

Trouble bipolaire et criminalité : Etude comparative en fonction du sexe.

Nesrine Bram *, Rim Rafrafi**, Imene Ben Romdhane*, Rim Ridha*.

*. Service de psychiatrie légale et expertale. Hôpital Razi, Tunisie.

** . Service de psychiatrie « F ». Hôpital Razi, Tunisie.

Faculté de Médecine de Tunis. Université Tunis El Manar

N. Bram, R. Rafrafi, I. Ben Romdhane, R. Ridha.

N. Bram, R. Rafrafi, I. Ben Romdhane, R. Ridha.

Trouble bipolaire et criminalité : Etude comparative en fonction du sexe.

Bipolar disorder and criminality: a comparative study by gender

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°12) : 693-699

LA TUNISIE MEDICALE - 2013 ; Vol 91 (n°12) : 693-699

R É S U M É

Prérequis : Contrairement à la schizophrénie, l'impact du genre sur la criminalité des patients atteints de trouble bipolaire a été peu étudié.

But : Estimer le sex ratio en matière d'actes médico-légaux commis par les patients bipolaires et évaluer l'impact du sexe sur les caractéristiques de cette criminalité.

Méthodes : Une étude comparative en fonction du sexe, menée à l'hôpital psychiatrique Razi a inclus tous les patients atteints de trouble bipolaire hospitalisés entre 1990 et 2010 suite à un non lieu pour cause de démente selon le code pénal tunisien.

Résultats : Le nombre total de patients était de 36 et le sex ratio de 3,5. Les antécédents suicidaires étaient quatre fois plus fréquents chez les femmes. L'abus d'alcool était un phénomène purement masculin. Les rechutes thymiques étaient plus fréquentes chez les femmes (3,06/an contre 1,14/an ; $p=0,02$). La forme à cycles rapides et les comorbidités anxieuses étaient notées exclusivement chez ces patientes. Le filicide et la prostitution étaient perpétrés exclusivement par des femmes, les délits économiques et les agressions sexuelles étaient l'apanage des hommes. Les crimes masculins étaient plus impulsifs et non prémédités ($p=0,04$).

Conclusions : Bien que le sex ratio soit en faveur des hommes, la représentativité des femmes dans la violence induite par le trouble bipolaire est importante, se traduisant, notamment lors des phases dépressives, par des actes graves et meurtriers. Les mesures préventives du passage à l'acte chez le sujet bipolaire doivent être soutenues et surtout adaptées en fonction du genre.

S U M M A R Y

Background: Unlike schizophrenia, the impact of gender on the criminality of patients with bipolar disorder has received little attention.

Aim: To estimate the sex ratio in relation to acts committed by forensic bipolar patients and evaluate the impact of gender on the characteristics of this crime.

Methods: A comparative study by gender, conducted at the psychiatric hospital Razi has included all patients with bipolar disorder hospitalized between 1990 and 2010 after being relaxed for mental illness, owing to the Tunisian penal code.

Results: The total number of patients was 36 and the sex ratio of 3.5. A suicide history was four times more common in women. Alcohol abuse was found only in men. Relapses were more frequent in women (3.06 / year against 1.14 / year, $p = 0.02$). Rapid cycling and comorbid anxiety were noted only in female patients. Filicide and prostitution were committed exclusively by women, economic crimes and sexual assaults were the preserve of men. The male offenses were more impulsive and unpremeditated ($p = 0.04$).

Conclusions: Although sex ratio is in favor of men, women's representation in the violence induced by bipolar disorder is significant, resulting, particularly during depressive phases, by serious and deadly acts. Preventive measures of acting out in bipolar patients must be supported and especially adapted to the genre

Mots - clés

Trouble bipolaire, Sexe, Violence, Irresponsabilité pénale

Key - words

Bipolar disorder, Gender, Violence, Penal Irresponsibility

Il est communément admis que les hommes sont nettement plus violents que les femmes en population générale (1). Lorsqu'il s'agit de malades mentaux, le sexe ne peut plus être retenu comme un facteur discriminant et il semblerait que la maladie mentale majeure significativement la proportion de violence attribuée aux femmes (2).

