

Actes délictuels et criminels dans la schizophrénie : étude comparative selon le genre

Elloumi Hend, Zalila Haifa, Ridha Rim, Cheour Majda, Boussetta Afif

Hôpital Razi, Manouba

Faculté de Médecine de Tunis - Université Tunis El Manar

Elloumi H., Zalila H., Ridha R., Cheour M., Boussetta A.

Elloumi H., Zalila H., Ridha R., Cheour M., Boussetta A.

Actes délictuels et criminels dans la schizophrénie : étude comparative selon le genre

Offensive and criminal acts in schizophrenia: Comparative study according to gender

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°03) : 214 - 218

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°03) : 214 - 218

R É S U M É

Prérequis : La schizophrénie n'entraîne pas le même risque de violence chez les femmes que chez les hommes. Les actes délictuels et criminels ont été peu étudiés chez elles.

Buts : Déterminer le sex-ratio des actes délictuels et criminels et rechercher les caractéristiques et les facteurs de risque de cette violence féminine.

Méthodes : Etude rétrospective descriptive comparative, sur dossier, incluant 107 patients atteints de schizophrénie selon les critères du DSM IV, hospitalisés suite à un non lieu pour cause de démence selon l'article 38 du Code Pénal Tunisien.

Résultats : Le sex-ratio était de 1 femme pour 10 hommes. Les femmes étaient plus âgées au moment de l'acte délictuel ou criminel (46 ans, 39 ans), les hommes sont plus souvent célibataires ou divorcés (50%, 89,7%) et avaient plus d'antécédents familiaux psychiatriques (30%, 40,2%). Le délai de prise en charge était plus long chez les femmes (65,3 mois; 22,4 mois). Les femmes commettaient plus souvent des homicides ou des tentatives d'homicides (70%, 33%), les infanticides n'étaient relevés que chez les femmes et les actes incendiaires n'étaient constatés que chez les hommes. La durée d'hospitalisation était significativement plus longue chez les femmes (18,8 mois, 11,2 mois).

Conclusion : Les mesures préventives du passage à l'acte en cas de schizophrénie sont aussi nécessaires chez les femmes que chez les hommes.

S U M M A R Y

Background: Schizophrenia does not involve the same risk of violence among women than men. The offensive and criminal acts were less studied in women.

Aims: To raise the sex ratio of the criminal acts and to seek the characteristics and the risk factors of this female violence.

Methods: We carried out a comparative descriptive retrospective study, including 107 patients having schizophrenia according to criteria's of the DSM IV, hospitalized due to insanity according to article 38 of the Tunisian Penal Code.

Results: The sex ratio was 1 woman for 10 men. The women were older at the time of the offence or criminal act (46 years, 39 years), men were more often unmarried or divorced (50% vs 89.7%) and had more psychiatric family history (30% vs 40.2%). The duration of untreated psychoses was longer among women (65.3 months vs 22.4 months). The women more often made homicides or attempts of homicides (70%, 33%), the infanticides were raised only among women and arsons were noted only among men. The hospitalization was significantly longer among women (18.8 months vs 11.2 months).

Conclusion: The preventive of offence and criminal acts in schizophrenia is also necessary among women as men.

M o t s - c l é s

Schizophrénie, genre, délit, crime

Key - words

Schizophrenia, offence, crime, gender

Il est communément admis que les hommes soient nettement plus violents que les femmes en population générale (ils réalisent environ 90% des actes de violence). Lorsqu'il s'agit de malades mentaux, le sexe ne peut plus être retenu comme un facteur discriminant (1, 2). Ainsi, il semblerait que la maladie mentale augmente de façon très importante le risque de violence exercée par les femmes. Une étude effectuée aux états unis (3) a montré que les femmes commettent autant d'agressions physiques que les hommes dans le mois précédant leur hospitalisation en psychiatrie. Les patterns de violence semblent similaires, mais les études sont contradictoires en terme de sévérité des agressions (4).

