

# **MATRICIDE ET PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE**

**Auteurs :** Chadya Aarab aarabchadya@yahoo.fr, Rachid Aalouane, Ismail Rammouz

CHU Hassan-II, hôpital Ibn Alhassan, service de psychiatrie, Ain-Kadouss, BP 4094,  
30000 Fès, Maroc

## **Introduction**

Les matricides sont considérés comme les crimes les plus graves et les plus rares, ils créent toujours des situations traumatiques qui débordent largement le cadre familial et touchent l'ensemble de la société.

Les matricides sont surtout commis par des malades psychotiques. La schizophrénie est le plus souvent pointée dans le cas des matricides pathologiques [11]. L'existence d'une schizophrénie multiplierait, par rapport à une population indemne de pathologie mentale, le risque de violence homicide par six chez l'homme et par 17 chez la femme [38].

La psychose hallucinatoire chronique, qui est un concept typiquement français faisant partie des délires chroniques non schizophréniques et n'existant pas dans le DSM IV, est exceptionnellement rapportée dans les études épidémiologiques des matricides.

Nous rapportons un cas de matricide commis par un malade présentant une psychose hallucinatoire chronique tout en montrant les aspects cliniques, évolutifs et une discussion large des actes de matricide.

## **Cas clinique**

### **Parcours de vie**

Monsieur H.D. est né en 1962, marié, père de deux enfants et instituteur, il est de taille normale et de corpulence assez forte. Admis au service de psychiatrie de CHU Hasan-II Fès, Maroc sous garde à vue après avoir commis un matricide en octobre 2008.

H.D. est issu d'une famille très modeste et nombreuse, il est le cadet d'une fratrie de 11, cinq frères et six sœurs, résidant en milieu rural. Il a débuté sa scolarité dans son village natal, puis il a rejoint son frère et sa sœur à la ville de Fès pour poursuivre ses études. Son parcours scolaire était globalement bon, il était studieux, malgré ses difficultés initiales pour s'intégrer vu le changement de milieu. Au cours de son baccalauréat, le père du patient a souffert de problèmes de santé, il a présenté une confusion agitée puis il est décédé deux jours avant l'examen, ce qui a représenté un traumatisme marquant pour lui ; le malade a pu avoir tout de même son baccalauréat. Vu les contraintes matérielles, il a opté pour des études courtes d'où son choix d'un centre pédagogique pour formation des instituteurs. Il a achevé sa formation à l'âge de 22 ans. Par la suite, il a commencé immédiatement ses fonctions dans un collège situé dans une petite ville à 340 km de la ville de Fès. À cette époque, il avait des problèmes financiers suite à un

retard du règlement de sa situation administrative et aussi des difficultés d'adaptation vu l'éloignement de sa famille. Ses relations avec ses collègues du travail étaient conflictuelles au départ mais se sont rétablies par la suite. Après quelques mois, il a été transféré à Fès où il travaille jusqu'à nos jours.

Sa relation avec sa famille était bonne, il rendait des visites régulières à sa mère, qui habitait seule à la campagne et répondait régulièrement à ses besoins.

Sur le plan sentimental, il avait une relation amoureuse avec une voisine qui a duré sept ans et qui n'a pas abouti au mariage à cause des contraintes financières. À l'âge de 33 ans, le patient s'est marié avec une collègue institutrice dans le même établissement où il travaille. Deux ans après le mariage, il a eu son premier enfant, une fille, et trois ans plus tard, il a eu son second enfant garçon. À l'âge de 40 ans, sa situation financière s'est améliorée et il a pu se procurer une maison à lui.

Concernant l'usage de substances, le malade a pris du cannabis de manière occasionnelle, de 24 à 34 ans, sans notion de dépendance ou d'abus.