L'impact du genre sur la criminalité des malades mentaux a été étudié surtout dans la schizophrénie mais peu de travaux ont discuté cet aspect dans le trouble bipolaire. Pourtant, la recherche de spécificités médico-légales liées au sexe est primordiale en matière de trouble bipolaire, connu pour avoir des aspects cliniques et évolutifs particuliers à chaque sexe (3). C'est dans ce cadre que ce travail a été mené afin de déterminer le sex ratio des actes médico-légaux perpétrés par les patients souffrant de trouble bipolaire et de comparer, en fonction du genre, les caractéristiques cliniques et médico-légales de la population étudiée.

MATERIEL ET METHODES

Une étude rétrospective descriptive et comparative entre hommes et femmes a été menée à l'hôpital psychiatrique Razi de Tunis. Elle a inclus tous les patients atteints de trouble bipolaire de type I ou II, selon les critères du manuel diagnostique et statistique dans sa quatrième version (DSM-IV), ayant été hospitalisés d'office suite à un acte médico-légal du 1er janvier 1990 au 31 août 2010. L'irresponsabilité pénale de ces malades a été déclarée en vertu de l'article 38 du code pénal tunisien (non lieu pour cause de démence) et leur hospitalisation s'est faite en application du décret de 1953 relatif à l'internement administratif puis de l'article 29 de la loi 92-83 modifiée par la loi 2004-40 qui régit l'hospitalisation d'office des sujets reconnus pénalement irresponsables et dont l'état mental pourrait menacer leur sécurité ou celle d'autrui.

Les dossiers de 36 patients ont été colligés. Les caractéristiques cliniques (formes cliniques et évolutives, comorbidités) et médico-légales (nature de l'acte, caractère impulsif et violent, victimes éventuelles et moment du crime dans la maladie bipolaire) ont été recueillies et comparées entre les hommes (H) et les femmes (F).

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS version 10. La comparaison de moyennes a été effectuée à l'aide du test t de Student et la comparaison de pourcentages à l'aide du test Chi 2. En cas d'effectifs insuffisants, la comparaison de pourcentages a été effectuée à l'aide du test exact de Fisher. Le seuil de signification retenu a été de $p < 0,05$.

RESULTATS

1. Sex ratio

L'échantillon étudié était composé de 36 patients avec une prédominance masculine nette : 28 hommes (77,8%) et huit femmes (22,2%). Le sex ratio (hommes/femmes) était égal à 3,5.

2. Profil sociodémographique

Les données sociodémographiques, résumées dans le tableau 1, étaient comparables entre les sexes.

3. Caractéristiques familiales et environnementales

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les propriétés du milieu familial. Ces propriétés sont détaillées dans le tableau 1.

4. Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux : psychiatriques, thymiques, judiciaires, de tentatives de suicide et de conduites addictives étaient comparables dans les deux groupes (tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques et familiales en fonction du sexe

Caractéristiques sociodémographiques et familiales n (%)	Hommes (n=28)	Femmes (n=8)	Significativité (p)
Données socio-démographiques :			
Age moyen (ans)	36,8	35,6	0,7
Analphabètes/ Niveau primaire	10 (35)	3 (37)	0,1
Chômage	16 (57)	5 (62)	0,1
Célibataires/ Divorcés	20 (71)	5 (62)	0,2
Milieu urbain	23 (82)	6 (75)	0,3
Niveau économique bas/moyen	24 (85)	8 (100)	0,4
Caractéristiques familiales et environnementales :			
Perte parentale précoce (avant la puberté) par décès / éloignement	7 (25)	4 (50)	0,21
Désunion familiale (divorce / conflits)	11 (39)	5 (62)	0,7
Victime de violence intrafamiliale (physique/sexuelle)	4 (14)	1 (12)	*
Exposition à un modèle de violence dans l'entourage	6 (21)	1 (12)	*
Antécédents familiaux :			
Psychiatriques	16 (57)	5 (62)	0,9
Trouble humeur	11 (39)	3 (37)	0,2
Tentatives de suicide	5 (17)	2 (25)	0,6
Judiciaires	5 (17)	2 (25)	0,6
Conduites addictives	4 (14)	0	0,5

* Les effectifs réduits n'ont pas permis d'effectuer des comparaisons statistiquement valables

5. Antécédents personnels de tentatives de suicide

Le passage à l'acte suicidaire était significativement plus observé chez les femmes (62,5%, n=5) que chez les hommes (21,4%, n=6), $p=0,03$. Les patientes commettaient près de quatre fois plus de tentatives de suicide que leurs homologues masculins ($F=3,5$; $H=0,9$; $p=0,03$).

