

Manifestation d'une folie épileptique : A propos d'un cas

P. GOUMBRI¹, A. YAOGO², P. CHALTIEL³, C. NAPON⁴, A. OUÉDRAOGO¹

Résumé

La fureur épileptique est un trouble psychique rare, d'une violence extrême qui se traduit par une manifestation d'agitation motrice particulièrement violente avec une tendance très marquée à la destruction, le sujet déployant une force décuplée bien au dessus de ses possibilités et qui peut conduire au meurtre. Les auteurs rapportent un cas de 5 homicides commis par un jeune homme au cours d'un état de fureur épileptique et soulignent les difficultés diagnostiques et médico-légales posées par cette pathologie expliquant la nécessité qu'un bilan somatique soit systématiquement fait devant des troubles psychiatriques surtout en Afrique pour éliminer une origine organique. Au-delà de la difficulté diagnostique, se pose aussi l'intérêt épidémiologique de ce trouble rare.

Mots-clés : Fureur, Epilepsie, Afrique.

Abstract

The epileptic fury is a rare psychological trouble, of an extreme violence which is translated by a demonstration of particularly violent driving agitation with a very marked tendency to the destruction, the subject spreading a strength multiplied tenfold far above its possibilities and which can lead to the murder. The authors report a case of 5 manslaughters committed by a young man during a state of epileptic fury and underline the diagnostic and forensic difficulties put by this pathology explaining the necessity that a somatic assessment is systematically made in front of psychiatric disorders, especially in Africa to eliminate an organic origin. Beyond the diagnostic difficulty, also arises the epidemiological interest of this rare disorder).

Keywords : fury, Epilepsy, Africa.

Introduction

Les données de la littérature scientifique internationale (P. NUBUKPO *et al.*, 2003) mettent en relief la comorbidité épilepsie/santé mentale. Les résultats des études restent cependant contradictoires. Pour certains auteurs, les troubles dépressifs et les troubles anxieux représentent les pathologies psychiatriques les plus fréquemment associées à l'épilepsie. Pour d'autres auteurs, lorsqu'il existe un trouble psychopathologique, c'est le plus souvent une psychose. En France, 2 % des admissions en Psychiatrie sont des troubles mentaux liés à l'épilepsie (J. F. CHEVALIER *et al.*, 1992). Des études à l'échelle mondiale (J.-L. DUBREUCQ *et al.*, 2005 ;

¹ Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo- Burkina Faso.

² Etablissement Public de Santé Ville Evrard- 93G06- Service du Docteur ABAOUB-GERMAIN, 202 Avenue Jean Jaurès 93332 Neuilly sur Marne- France.

³ Etablissement Public de Santé Ville Evrard- 202 Avenue Jean Jaurès 93332 Neuilly sur Marne- France. Chef de pôle du secteur 14.

⁴ Service de neurologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo-Burkina Faso.

Auteur correspondant : Patrice GOUMBRI. Service de Psychiatrie.CHUYO. email :pgoumbri@yahoo.fr. Tél 78888782

J.-P. BOUCHARD, 2005 ; M.-O. KREBS, 2009 ; N. COMBALBERT *et al.* ; P. GUIRAUD, 2007) sur le lien violences et troubles mentaux graves existent, mais ne concernent pas l'épilepsie. Toutefois, les relations entre épilepsie et violence ont déjà été étudié depuis le XIX^e siècle ; on y décrivait déjà « la personnalité épileptique » caractérisée par la violence et la criminalité (P. NUBUKPO *et al.*, 2003). Plusieurs auteurs (Z. ALKASSAR *et al.*, 2000) à travers le monde ont rapporté des cas d'homicide au cours de crises d'épilepsie prouvées. Les troubles de comportement de ce type sont cependant plutôt rares. O.K. est un jeune berger de 21 ans, célibataire, résidant dans la localité de TONGOMAYEL (petit village du Burkina Faso, situé à environ 300 km au Nord de la capitale). Il assommait à l'aide de son bâton de berger 5 membres de son entourage, au cours d'une crise d'épilepsie avérée. Nous avons choisi de rapporter ce cas qui est la toute première documentée au Burkina Faso.

