



Décès suite à un syndrome malin des neuroleptiques probable : de l'incertitude diagnostique aux conséquences judiciaires

Clinical and legal implications of a probable lethal neuroleptic malignant syndrome

Zoubir Benmebarek¹, Mustapha Bouharati², Kamel Djema³

¹ EHS psychiatrique El Madher Batna – Algérie

² EHS psychiatrique Oued Athmania Mila – Algérie

³ Médecin légiste libéral, El Harrouch Skikda – Algérie

Correspondance à :

Zoubir BENMEBAREK

zoubirbenmeb@gmail.com

DOI : <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3216>

Il s'agit d'un article en libre accès distribué selon les termes de la licence Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0), qui autorise une utilisation, une distribution et une reproduction sans restriction sur tout support ou format, à condition que l'auteur original et la revue soient dûment crédités.

RÉSUMÉ

Le syndrome malin des neuroleptiques est une complication grave potentiellement fatale du traitement neuroleptique dont le diagnostic est clinique et d'exclusion. A cause du lien potentiel avec le traitement, des poursuites légales sont possibles pour faute médicale. Nous présenterons le cas clinique d'un patient de 31 ans ayant présenté une catatonie fébrile rapidement fatale, 6 semaines après l'introduction d'un neuroleptique à action prolongée et avant qu'un bilan étiologique n'ait pu être réalisé. Suite à la plainte des parents le médecin fut accusé d'homicide involontaire et le procès a eu lieu sans expertise légale et psychiatrique du dossier et sans clarification des faits. Bien que le médecin fut acquitté à l'issue du procès, cette affaire a révélé des carences juridiques dans les affaires médico-légales et des failles dans la procédure et l'instruction. En l'absence de législations claires et spécifiques la rencontre du médecin avec la justice restera toujours redoutée car imprévisible même dans les cas où le médecin n'a rien à se reprocher.

Mots-clés : syndrome malin des neuroleptiques, diagnostique, décès, justice, médico-légal.

ABSTRACT

Neuroleptic malignant syndrome is a life-threatening complication of neuroleptic medication. Diagnosis is clinical and of exclusion. Due to the dramatic outcome and its link to medications, malpractice litigation is possible. We describe a clinical case of a 31 years old schizophrenic male patient who displayed clinical features of a rapidly lethal febrile catatonia, 6 weeks after the introduction of a neuroleptic and before complementary tests were performed to rule out other diagnoses. The family filed a complaint against the physician and an inquiry was set up and the trial held despite incomplete data about the case and without patient medical file's forensic evaluation. Although the physician was discharged of manslaughter accusation, this case shows the legal vacuum pertaining to medical practice leading to biased judicial proceedings and unexpected final judgments. It's prominent to enact specific medical practice laws in order to meet professionals' needs and protect patients' rights.

Keywords: Neuroleptic malignant syndrome, diagnosis, death, forensic, legal issues.

إشكالات سريرية وتبعات قضائية نتيجة وفاة حالة محتملة بمتلازمة مضادات الذهان الخبيثة

الملخص

تعتبر متلازمة مضادات الذهان الخبيثة من المضاعفات الخطيرة لهذه الأدوية قد تؤدي إلى الوفاة وتشخيصها سريري استبعادي. نظرا لحدة الأعراض وظهورها في سياق وصف الدواء فإن احتمال التثك في الخطأ الطبي يبقى يراود أقرباء المريض. نعرض في هذا البحث حالة سريرية لشاب عمره 31 سنة أظهر أعراض تشبه المتلازمة بعد 6 أسابيع من بدأ دواء مضاد للذهان و أدت لوفاته قبل أن يتم استبعاد أسباب طبية أخرى. بعد رفع شكوى من طرف العائلة قبلت العدالة الشكوى وتم التحقيق ثم المحاكمة بتهمة القتل الخطأ دون أن يتبين بوضوح سبب الوفاة أو مسؤولية الطبيب ودون الرجوع إلى خبرة طبية عدلية وعقلية لملف المريض للفصل في الأمر. ومع أن الطبيب تم تبرئته إلا أن هذه الحالة أظهرت نقائص وتغرات في النصوص والإجراءات القانونية أمام الحوادث الطبية المختلفة وعدم ملاءمتها للواقع مما يجعل ووقوف كل طبيب أمام المحكمة لأي سبب عامل ضغط كبير لان العواقب مجهولة وقد تكون غير منتظرة.

