



COLLOQUE SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL

DE L'UNIVERSITE DE KARA

12 - 16 MAI 2014

QUELLE CONTRIBUTION DES UNIVERSITES AU
DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE ?

Actes

VOLUME I

SOUS LA DIRECTION DU PROF. GNON BABA

L'Harmattan

UNIVERSITÉ DE KARA



**COLLOQUE SCIENTIFIQUE
INTERNATIONAL
DE L'UNIVERSITE DE KARA
12 – 16 MAI 2014**

**QUELLE CONTRIBUTION DES
UNIVERSITES AU
DEVELOPPEMENT EN AFRIQUE ?**

ACTES

Volume I

| | |
|--|-----|
| Références | 356 |
| Otites : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques | 359 |
| Introduction | 359 |
| Méthodologie | 360 |
| Résultats et discussion..... | 360 |
| Conclusion..... | 363 |
| Références | 364 |
| Profil sociodémographique de l’hystérie de conversion au CHU Campus de Lomé..... | 367 |
| Sociodemographic profile of conversion hysteria | 367 |
| in Lomé teaching hospital..... | 367 |
| Introduction | 368 |
| Méthodologie | 368 |
| Résultats | 369 |
| Discussions..... | 370 |
| Conclusion..... | 372 |
| Références | 373 |
| Apport de l’échographie scrotale dans le bilan d’infertilité masculine à Lomé | 377 |
| Introduction | 377 |
| Méthodologie | 378 |
| Résultats | 378 |
| Discussion | 379 |
| Conclusion..... | 380 |
| References | 381 |

Comité scientifique

Président : Professeur Paalamwé Komi TCHAKPELE, Université de Kara

Vice-présidents :

- Professeur Koffi AHADZI-NONOU, Université de Lomé
- Professeur Adama KPODAR, Université de Kara

Membres :

- Professeur Messanvi GBEASSOR, Université de Lomé
- Professeur Toyi ASSIH, Université de Lomé
- Professeur Saliou TOURE, Université Félix Houphouët Boigny, Abidjan / Université Internationale de Grand Bassam
- Professeur Koffi AKPAGANA, Université de Lomé
- Professeur Thiou Komlan TCHAMIE, Université de Lomé
- Professeur Kou'santa Sabiba AMOUZOU, Université de Kara
- Professeur Gnon BABA, Université de Kara
- Professeur Comlan de SOUZA, Université de Lomé
- Professeur Mireille PRINCE DAVID, Université de Lomé
- Professeur Isabelle Adolé GLITHO, Université de Lomé
- Professeur Adovi N'Buéké GOEH-AKUE, Université de Lomé
- Professeur Egnonto Koffi-TESSIO, Université de Lomé
- Professeur Koffi Agnon BALOGOU, Université de Lomé
- Professeur Moctar BAWA, Université de Lomé
- Professeur Ibrahim CHITOU, Université de Paris 13
- Professeur Yvonne BONZI COULIBALY, Université de Ouagadougou
- Professeur Jean-Maurille OUAMBA, Université Marien Ngouabi
- Professeur Kokou TCHARIE, Université de Lomé
- Professeur Koffi-Sa BEIJA, Université de Lomé
- Professeur Kossi NAPO, Université de Lomé
- Professeur Komlan SANDA, Université de Lomé
- Professeur Gado TCHANGBEDJI, Université de Lomé
- Professeur Patrick POINT, Université de Bordeaux IV
- Professeur Géro Fulbert AMOUSSOUGAH, Université Abomey-Calavi
- Professeur Koffi Ayéchoro AKIBODE, Université de Lomé
- Professeur Adoté B. BLIVI, Université de Lomé
- Professeur Jérôme ALOKO-N'GUESSAN, Université Félix Houphouët Boigny