Observation clinique : Monsieur O. K. 21 ans

Histoire de la maladie

Monsieur O.K. a été hospitalisé sous le mode S.D.R.E. (Soins à la demande d'un Représentant de l'Etat) en milieu psychiatrique à la suite d'un homicide de 5 personnes. Il s'agit d'une aggravation d'un trouble de comportement depuis deux semaines, à la suite de la non observance de son traitement antiépileptique, avec l'accord de sa famille, qui pour des raisons culturelles a opté pour le traitement traditionnel (A. YAOGO *et al.*, 2014). En effet, le patient souffrait depuis son enfance d'une épilepsie généralisée tonico-clonique cliniquement suspectée sur le plan clinique, mais non confirmée à l'EEG et dont l'étiologie n'était pas connu car le patient vivait dans un petit village reculé du Burkina Faso, dénué de toute grande infrastructure médicale moderne. La dernière crise typique remonterait, au vu du carnet de santé, documenté par une consultation dans un Centre de soins primaire, à une dizaine d'années plutôt. Le carnet de santé du patient et l'interrogatoire de l'entourage mettaient en évidence la notion de crises convulsives périodiques depuis l'âge d'environ 10 ans, mais cette symptomatologie n'avait jamais bénéficié d'une prise en charge médicale, la famille attribuant plutôt les crises à l'action de « génies », avec donc une prise en charge traditionnelle. L'entourage familial pensait que les actes d'homicides sont l'œuvre des génies qui habitaient le patient. L'entourage familial ne connaît aucune source de conflit entre le patient et les victimes et pouvant justifier de tels actes. Le trouble actuel se traduit par des actes de violence, une hétéro-agressivité ayant entraîné 5 homicides dans son entourage. Aucune notion de consommation d'alcool ou de substances psycho actives illicites n'a été retrouvée. Aucun antécédent de trouble psychiatrique familial n'était retrouvé.

Homicide

Le patient était conduit dans notre service le mode SDRE (réquisition du commissaire de police de la localité de Tongomayel) pour une demande d'expertise psychiatrique portant sur un jeune ayant commis 5 homicides dans des circonstances assez intrigantes : selon le rapport du commissaire de police, le patient s'était présenté de lui-même au commissariat de police muni d'un bâton maculé de sang frais ; Il avait décliné son identité puis avait déclaré avoir donné la mort à 5 personnes. Par contre, il disait ne pas savoir les circonstances au cours desquelles il avait donné la mort à ces 5 personnes. Le patient avait dit : « je me suis retrouvé à un moment dans l'état d'une personne qui vient de se réveiller d'un long sommeil ; j'ai remarqué que j'avais

entre les mains un bâton maculé de sang ; je ne comprends vraiment pas, ce qui m'est arrivé ; il y avait aussi des taches de sang sur mes habits ; j'avais remarqué un attroupement de nombreux autres villageois autour de moi ; ce sont les autres villageois qui m'avaient informé que j'étais l'auteur du massacre et du meurtre de 5 personnes ». Selon l'entourage, un soir sans raison apparente, et dans un intervalle d'environ 1 heure de temps, le patient s'était saisi de son bâton de Berger avait attaqué et tué 2 personnes dans la case la plus proche, puis a continué à courir, il aurait croisé sa 3^e victime environ 1 km plus loin, puis enfin les 2 dernières victimes quelques centaines de mètres plus loin. Dès qu'il était revenu à lui-même et après que l'entourage lui ait relaté les faits, il se rendit immédiatement au Commissariat pour relater ce qui lui était arrivé. Il sera retenu au commissariat, déféré à Djibo (localité située à une centaine de kilomètres de Tongomayel) puis arrivera dans notre service environ 1 semaine après les actes d'homicides.