## **Histoire clinique**

Monsieur H.D. n'avait pas d'antécédents psychiatriques personnels ou familiaux. Les premiers symptômes cliniques ont débuté à l'âge de 45 ans de façon progressive (l'année 2007), le patient a commencé à avoir des doutes injustifiés envers les voisins qu'il accusait de sorcellerie, ensuite la symptomatologie s'est accentuée par l'apparition des hallucinations auditives : des voix masculines et féminines commentaient ses actes et ses pensées, certaines voix le valorisaient, d'autres au contraire de nature persécutrice avec des injures et des insultes. Cela a été associé à une anxiété intense, une irritabilité importante, une dépressivité, un sentiment d'incompréhension, une insomnie et par la suite une tristesse apparente s'est installée. Le patient interprétait n'importe quel regard ou geste de ses proches, il a arrêté de travailler, il ne sortait plus de chez lui, croyant qu'il était poursuivi par ses persécuteurs. Ces troubles avaient un impact sur son entourage, avec des conflits et des difficultés de communication au sein de la famille. Cependant, le patient n'a pas présenté d'actes de violence ou d'agression envers les siens. Le malade a accepté difficilement de consulter un psychiatre sous l'incitation de sa famille. Il a été mis sous un traitement antipsychotique olanzapine 10 mg/j, levopromazine 100 mg/j et un traitement antidépresseur escitalopram 10 mg/j en ambulatoire pendant une année et il a bénéficié d'une cessation de travail prescrite par son psychiatre. L'évolution a été marquée par l'atténuation de la symptomatologie et la stabilisation de l'état du malade pendant six mois, il a pu reprendre son travail et avoir une insertion socioprofessionnelle satisfaisante.

En octobre 2008, un an plus tard, le même tableau clinique s'est réinstallé de façon intense et rapide ; des bruits parasites selon les dires du patient sont apparus, créant un sentiment de nuisance, puis un écho de la pensée, ses idées sont devinées et même ses actes sont énoncés. Les commentaires ont concerné tous les secteurs de la vie du patient, des voix conversent entre elles, le critiquent, lui dictent et commandent ce qu'il doit faire, l'obligent à céder par des menaces à contenu persécutoire, « ta femme te trompe, frappe la », il s'est senti sous l'emprise de ces voix qui finissent par lui donner des ordres. Le malade a été envahi par ses troubles perceptifs, avec des idées de

référence, il croyait que tout le monde parlait de lui, même les médias, il croyait que ces voix étaient réelles, il entraînait en dialogue avec elles et refusait toute médication et il pensait que c'était de la sorcellerie et par moment il pensait qu'elles provenaient du Dieu qui lui ordonne de lutter contre le mal et de tuer le satan. Il disait qu'il est un prophète et messenger du Dieu, ayant une mission divine à accomplir. Ce tableau clinique s'est aggravé en intensité rapidement, avec une insomnie totale et déambulation nocturne. Il lisait le Coran à haute voix et disait qu'il voyait des diables partout, avec un refus total de toute consultation psychiatrique.

## **L'acte de matricide**

La seconde poussée de sa maladie a coïncidé avec la présence de sa mère âgée de 85 ans, qui était venue de la campagne pour passer le mois du Ramadan avec son fils.

Le 18 octobre 2008, à minuit, le patient avait présenté une agitation psychomotrice, il était très instable et très angoissé par ses troubles perceptifs. Il voyait un diable qui essayait de le suivre partout, il avait commencé à casser les objets de la maison. En ce moment, sa femme, qui était très effrayée par le comportement de son mari, sortait pour demander de l'aide des voisins pour le maîtriser, et éventuellement appeler la police. Le patient, qui restait seul avec sa mère, entendait la voix de Dieu lui ordonnant de la tuer : « Ta mère est Satan, elle doit mourir. » Ensuite, il a vu une créature étrange, noire, sale, avec des grands ongles, qui s'appelait « Sah », qui lui a dit de tuer sa mère avec un couteau, sous peine de s'en charger lui-même. Le malade a refusé au début d'obéir aux ordres des voix qu'il entendait, en répétant sans cesse qu'il ne pouvait pas procéder à l'homicide de sa mère. Devant la forte incitation des voix, il s'est approché de sa mère, qui était en train de calmer son agitation, il l'a étouffé de ses propres mains jusqu'à l'étranglement, en criant « éloignez-la de moi... laissez moi en paix... je ne veux pas la tuer... ». Lorsque sa famille et les voisins revenaient, accompagnés de la police, ils ont trouvé la mère sur les genoux du malade, ce dernier récitait des versets coraniques, tout en insistant que c'était un ordre de Dieu à exécuter, en prononçant le nom du diable « Sah » sans réaliser l'acte commis. La victime était agonisante, elle avait une plaie au niveau du visage. Elle a été amenée aux urgences où elle est décédée quelques heures après. Le patient a été amené sur réquisition de police à l'hôpital psychiatrique où il a été hospitalisé pendant quatre semaines avant d'être transféré à la prison.