- Professeur Nicoué Ladjou GAYIBOR, Université de Lomé
- Professeur Komlan Messan NUBUKPO, Université de Lomé
- Professeur Raymond VERDIER, Université Paris-Ouest Nanterre
- Professeur Koffi Badjow TCHAM, Université de Lomé
- Professeur Abou NAPON, Université de Ouagadougou
- Professeur Kodjona KADANGA, Université de Lomé
- Professeur Musandji NGALASSO-MWATHA, Université de Bordeaux 3
- Professeur Bakoé BAKONDE, Université de Lomé
- Professeur Koffi N'DAKENA, Université de Lomé
- Professeur Bertrand SOGBOSSI, Centre Universitaire de Savè
- Professeur Amadou SEIBOU H. MAIGA, Université Gaston Berger, Saint-Louis
- Professeur Ouateni DIALLO, Université des Sciences et Techniques et Technologies de Bamako
- M. Kwami Gabriel NYASSOGBO, Maître de Conférences, Université de Lomé
- M. Nadédjo BIGOU-LARE, Maître de Conférences Agrégé Université de Lomé
- M. Akoété AMOUZOU, Maître de Conférences, Université de Kara
- M. Babakane Djobo COULIBALEY, Maître de Conférences, Université de Kara
- M. Koffi Mawunyo AGBENOTO, Maître de Conférences, Université de Kara
- M. Kako NUBUKPO, Maître de Conférences, Université de Lomé
- M. Kossi GNEYOU, Maître de Conférences, Université de Lomé
- M. Kossi BADAMELI, Maître de Conférences, Université de Kara
- M. Lalle Y. LARE, Maître de Conférences, Université de Lomé
- M. Barthélémy BIAOU, Maître de Conférences Agrégé, Université de Parakou
- M. Akuété AGBODJI, Maître de Conférences Agrégé, Université de Lomé
- M. Pitchaki F. HEMOU, Anesthésiste-Réanimateur des Hôpitaux de Paris

Profil sociodémographique de l'hystérie de conversion au CHU Campus de Lomé

Sociodemographic profile of conversion hysteria in Lomé teaching hospital

Kokou Messanh Agbémélé SOEDJE*, Anselme DJIDONOU, Guy
Gerard AZA-GNADJI,
Komi Edem MOSSI, Magloire Gregoire GANSOU, Kolou Simliwa
DASSA.

*email : soedjem@gmail.com 01BP4702 Lomé-Togo FSS-UL

Résumé

Le but de notre travail était de déterminer les caractéristiques socio démographiques et clinique des troubles hystérique de conversion au CHU Campus dans une étude descriptive prospective et analytique qui s'était déroulée au cours de l'année 2012. La fréquence globale de ces troubles était de 4,64%. L'âge moyen des patients était de 22,73 \pm 6,50 ans avec des extrêmes de 13 et 36 ans. Le sex-ratio était de 0,22. L'hystérie intéressait essentiellement l'adolescent et l'adulte jeune.

Mots clés : culture, hystérie, troubles dissociatifs, troubles somatoformes, Togo.

Summary

The aim of our study was to determine the demographic and clinical characteristics of socio hysterical conversion disorders at the Lomé Teaching Hospital through a prospective descriptive and analytical study performed in 2012. The overall incidence of these disorders was 4.64%. The average age of patients was 22.73 \pm 6.50 years, ranging from 13 to 36 years. The sex ratio was 0.22. The conversion hysteria interested primarily in adolescents and young adults.

Keywords: culture, hysteria, dissociative disorders, somatoform disorders, Togo.

Introduction

La névrose hystérique regroupe un ensemble de symptômes dont le dénominateur commun est la disparition ou l'altération d'une fonction en l'absence de déficit ou de lésions organiques objectivables. Une analyse psychologique permet de relever une indisponibilité, plus ou moins persistante, de la fonction en question au regard de la volonté et de la conscience du sujet. Elle comprend les troubles hystériques de conversion, l'hystérophobie et l'hystérie d'angoisse [1]. La conversion hystérique est une pathologie fréquente et sa prévalence est estimée à 11 à 300/100000 selon la Classification Internationale des Maladies-10^e révision (CIM-10) [2]. Sa fréquence serait aussi liée aux régions et aux cultures des populations [3].