Sémiologie

Au service de psychiatrie du CHUYO, l'examen psychiatrique du patient avait mis en évidence :

- au niveau de la sémiologie de la présentation : Il présentait une tenue corporelle et vestimentaire adaptée au sexe et au temps. Il n'avait pas d'incurie vestimentaire ni corporelle ;
- au niveau de l'activité psychomotrice : le patient était calme ;
- au niveau des fonctions intellectuelles supérieures : il avait un langage audible, avec des propos cohérents, la mémoire conservée sur les autres domaines de sa vie, mais pas sur l'épisode au cours duquel il avait tué 5 personnes ; il avait conscience du caractère morbide des actes qu'il avait commis. Il se prêtait volontiers aux questions. Les capacités de raisonnement, de jugement et de synthèse psychique n'étaient pas altérées ;
- au niveau du fonctionnement de la pensée et des activités perceptives : le patient avait un bon contact avec la réalité ; Il n'avait pas de trouble du cours ou du contenu de pensée, notamment on ne notait pas de phénomènes psychosensoriels de type hallucinatoire ;
- l'affectivité était normale ;
- au niveau de la conscience de soi et de l'environnement : le patient était conscient de son corps et de son schéma corporel ; son attention était mobilisable ; il n'avait pas de désorientation temporo-spatiale ;
- au niveau des conduites instinctuelles et Habitudes de vie : le sommeil était satisfaisant ; il n'avait pas de troubles des conduites sexuelles ni troubles sphinctériens. Par ailleurs, il ne présentait aucune toxicomanie ;
- au niveau des conduites sociales : il avait présenté avant son hospitalisation des fugues et avait commis 5 homicides ;
- réaction à l'examen : le patient était coopérant.

L'Examen physique du patient était normal. Les examens paracliniques réalisés lors de l'hospitalisation dans le service, notamment la demande d'avis neurologique et l'EEG avaient objectivé une Epilepsie frontale. Le patient a été mis sous traitement Antiépileptique et au cours de l'hospitalisation d'une durée de trois 3 semaines, l'évolution était normale, notamment aucune crise convulsive, aucun trouble mental ou de comportement n'avait été observé.

Discussion : Homicide au cours de l'Épilepsie

Lors de la garde à vue il reconnaissait avoir tué 5 personnes, mais disait ne pas s'en souvenir. Une notion de crises convulsives tonico-cloniques avait été retrouvée dans l'enfance. Par ailleurs, il n'existait pas de notion de conduites addictives. Le patient était bien intégré socialement dans sa communauté et exerçait convenablement son métier de Berger. Devant la violence particulière du crime, le fait qu'à aucun moment le sujet n'ait essayé de fuir, les autorités de police s'étaient donc interrogées sur l'éventualité d'une pathologie psychiatrique.

Nous avons discuté plusieurs hypothèses :

La schizophrénie ?

Le diagnostic de schizophrénie a été évoqué de façon systématique. Plusieurs auteurs (Z. ALKASSAR *et al.*, 2000) ont recensé des cas d'homicides secondaires à ce trouble psychiatrique. En défaveur de cette hypothèse, il n'a pas été retrouvé des antécédents personnels ou familiaux de schizophrénie et l'examen clinique du patient n'avait pas mis en évidence des éléments en faveur d'un syndrome dissociatif de type psychotique.

Une pathologie du sommeil ?

Des actes d'homicides peuvent survenir en relation avec une dyssomnie ou une parasomnie (A. BRION, 2012 ; Z. ALKASSAR *et al.*, 2000). Contre l'hypothèse de pathologie du sommeil, il n'a pas été retrouvé à l'anamnèse des troubles du sommeil tels : des troubles de comportement au cours d'une confusion de l'éveil, ou d'un état dissociatif psychogénique nocturne, ou de déambulation nocturne épisodique ou d'une dystonie paroxystique nocturne. Le plateau technique n'a pas permis de réaliser des enregistrements polysomnographiques qui auraient pu conforter sur le plan paraclinique l'absence d'une pathologie du sommeil.

