

TROUBLE DELIRANT INDUIT A PROPOS D'UN CAS AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO (BURKINA FASO).

Shared psychotic disorder about a case at the Yalgado Ouedraogo University hospital center (Burkina Faso).

Salifou Abdou Mahamane Mobarak¹, Bagué Boubacar^{1,2}, Sawadogo Konsamcédric Christel¹, Compaoré Zirobouré Ibrahima¹, Ouédraogo Arouna^{1,2}.

1. Service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, Burkina Faso ; 2. Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso.

Auteur correspondant : SALIFOU ABDOU Mahamane Mobarak, service de psychiatrie du CHU Yalgado Ouédraogo, Mail : mobaraksalifou@gmail.com; Téléphone : 0022655118480 ; BP : 03 BP 7177 Ouagadougou, 03 Burkina

RESUME

Le trouble psychotique partagé est une entité psychiatrique rare classé dans la CIM10 parmi les troubles délirants induits et correspond à l'induction par un sujet psychotique d'un délire à un sujet indemne de tout trouble mental. Les protagonistes sont régulièrement les éléments d'un couple ou d'une famille, ce qui caractérise alors la « folie à famille ». Nous rapportons un cas rare de trouble délirant induit par une patiente schizophrène à son mari. **Mots clés :** trouble délirant induit, schizophrénie, Burkina Faso

ABSTRACT

The shared psychotic disorder is a rare psychiatric entity classified in the ICD10 induced delusional disorders and corresponds to the induction by a psychotic subject of a delusion to a subject without any mental disorder. The protagonists are regularly elements of a couple or a family, which then characterizes the "family madness". We report a rare case of delusional disorder induced by a schizophrenic patient to her husband. **Keys word:** induced delirious disorder, schizophrenia, Burkina Faso

INTRODUCTION

Le trouble psychotique partagé est une entité psychiatrique rare décrite en premier par Legrand du Saulle sous le terme délire en petit comité de deux ou trois personnes, puis Lasègue et Falret se focalisent sur leur concept de folie à deux (1). Actuellement, la « folie à deux ou à plusieurs » est une entité clinique classée par la classification internationale des maladies (CIM10) parmi les troubles délirants induits (2). Elle correspond à la présence d'un délire partagé entre deux ou plusieurs personnes se renforçant mutuellement dans cette conviction et l'existence d'une relation étroite entre ces deux personnes et mettant en évidence des arguments chronologiques ou déduits du contexte montrant que le délire a été induit chez le partenaire passif du couple ou du groupe par contact avec le partenaire actif (2). Les protagonistes sont régulièrement les éléments d'un couple ou d'une famille, ce qui caractérise alors la « folie à famille » (3). Nous rapportons un cas rare de trouble délirant induit par une patiente schizophrène à son mari.

OBSERVATION

Le cas étudié porte sur une patiente âgée de 31 ans femme au foyer, mariée depuis 8 ans, mère de 3 enfants, sans antécédents pathologiques psychiatrique, médical, chirurgical. Elle était admise sous contrainte pour des prières intempestives, une agressivité, une logorrhée et une séquestration. Le début des symptômes

remontait à une année environ de manière progressive et avait débuté par des propos

incohérents, accusant son entourage de lui avoir jeté un sort entraînant ainsi des difficultés relationnelles de tout genre. Par la suite, elle déclarait avoir des dons de voyance et s'était mise à identifier les sorciers du quartier. A cela s'étaient ajoutées des bizarreries de comportement multiples. Quelques mois, plutard, elle avait eu des visions lui demandant d'interdire à son mari de faire des cadeaux à un de ses proches sous peine de difficultés financières. Ce dernier avait adhéré au délire de sa femme suite aux difficultés financières qu'il commençait à rencontrer après le refus de se soumettre à cette interdiction. Les symptômes avaient évolué ainsi jusqu'à leur exacerbation une semaine avant son admission par une insomnie et des cauchemars à répétition. Le jour de son admission, elle avait avec l'aide de son mari séquestré leurs enfants car selon elle, elle avait eu une vision dans laquelle elle avait été avertie que leurs fils risqueraient d'être kidnappés. Elle refusait également de les nourrir car selon elle, elle n'avait pas encore reçu de confirmation de la part de Jésus si le lait pour le bébé et la nourriture n'étaient pas intoxiqués. Elle criait et priait également à voix haute récitant des versets coraniques et bibliques. Alerté par les cris, son entourage aidé de la police défonçaient la porte de leur chambre après plusieurs tentatives avant de les conduire au service de psychiatrie sous