Dans les nouvelles classifications, ces troubles ont pris la place de l'hystérie. En effet, le terme « hystérie » est en désuétude. Il semble s'évaporer, se dissoudre et progressivement disparaître des traités et manuels de psychiatrie, au profit de nouveaux concepts. Ainsi, l'Association américaine de psychiatrie, dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), décrit plutôt les troubles somatoformes et les troubles dissociatifs [4]. Le sujet reste cependant peu étudié en Afrique même si des écrits descriptifs sur les différentes manifestations ont été notés. Au Togo, bien que rencontrée en consultation hospitalière, l'hystérie de conversion ou troubles dissociatifs et troubles somatoformes n'ont pas encore été l'objet d'étude. Il nous a donc semblé utile de mener cette étude en vue de déterminer les caractéristiques socio démographiques et cliniques de ces troubles et de déterminer les facteurs socioculturels qui leur seraient associés dans le milieu de notre pratique quotidienne.

Méthodologie

La Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (CPPM) du CHU-Campus de Lomé était le cadre de notre étude. Ce centre constituait le centre national de référence qui recevait des patients venant de tout le pays. Il s'est agi d'une étude descriptive prospective et analytique qui s'était déroulée du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012. Ont été inclus dans cette étude, les malades hospitalisés ou reçus en consultation externe du 1^{er} Janvier au 30 Septembre 2012, de tout âge, répondant aux critères diagnostics de troubles dissociatifs ou troubles somatoformes de la CIM-10 et ayant donné un consentement libre et éclairé. N'ont pas été inclus les malades ayant des pathologies organiques associées. Ont été exclus, les malades qui ne sont pas revenus en contrôle au moins une fois dans les trois mois qui ont suivi leur sortie de l'hôpital ou leur première consultation externe. Le recueil des

données a été assurée à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie. Cette fiche a été remplie par un psychiatre et un psychologue en entretien semi-direct s'acquérant des données sociodémographiques (âge, sexe, religion, activités quotidiennes, situation matrimoniale, rang dans la fratrie) ; des données cliniques (circonstance déclenchant, symptomatologie clinique, diagnostic) et des aspects socioculturels liés à la maladie. L'analyse de nos données a été faite à l'aide du logiciel statistique Epi Info version 3.5.3. Le test de χ^2 a été utilisé pour la comparaison des variables qualitatives. Le taux de signification a été fixé à 0,05 pour toutes les analyses. Les tableaux et les graphiques ont été réalisés à l'aide de Microsoft Office Excel 2007.

Résultats

Durant la période de notre recrutement, 968 patients ont consulté dont 45 pour les troubles dissociatifs et troubles somatoformes soit une fréquence globale de 4,64%. Le suivi à titre externe sans période d'hospitalisation avait été le cas de 31 (68,88%) patients et une période d'hospitalisation chez 14 (31,11%) patients.

Notre échantillon a comporté 82,20% (37) de femmes soit un sex-ratio de 0,22. L'âge moyen des patients dans notre étude était de $22,73 \pm 6,50$ ans avec des extrêmes de 13 et 36 ans. L'âge moyen des sujets de sexe féminin était de $22,01 \pm 5,81$ ans et celui des sujets de sexe masculin, de $25,42 \pm 3,67$ ans ($p=0,21$). Au sujet du statut matrimonial, 73,33% (33) des patients étaient célibataires et 20% (9) des mariés ou concubins. Sur le plan de l'activité quotidienne les élèves ou étudiants étaient représentés à 55,60% (25). Les religions catholique et protestante prédominaient avec respectivement 44,44% (20) et 20% (9) des patients. Le niveau de scolarité secondaire a été le cas pour 51,11% des enquêtés. Les benjamins (28,89%) étaient plus atteints que les aînés (17,77%). Les détails des caractéristiques sociodémographiques ont été présentés dans le tableau I.