Le but de cette étude était de déterminer le sex-ratio des actes médico-légaux en cas de schizophrénie et les facteurs de risque de cette violence féminine.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude rétrospective descriptive et comparative, ayant porté sur une population de patients atteints de schizophrénie (DSM IV) (5), des deux sexes, hospitalisés d'office, entre 1998 et 2008, selon l'article 29 de la loi 92-83 du 3 août 1992, modifiée par la loi 2004-40 du 3 mai 2004 suite un non-lieu pour cause de démence au sens de l'article 38 du code pénal tunisien. Nous avons déterminé le sexe ratio des actes médico-légaux en cas de schizophrénie, relevé les caractéristiques du passage à l'acte chez les femmes atteintes de schizophrénie, ainsi que les facteurs de risque et les avons comparé à ceux des hommes. La saisie et l'exploitation des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS PC+ version 11.5 sur Windows. Elle a consisté en une comparaison de moyenne à l'aide de test t de Student et une comparaison de pourcentage à l'aide de test chi 2. Le seuil de signification retenu a été de $p < 0,05$. En cas d'effectifs insuffisants, la comparaison des pourcentages a été effectuée à l'aide du test exact de Fisher.

RESULTATS

Notre échantillon était composé de 107 patients.

Notre population était à nette prédominance masculine: 97 hommes et 10 femmes. Le sexe ratio était d'une femme pour 10 hommes (1/10). L'âge moyen était de 39,56 ans avec un minimum de 21 ans et un maximum de 63 ans. Les femmes étaient significativement plus âgées (46 ans) que les hommes (38,9 ans) ($p=0,001$). Les trois quarts de notre échantillon, soit 75,7% des patients étaient célibataires, 14% mariés et 10,3% divorcés. Les femmes étaient plus souvent mariées (50%) que les hommes qui étaient le plus souvent célibataires ou divorcés (89,7%) ($p=0,005$).

Des antécédents psychiatriques ont été relevés dans 28% des cas. Ils étaient significativement plus fréquemment retrouvés chez les hommes (30%, 40,2%) ($p=0,02$). Les antécédents familiaux de tentative de suicide n'ont été relevés que chez un patient. Les antécédents judiciaires ont été constatés dans 2,8 % des cas, alors que des conduites addictives ont été notées dans

3,7% des cas. Le faible effectif aussi bien des femmes que des hommes ayant ces antécédents n'a pas permis d'effectuer des comparaisons concluantes. Les antécédents personnels de tentative de suicide ont été notés dans 15% des cas, il s'agissait exclusivement d'hommes. Trente et un patients (29%) avaient des antécédents judiciaires, tout comme pour les antécédents de tentative de suicide, il s'agissait exclusivement d'hommes. L'abus de substance était retrouvé chez 38 patients (35,5%) dont deux femmes. La différence n'était pas significative. Le délai moyen de prise en charge était de 26,4 mois $\pm$ 32 mois. Il était significativement plus long chez les femmes, en effet il était de 22,4 mois $\pm$ 22,5 pour les hommes et de 65,3 $\pm$ 69,77 pour les femmes ($P=0,0001$). Les troubles de la personnalité ont été notés dans 39,2% des cas, essentiellement chez les hommes ($p=0,013$). La personnalité schizoïde a été notée dans 78,6% des cas ($n=33$) et un trouble de la personnalité marquée par l'impulsivité et l'irritabilité dans 21,4% des cas ($n=9$). La forme indifférenciée était le type de schizophrénie le plus représenté (60,7%). Les différentes formes cliniques sont résumées dans le tableau 1. Une dépression précédant l'acte médico-légal a été notée dans 6,5% des cas ($n=7$). Il n'y avait pas de différence entre les hommes et les femmes ($p=0,09$).

Tableau 1 : Répartition de la forme clinique de la schizophrénie en fonction du sexe

	Hommes	Femmes
Indifférenciée	63	2
Paranoïde	15	3
Désorganisée	9	0
Déficiitaire	7	3
Résiduelle	2	0
Résistante	1	2
Total	97	10

L'acte médico-légal était inaugural dans 26,2% des cas ($n=28$). Les différents types d'actes médico-légaux ont été détaillés dans le tableau 2. Les actes incendiaires étaient commis par les hommes. Les homicides et les tentatives d'homicides étaient plus fréquents chez les femmes ($p=0,03$). L'âge moyen lors du passage à l'acte médico-légal était de 32,3 ans $\pm$ 8,4 ans. Il était significativement plus élevé chez les femmes: 38,4 $\pm$ 11 ans contre 31,63 $\pm$ 7,93 ans chez les hommes ($p=0,015$). L'acte médico-légal avait causé une victime dans 67 % des cas. Cette victime était inconnue du patient dans 52,8 % des cas (tableau 3). Les infanticides étaient commis par les femmes. La mauvaise observance du traitement précédant le passage à l'acte a été notée dans 58,9%. Il n'y avait pas de différence entre les deux groupes.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 11,93 mois $\pm$ 10,85, avec un minimum de 1 mois et un maximum de 52 mois. Elle était significativement plus élevée chez les femmes: 18,85 $\pm$ 19,72 mois contre 11,21 $\pm$ 9,38 mois pour les hommes ($p=0,03$).