الكلمات المفتاحية : متلازمة مضادات الذهان الخبيثة، تشخيص، وفاة ، متابعات قضائية، الطب القضائي.

INTRODUCTION

Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) est une complication idiosyncrasique grave, potentiellement mortelle des neuroleptiques [1,2], dont l'incidence varie, selon les études, de 0,02 à 3 % [3]. Le diagnostic du SMN, clinique, est un diagnostic d'exclusion. Le traitement est symptomatique consistant en l'arrêt du neuroleptique et la mise en route de mesures de réanimation [1,2,4]. L'issue est fatale dans 10 à 20 % des cas [1].

Vu le caractère aigu des symptômes, leurs liens potentiels avec l'instauration d'un neuro-

leptique et l'issue parfois fatale, des poursuites judiciaires sont possibles ; parfois justifiées, autrefois anecdotiques faisant souvent lier le décès à une erreur de prescription ou de surveillance [5]. Dans le cas où la plainte est retenue il faut alors justifier une bonne pratique médicale qui est l'indication du traitement, les modalités de prescription, la surveillance, l'information du patient et de ses proches et la prise en charge précoce des symptômes du SMN [5].

Nous présenterons le cas clinique d'un patient qui a présenté des symptômes mimant un SMN ayant entraîné le décès quelques semaines

Pour citer l'article :

Benmebarek Z, Bouharati M, Djema K. Décès suite à un syndrome malin des neuroleptiques probable : de l'incertitude diagnostique aux conséquences judiciaires. *Batna J Med Sci* 2016;3(2):125-128. <https://doi.org/10.48087/BJMScr.2016.3216>

après l'instauration d'un traitement neuroleptique à action prolongée (NAP). Une plainte a été déposée par les parents du patient et qui a débouché sur un procès sans expertise préalable du dossier médical lors de l'instruction. Bien que le médecin concerné ait été acquitté, cette affaire a révélé plusieurs irrégularités sur le déroulement de l'enquête et du procès. Nous évoquerons les difficultés diagnostiques et thérapeutiques ainsi que conséquences médico-légales inattendues et les tribulations judiciaires particulières favorisées par l'absence de législation spécifiques aux accidents médicaux et par la méconnaissance des médecins de leurs droits et obligations.

OBSERVATION

Mr. S âgé de 31 ans, célibataire et sans profession, atteint d'une schizophrénie, a été admis en placement judiciaire dans un service psychiatrique fermé après un non-lieu pour coups et blessures volontaires sur ascendant. Il était déjà connu pour comportement agressif pour lequel il a éclopé de la prison ferme puis a bénéficié d'un suivi psychiatrique rapidement interrompu après une courte hospitalisation. A son admission le patient était excité, délirant et agité, il s'opposait à son hospitalisation et se montrait très sthénique. L'examen somatique et le bilan biologique étaient normaux.

Un traitement oral par des neuroleptiques classiques est alors instauré dans un premier temps (halopéridol 20 mg/j ; lévomépromazine 100 mg/j) puis switché vers un NAP en forme injectable vu l'absence d'insight, les antécédents de rupture thérapeutique et le risque hétéroagressif. Le switch a été réalisé selon le schéma suivant :

J1 : 1 injection de 25 mg de décanoate de fluphénazine ;

J8 : 1 injection 25 mg de décanoate de fluphénazine ;

J15 : 1 injection de 50 mg de décanoate de fluphénazine.

Entre temps, l'halopéridol a été diminué progressivement jusqu'à l'arrêt. La tolérance du médicament était bonne et il n'a pas été noté d'effets secondaires importants. L'hospitalisation dura 50 jours et à sa sortie le patient fut orienté vers la consultation externe de l'hôpital psychiatrique relevant de son secteur pour le relais du suivi en ambulatoire. Son traitement était alors : décanoate de fluphénazine 100 mg par mois, lévomépromazine 100 mg par jour et trihexyphénidyle 5 mg par jour. Il consulta l'hôpital psychiatrique de son secteur un mois après et eut le renouvellement de son traitement et l'injection après un examen médical.

Treize jours après cette dernière consultation, le patient est admis dans le service de psychiatrie fermé pour un syndrome catatonique (faciès figé, creux, rareté du clignement palpébral, mutisme et état stuporeux). Son état s'aggrave rapidement et il fut transféré le lendemain vers un hôpital général où il décéda dans un tableau de coma fébrile et état catatonique avant que des bilans complémentaires n'aient pu être réalisés. Suite à cela, la famille a déposé une plainte considérant le renouvellement du traitement et la deuxième injection comme étant la cause du décès et accusant le médecin d'avoir commis une faute médicale. La plainte a été retenue par la justice et une enquête fut diligentée.