Sur le plan des événements marquants survenus dans les trois mois avant les troubles, les conflits avec les parents et les disputes avec les conjoints étaient les circonstances prédominantes avec respectivement 44,44% (20) et 22,20% (10). Les troubles dissociatifs représentaient 71,11% (32) des patients avec une prévalence globale de 3,3% et les troubles somatoformes à 28,89% des cas. Le trouble moteur dissociatif (F44.4) et l'état de transe et de possession (F44.3) ont été les diagnostics posés pour respectivement 24,44% et 15,56% des patients. Une origine organique non connue a été évoquée par 53,33% des patients (le tableau II). Quelle que soit la religion, une interprétation sorcière de l'origine de la maladie a été évoquée, surtout chez les animistes où c'était la seule explication possible ($\chi^2 = 12,68$; $df=1$;

$p < 0,01$). La figure 1 illustre les interprétations des origines de la maladie selon l'appartenance religieuse des patients.

Discussions

Le CHU-Campus qui a été notre cadre d'étude est situé en ville et peut être d'une accessibilité difficile sur le plan géographique, culturel et financier. Dans notre série la fréquence hospitalière des troubles dissociatifs et somatoformes de 4,64% pourrait être sous-estimée à l'échelle du pays pour plusieurs raisons. L'exclusivité du cadre de notre travail au centre de référence nationale qui recevait plus des cas compliqués n'avait peut être pas pris en compte les cas moins graves. Ces cas moins graves sont habituellement pris en charge, par les autres services de soins psychiatriques au niveau périphérique ou par d'autres unités des soins. Il y avait une persistance des résistances culturelles à la fréquentation des services de santé mentale liée à la pathologie où les patients ou leur entourage ne reconnaissent pas la nature psychopathologique des troubles. Dans certaines cultures, la maladie mentale en général, et les troubles dissociatifs et somatoformes en particulier, sont interprétés comme un sortilège, une malédiction ou encore, une « attaque d'un génie ». Ces différentes interprétations justifient le recours fréquent aux prêtres et pasteurs exorcistes ou aux tradithérapeutes [5] qui sont souvent les premiers à administrer des soins à ces patients.

La fréquence des troubles somatoformes dans notre travail est comparable à celle retrouvée par Jain et al. [6] en Inde où la prévalence ces troubles était à 5,9%. Karfo K et al. [7] au Burkina-Faso dans des études rétrospectives avaient trouvé une de prévalence de 3,65% pour les troubles dissociatifs et somatoformes. Ces résultats ainsi que le nôtre étaient compris dans la fourchette de 1 à 9% estimée par Rouillon F [8] en France. Ces taux étaient inférieurs à celui de Norton et al. qui ont trouvé 11,8 % de troubles somatoformes [9] parmi la clientèle de médecine générale en France. Cependant notre taux est très supérieur à celui de Carey au Danemark et de Brunetti en France qui ont retrouvé respectivement des taux de 0,5 % et 1 % [8]. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les méthodes et critères diagnostiques utilisés étaient différents des nôtres. En effet, dans notre étude, les patients ont été diagnostiqués par un psychiatre sur la base des critères diagnostiques de la CIM-10 alors que dans les séries de Carey et Brunetti d'une part et celles colligées par Rouillon d'autre part ont été réalisées sur la base des critères plus anciens, entre autres la classification française [2]. L'étude de Norton et al. s'était basée sur un questionnaire rempli par le patient à la consultation du médecin généraliste. L'âge moyen des patients dans notre étude était voisin de celui de Boucebc M et al. [10]