6. Antécédents personnels de comportement violent

La violence féminine était, dans sa globalité, comparable à celle des hommes ($p=0,7$). En effet, 50% des femmes (n=4) et 57,1% des hommes (n=16) avaient des antécédents de comportement

violent. Toutefois, le passage à l'acte chez les femmes était exclusivement observé lors des accès thymiques, contrairement aux hommes qui avaient des antécédents d'actes antisociaux durant l'intervalle libre (H= 21,4% (n=6) ; F=0 ; p=0,03).

7. Antécédents personnels de conduites addictives

L'abus de substances, tous types confondus, était retrouvé autant chez les hommes que chez les femmes de notre étude (H=46,4% (n=13) ; F=37,5% (n=3) ; p=0,5). Par contre, l'abus d'alcool était un phénomène purement masculin (H=25% (n=7) ; F=0 ; p=0,04).

8. Caractéristiques cliniques et évolutives

Le trouble bipolaire de type I, et notamment les formes maniaques pures, étaient significativement plus observés chez les hommes, tandis que le trouble bipolaire de type II était plus représenté chez les femmes.

La stabilisation clinique était moins bonne chez nos patientes comme en témoigne la fréquence des rechutes thymiques et la présence exclusive, parmi elles, de la forme à cycles rapides et des comorbidités anxieuses.

Ces données sont récapitulées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques en fonction du sexe

Données cliniques n (%)	Hommes Femmes		Significativité (p)
	(n=28)	(n=8)	
TB I*	18 (64)	2 (25)	0,01
Manie pure	4 (11)	0	0,01
TB II**	6 (21)	6 (75)	0,01
Nombre moyen d'accès/an	1	3	0,02
Cycles rapides	0	2 (25)	0,04
Trouble anxieux comorbide	0	4 (50)	0,001

*TB I: trouble bipolaire type I **TB II: trouble bipolaire type II

9. L'acte médico-légal

Il a été répertorié un total de 43 actes dont 33 commis par les hommes et 10 par les femmes. Cette différence était significative en faveur des hommes (p=0,03). Cinq patients (H=3, F=2) ont commis plus d'un acte médico-légal (en moyenne 2,4 actes).

9.1. Moment de l'acte dans la maladie bipolaire

Le crime était inaugural de la maladie bipolaire exclusivement chez les femmes. Deux patients de sexe masculin sont passés à l'acte médico-légal lors de l'intervalle libre et plus de 80% des malades de sexe masculin ont accompli leurs délits lors d'un accès maniaque ou hypomaniaque. Aucun homme n'est passé à l'acte en phase dépressive. En contre partie, les femmes sont passées à l'acte aussi bien durant la manie qu'au cours de la dépression. Ces résultats sont récapitulés dans le tableau 3.

9.2. Nature de l'acte médico-légal

Le filicide et la prostitution étaient perpétrés exclusivement par des femmes, tandis que les délits économiques et les agressions sexuelles étaient l'apanage des hommes.

La répartition selon le type de l'acte médico-légal commis (agressions contre les biens, agressions physiques contre les personnes, délits sexuels (prostitution ou agressions sexuelles) et usage de toxiques) a montré une différence significative entre les sexes (p=0,03). En effet, chez les hommes, les agressions contre les biens étaient les plus représentées (18 actes), suivies par les agressions contre les personnes (neuf actes), puis par les agressions sexuelles (quatre actes) et l'usage de toxiques (deux actes). Par ailleurs, chez les femmes, les agressions contre les personnes venaient en premier (quatre actes) suivies par les agressions contre les biens (trois actes), puis par la prostitution (deux actes) et l'usage de toxiques (un acte).