Tableau 2 : Type d'actes médico-légaux en fonction du sexe

	Homme	Femme	Total
Homicide	16	6	22
Tentative d'homicide	16	1	17
Coups et blessures	13	0	13
Destruction de biens	4	1	5
Vol	10	0	10
Actes incendiaires	14	0	14
Tentative de viol	4	0	4
Viol	2	0	2
Blessure par arme blanche	3	0	3
Outrage à un fonctionnaire de l'état	1	0	1
Outrage à la pudeur, usurpation d'identité, état d'ivresse et tapage	1	0	1
Attentat à la pudeur	13	0	12
Kidnapping	1	0	1
Port d'arme blanche	2	0	2
Trafic de drogues	1	1	2
Menace par arme blanche	2	0	2
A percuté une personne en voiture	1	0	1
Agression sur mineur	1	0	1
Kidnapping d'un enfant en bas âge	1	1	1

NB : Certains patients ont effectué plus d'un acte délictuel ou criminel

Tableau 3 : Type de victime en fonction du sexe

Victime	Hommes	Femmes	Total
Père	8	1	9
Mère	5	0	5
Enfant	0	3	3
Conjoint	4	1	5
Membre de la famille	8	2	10
Personne connue	2	0	2
Inconnue	37	1	38
Total	64	8	72

DISCUSSION

Nous avons constaté que les femmes avaient moins de passage à l'acte que les hommes, mais les crimes commis étaient plus graves chez elles. Le caractère rétrospectif de l'étude et le faible effectif des femmes malgré un recul de 10 ans sont parmi les limites de l'étude. Les femmes sont nettement moins violentes que les hommes dans la population générale; ainsi le ratio de cote est constamment très élevé dans ces travaux. Ce rapport permet d'apprécier la violence physique commise par des

femmes malades en comparaison à la violence des femmes non malades dans une société donnée (6).

Fazel et Grann (7) avaient noté que la schizophrénie augmenterait plus le risque de violence chez les femmes que chez les hommes; et que parmi les femmes âgées de plus de 40 ans, celles atteintes de psychose commettent 1/5 des crimes. L'étude finlandaise, s'étendant sur 12 ans, a montré que la schizophrénie induisait un effet similaire dans les deux genres et qu'elle multipliait le risque d'homicide par 10 aussi bien chez les hommes que chez les femmes (8).

Ainsi au vu des constations des travaux suscités et des synthèses des revues de littérature (9, 10) on peut retenir que les femmes souffrant d'un trouble mental grave sont beaucoup plus à risque de violence que celles de la population générale. Elles ont des ratios de cote plus élevés que les hommes. Cependant, il ne faut pas confondre la notion de ratio de cote, qui apprécie le comportement de personnes malades par rapport à des non malades, et la proportion de personnes violentes parmi des groupes de patients. Si, dans la société, les femmes sont incontestablement moins violentes que les hommes, elles tendent à devenir aussi violentes que le groupe des hommes malades lorsqu'elles souffrent d'un trouble mental grave. En revanche, les hommes gravement malades sont responsables de davantage de blessures sérieuses que les patientes. Ils sont donc plus souvent arrêtés que les femmes. C'est pourquoi la violence des femmes malades est généralement moins visible que celle de leurs homologues masculins (11).

Nous avons retrouvé pratiquement 1 femme pour presque 10 hommes. Notre résultat paraît plus réduit comparé à la littérature et pourrait être expliqué par le fait que nous avons étudié les délictuels et criminels ayant eu des conséquences judiciaires alors que les travaux sus cités ont étudié toutes les formes de violence ou par une plus grande tolérance envers l'agressivité féminine qui paraît moins patente que l'agressivité masculine. Notre milieu socioculturel serait-il plus clément et plus protecteur envers les femmes que les hommes qui sembleraient plus livrés à eux-mêmes, exclus de la société ?

L'âge moyen de notre population était de 39,5 ans, il était conforme à la littérature (12, 13) et se rapprochait plus de la fourchette supérieure (entre 30 et 40 ans). Les femmes sont significativement plus âgées que les hommes. Cette différence peut être en rapport avec l'âge de début plus tardif de la schizophrénie chez les femmes.