en Algérie et de celui de Karfo K et al. [7] au Burkina Faso qui avaient réalisé des études en milieu hospitalisés dont les âges moyens étaient dans l'ordre de 26 ans et 24,97 ans. Ceci est en accord avec les connaissances actuelles relatives à l'âge jeune de ces pathologies. Les sujets de sexe féminin étaient les plus représentés avec 82,20 %. Cette prédominance féminine corrobore les résultats de Karfo K et al [7] à 80,7%. En effet selon Bengaya [11], dans le fonctionnement psycho-mental de l'individu, il ressort que les femmes ont plus besoin que les hommes d'extérioriser leurs ressentis, leurs émotions, leurs frustrations. Cependant dans nos sociétés africaines, le statut réservé à la femme lui impose soumission, obéissance, silence, et elle n'a pas à donner son point de vue même si elle est la principale concernée. Cette situation dans laquelle elle ne peut s'exprimer par « la parole » l'oblige à chercher un autre moyen d'expression notamment la conversion hystérique par lequel elle peut faire passer son message à travers des symptômes. Ceci pourrait donc expliquer la prédominance féminine de cette affection. Nous avons constaté une prédominance des célibataires (73,33 % de l'effectif). Ce résultat était proche de ceux de Dakhlaoui [12] à Tunis et de Karfo [7] qui ont retrouvé respectivement 63% et 57,9% de célibataires. Le jeune âge de notre population d'étude, sa fragilité psychologique, les exigences socioculturelles et économiques peuvent expliquer ce phénomène [6,7]. Les chrétiens étaient les plus nombreux avec 64,4% dont 44,4% de catholiques et 20% de protestants. Ces résultats sont similaires à ceux de Dopé [13] qui a noté une prédominance des chrétiens à 75,9% avec 44,1% de catholiques et 31,1% de protestants. La répartition des groupes religieux dans la ville de Lomé qui est prédominée par la religion animiste à 50%, puis les Chrétiens à 35% et enfin les musulmans à 15% [14]. Le lien entre les résultats de la répartition des différents groupes religieux dans notre travail et cette représentation dans la ville de Lomé n'est pas établi. Les benjamins étaient plus touchés (28,89%) que les aînés (17,77%) dans le sens de nos attentes. Ces données corroborent celles de Boucebci et al. [10] qui trouvaient respectivement 22,2 % et 10 % et de Karfo K et al [7] respectivement 11,1% et 7,1%. Les benjamins seraient-ils beaucoup plus vulnérables que les aînés ? Même si en Afrique, le rang d'aîné, quel que soit le sexe, est un symbole vécu avec beaucoup de conflits internes. L'aîné a souvent été trop investi par les parents et en retour celui-ci se doit de donner le meilleur de lui-même, le bel exemple aux autres [7]. Il faut reconnaître que dans le fonctionnement social au sud Togo, le benjamin est souvent traité comme un prince, celui à qui on donne tout, « l'enfant gâté ». Ce statut contribue à le rendre fragile sur le plan émotionnel et la moindre insatisfaction peut le déstabiliser. Celui-ci entretient des liens quasi anaclitiques avec la mère qui développe une surprotection à son adresse vis-à-vis des autres membres du groupe familial et de la société.

Un événement marquant, avait été noté chez 95,56% de nos patients. Ces données sont similaires à celles de Boucebci et al. [10] qui trouvaient 67,5%

de cas avec un événement marquant de même que Karfo K et al. [7] dans 62,8%. Cheour et al. [15] en Tunisie dans une étude sur les troubles somatoformes en consultation psychiatrique sur une période d'un an, trouvaient également un événement de vie déclenchant chez 52 % de leur population. Le rôle joué par les agressions sociales dans la genèse ou la décompensation des névroses, en particulier de l'hystérie est bien reconnu [16]. Dans notre étude, nous avons noté une prédominance des troubles dissociatifs (71,11%) dont la prévalence globale était de 3,3%. Nos données corroborent celles de Karfo K et al. [7] à 65,6% de troubles dissociatifs ; de Ouédraogo A et al. [17] qui avaient trouvé une prédominance des troubles dissociatifs (F44) à 3,34% par rapport aux troubles somatoformes à 0,48%. En effet, il existe très peu d'études épidémiologiques sur les troubles dissociatifs, celles qui existent n'ont pas toujours utilisé les mêmes méthodologies [16,18]. Cela est dû à la disparité des critères diagnostiques utilisés. Dans la littérature, la prévalence de ces troubles est rapportée à environ 10 % dans la population générale et 16 % des patients hospitalisés [18] ; il existe là une très grande disparité qui doit être révérifiée dans des études ultérieures.

Conclusion

Peu fréquente en milieu hospitalier, l'hystérie de conversion intéressait essentiellement l'adolescent et l'adulte jeune. Il paraît important pour les systèmes de santé de développer la recherche sur le plan psychopathologique sur ces troubles vu la complexité du diagnostic.