Tableau 3 : Acte médico-légal et polarité de l'accès en fonction du sexe

Moment de l'acte n (%)	Hommes Femmes		Significativité (p)
	(n=28)	(n=8)	
Acte inaugural	0	4 (50)	0,04
Intervalle	2 (7)	0	0,03
Manie/hypomanie	24 (85)	4 (50)	0,01
Accès mixte	2 (7)	0	0,01
Dépression	0	4 (50)	0,01

9.3. Violence et impulsivité de l'acte médico-légal

L'acte revêtait un caractère violent aussi bien chez les hommes que chez les femmes (H=53,5% (n=15) ; F=50% (n=4) ; p=0,5), et il avait engendré autant de victimes chez les deux sexes (H=10 ; F=3 ; p=0,6). Les actes commis par les hommes étaient significativement plus impulsifs et non prémédités : H=85,71% (n=24) ; F=50% (n=4) ; p=0,04.

DISCUSSION

Notre étude a montré que le sex ratio (H/F) en matière de criminalité liée au trouble bipolaire était de 3,5. Les caractéristiques sociodémographiques, familiales ainsi que les antécédents personnels de conduites addictives et de violence étaient comparables entre les hommes et les femmes. Les femmes ont présenté plus d'antécédents suicidaires et une moindre stabilisation clinique. La nature des actes commis était différente selon le sexe.

1. Intérêt et limites de l'étude

De nombreuses différences, cliniques et évolutives, sont observées entre les hommes et les femmes atteints de trouble bipolaire (4). Cependant, en matière de criminalité, les données concernant d'éventuelles divergences entre les sexes restent limitées. Notre étude tente d'apporter des éléments de réponse dans ce domaine. Afin de répondre à cet objectif, les études de cohorte demeurent le moyen le plus fiable mais, elles se heurtent à des difficultés de réalisation nous obligeant à opter pour la présente méthodologie.

Les limites de notre étude sont liées à son caractère rétrospectif. Toutefois, les dossiers colligés ont permis de recueillir toutes

les données recherchées et, bien que la période de l'étude s'étale sur vingt ans, les patients recrutés répondaient aux mêmes critères d'inclusion.

D'autre part, bien que notre travail ait porté sur tous les patients répondant aux critères d'éligibilité suscités (patients souffrant de troubles bipolaires hospitalisés suite à un non lieu durant la période de l'étude), il persiste un biais de sélection lié aux règles de sectorisation appliquées aux admissions de patients médico-légaux à l'hôpital Razi depuis 1992. En effet, les hommes étaient issus de tout le territoire tunisien, alors que seules les femmes originaires du nord de la Tunisie ont pu être recrutées. Ce biais a été pris en considération lors de la discussion de nos résultats.

Par ailleurs, notre travail a porté, malgré un recul de 20 ans, sur un faible effectif de femmes. Néanmoins, seules quelques comparaisons n'ont pas été statistiquement valides.

Malgré ces limites, il s'agit d'une étude sur vingt ans, ne comportant pas de perdus de vue et qui a été réalisée à l'hôpital Razi qui draine la majorité de la population tunisienne.

2. Sex ratio

Notre étude a montré que le sex ratio des actes médico-légaux commis par les patients bipolaires était de 3,5. Afin de pouvoir situer ce rapport, on tentera de le comparer à ceux de la population générale et des autres maladies mentales.

2.1. Criminalité et sex ratio dans la population générale

La criminalité féminine en population générale a des taux nettement plus bas que celle des hommes. En effet, les femmes représentaient, au titre de l'année 2002, 23% des personnes mises en cause aux Etats unis, 15% au Canada et 14,2% en France (5). De même, en Tunisie, la criminalité féminine se situait, au début des années 70, entre deux et 13% de la criminalité générale, avec une moyenne de 11% pour l'ensemble du pays (6). En 1980, le sex ratio des infractions commises en Tunisie était de dix (7).

2.2. Criminalité et sex ratio dans la maladie mentale

Dans la maladie mentale, le risque de violence attribuable aux femmes, bien qu'il demeure inférieur à celui des hommes, se trouve nettement majoré par rapport à la population générale (8, 9). En effet, une étude nationale réalisée en Norvège auprès de malades mentaux dangereux (toutes pathologies mentales confondues) a noté un sex ratio égal à cinq (10).