Nous avons relevé que les femmes étaient plus souvent mariées que les hommes qui étaient plus souvent célibataires ou divorcés. Le début plus tardif de la schizophrénie chez les femmes et la plus grande tolérance de la société à leurs symptômes pourraient expliquer ce résultat. Le risque de violence plus important chez les hommes peut être dû à la fragilité de leur soutien familial.

Les antécédents familiaux psychiatriques ont été moins fréquemment retrouvés chez les femmes. Ils ont été reconnus par Bénézech et al (14) comme facteurs prédictifs de violence. Cette variable a été plus fréquemment retrouvée chez les hommes et aurait probablement contribué à augmenter le risque de passage à l'acte chez eux.

Le délai de prise en charge est significativement plus long chez

les femmes, en effet il est de $22,4 \text{ mois} \pm 22,5$ pour les hommes et de $65,3 \pm 69,77$ pour les femmes. Ce résultat peut être en rapport avec une plus grande tolérance des symptômes schizophréniques chez la femme.

Les antécédents de violence ont été considérés depuis toujours comme le meilleur prédicteur de violence (6). La plus grande prévalence des antécédents de violence parmi les hommes peut expliquer leur plus grande propension au passage à l'acte.

L'association schizophrénie et abus d'alcool multiplierait le risque d'homicide par 16 chez les hommes et par 84 chez les femmes (15). Selon Brunette et Drake (16), l'abus de substance était au moins aussi fréquent chez la femme que chez l'homme atteint de psychose et favorise les actes criminels. Nos résultats rejoignent ceux de ces derniers auteurs. Selon Joyal (17) et Millaud et al (6), les troubles de personnalités marqués par l'impulsivité et l'irritabilité augmenteraient le risque de violence et de meurtre en cas de schizophrénie. Nous avons noté que les troubles de la personnalité étaient plus fréquents chez les hommes, ce qui pourrait expliquer un risque plus important de passage à l'acte.

Variable concernant la maladie

Type de schizophrénie

Tardiff et sweiller (18), avaient noté que la schizophrénie paranoïde (ayant comme corollaire la schizophrénie indifférenciée du DSMIV) était significativement associée à un risque de violence avant l'admission et qu'il n'y avait pas de différence selon le sexe. Nos résultats sont conformes à ceux de la littérature. Cette forme était prédominante dans les deux sexes.

La dépression psychotique pourrait être particulièrement dangereuse chez les femmes. Cette hypothèse a été vérifiée par Hafner et Boker (19) qui avaient qu'en cas de dépression psychotique, le risque d'homicide augmente chez les femmes. La dépression était peu fréquente aussi bien dans le groupe des hommes que dans le groupe des femmes. Le biais méthodologique de l'étude rétrospective sur dossier peut être à l'origine d'un manque de détection de la symptomatologie dépressive; de plus le délai entre l'arrestation et l'hospitalisation peut être suffisamment long pour que la symptomatologie dépressive disparaisse.

L'observance thérapeutique

Monahan et al (11), ont démontré que l'insuffisance de traitement favorisait la violence. Une bonne observance thérapeutique permet l'acquisition puis le maintien de la stabilité de l'état mental. Elle joue donc un rôle essentiel dans la diminution de la dangerosité. Une mauvaise observance pharmacologique est souvent minimisée par des patients qui manifestent des violences de façon répétitive; cela procède des mécanismes liés à une faible autocritique, à une difficulté d'accepter la réalité d'une maladie mentale, et d'assumer les gestes posés antérieurement. La mauvaise observance thérapeutique était fréquemment retrouvée dans notre échantillon de façon équivalente chez les femmes et chez les hommes. Elle a été l'un des principaux facteurs favorisant le passage à l'acte.

Acte délictuel ou criminel

Il n'y a pas de comportement violent spécifique aux femmes atteintes de schizophrénie. Une étude a été menée par Flynn et al (20), entre 1996 et 2001, a montré que le risque d'homicide d'un enfant âgé de moins de 24 heures était plus fréquent chez les femmes; et que le risque d'homicide d'un enfant âgé de moins de 12 mois était plus important chez les hommes. Dans cette série la maladie mentale était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes mais il s'agissait plus de trouble dépressif que de trouble psychotique. Kreicher et al (21) ont montré que la psychose était plus fortement associée au néonaticide. Les infanticides ainsi que les tentatives d'infanticides étaient notés exclusivement chez les femmes dans notre échantillon. Concernant les homicides, il semblerait que la schizophrénie et les autres pathologies multiplieraient par quatre à dix fois leur risque de survenue.

L'association schizophrénie et abus d'alcool, multiplie le risque d'homicide par 16 chez les hommes et par 84 chez les femmes (22).