Une personnalité psychopathique ?

Un comportement de meurtrier « en série » peut s'observer chez certaines personnalités antisociales. Contre cette hypothèse, nous n'avons pas retrouvé dans la biographie de notre patient des actes à répétition tels Ecole buissonnière, délinquance, problèmes judiciaires, bagarres à répétition, passage à l'acte fréquent sur le mode impulsif.

Une pathologie neurologique

Concernant une pathologie neurologique, plusieurs auteurs (J. F. CHEVALIER *et al.*, 1992 ; P.-L. LAVOINE, 2003 ; P. NUNBUKPO *et al.*, 2003 ; Z. ALKASSAR *et al.*, 2000) ont rapporté plusieurs cas d'homicides au cours de crises d'épilepsie partielle (temporale ou frontale). Dans le cas d'O.K., au vu de l'anamnèse et des enregistrements électroencéphalographiques, l'hypothèse d'une épilepsie paraît la plus probable. Il a été retrouvé à l'anamnèse des antécédents personnels de crises épileptiques et l'EEG (J. A. MICOULAUD-FRANCHI *et al.*, 2013) a mis en évidence une épilepsie frontale. Les données de la littérature internationale (J.-F. CHEVALIER *et al.*, 1992) soulignent cependant que ces comportements agressifs et violents sont rares, exceptionnels et se rencontrent plus dans les crises du lobe temporal. La rareté de ce type de trouble psychique semble se confirmer dans le contexte du Burkina Faso. En effet, en plus de vingt ans de pratique clinique dans notre service, c'était l'unique cas que nous avons rencontré. Par

contre, quand survient une fureur épileptique, la dangerosité pour autrui, le risque d'hétéro agressivité, le meurtre sont des caractéristiques cliniques quasi-constantes observées dans toutes les études à travers le monde (J.-F. CHEVALIER *et al.*, 1992). Dans notre cas, le patient avait tué 5 personnes. De ce fait, la fureur épileptique expose les équipes soignantes à des situations cliniques complexes ayant une incidence medio- légale. Des facteurs de violence chez l'épileptique (J.-F. CHEVALIER *et al.*, 1992) tels le sexe masculin, l'âge inférieur à 40 ans, le bas niveau socio-économique, le début précoce des crises dans la vie sont retrouvés chez notre patient. Dans notre observation, les actes d'homicides n'avaient pas été motivés par le patient ; ce constat est corroboré avec ceux d'autres auteurs (P. L. LAVOINE, 2008) qui affirment que « l'acte criminel de l'épileptique suit le chemin suivant : c'est un véritable raptus comitial sans aucune préméditation, dont la mise en acte est extrêmement violente (acharnement sur la victime). C'est donc un état d'agressivité non prémédité, soudain et sans mesure d'autoprotection se produisant lors d'un état de conscience altéré. Sur le plan physiologique, la fureur épileptique serait liée à un dérèglement chronique du système limbique qui diminuerait le seuil de rage inter critique et la tolérance à la frustration avec prédisposition à la colère chez l'épileptique. Néanmoins, quelques auteurs (J. F. ALLIAIRE *et al.*, 2002) questionnent la notion de conscience altérée.

Conclusion

La fureur épileptique est un trouble mental rare ; néanmoins, elle reste l'une des maladies mentales les plus violentes et les plus dangereuses à cause du fort potentiel de mortalité qui lui est associé. Elle entraîne des intrications médico-légales certaines. Devant un malade ayant commis un homicide, il est impératif surtout dans notre contexte africain où les patients ne possèdent pas tous un livret médical relatant leurs données de santé depuis l'enfance, d'effectuer systématiquement un EEG (J. A. MICOULAUD-FRANCHI *et al.*, 2013), afin de ne pas méconnaître, une épilepsie dont le traitement est pourtant assez bien codifié de nos jours.