Une autopsie pratiquée sur requête du parquet a conclu à une mort naturelle. Le médecin légiste a conclu en ces termes : la cause du décès était secondaire aux troubles circulatoires et

hémodynamiques engendrés par une importante infection généralisée, avec une CIVD (coagulation intravasculaire disséminée) corollaire de l'infection qui aurait pu être aggravée par l'injection de la 2^{ème} ampoule de décanoate de fluphénazine dont on ignore les circonstances exactes de son administration.

Pour les compléments de l'enquête, un psychiatre a été réquisitionné par la police judiciaire, en se référant à l'article 49 du code de procédure pénale, pour répondre à des informations techniques concernant le médicament en question (décanoate de fluphénazine). Il a établi un rapport détaillant les indications, les effets thérapeutiques, les effets secondaires bénins et graves et les conditions de prescription.

A l'issue de l'enquête préliminaire de la police judiciaire, le juge d'instruction a qualifié l'affaire en homicide involontaire se référant à l'article 288 du code pénal qui stipule que : quiconque, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, commet involontairement un homicide, ou en est involontairement la cause, est puni d'un emprisonnement de six mois à trois ans, et d'une amende de 1.000 à 20.000 DA [6].

Le médecin qui a renouvelé le dernier traitement s'est retrouvé le principal accusé alors que l'infirmière qui a procédé à l'injection du médicament et le psychiatre du service fermé qui a instauré le traitement ont été auditionnés comme témoins. S'en est suivies les auditions des concernés, par le juge d'instruction puis le renvoi de l'affaire pour jugement sans expertise préalable et sans que les faits ne soient complètement clarifiés tant sur le plan médical que légal.

Sur requête du médecin accusé, la section ordinaire régionale des médecins a donné un avis technique sur l'affaire considérant qu'au vu des informations du dossier il n'y a pas eu de faute ou d'erreur médicale et qu'on ne peut lier la cause du décès à l'injection en l'absence de preuves matérielles tangibles. Ce rapport a été utilisé par le médecin pour sa défense.

Lors du procès, le procureur de la république a requis une année de prison ferme et 500 000 DA d'amende. L'avocat du médecin a mis en avant l'inconsistance du dossier d'instruction qui s'est fondé sur des faits hypothétiques et par l'absence d'expertise sur une affaire très technique et complexe, ce qui aurait justifié un non-lieu plutôt que le renvoi pour jugement. Finalement le médecin fut acquitté en première instance et en appel.

DISCUSSION

Discussion clinique

Le SMN associe dans son expression clinique complète un état catatonique, une hyperthermie, des troubles neurovégétatifs (tachycardie, tachypnée, hypertension), et des troubles psychiques (agitation, excitation, confusion...) [1-4]. Il n'y a pas de consensus sur les critères diagnostiques du SMN, le DSM 5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) n'énumère pas des critères précis [7]. Le diagnostic du SMN est un diagnostic d'exclusion, ceci requiert d'écartier les diagnostics différentiels comme les états infectieux (méningite, encéphalite, sepsis), les autres syndromes neuropsychiatriques (catatonie maligne idiopathique, confusion, état de mal épileptique non

convulsif), les causes toxiques (abus de substance, agitation anticholinergique, syndrome sérotoninergique) et endocrinologiques (thyrotoxicose, phéochromocytome) [1,2,8,9]. La biologie du SMN consiste en une hyperleucocytose, une élévation des CPK, une myoglobulinurie, élévation des transaminases et de LDH, une acidose métabolique, une hyperglycémie et une dysnatrémie [5].

Le SMN survient généralement dans les premiers jours surtout durant les premières 72 heures suite à l'initiation du traitement ou à son augmentation [7] et il est rare après le premier mois (environ 4%) [3]. Dans notre cas, la symptomatologie clinique était en faveur d'un SMN mais sa survenue 6 semaines après l'introduction du neuroleptique semble inhabituelle bien qu'elle reste possible. L'évolution rapidement létale vers le décès n'a pas permis de faire tous les examens complémentaires pour écarter d'autres étiologies, condition nécessaire pour envisager le diagnostic de SMN.