En Tunisie, une étude menée en 2001 à l'hôpital Razi par Ridha et al et intitulée « Femmes malades mentales et criminelles » a montré que le sex ratio des malades mentaux criminels hospitalisés entre 1990 et 2000 était égal à 17. Dans la schizophrénie, le travail de mémoire réalisé en 2010 à la faculté de médecine de Tunis par Elloumi, intitulé « Etude comparative des actes médico-légaux dans la schizophrénie en fonction du sexe. A propos de 107 cas » a révélé que le sex ratio des patients atteints de schizophrénie, hospitalisés à Razi suite à un non lieu entre 1998 et 2008, était de dix.

Les ratios rapportés par les études tunisiennes paraissent plus élevés que ceux de la littérature internationale, indiquant une moindre représentativité féminine. Le potentiel dangereux des femmes atteintes de troubles mentaux pourrait, de ce fait, être

moins bien illustré. Ceci pourrait être expliqué par le biais de sélection inhérent aux règles de sectorisation appliquées à l'hôpital Razi. En effet, les patients de sexe masculin inclus dans ces études sont issus de tout le territoire tunisien alors que les femmes malades mentales irresponsables ne sont pas systématiquement hospitalisées à Razi et peuvent avoir été prises en charge dans les services des secteurs correspondants (Monastir, Sfax, Mahdia et Kairouan). Une deuxième hypothèse explicative serait en rapport avec le milieu socioculturel tunisien qui serait plus clément et plus protecteur envers les femmes. Les actes des femmes seraient moins propices à être divulgués, le déshonneur de la femme étant synonyme de celui de toute sa famille.

2.3 Criminalité et sex ratio dans le trouble bipolaire

Le sex ratio retrouvé dans notre étude était de 3,5. Notre résultat est conforme aux données de la littérature. En effet, Kunjukrishnan et al ont noté un sex ratio de trois dans une étude portant sur 46 sujets atteints de troubles thymiques ayant commis un acte médico-légal (11).

D'autre part, le travail effectué par Ridha et al en 2001 a montré que le trouble bipolaire était la pathologie la plus pourvoyeuse d'actes médico-légaux essentiellement chez les femmes qu'elles soient expertisées (27,7% du total des diagnostics psychiatriques) ou irresponsabilisées (16,6%). Par contre chez les hommes (expertisés et hospitalisés suite à un non lieu), les troubles de l'humeur ne représentaient que 1,7%.

Dans ce sens, certains auteurs (12, 13) ont mis en exergue qu'en matière de psychoses affectives (dépression psychotique et trouble bipolaire), le risque de violence par rapport à la population générale, quantifié par l'odd ratio, était nettement en faveur des femmes : quatre chez les femmes contre deux chez les hommes.

Il découle de l'ensemble de ces travaux que le sex ratio en matière de criminalité induite par le trouble bipolaire est significativement en faveur des hommes. Néanmoins, la représentativité du sexe féminin est supérieure à celle de la population générale et à celle des autres troubles mentaux. Ce constat pourrait être expliqué par certaines spécificités de la maladie bipolaire qui sont liées au sexe et qu'on tentera de relever.

3. Caractéristiques sociodémographiques et familiales

Aucune différence significative n'a été retrouvée entre les hommes et les femmes de notre série en ce qui concerne les variables sociodémographiques et les antécédents familiaux. Sachant que tous ces paramètres constituent des facteurs de risque de violence (14, 15), on pourrait déduire que les différences rencontrées sur le plan médico-légal n'étaient pas dues à un éventuel biais de confusion constitué à base de ces facteurs.

4. Antécédents personnels de tentatives de suicide

Les conduites suicidaires et leurs équivalents sont considérées par plusieurs auteurs comme de puissants prédicteurs de criminalité, les dimensions d'auto et d'hétéro agressivité étant fortement liées (16, 17). La propension au passage à l'acte suicidaire chez les femmes de notre échantillon est due, en partie, à la fréquence du trouble bipolaire de type II chez ces

patientes. En effet, les auteurs s'accordent pour reconnaître au trouble bipolaire de type II, plus fréquent chez les femmes, un risque de comportement suicidaire supérieur à celui observé au cours du trouble bipolaire de type I, du trouble unipolaire dépressif ainsi qu'au cours de toute autre pathologie psychiatrique (18, 19). Ainsi, la prépondérance des conduites suicidaires chez les femmes bipolaires reflèterait leur potentiel de dangerosité et de violence.