Conformément à la littérature nous avons trouvé un risque d'homicide plus important chez les femmes et ce malgré la faible consommation de toxique ainsi que la faible prévalence des troubles de la personnalité chez elles. Pour ce qui est des incendies criminels et les dommages du feu, ils seraient de loin plus fréquemment causés par les hommes (23). Aucune femme n'a commis d'acte incendiaire, mais ces incidents peuvent ne pas être mentionnés par la famille.

Age au moment de l'acte délictuel ou criminel

Les femmes étaient significativement plus âgées que les hommes. Cette différence peut être expliquée par le début plus tardif de la schizophrénie chez elles.

La durée moyenne d'hospitalisation était significativement plus longue chez les femmes, 11,2 mois pour les hommes et de 18,8 mois pour les femmes ($p=0,03$).

Y aurait-il plus de rejet familial envers les femmes après l'acte médico-légal et plus de difficultés sociales pouvant entraver la sortie? La tolérance de la violence des femmes se transformerait-elle en rejet après le passage à l'acte?

Y aurait-il une tendance plus importante à la prudence pour demander la levée de l'hospitalisation d'office chez les femmes vu la gravité des actes commis? Le délai de prise en charge tardif serait-il à l'origine d'une plus grande difficulté à stabiliser les patientes?

CONCLUSION

Les actes délictuels et criminels ne doivent pas être minimisés chez les femmes atteintes de schizophrénie, d'autant plus qu'ils risquent d'être plus graves. Leur prévention s'impose autant que ceux des hommes.

Références

1. Harris G, Rice M, Cormier C. Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav* 1991;15:625-37.
2. Monahan J, Steadman H. Crime and mental disorder: an epidemiological approach. In: Tonry M, Morris N. *Crime and Justice: an annual review of research*. Chicago: University of Chicago Press, 1983:145-89.
3. Stueve A, Link BG. Violence and psychiatric disorders: Results from an epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly* 1997;68:327-42.
4. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiological approach. In: Monahan J, Steadman H. *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press, 1994:101-36.
5. American Psychiatric Association. *DSM IV. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux quatrième édition*. Traduction française par JD Guelfi et al. Paris: Masson, 1996:1056.
6. Millaud F, Dubreucq J L. Évaluation de la dangerosité du malade mental psychotique. *Annales Médico Psychologiques* 2005;163:846-851.
7. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163:1397-1403.
8. Eronen M, Tiihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996;20:83-89.
9. Dubreucq J L, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Annales Médico Psychologiques* 2005;163:852-865.
10. Taylor PJ, Bragado-Jimenez MD. Women, psychosis and violence. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:56-64.
11. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, Appelbaum P, Robbins PC, Mulvey EP, et al. *Rethinking Risk Assessment* Oxford: Oxford University Press, 2001:208.
12. Estroff SE, Zimmer C. Social networks, social support and violence among persons with severe persistent illness. In: Monahan J, Steadman H, eds. *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press, 1994:259-95.
13. Noble P, Rodger S. Violence by psychiatric inpatients. *Br J Psychiatr* 1989;155:384-90.
14. Bénézech M, Forzan-Jorissen S, Groussin A. Le concept d'état dangereux en psychiatrie médico-légale. *Journal de Médecine Légale, Droit Médical* 1997;40:323-33.
15. Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:497-501.
16. Brunette MF, Drake RE. Gender differences in patients with schizophrenia and substance abuse. *Comprehensive Psychiatry* 1997;38:109-116.
17. Joyal CC. Schizophrénie et violence: mise à jour des connaissances et spécification des motifs et circonstances associés. *Forensic* 2005;32:1-5.
18. Tardiff K, Sweillam A. Assault, suicide and mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:164-169.
19. Häfner H, Böker W. *Crimes of violence by mentally abnormal offenders*. Cambridge: Cambridge University Press, 1973:213.
20. Flynn SM, Shaw JJ, Abel K. Homicide of infants: A cross-sectional study. *Journal of Clin Psychiatry* 2007;68:1501-1509.
21. Krischer MK, Stone MH, Sevecke K, Steinmeyer EM. Motives for maternal filicide: Results from a study with female forensic patients. *International Journal of law and Psychiatry* 2007;30:191-200.
22. Gotlieb P, Gabrielsen G, Kramp P. Psychotic homicides in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76:285-92.
23. Coid J, Kahtan N, Gault S, Jarman B. Women admitted to secure psychiatry services: Comparison of women and men. *J Forensic Psychiatry* 2000;11:275-295.