Si le SMN peut se résoudre spontanément à l'arrêt des neuroleptiques, il peut être mortel dans 10 à 20 % des cas malgré les mesures de réanimation [1,3,5]. Le traitement se base sur l'arrêt du neuroleptique, des mesures de réanimation et un traitement symptomatique (Dantrolène, Bromocriptine ou Amantadine) [1,10]. Le décès est secondaire aux complications qui peuvent résulter du SMN (arrêt cardiaque ou respiratoire, insuffisance cardiaque, infarctus, arythmie, pneumonie, embolie pulmonaire, insuffisance rénale myoglobulinurique ou CIVD) [3]. Les résultats de l'autopsie sont non spécifiques et variables dépendant des complications [3,11,12]. Les résultats de l'autopsie du cas décrit confortent les données de la littérature et sont en rapport avec les complications infectieuses et les troubles de la coagulation.

Discussion légale

Les poursuites légales suite au décès par SMN sont habituelles bien que les données de la littérature sur le sujet soient rares. Les poursuites peuvent être justifiées ou non. Il a été reproché aux médecins de poursuivre le traitement neuroleptique malgré l'apparition de symptômes du SMN, de ne pas évoquer le SMN devant toute catatonie fébrile chez un patient sous neuroleptique, de ne pas utiliser le dantrolène et la bromocriptine à forte doses et rapidement, ou l'utilisation d'un neuroleptique chez un patient qui a développé antérieurement un SMN [5].

Ce cas a été instruit sans avoir recours à une expertise judiciaire (psychiatrique et légale) sur une affaire technique et complexe pour déterminer la cause réelle du décès, l'incrimination du médicament et la responsabilité du médecin. Elle était la seule qui aurait permis de répondre à des questions directes et précises et aurait tranché sur l'imputabilité du décès et sur la cause de la mort et de statuer sur la responsabilité ou non du médecin ou du médicament. Le juge ne peut donner son avis que sur la forme de l'affaire qui a priori ne comportait aucune faute ou erreur. Il faut rappeler que l'article 143 du code de procédure pénale recommande l'expertise dans les questions d'ordre techniques qui peut être demandée soit par le ministère public, soit d'office, soit à la demande des parties. Au cas où le juge estime ne pas devoir faire droit à une expertise il doit rendre une ordonnance motivée [13].

La conclusion du rapport d'autopsie a, certes, donné une cause présumée de la mort ainsi que sa forme médico-légale

(naturelle), mais a passé outre son objectif et a semé un doute juridique par une formulation qui, normalement, n'aurait pas eu lieu à figurer dans un rapport médico-légal.

Ce qui a fait qu'au lieu d'éclairer l'affaire et apporter des réponses objectives et crédibles, ce rapport a ajouté de la confusion et a semé le doute sur la cause de la mort et a été le point de départ de l'incrimination du médicament dans le décès. Dans un rapport d'autopsie comme dans tout document médico-légal, l'interprétation doit être prudente et objective, basée sur les faits et non sur des hypothèses. Si celles-ci sont formulées elles doivent être argumentées et justifiées [14]. En plus, le rapport d'autopsie ne peut être à lui seul être une pièce à conviction dans un procès. Dans le doute, le juge devrait convoquer le légiste rédacteur du rapport durant l'instruction ou pendant le procès pour éclaircir les zones d'ombre.

En dernier lieu, il est utile de rappeler le vide juridique dans la loi sanitaire algérienne concernant les problèmes liés à l'exercice médical [15]. Il faut savoir qu'il existe plusieurs types de responsabilités : pénale, disciplinaire, civile et administrative. La responsabilité pénale, en principe rare, n'est engagée qu'en cas d'infraction grave et caractérisée (Ex. l'atteinte à l'intégrité corporelle) [16]. La responsabilité disciplinaire est du ressort du conseil de l'ordre qui statue sur le respect du code de la déontologie et non sur les aspects techniques [17]. La responsabilité civile et administrative a pour but l'indemnisation de la victime en cas de faute et pour cela il faut qu'il y ait une faute, un dommage et un lien de causalité certain et direct entre le dommage et la faute [16]. Le médecin a une obligation de moyens et non de résultats et ceci est d'autant plus vrai si on fait l'analyse des conditions de travail pas toujours aux normes et des dysfonctionnements structurels qui entravent toute évaluation objective de la pratique médicale et ses conséquences.