L'examen à l'admission a retrouvé le contact avec le malade très difficile. Après stabilisation de quelques jours, le contact est devenu possible. Le patient était ralenti sur le plan psychomoteur, son regard était figé, angoissé, avec une humeur franchement triste. Le contenu de sa pensée était envahi par des idées de persécution ; il rapportait que tout ce que lui est arrivé était sous l'effet de la sorcellerie de sa voisine et des voix qu'il entendait. Il rapportait un syndrome hallucinatoire riche, avec un syndrome d'automatisme mental. Il parlait de son acte avec regret « les voix que j'entendais m'ont ordonné de tuer ma mère, je l'aimais trop... je n'avais jamais l'intention de lui faire du mal ». L'examen n'a pas révélé des symptômes dissociatifs ou une notion de prise de substance précédant l'acte.

Durant plusieurs jours après son admission, il s'alimentait peu, avait des troubles du sommeil et était en proie à des ruminations pessimistes et sentiments de culpabilité. L'examen somatique, neurologique était sans anomalies.

Un bilan biologique s'est révélé sans particularités (NFS, VS, ionogramme, glycémie, TPHA-VDRL).

Devant ce tableau clinique, on a évoqué le diagnostic d'une psychose hallucinatoire chronique, étant donné l'âge tardif de début des troubles, la présence d'un syndrome hallucinatoire riche et d'automatisme mental et l'absence d'éléments patents de dissociation.

Après deux mois d'hospitalisation, le patient a été transféré à la prison où il a passé trois mois, avant d'être réadmis à l'hôpital psychiatrique, vu son comportement agité à la prison, il a été mis au début sous un traitement neuroleptique classique halopéridol 8 mg/j plus levopromazine 200 mg/j, en plus d'un traitement antidépresseur amitriptyline 75 mg/j, vu la mauvaise tolérance au traitement, le malade a été mis jusqu'à nos jours sous un traitement antipsychotique atypique olanzapine 20 mg/j avec constatation d'une bonne amélioration.

À un an de l'acte de matricide, l'examen du malade a révélé une régression manifeste des idées délirantes et des hallucinations auditives. Le patient rapportait son crime avec des remords et le liait à ses troubles.

Concernant sa relation avec sa famille, il recevait des visites régulières de ses enfants et sa femme, cette dernière considérait son mari irresponsable de son crime et mettait l'acte sous le compte de sa maladie mentale.

## **Discussion**

Le taux d'homicide dans la population générale est faible dans la grande majorité des pays industrialisés ; de un à cinq cas pour 100 000 habitants par année [11]. Cependant, la proportion des actes d'homicides commis par les malades mentaux est considérée élevée, entre 5 et 20 %, [15, 20], les victimes sont principalement dans 50 à 60 % des cas des membres de l'entourage familial [39, 41]. Les parricides représentent entre 2 et 4 % des homicides résolus [14, 16]. Les matricides représentent moins de 1 % des meurtres [17].

Les données sont variables suivant les critères diagnostiques utilisés, la définition de la maladie mentale, selon le pays concerné, le type d'étude et la population étudiée.

Le parricide représentait 4 % de tous les homicides résolus en 2005 au Canada [9]. Ce pourcentage est un peu plus élevé que celui des États-Unis (1,6 %), de l'Australie (3,4 %) et de l'Angleterre (2,8 %) [33]. Au Maroc, on ne dispose pas de statistiques concernant ce phénomène, mais il semblerait que le parricide est rare.