5. Antécédents personnels de violence

Les antécédents de comportement violent compteraient, d'après certains auteurs, parmi les meilleurs facteurs prédictifs de violence ultérieure (20). Les femmes de notre série avaient globalement autant d'antécédents de violence que les hommes. Ce résultat reflète la grande participation de la femme dans la criminalité induite par la maladie bipolaire. En revanche, la violence féminine était plus symptomatique des décompensations thymiques qu'une violence habituelle. Ainsi, durant les périodes de rémission clinique, ces patientes devenaient nettement moins violentes que les hommes et rejoignaient le profil de la population générale.

6. Antécédents personnels de conduites addictives

L'abus de substances est reconnu comme étant un puissant déterminant de comportement violent aussi bien dans la population générale que chez les malades mentaux (15, 17, 21). L'association entre maladie bipolaire et abus de substances hausse notablement le risque de violence qui passe, d'après Hatters et al (22), de 26 à 68%. L'abus de substances était fréquent dans notre étude et a été observé autant chez les hommes que chez les femmes. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature. En effet, certaines études affirment que l'abus de substances est au moins aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes atteintes de trouble bipolaire (23). Dans le même sens, Tohen et al (24) ont noté que les femmes souffrant de trouble bipolaire avaient au moins six fois plus de risque que les hommes d'avoir une comorbidité addictive lors du premier épisode thymique. Il est intéressant de souligner les conséquences médico-légales de ces constatations. En effet, certains auteurs (24, 25) ont démontré que l'abus de substances associé au trouble bipolaire haussait considérablement le risque de passage à l'acte violent, en particulier chez les femmes. La présence chez nos patientes d'une comorbidité aussi « criminogène » a contribué significativement à l'augmentation de leur part de violence.

Quant au type de toxiques utilisés, Frye et al (23) ont souligné que l'abus d'alcool était significativement plus fréquemment observé chez les hommes atteints de trouble bipolaire (49%) que chez les femmes (29%). Cette prépondérance des conduites alcooliques chez les hommes pourrait expliquer, en partie, leur plus grand risque de passage à l'acte. En effet, l'alcool aggrave tous les comportements violents, il est désinhibiteur, il accentue la perte de contrôle de soi, fausse le jugement et majore fortement la prise de risques qui existe déjà chez le sujet maniaque (17).

7. Caractéristiques cliniques et évolutives

Le profil évolutif observé dans notre étude était plus sévère chez les femmes (trouble bipolaire de type II, forme à cycles

rapides et comorbidités anxieuses). Ceci est une donnée courante dans la littérature (4, 26, 27). Les études s'accordent sur le fait que la maladie bipolaire est plus sévère chez les femmes contrairement à d'autres troubles mentaux, en l'occurrence la schizophrénie, où les femmes ont un meilleur pronostic et connaissent des formes plus atténuées que les hommes. Ce paramètre permettrait d'expliquer la forte représentativité des femmes dans la violence induite par la maladie bipolaire comparativement à celle induite par les autres troubles mentaux.

8. Caractéristiques médico-légales

8.1. Moment de l'acte dans la maladie bipolaire

Dans notre étude, le crime était inaugural de la maladie exclusivement chez les femmes. Ce fait serait en rapport avec des formes cliniques particulièrement sévères où l'intensité des symptômes est telle que les intrusions médico-légales sont immédiates.

Deux actes médico-légaux ont été commis par des patients de sexe masculin durant l'intervalle libre. La déclaration de l'irresponsabilité pénale devant ces formes de violence habituelle souligne la difficulté des expertises pénales en matière de trouble bipolaire, surtout en périodes de rémission clinique, où l'étude de l'imputabilité peut s'avérer délicate.

La polarité de l'accès pourvoyeur de l'acte violent, elle-même influencée par le sexe, va déterminer la nature et les caractéristiques des actes commis.

8.2. Nature de l'acte médico-légal

Le profil criminologique observé dans notre travail est également retrouvé dans la littérature.

En effet, l'étude effectuée en Tunisie par Ridha et al en 2001 a montré que le filicide était surreprésenté chez les femmes bipolaires irresponsabilisées et que la prostitution était en tête des actes commis par les femmes bipolaires expertisées.