contention des membres supérieurs. Devant ce tableau, le diagnostic de schizophrénie était retenu chez la femme. Le mari ne présentait pas d'antécédent psychiatrique personnel et son examen clinique était normal hormis le délire dont le thème est similaire à celui de sa femme. D'où le diagnostic du trouble délirant induit chez le mari. Le couple était hospitalisé dans des sections séparées et étaient traités par halopéridol et diazépam. Après quelques jours d'hospitalisation, le couple avait fugué à l'insu des accompagnateurs car selon le mari, sa femme ne présente aucun trouble mental et était conduite en psychiatrie par leur entourage qui la persécutait.

DISCUSSION

Le trouble délirant induit est une entité pathologique rare selon la littérature (4). Seul un cas de trouble délirant était rapporté au Burkina Faso en 1997 (5). Selon la CIM10, il correspond à la présence d'un partage de délire par une personne ayant un trouble psychotique à une ou plusieurs personnes saines ayant un lien émotionnel étroit (2). Ce qui est le cas de nos patients. En effet il s'agit d'un couple marié, vivant ensemble depuis 8 ans. En plus, le mari ne présente aucun symptôme psychiatrique en dehors du délire apparu en réaction au délire de sa femme et dont les thèmes sont similaires. La schizophrénie est le diagnostic le plus fréquent (60%) chez le sujet primaire (3) comme chez notre patiente.

La psychopathologie n'est pas à ce jour bien élucidée, mais des nombreux auteurs ont insisté sur la fonction du délire pour l'un ou l'autre des sujets : le délire semble à certains égards apparaître profitable à l'un et l'autre des protagonistes (6). Pour notre sujet induit, l'adhésion au délire avait permis d'expliquer sa nouvelle situation financière et le maintien de la cohésion de son couple en présence d'un environnement perçu comme hostile.

La prise en charge de nos patients avait consisté à leur séparation et l'instauration d'un traitement neuroleptique chez les deux. Il n'existe pas à ce jour de consensus sur la prise

en charge du trouble délirant induit. Cependant, certains auteurs soutiennent l'efficacité d'une séparation physique (6). Quant à la prise en charge pharmacologique, elle est similaire à tout état psychotique (6).

CONCLUSION

Notre cas traduit le partage d'un délire par un patient schizophrène à son mari « sain ». L'intérêt de notre cas est sa rareté, la complexité de la prise en charge et la mise en exergue des conséquences d'ordre familial et social pouvant engager le pronostic d'un tiers.

Conflit d'intérêt : Aucun

REFERENCES

1. Bout A, Berhili N, Hlal H, Aalouane R, Rammouz I. Folie à deux ou le partage de symptômes comme modalité relationnelle: à propos d'un cas. *Pan Afr Med J.* 2019; 32:47.
2. Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, CIM 10, 1992. Paris, Masson 1993
3. Wehmeier PM, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. A review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003;36:37-45.
4. Arnone D, Patel A, Tan GMY. The nosological significance of "Folie à deux": a review of the literature. *Annals of general psychiatry.* 2006; 5(1): 1-8.
5. Ouédraogo .A. Un cas de folie à deux en milieu africain à Ouagadougou (Burkina-Faso). *L'évolution psychiatrique* 62, 4, 1997, 70 3-710.
6. Mouchet-Mages S, Gourevitch R, Léo H. Folie à deux : actualités d'un concept ancien, à propos de deux cas. *L'Encéphale.* janv 2008;34(1):31-7.