Les relations statistiques positives entre troubles mentaux sévères (schizophrénies et autres psychoses, troubles dépressifs majeurs, troubles de la personnalité et abus/dépendance à l'alcool) et les parricides sont actuellement établies par l'ensemble des études internationales récentes [1, 2, 38, 45].

Le cas clinique que nous rapportons présente comme diagnostic une psychose hallucinatoire chronique, ce concept classique de la nosographie française décrit par

G. Ballet fait partie des délires chroniques à mécanisme hallucinatoire et sans évolution dissociative.

Ce concept a évolué au fil des années. Le DSM III-R l'a intégré dans le cadre des schizophrénies tardives survenant au-delà de 45 ans. Et enfin, le DSM IV a éliminé la catégorie schizophrénie tardive mais également toute notion d'âge pour le diagnostic de schizophrénie, faisant entrer la schizophrénie tardive dans la vaste catégorie des troubles schizophréniques.

Tous les auteurs ont noté la fréquence de la pathologie mentale chez les adultes meurtriers de leurs parents ; les parricides représentent 20 à 30 % des homicides commis par les psychotiques. À partir d'une série de 210 dossiers d'expertises d'homicides volontaires, dont 14 sont le fait de sujets schizophrènes, Richard-Devantoy *et al.* ont trouvé un taux de parricide de 21,4 % chez les homicides schizophrènes et de 2,7 % chez les homicides indemnes de schizophrénie [36].

Ces travaux soulignent, en particulier, l'augmentation du risque de comportement homicide chez les personnes des deux sexes souffrant de schizophrénie ou autres troubles psychotiques : 3 à 20 % (moyenne de 10 % en Europe) des violences mortelles auraient pour auteurs des psychotiques, dont deux tiers environ sont des schizophrènes [5, 20, 23, 40, 43].

Outre les facteurs cliniques propres aux diagnostics de pathologies mentales en général et de schizophrénie en particulier et outre les facteurs sociaux pouvant précipiter ou contextualiser le recours à la violence de ces malades, la question de la comorbidité paraît devoir être soulevée. Un double diagnostic, schizophrénie et personnalité psychopathique [18, 22], mais surtout un triple diagnostic, schizophrénie, personnalité psychopathique et abus de substances, seraient un risque majeur de violences et d'homicides [35, 45].

L'expression de la violence survient à différents moments du processus psychopathologique. Pour Nielssen *et al.* [34], 61 % des meurtriers psychotiques de leur série auraient commis leur homicide lors du premier épisode psychotique et 69 % dans la première année d'évolution de la maladie. Plus la durée d'évolution de la schizophrénie sans traitement est longue, plus le risque de passage à l'acte homicide serait important [4, 25, 26]. Dans 28 à 40 % des cas, le meurtrier est inconnu des services de psychiatrie [13, 22, 31].

Une étude réalisée à partir des dossiers de 40 hommes adultes, qui ont commis un parricide au Québec entre 1990 et 2003, a montré que les actes parricides étaient secondaires à une perturbation de l'état mental dans 37,5 % des cas, (32,5 % trouble psychotique et 5,0 % trouble de l'humeur), alors que dans 55,0 % des cas, il s'agissait de colère réactionnelle à une dispute. La mère est la victime dans 35,0 % des cas, le père dans 52,5 % des cas et les deux parents dans 12,5 % des cas. Lors de l'homicide, 62,5 % des parricides ont exercé de la violence excessive [27]. Les auteurs de matricide sont souvent célibataires, sans profession, habitant avec leurs victimes, vivant en isolement social au moment de l'acte [42, 44].