CONCLUSION

Le SMN est un effet secondaire des neuroleptiques qui peut être létal. Le diagnostic, difficile, suppose d'éliminer les autres causes d'une catatonie fébrile, et il l'est encore plus dans un pays où les moyens d'investigations et de traitements intensifs sont limités. Le respect des indications et l'instauration progressive du traitement, la surveillance et la détection des premiers signes sont le meilleur garant de la bonne pratique médicale. En cas de poursuites judiciaires, une expertise psychiatrique et légale doit toujours être exigée aux autorités judiciaires et doit répondre de façon objective et partielle à toutes les questions envisageables (cause de décès, lien de causalité, erreur médicale, faute...). Il reste que l'absence de textes spécifiques relatifs à l'exercice médical n'est pas pour rassurer les médecins ou rendre justice aux patients. C'est la raison pour laquelle avoir affaire à la justice est toujours effrayant par l'incertitude et le flou des procédures et des jugements. Un double travail doit être fait à la fois envers les médecins pour leur faire connaître leurs droits et envers les pouvoirs publics afin de légiférer sur les contentieux médicaux.

Déclaration d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Strawn J R, Keck P E Jr., Caroff S N. Neuroleptic Malignant Syndrome. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 870-876.
2. Durand J, Gallois E, Guedj M-J. Le syndrome malin aux neuroleptiques. *Nervures*. N° 6 - Tome XVII - Septembre 2004. Disponible sur www.nervure-psy.com. Consulté le 08/11/2013.
3. Caroff SN. Neuroleptic malignant syndrome. In: *Neuroleptic Malignant Syndrome and Related Conditions*, 2nd ed. Edited by Mann SC, Caroff SN, Keck PE Jr, Lazarus A. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2003; pp 1–44.
4. Strawn J R, Keck P E, Caroff S N. Neuroleptic malignant syndrome: Answers to 6 tough questions. *Current Psychiatry* 2008; 7(1): 95-101.
5. Pelonero A L, Levenson J L, Pandurangi A K. Neuroleptic Malignant Syndrome: A Review. *Psychiatric Services* 1998; 49:1163–1172.
6. Didane M. Code de procedure pénale. Alger. Belkeise Editions. 2012
7. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
8. Dickey W. The neuroleptic malignant syndrome. *Progress in Neurobiology* 1991; 36: 425-436.
9. Védie C, Poinso F, Hemmi F, Rivet B. Major symptoms and differential diagnosis of neuroleptic malignant syndrome: three case reports. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 334-7.
10. Kohen D, Bristow M. Neuroleptic Malignant Syndrome. *APT* 1996; 2:151-157.
11. Kuboa S et al. An autopsy case of neuroleptic malignant syndrome (NMS) and its immunohistochemical findings of muscle-associated proteins and mitochondria. *Forensic Science International* 2001; 115: 155-158.
12. Martin D T, Swash M. Muscle pathology in the neuroleptic malignant syndrome. *Journal of Neurology* 1987; 235(2): 120-121.
13. Ministère de la justice. Code de procedure pénale. Alger. Les Editions de l'O.N.T.E. 2005.
14. Martrille L, Baccino É. Rédaction de rapports médico-légaux. In : *Médecine Légale Clinique Médecine de la Violence - Prise en Charge des Victimes et Agressors*. Éric Baccino Ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2014 ; pp 259–261.
15. Loi 85-05 du 16-02-1985 relative à la protection et à la promotion de la santé. *JO N°8* ; 17-02-1985 : 122-139.
16. Rouge-Maillart C. La responsabilité médicale. Disponible sur sfml-asso.fr/images/docs/responsabilite.pdf . Consulté le 19/11/2016.
17. Code de déontologie médicale. Décret exécutif 92/276 du 06 Juillet 1992. *JO N° 52*, 08-07-1992. p 1160-1175.

Cet article a été publié dans le « *Batna Journal of Medical Sciences* » **BJMS**, l'organe officiel de « *l'association de la Recherche Pharmaceutique – Batna* »

Le contenu de la Revue est ouvert « Open Access » et permet au lecteur de télécharger, d'utiliser le contenu dans un but personnel ou d'enseignement, sans demander l'autorisation de l'éditeur/auteur.

Avantages à publier dans **BJMS** :

- Open access : une fois publié, votre article est disponible gratuitement au téléchargement
- Soumission gratuite : pas de frais de soumission, contrairement à la plupart des revues « Open Access »
- Possibilité de publier dans 3 langues : français, anglais, arabe
- Qualité de la relecture : des relecteurs/reviewers indépendants géographiquement, respectant l'anonymat, pour garantir la neutralité et la qualité des manuscrits.

Pour plus d'informations, contacter BatnaJMS@gmail.com

ou connectez-vous sur le site de la revue : www.batnajms.com