De plus, Richard-Devantoy et al (28) ont souligné que sur huit cas de filicide commis par des malades souffrant de troubles mentaux, sept ont été perpétrés par des patients souffrant de trouble bipolaire. Il s'agissait de 6 femmes et d'un seul homme. Dans notre échantillon, la prépondérance masculine des délits économiques et des agressions sexuelles serait en rapport avec le facteur confondant que constitue la polarité maniaque de l'accès pourvoyeur de l'acte médico-légal.

8.3. Caractéristiques de l'acte médico-légal

Notre étude a relevé que les actes perpétrés par les femmes atteintes de trouble bipolaire étaient aussi violents et engendraient autant de victimes que ceux commis par leurs homologues masculins. Ce constat est partagé par certaines études. En effet, le travail réalisé par Watzke et al (29) en 2006 a mis en exergue que la criminalité des femmes atteintes de trouble bipolaire revêtait un caractère significativement plus violent que celle des hommes. D'après cet auteur, les femmes étaient plus enclines à commettre des crimes violents tels que l'homicide alors que les hommes étaient plus souvent incriminés pour des infractions mineures, telles que les délits économiques. Cette étude a également souligné la surreprésentation des décompensations dépressives et des comorbidités anxieuses chez ces femmes, tout comme les

patientes de notre série. Par ailleurs, d'autres études ne souscrivent pas à cette idée. En effet, le travail mené par Graz et al en 2009 sur des patients atteints de trouble bipolaire suivis après leur sortie de l'hôpital, a noté que le taux de crimes violents était six fois plus important chez les hommes (30).

Ces divergences seraient expliquées par la disparité des méthodologies empruntées (populations carcérales, échantillons de malades pénalement irresponsabilisés). Néanmoins, la réalité du potentiel agressif des femmes souffrant de trouble bipolaire ne pourrait, pour autant, être niée. Ces patientes, bien qu'elles passent moins souvent à l'acte que leurs homologues masculins, n'en demeurent pas moins agressives et dangereuses. D'autre part, notre travail a montré que l'impulsivité était le propre des actes commis par les malades de sexe masculin. Cette dimension impulsive, fortement associée à la manie, aurait facilité le recours au passage à l'acte, contribuant ainsi à accroître le nombre d'infractions commises par les hommes atteints de trouble bipolaire (17, 31).

D'un autre côté, l'impulsivité et l'absence de préméditation sont des notions importantes à considérer dans l'évaluation de la gravité des actes commis. En effet, dans notre étude, la violence masculine (majoritairement liée à la manie) était non préméditée, plutôt dictée par le contexte et la labilité de l'humeur, tandis que chez les femmes, les infractions criminelles, notamment celles liées aux épisodes dépressifs, étaient volontiers plus élaborés, plus préméditées et plus graves (comme c'est le cas du filicide). Ces constatations rejoignent celles de Bénézech et al (17) qui affirment que les actes

antisociaux perpétrés lors d'un accès maniaque sont, classiquement, de moindre gravité que dans la dépression.

CONCLUSION

La représentativité du sexe féminin dans la violence induite par le trouble bipolaire est supérieure à celle induite par les autres troubles mentaux et à celle de la population générale. En effet, le risque de passage à l'acte criminel chez les femmes de notre étude aurait été majoré, principalement, par la sévérité et le mauvais pronostic de la maladie bipolaire, le potentiel suicidaire élevé et l'association avec les comorbidités anxieuses.

Le sex ratio reste toutefois significativement en faveur des hommes. Ce constat serait expliqué, d'une part, par la propension masculine à l'impulsivité et aux conduites d'alcoolisation et d'autre part, par les spécificités du milieu socioculturel tunisien qui serait plus enclin à occulter la violence féminine.

Sur le plan criminologique, il semblerait que le profil des actes médico-légaux perpétrés par les patients bipolaires soit déterminé par le sexe. Ce profil révèle que la dangerosité des femmes bipolaires est réelle et importante puisqu'elle se traduit, notamment lors des phases dépressives, par des actes graves et meurtriers.

Ainsi, les mesures préventives du passage à l'acte chez le sujet bipolaire doivent être soutenues et surtout adaptées en fonction du genre.

