



Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales

P. LE BIHAN^{a,*}, M. BÉNÉZECH^b

RÉSUMÉ

La relation entre troubles affectifs majeurs et violence a fait l'objet de peu de recherches empiriques contemporaines. Cette revue de la littérature envisage les grandes formes cliniques des troubles de l'humeur, unipolaires (UP) et bipolaires (BP) dans leur relation avec les comportements de violence envers les personnes. Récemment, une Audition Publique de la Haute Autorité de Santé ainsi que plusieurs publications internationales ont apporté un éclairage nouveau sur cet aspect de la maladie en soulignant l'importance de la comorbidité avec l'abus de substances, des antécédents de violence et d'autres facteurs individuels ou liés au contexte. Une méta-analyse récente montre que 9,8% des sujets ayant un trouble bipolaire ont eu des comportements de violence, pour seulement 3% des sujets contrôles de la population générale, l'*odds ratio* pour le risque de violence étant de 4,1 (IC 95% : [2,90-5,83]), avec une grande hétérogénéité cependant selon les études.

Dans l'épisode maniaque du trouble bipolaire, les actes de violence sont relativement fréquents et souvent associés à une prise de substance. La manie est rarement associée à la criminalité grave mais conduit à des infractions mineures variées, la comorbidité étant importante avec l'abus d'alcool et de substances, et parfois la personnalité dyssociale.

Plusieurs auteurs évoquent une sous-estimation du potentiel criminogène de la dépression et des idées suicidaires. Dans les homicides suivis de suicide, une pathologie dépressive au moment des faits est l'affection la plus commune, allant de 36 à 75% des cas selon les études. Ces crimes rares sont essentiellement des libéricides commis par des parents déprimés et/ou des uxoricides.

Mots-clés : Troubles affectifs, troubles de l'humeur, trouble bipolaire, manie, dépression, violence, crime, homicide-suicide, filicide.

a. Praticien hospitalier, chargé d'enseignement de criminologie clinique, Université Bordeaux 4, avenue Léon Duguit, 33608 Pessac Cedex, France.

b. Chef de service honoraire en psychiatrie, expert judiciaire honoraire, 266 rue Judaïque, 33000 Bordeaux, France.

* Auteur correspondant :

Dr Patrick LE BIHAN

Tél. : 05.56.76.51.31

Fax : 05.56.76.51.05

E-mail : patrick.lebihan@ch-cadillac.fr





SUMMARY

Major affective disorders and violence: epidemiology, clinical and forensic considerations

Only few empirical contemporary studies consider the relation between major affective disorders and violence. This literature review envisage the main clinicals forms of mood disorders, unipolar (UP) and bipolar (BP) in their relation with violent behavior against persons. The French National Authority for Health and several recent international publications provide a new perspective on this aspect of the illness albeit emphasizing importance of variables such as substance abuse, history of violence, individual and contextual factors. In a recent meta-analysis, 9,8% of subjects with a bipolar disorder had previous violent behavior, in comparison with only 3% of control subjects in general population, and the odds ratio for the violence risk was 4,1 (IC 95%: [2,90-5,83]), with a large heterogeneity however between studies.

Violent acts are relatively frequent in manic episodes of bipolar disorder and are often associated with substance abuse or dependance. Mania is rarely linked to serious criminality but led to various minor offences, often furthered by comorbidity with alcohol and substance abuse and sometimes antisocial personality disorder.

Several authors argue for a underestimation of criminal potential of depression and suicidal ideation. In homicide-suicides, a depressive illness seems the more common disease at the time of the offence, ranging from 36 to 75% of cases in studies. These crimes are rare and essentially filicides and/or spouse homicides.

Key-words: *Affective disorders, mood disorders, bipolar disorder, mania, depression, violence, crime, homicide-suicide, filicide.*

1. INTRODUCTION

De nombreuses études ont montré une association modérée mais significative entre troubles mentaux majeurs et comportement criminel ou violent, en particulier dans la schizophrénie, même si les patients atteints de ces pathologies ne représentent qu'une part peu importante des auteurs de violence en général [1-5]. Les recherches sur une association entre troubles de l'humeur et comportements violents sont rares en comparaison. Plusieurs ouvrages remarquables sur les troubles de l'humeur ne traitent pas de cette question, pas plus que nombre d'articles de fond ou de revues de la littérature [6]. Récemment, une Audition Publique

de la Haute Autorité de Santé ainsi que plusieurs publications internationales ont apporté un éclairage nouveau sur cet aspect des troubles affectifs majeurs [5, 7-13]. Plusieurs auteurs évoquent une sous-estimation du risque de violence dans la dépression, notamment lorsqu'elle s'accompagne d'idées suicidaires, et soulignent l'importance du rôle de la comorbidité dans les troubles bipolaires de l'humeur. Nous envisagerons les grandes formes cliniques des troubles de l'humeur, unipolaires (UP) et bipolaires (BP) dans leur relation avec les comportements de violence envers les personnes.