Références

1. Bottero A, Canoui P, Granger B. Syndrome de conversion. Dans : Lempérière T, Féline A, Adès J, eds. Psychiatrie de l'adulte, 1^{ère} édition. Paris : Maloine ;1999. p.89-182.
2. OMS. Classification internationale des troubles mentaux (CIM-10) traduction par CB Pull et al. Paris: Masson; 1994.
3. Debray Q, Granger B, Azais F. Hystérie de conversion, somatisation. Dans : Debray Q, Granger B, Azais F, eds. Psychopathologie de l'adulte, 4^{ème}. Paris :2002 ; p.149-159
4. American Psychiatric Association-DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition, Texte Révisé (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. Paris: Masson; 2003.p.1120.
5. Ouango JG, Ouédraogo FMC, Ouédraogo CH, et al. Traitement des affections mentales par la prière : exemple de deux centres d'accueil et de prière au Burkina Faso. *Burkina Med* 1997;1(1):5-9.
6. Jain A, Verma KK, Solanki RK, et al. Is Hysteria still prevailing? A retrospective study of sociodemographic and clinical characteristics. *India J Med SCI* 2000;54(9):395-7.
7. Karfo K, Barro Y, Ouédraogo A. Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des troubles dissociatifs et somatoformes au Burkina Faso. *L'encéphale* 2012 ;38 :31-6.
8. Rouillon F. Épidémiologie des états névrotiques anxieux. In: Goureau JP, editor. Les états névrotiques. Château-du-Loir: EdUpjohn; 1992. p. 41-60.
9. Norton J, de Roquefeuil G, David M, et al. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *Encéphale* 2009;35(6):560-9.
10. Boucebcî M, Hamdane K, Attou A, et al. Hystérie en milieu hospitalier Algérois. *Psychopathol Afr* 1988—1989;22(2):133-51.
11. Bengaya J. Spéciale formation en psychiatrie, santé mentale. Paris :Payot ;2003.p. 30
12. Dakhlaoui O, Gasmi I, Haffani F. Le nouveau masque de l'hystérie: à propos de trois cas. *La Tunisie Médicale* 2009; 87:292-4.
13. Dopé RK, Mboussou M, Mbungu F, Mbadinga S. Prise en charge des malades mentaux à Libreville: les différents circuits thérapeutiques. *Médecine d'Afrique noire* 2009;56:573-9.
14. Bain O. Afrique : histoire, économie, politique. Données générales sur le Togo.1998-2001.

15. Cheour M, Ellouf F, Karoui D, et al. Troubles somatoformes en consultation psychiatrique : état des lieux. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 2007;11(106):35-9.

16. Moyano O, Claudon P, Colin V, et al. Étude des troubles dissociatifs et de la dépersonnalisation au sein d'un échantillon de la population française adulte jeune. Encéphale 2001;27(6):559-69.

17. Ouédraogo A, Ouédraogo TL, Traore A, et al. Caractéristiques de la population prise en charge au service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso) de 1990 à 2000. Encéphale 2006;32(1):437-43.

18. Lazignac C, Cicotti A, Bortoli AL, et al. Des états dissociatifs vers une clinique des troubles dissociatifs. Ann Med Psychol 2005;163(10):889-95.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques des patients

| | Effectifs n = 45 | Pourcentages % |
|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| <i>Tranche d'âge</i> | | |
|]10-19] | 20 | 44,44 |
|]19-29] | 18 | 40,00 |
|]29-39] | 7 | 15,56 |
| <i>Statut marital</i> | | |
| Célibataires | 33 | 73,33 |
| Mariés/concubinage | 9 | 20,00 |
| Divorcés/séparés | 2 | 4,44 |
| Veuf | 1 | 2,22 |
| <i>Activités quotidiennes</i> | | |
| Elèves /Etudiants | 25 | 55,56 |
| Commerçants | 9 | 20,00 |
| Fonctionnaires | 6 | 13,33 |
| Autres | 5 | 11,11 |
| <i>Religion</i> | | |
| Catholicisme | 20 | 44,44 |
| Protestantisme | 9 | 20,00 |
| Islam | 7 | 15,56 |
| Synchrétisme/Céleste | 5 | 11,11 |
| Animiste | 4 | 8,89 |
| <i>Niveau de scolarité atteint</i> | | |
| Non scolarisé | 6 | 13,33 |