Ces caractéristiques ne correspondaient pas au profil de notre malade, qui est était plutôt bien inséré, marié avec enfants et ayant une profession stable. Chiswick rapporte que plus de leur moitié n'ont pas eu d'expérience sexuelle auparavant. L'âge moyen des agresseurs est de 31 ans, celui des victimes de 63 ans [6]. Concernant le lieu de matricide, la plupart des études ont signalé que les crimes ont eu lieu dans la cuisine ou dans la chambre à coucher [6, 44]. Les moyens utilisés dans les matricides sont variables : instruments tranchants (33,3 %), couteau (29,2 %), armes à feu (20,8 %), strangulation comme le cas clinique rapporté, intoxication au monoxyde de carbone [3]. La majorité des études réalisées ont conclu que les matricides pathologiques sont les crimes des schizophrènes. Singhal et Dutta ont mené une étude sur 60 cas de matricide, leur étude a constaté que plus de 90 % des malades ont le diagnostic de la schizophrénie, les auteurs ont révélé que dans plus de la moitié des cas, les agresseurs ont rapporté une relation conflictuelle avec la mère et l'ont décrit comme autoritaire et abusive [42]. En menant une étude sur 58 cas de matricide, Green a conclu que le diagnostic de la schizophrénie est révélé dans 74 % des cas [19], la relation d'hostilité/dépendance avec la mère et l'absence de figure parentale a été notée chez les trois quarts des agresseurs. Dans une étude rétrospective réalisée en Scotland (Écosse), analysant 36 cas de matricides survenus entre 1957 et 1987, Clark a constaté que 24 % des agresseurs souffrent d'une schizophrénie, 20 % des troubles de la personnalité, 16 % de dépendance/abus d'alcool, 12 % de troubles dépressifs et 4 % de manie, alors que 24 % sont sans diagnostic psychiatrique [7].

Dans les matricides psychotiques, l'acte criminel est rarement prémédité ou préparé [37], il est souvent caractérisé par sa soudaineté et par son acharnement féroce, c'est le cas du malade rapporté où l'agressivité était brutale, imprévisible et intense. Certains auteurs rapportent que les malades peuvent se confronter pendant des semaines, voire des années, par intermittence ou de façon constante à l'idée d'homicide. Le déclencheur du passage à l'acte est le plus souvent anodin : un simple reproche, un regard et une situation familiale banale. L'instrument du crime est une arme d'opportunité dans la majorité des cas, l'agresseur usant un moyen improvisé immédiatement disponible. Cette constatation est souvent décrite par les cliniciens et renvoie à la mobilisation de pulsions primaires destructrices intenses [46].

Les délires jouent souvent un rôle direct dans l'apparition de la violence, présents au moment des faits dans 33 à 95 % des cas [13, 31, 36]. On retrouve principalement des thèmes mystiques, persécutatoires, grandioses et d'influence [24]. En outre, les hallucinations acoustico-verbales sont présentes chez 21 à 73 % des schizophrènes au moment des crimes [22, 41]. Les phénomènes d'automatisme mental, les hallucinations impérieuses avec ordre de violence, les délires de contrôle, identifiés par la littérature anglo-saxonne sous l'abréviation TOC (*threat override control*), sont ceux qui apparaissent le plus significatif, comme le cas de notre patient [29, 32, 38]. Dans un objectif comparatif entre les matricides et les patricides, Bourget *et al.* ont examiné les parricides qui ont eu lieu au Canada entre 1990-2005 sur un échantillon de 64 cas (27 matricides et 37 patricides). Les auteurs ont constaté des différences entre les deux catégories : le diagnostic de la schizophrénie est plus fréquent dans les matricides par rapport aux patricides, les auteurs de matricides font plus de tentatives de suicide après le crime (29,2 % / 16,5 %), ont moins d'intoxication au moment de l'acte (13 % / 19,5 %), et leur acte est survenu sans signes prédateurs de violence (75 %). Les mêmes résultats ont été trouvés par l'équipe de Liettu *et al.*, qui a comparé 86 cas de

matricides et 106 cas de patricides et a conclu à un taux significativement élevé de troubles psychotiques chez le groupe de matricides et à un taux élevé de troubles de personnalité chez le groupe de patricides [28]. Concernant les moyens utilisés dans l'homicide, les instruments tranchants sont les plus fréquemment utilisés dans les matricides, alors que le couteau et armes à feu arrivent en tête dans les patricides. En outre, les études de D'Orban et celle d'O'Connor, comparant les matricides commis par les deux sexes, n'ont pas révélé des résultats significatifs, en dehors de la relation conflictuelle avec la mère relativement importante chez le sexe féminin [10].