L'analyse s'est basée sur une recherche extensive dans les bases de données suivantes : Medline, PsychInfo et PsychArticles, en nous limitant aux études





en langue française ou anglaise, essentiellement publiées depuis 1980 et incluant des échantillons contemporains, à partir des mots-clés retenus pour cet article.

2. PRÉVALENCE ET RISQUE DE VIOLENCE HÉTÉRO-AGRESSIVE CHEZ LES PERSONNES PRÉSENTANT UN TROUBLE AFFECTIF MAJEUR

2.1. Études épidémiologiques

2.1.1. Études d'échantillons représentatifs de la population générale

Les études de la prévalence de la violence dans des échantillons de la population générale sont particulièrement intéressantes, évitant la plupart des biais de sélection liés à une hospitalisation. Elles montrent une augmentation du nombre d'actes de violence chez les sujets présentant un trouble de l'humeur en comparaison avec la population générale.

SWANSON *et al* [14] ont repris les données de l'étude *Epidemiologic Catchment Area* (ECA) portant sur des échantillons représentatifs de plus de 10 000 personnes évaluées par l'entretien structuré du DSM-III (*Diagnostic Interview Schedule*) [15], en recherchant la violence reconnue envers autrui dans l'année précédente. La prévalence de la violence apparaît 5 fois plus importante parmi les patients réunissant les critères diagnostiques d'un trouble de l'axe 1 du DSM-III. Cette prévalence de la violence est remarquablement proche chez les personnes présentant une schizophrénie, une dépression majeure ou une manie/trouble bipolaire (10 à 12%), alors qu'elle ne concerne que 2% des sujets indemnes de troubles. Dans cette étude, les troubles de l'humeur sont trois fois plus fréquents parmi les patients violents (9,4%) que parmi ceux ne l'étant pas (2,9%). Cette recherche met également en évidence le rôle de la comorbidité, les comportements de violence augmentant avec le nombre de diagnostics pour un même patient. Ainsi, tandis que 3,4% des patients avec uniquement un trouble de l'humeur avaient été violents l'année précédente, cette proportion passe à 29,2% en cas d'association à un abus de substance.

Ces données sont convergentes avec une autre importante étude portant également sur des échantillons représentatifs de la population générale aux États-Unis

entre 1990 et 1992, la *National Comorbidity Survey* (NCS) [16, 17]. L'étude comprenait un entretien structuré avec les critères diagnostiques du DSM-III-R, une partie des sujets (n=5865) ayant rempli des items analysant les comportements violents auto-rapportés sur l'année écoulée. Alors que la violence concernait 2% des personnes ne réunissant pas les critères d'un trouble psychiatrique dans l'année précédente, cette prévalence de la violence était plus élevée en cas de dépression majeure (7%), dysthymie (9%) ou trouble bipolaire (16%). Les sujets présentant un trouble de l'humeur avaient ainsi plus de probabilité de rapporter des comportements violents que le groupe ne recevant aucun diagnostic, les odds ratios (OR) étant respectivement de 4,8 pour la dysthymie, 3,8 pour la dépression majeure et de 9,5 pour le trouble bipolaire. Comme dans l'étude ECA [14], la violence augmente avec la comorbidité notamment avec un abus d'alcool ou de substances. Les auteurs soulignent cependant que des variables démographiques, en particulier le genre masculin, sont de bien meilleurs prédicteurs de la violence qu'un diagnostic psychiatrique même d'abus de substance, les hommes étant 4 fois plus à risque de comportements violents que les femmes, surtout dans la tranche d'âge 15-24 ans [16].

ELBOGEN et JOHNSON [18] ont considéré 34 653 sujets ayant participé à l'étude *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC). Les données sur les maladies mentales graves recueillies au cours d'une première phase en 2001-2003 étaient analysées ainsi que les comportements violents autorapportés lors d'une seconde phase de l'étude en 2004-2005. L'étude portait sur les actes de violence rapportés par les sujets entre les phases 1 et 2.