| | | |
|-------------------------------------|----|-------|
| Niveau primaire | 9 | 20,00 |
| Niveau secondaire | 23 | 51,11 |
| Niveau baccalauréat et plus | 7 | 15,56 |
| <i>Rang dans la fratrie utérine</i> | | |
| Aîné | 8 | 17,77 |
| Cadet | 24 | 53,33 |
| Benjamin | 13 | 28,89 |

Tableau II : données cliniques des patients

| | Effectifs n = 45 | Pourcentages % |
|---|---------------------|-------------------|
| <i>Circonstances déclenchantes</i> | | |
| Conflit avec les parents | 20 | 44,44 |
| Dispute avec le conjoint | 10 | 22,22 |
| Echec dans les études | 6 | 13,33 |
| Perte d'un proche | 4 | 8,90 |
| Conflit professionnel | 3 | 6,67 |
| Aucun | 2 | 4,44 |
| <i>Diagnostics</i> | | |
| Tb dissociatifs | | |
| Tb dissociatifs | 32 | 71,11 |
| Amnésie dissociative F44.0 | 1 | 2,22 |
| Fugue dissociative F44.1 | 2 | 4,44 |
| Etat de transe et de possession F44.3 | 7 | 15,56 |
| Tb. moteur dissociatif F44.4 | 11 | 24,44 |
| Convulsions dissociatives F44.5 | 3 | 6,67 |
| Anesthésie dissociative et atteinte sensorielle F44.6 | 4 | 8,89 |
| Tb. dissociatifs mixtes F44.7 | 2 | 4,44 |
| Tb. dissociatifs sans précision | 2 | 4,44 |
| Tb. somatoformes | | |
| Tb. somatoformes | 13 | 28,89 |
| Somatisation F45.0 | 3 | 6,67 |
| Tb. hypochondriaque F45.2 | 4 | 8,89 |
| Syndrome douloureux somatoforme persistant F45.4 | 5 | 11,11 |
| Tb. somatoformes sans précision F45.9 | 1 | 2,22 |
| <i>Interprétation des origines de la maladie</i> | | |
| Organique sans précision | 24 | 53,33 |
| Sorcellerie | 17 | 37,78 |
| Epilepsie | 3 | 6,67 |
| Asthme | 1 | 2,22 |

Tb.= Troubles

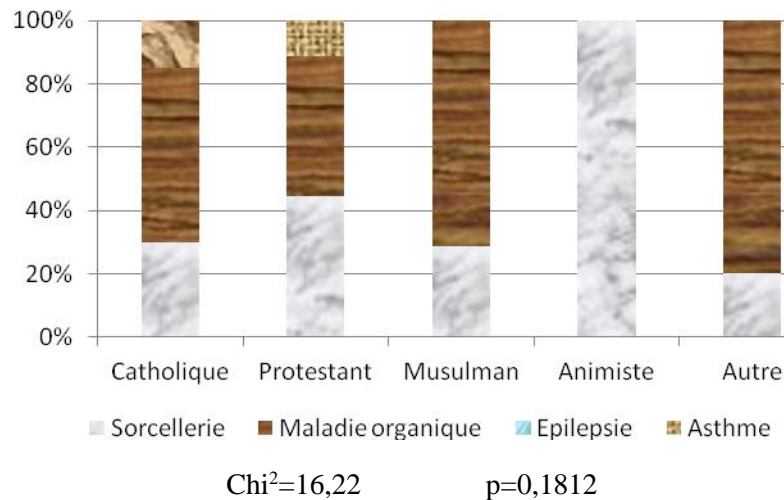


Figure 1: les interprétations des origines de la maladie selon l'appartenance religieuse des patients