References

1. Taylor P, Bragado-JIMENEZ M. Women, psychosis and violence. *International Journal of Law and Psychiatry* 2009; 32: 56-64.
2. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1397-1403.
3. Kaplan S, Sadock B. *Synopsis de psychiatrie*. Paris: Edition Pradel, 1998.
4. Medard E. Les troubles bipolaires et le milieu de travail. *Archives des maladies professionnelles et de l'environnement* 2009; 70 : 559-66.
5. Bodin D, Robene L. Une approche de la criminalité féminine à travers l'exemple du hooliganisme. *Criminologie* 2005; 38 : 195-224.
6. Bouhdiba A. *Culture et société*. Tunis : Publications Universitaires de Tunis, 1978.
7. Maoui A. *Approche statistique de la criminalité féminine*. Tunis : CERES, 1995.
8. Dubreucq J, Joyal C, Millaud F. Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Med Psychol* 2005 ; 163 : 852-65.
9. Brennan P, Mednick S, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 494-500.
10. Linaker O. Dangerous female psychiatric patients: prevalence and characteristics. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 67-72.
11. Kunjkrishnan R, Bradford J. The profile of a major affective disorder offense. *Psychiatr J Univ Ott* 1990; 15: 11-14.
12. Belfrage H. A ten year follow up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminol* 1998; 38: 145-55
13. Arsenuit L, Moffitt T, Caspi A, Taylor P, Silva P. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 979-86
14. Monahan J, Steadman H, Silver E, Applebaum P, Robbins P, Mulvey E. *Rethinking Risk Assessment*. The Mc Arthur study of mental disorder and violence. Oxford: Oxford University Press, 2001
15. Swanson J, Holzer C, Ganju V, Jono R. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area study. *Hosp Community Psychiatr* 1990; 41: 761-70.
16. Asnis G, Kaplan M, Hunderfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997; 20: 405-24.
17. Bénézech M, Le Bihan P, Bourgeois M. *Criminologie et psychiatrie*. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie* 2002; 37-906-A-10.
18. Slama F, Bellivier F, Henry C. Bipolar patients with suicidal behavior: toward the identification of a clinical subgroup. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1035-9
19. Chen Y, Dilsaver S. Lifetimes rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996; 39: 896-9.
20. Gardner W, Lidz C, Mulvey E, Shav E. A comparison of actual methods for identifying repetitive violent patients with mental illness. *Law Hum Behav* 1996; 20: 35-48.
21. Eronen M, Tihonen J, Hakola P. Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophr Bull* 1996; 20: 83-89.

22. Hatters F, Shelton H, El Haj O. Gender differences in criminality: bipolar disorder with co-occurring substance abuse. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005; 33: 188-95.
23. Frye M, Altshuler L. Gender differences in prevalence, risk and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 883-9.
24. Tohen M, Greenfield S. The effect of comorbid substance use disorders on the course of bipolar disorder: a review. *Harv Rev Psychiatry* 1998; 6: 133-41.
25. Mc Dermott B, Quanbeck C, Frye M. Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar Disord* 2007; 9: 536-40.
26. Mc Elory S. Bipolar disorders: special diagnostic and treatment considerations in women. *CNS Spectr* 2004; 9: 5-18.
27. Slama F. Epidemiology of bipolar disorders. *Rev Prat* 2005; 55: 481-5.
28. Richard-Devantoy S, Ocard A, Bower R. Homicide et psychose: particularités criminologiques des schizophrènes, des paranoïaques et des mélancoliques . A propos de 27 expertises. *L'encéphale* 2008; 34 : 322-9.
29. Watzke S, Ulrich S, Marneros A. Gender and violence related prevalence of mental disorders in prisoners. *Eur Arch Psychiatry Neurosc* 2006; 256: 414-21.
30. Graz C, Etsehel E. Criminal behaviour and violent crimes in former in patients with affective disorder. *J Affect Disord* 2009; 117: 98-103.
31. Hantouche E, Azorin J, Duchene L. Caractérisation de la manie dans la cohorte nationale de 1090 patients de l'étude « EPIMAN-II - MILLE » : fréquence des sous types cliniques, début et errances diagnostiques. *Ann Med Psychol* 2003 ; 161: 359-66.