Références bibliographiques

- A. BRION, 2012. Comportement moteur dangereux au cours du sommeil. *Annales médico-psychologiques* 170, 208-210.
- J. A. MICOULAUD-FRANCHI, C. BALZANI, M. FAUGÈRE, M. CERMOLAIRE, J. NAUDIN, J. VION-DURY, 2013. Neurophysiologie clinique en psychiatrie : technique ,vocabulaires et indications de l'EEG conventionnelle. *Annales médico-psychologiques* 171, 334-341.
- J. F. CHEVALIER, J. PLAS, F. FINEYRE, 1992. Aspects neurologiques de l'Epilepsie. *EMC-Psychiatrie* :1-0[Article 37-219-N-10].
- J. F. CHEVALIER, J. PLAS, F. FINEYRE, 1992. Troubles psychiques de l'Epilepsie. *EMC-Psychiatrie* :1-0[Article 37-219-N-20].
- J. F. ALLILAIRE, J. GARRABÉ, 2002. De la conscience normale à la conscience pathologique :continuité ou discontinuité ? *Annales médico-psychologiques* 160, 580-584.
- J.-L. DUBREUCQ, C. JOYAL, F. MILLAUD, 2005. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales médico-psychologiques* 163, 852-865.
- J.-P. BOUCHARD, 2005. Violences, homicides et délires de persécution. *Annales médico-psychologiques* 163, 820-826.
- M.-O. KREBS, 2009 Les états mentaux à risque des 15/25 ans et leur environnement. *L'Encéphale, Supplément* 6, 5179-5181.

- N. COMBALBERT, A. M. FAVARD, M. A. BOUCHARD.** Trouble mental et criminalité : revue critique des recherches épidémiologiques. *Annales médico-psychologiques* 201 :159 :487-95.
- N. AYADI, M. R. CHEIKHROUHO, E. ELLEUCH, S. TRABELSI, A. JARRAYA, C. TRIKI, 2007.** Prise en charge psychologique du patient épileptique. *Epilepsies* ; 19(1) :36-9.
- P. GUIRAUD, 2007.** Les meurtres immotivés. *L'évolution Psychiatrique* 72, 599-605.
- P.-L. LAVOINE, 2008.** Approche nosographique de la dangerosité. *Santé mentale*, Mai 2008, N 128.
- P. NUBUKPO, J.-P. CLÉMENT, P. M. PREUX, 2003.** Conséquences psychopathologiques de l'épilepsie. A partir de l'analyse de 10 observations. *Annales médico-psychologiques* 161, 272-282.
- S. MANTELET, V. SABRAN G., P. HARDY., 1998.** Epidemiologie des associations entre troubles mentaux et affections somatiques. *Enc Psy* :1-0 [article 37-402-A-10].
- Y. AUXÉMÉRY, 2012.** De l'hystéro-épilepsie à la crise psychogène non épileptique. continuité ou discontinuité ? *Annales médico-psychologiques* 170, 609- 614.
- Y. AUXÉMÉRY, 2011.** Le meurtre de masse. *Annales médico-psychologiques* 169, 237-242.
- Z. ALKASSAR, A. COUVEZ, J.-D. GUIEU, 2000.** Fratricide induit au cours d'un épisode nocturne à type de somnambulisme : un cas rapporté. *L'Encéphale*. XXVI : 27-32.
- A. YAOGO, A. SOMMER, P. MOULAÏ, S. CHEBILI, 2014.** Agnès Abaoub-Germain. Niveau socioéconomique et processus du recours aux soins par les familles de patients souffrant de troubles psychiques au Burkina Faso. *The Pan African Medical Journal* ; 17:207.