La majorité des études réalisées dans les matricides incriminent l'intrication des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. En plus de la sévérité de la pathologie mentale, un dysfonctionnement familial et une tension intrafamiliale sont évoqués par la plupart des auteurs, la relation avec la mère est souvent conflictuelle marquée par l'ambivalence/dépendance, la victime est décrite par son caractère autoritaire, possessif, dominant et surprotecteur, alors que le père est dans la plupart des cas passif et absent [12, 21, 42]. Wick *et al.* identifient trois sous-types des auteurs de matricide dans leur étude rétrospective sur 20 ans : les agresseurs du premier sous-type ne souffrent pas d'un trouble mental et leur acte est lié à un dysfonctionnement familial marqué, dans le deuxième sous-type l'acte de matricide est lié à la sévérité de la psychose, alors que dans le dernier sous-type les troubles psychotiques sont surajoutés au dysfonctionnement familial [44].

Des investigations en neuroimagerie chez les schizophrènes auteurs de parricides ont constaté des anomalies au niveau du lobe frontal et des altérations des connectivités entre le cortex orbitofrontal et les amygdales. Les études ont établi un lien entre ces anomalies et le degré extrêmement important de violence, d'impulsivité, de désinhibition et de passage à l'acte [3].

Certains auteurs ont décrit des facteurs de risque communs dans les matricides : antécédents psychiatriques familiaux, histoire de violence dans la famille, sévérité de la pathologie mentale avec présence d'un délire de persécution et d'un syndrome hallucinatoire, antécédents de violence physique, abus de substance, une lésion cérébrale associée, mauvaise observance thérapeutique et manque d'information de la famille au sujet de la dangerosité du malade [8, 30]. Dans le cas clinique rapporté, on note la présence de quelques facteurs de risque, en particulier, la symptomatologie psychotique riche. Au Maroc, à l'instar des pays arabo-musulmans, les liens familiaux entre malade mental et parents restent assez solides et c'est souvent la mère qui se trouve en première ligne dans la prise en charge du patient. Les croyances religieuses en parallèle avec la culture marocaine, selon lesquelles la mère devrait être plus aimée et servie que le père, laissent sans doute leur impact sur le mode relationnel enfants-parents.

L'évaluation du risque de comportement violent peut se subdiviser en trois temporalités : risque immédiat, qui s'impose en urgence, risque à court terme (d'une semaine à un mois), qui permet l'élaboration d'une prise en charge à brève échéance et risque à long terme, qui envisage la question du pronostic.

Le processus d'évaluation de la dangerosité doit être considéré comme une partie intégrante et primordiale des soins et d'établissement d'une relation thérapeutique. La

façon dont se déroule l'entrevue ou les entretiens, l'identification des facteurs de risque, ainsi que nos arguments quant à sa dangerosité, sont des éléments principaux dans la reconnaissance par le patient et par son entourage du risque de la violence.

L'observation décrite représente des particularités diagnostiques, le trouble psychiatrique rapporté est une psychose hallucinatoire chronique, un diagnostic rarement rapporté pour le matricide, en sachant que ces malades gardent pour longtemps une bonne adaptation sociale et familiale.

## **Conclusion**

L'histoire de ce patient illustre la nécessité de ne pas sous-estimer les indicateurs de la dangerosité chez les malades mentaux. Les symptômes délirants et hallucinatoires alimentent la peur, l'angoisse, la perte de contrôle de l'individu et amènent au passage à l'acte violent.

Une bonne observance thérapeutique, une évaluation de la dangerosité, ainsi qu'une sensibilisation de la famille au sujet de la dangerosité du malade sont des mesures préventives à mettre en place systématiquement pour éviter ce type de drame.