989, **39**, 16, pp 1453-1456.
70. - **LEMPERIERE Th., FELINE A., GUTMANN A., ADES J., PILATE C.** - "Psychiatrie de l'adulte". Paris, Masson, 5e Edit., 1977, 430 p.
71. - **LEMPERIERE Th., HARDY P.** - "La personnalité hystérique". *Rev. Prat.*, 1982, **32**, 13, pp 879-893.
72. - **LEROUX A., ROCHARD L.** - "Contribution à l'étude des rapports entre névrose hystérique et psychose schizophrénique". *Ann. Méd. - psychol.*, 1984, **142**, 7, pp 975-988.
73. - **LJUNBERG L.** - "L'hystérie : étude clinique, pronostique et génétique". *Acta pschiatr. - Neurol. Scand.*, 1957, supp n° 112, pp 11-162.
74. - **MALEVAL J.C., CHAMPANIER J.P.** - "Pour une réhabilitation de la folie hystérique". *Ann. Med.-psychol.*, 1977, **2**, 2, pp 229-272.
75. - **MALLET J.** - "Hystérie de conversion". *Encycl. Méd. Chir., Paris, Psychiatrie*, 1955, 37340 A 10.
76. - **MATOT J.P.** - "Pour situer la question de l'hystérie chez l'enfant". *Neuropsychiatr. Enfance*, 1989, **37**, 4, pp 179-186.
77. - **MBODJI M.** - "Manifestations d'hystérie féminine en milieu urbain au Sénégal". *Thèse Psychologie Clinique et Pathologique*, Paris X - Nanterre, 1989, 298 p.
78. - **MERCIER H., COLONNA L.** - "Spasmophilie, hystérie ou anxiété ?" *Gaz. Méd.*, 1988, **95**, 14, pp 31-37.

79. - **MORON P.** - "Les tentatives de suicide à l'adolescence".  
*Réadaptation*, 1994, 401, pp 14 -16.
80. - **NATHAN T.** - "Hystérie ou possession (prolègomènes à une théorie ethnopsychanalytique de la conversion hystérique)". *Rev. Méd. Psychosomat.*, 1986, **27**, 5, pp 11 -21.
81. - **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.
82. - **NEYRAUT - SUTTERMAN T.** - "Hystérie et épilepsie : nouvelles réflexions sur l'article de Freud". *Ed. Psychotherap.*, 1981, **12**, 2, pp 135-142.
83. - **OGRIZEK M.** - "Mami-Wata, de l'hystérie à la féminité en Afrique Noire". *Confront. Psychiatr.*, 1982, **22**, pp 213 -238.
84. - **O.M.S. : C.I.M. - 10.** - "Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement". Paris, Masson, 10e édit., 1993, 306 p.
85. - **PICARD P.G.D.** "Evaluation des activités de consultation externe dans le service de psychiatrie du CHU de Dakar". Thèse Méd., Dakar, 1984, n° 121, 142 p.
86. - **PRINGUET G.** - "A propos d'un cas de psychose hystérique". *Nouv. Presse Méd.*, 1977, **6**, 6, pp 441-443.
87. - **ROUDINESCO E.** - "Histoire de la psychanalyse en France". Paris Seuil Ed., 2 Tomes, 1985.

- 88. - 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.
- 89. - SICHEL J.P.** - "L'hystérie de l'enfant". *Rev. Prat.*, 1982, **32**, 13, pp 947-954.
- 90. - SIDOUN P., FONTANE R., FALUDI G.** - "Spasmophilie, attaques de panique et névrose hystérique : I : les entités cliniques". *Conc. Méd.*, 1989, **111**, 24, pp 2047-2051.
- 91. - SIROIS F.** - "Un symptôme hystérique d'astasia-abasia chez un jeune homme". *Psychiatr. J. of the Univ. of Ottawa.*, 1990, **15**, 1, pp 47-49.
- 92. - SOULAYROL R., MIOLLAN C., CASTEL F., BARBERIS F.** - "Répercussions institutionnelles d'un cas de conversion hystérique dans un service de pédopsychiatrie". *Rev. Neuropsychiatr. infant.*, 1973, **21**, 4 -5, pp 243-255.
- 93. - SUTTER J.M., SCOTTO J.C., BLUMEN G.** - "Aspects cliniques des accidents hystériques". *Confront. Psychiatr.*, 1968, **1**, 1, pp 29 - 52.
- 94. - WIDLÖCHER D.** - "Doit-on oublier l'état hypnoïde ?". *Psychol. Méd.*, 1987, **12**, 2, pp 243-245.
- 95. - WIDLÖCHER D., DANTCHEV N.** - "Charcot et l'hystérie". *Rev. Neurol.*, 1994, **150**, 8-9, pp 490-497.

*ANNEXES*

# ANNEXE - 1

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. Cristalisation 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
  - \* Anxiolytique
  - \* Antidépresseur
  
- Suggestion
  - \* Isolement familial
  - \* Rééducation psychomotrice
  - \* Suspension des bénéfices II
  
- Psychothérapie comportementale



# ANNEXE - 2

# CRITÈRES DIAGNOSTIQUES POUR L'HYSTÉRIE <sup>(1)</sup>

## (SYNDROME DE BRIQUET)

---

### I. DIAGNOSTIC CRITERIA ARE :

1. complicated or dramatic medical history, with onset prior to the age of 35 years ;
2. minimum of 25 symptoms in at least nine of the ten symptom groups ;
3. at least 25 of the symptoms in a minimum of nine groups had no known medical explanation.

### II. SYMPTOM GROUPS ARE

#### *Group 1*

Headaches  
Sickly most of life

#### *Group 2*

Blindness  
Paralysis  
Anesthesia  
Aphonia  
Fits or convulsions  
Unconsciousness  
Amnesia  
Deafness  
Hallucinations  
Urinary retention  
Ataxia  
Other conversion symptoms

---

<sup>(1)</sup> Selon WOODRUFF R.A., CLAYTON P.L. et GUZE S.B., 1971.

**Group 3**

Fatigue  
Lump in throat  
Fainting spells  
Visual blurring  
Weakness  
Dysuria

**Group 4**

Breathing difficulty  
Palpitation  
Anxiety attacks  
Chest pain  
Dizziness

**Group 5**

Anorexia  
Weight loss  
Marked fluctuations in weight  
Nausea  
Abdominal bloating  
Food intolerance  
Diarrhea  
Constipation

**Group 6**

Abdominal pain  
Vomiting

**Group 7**

Dysmenorrhea  
Menstrual irregularity  
Amenorrhea  
Excessive bleeding



**Group 8**

Sexual indifference  
Frigidity  
Dyspareunia  
Other sexual difficulties  
Vomiting nine months pregnancy or hospitalised for hyperemesis  
gravidarum

**Group 9**

Back pain  
Joint pain  
Extremity pain  
Burning pains of the sexual organs, mouth, or rectum  
Other bodily pain

**Group 10**

Nervousness  
Fears  
Need to quit working or inability to carry on regular duties because of  
feeling sick  
Crying easily  
Feeling life was hopeless  
Thinking a good deal about dying  
Wanting to die  
Thinking of suicide  
Suicide attempts

# SERMENT D'HIPPOCRATE



**« En présence des maîtres de cette École, et de mes Chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.**

**Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.**

**Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.**

**Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».**

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.**

Vu

Le Président de Jury

Vu

Le Doyen

Vu et permis d'imprimer  
Le Recteur de l'Université  
Cheikh Anta Diop de Dakar