Les sujets avec une maladie mentale grave (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression majeure) avaient une probabilité significativement plus élevée d'avoir des antécédents de violence que les sujets indemnes (OR 2,96, $p < 0,001$). Les analyses bivariées montrent cependant que l'incidence du comportement violent entre les phases 1 et 2 de l'étude, bien que légèrement supérieure parmi les personnes présentant une maladie mentale grave, n'est significativement plus élevée qu'en cas d'abus de substance comorbide. Ainsi, l'OR pour les troubles bipolaires sans comorbidité est de 1,6 (IC 95% [1,1-2,4]) mais augmente à 3,5 (IC 95% [2,6-3]) en cas d'abus ou dépendance à des substances. L'OR pour la dépression en l'absence de comorbidité est de 1,7 (IC 95% [1,2-2,4]) mais s'élève à 4 (IC 95% [2,6-6,3]) en cas d'abus ou dépendance à des sub-





stances. Les analyses multivariées confirment que la maladie mentale grave seule ne prédit pas significativement le comportement violent ultérieur. Celui-ci apparaît plutôt associé à des facteurs historiques (violence antérieure, détention juvénile, abus physique par les parents, violence ou arrestation parentale), cliniques (comorbidité entre maladie mentale et abus de substance, perception de menaces cachées), prédisposants (jeune âge, sexe masculin, faibles revenus) et contextuels (séparation ou divorce récent, absence d'emploi, victimisation). La plupart de ces facteurs de risque étaient cependant statistiquement plus fréquents chez les sujets ayant une maladie mentale sévère, augmentant le risque de violence.

Les personnes ayant une maladie mentale grave rapportaient plus souvent des comportements de violence, mais en grande partie parce qu'elles réunissaient d'autres facteurs associés à la violence. Le risque le plus élevé concernait les sujets avec une maladie mentale grave, un abus de substance et des antécédents de violence, environ 10 fois plus important que pour des sujets présentant un trouble mental sévère seulement. Par contre, les personnes ayant une maladie mentale grave sans abus de substance ni violence antérieure, avaient le même risque d'être violentes durant les 3 années suivantes que n'importe quelle personne de la population générale.

Pour ces auteurs, la maladie mentale grave est clairement en rapport avec le risque de violence mais son rôle causal est complexe, indirect et s'inscrit dans une constellation d'autres facteurs (sans doute plus) importants, individuels et situationnels.

PULAY *et al* [19], considérant les données de cette étude, montrent cependant que la prévalence des comportements agressifs après l'âge de 15 ans est de 0,7% parmi les personnes indemnes de troubles psychiatriques sur la vie entière mais de 25,3 % parmi les sujets bipolaires de type 1 (OR 3,7 [2,9-4,7]) et de 13,6% parmi les sujets bipolaires de type 2 (OR 1,8 [1,3-2,5]). En l'absence de comorbidité, cette prévalence de comportements agressifs diminue de façon importante pour ne représenter que 2,5% des sujets bipolaires de type 1 et 5,1% des bipolaires de type 2.

STUEVE et LINK [20] dans une étude épidémiologique à l'aide d'un entretien structuré parmi 2698 jeunes adultes en Israël, trouvent que la dépression majeure n'est pas associée à une augmentation significative du risque d'actes violents en l'absence d'abus d'alcool ou de drogues. Par contre, les troubles psychotiques et le trouble bipolaires même sans abus de

substance sont significativement associés à la violence, après contrôle des données sociodémographiques.

2.1.2. Études de cohortes de naissances

TIIHONEN *et al* [4] ont considéré le risque relatif de comportement criminel associé à des troubles mentaux spécifiques selon le DSM-III-R dans une cohorte de naissance non sélectionnée de 12 058 sujets nés en 1966 dans le Nord de la Finlande, dans une étude prospective sur 26 années. Sur les 6 hommes ayant un diagnostic de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, deux avaient été condamnés pour un crime dont l'un pour un crime violent. Aucune des 3 femmes ayant ce diagnostic n'avait d'antécédents judiciaires criminels. Les OR étaient de 3,1 pour les patients schizophrènes, 5,1 pour les troubles schizo-affectifs et 6,3 pour les troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques. La comparaison des odds ratios pour les infractions violentes et pour l'ensemble des infractions suggérait une association de la schizophrénie (OR 7) et des troubles de l'humeur avec symptômes psychotiques (OR 8,8) à un risque plus élevé d'infractions violentes. Les auteurs de cette étude insistent sur le rôle de l'alcool, les effets de la comorbidité avec l'abus d'alcool devant nécessairement être pris en compte avant de conclure sur une association entre troubles mentaux majeurs et comportements criminels.

HODGINS *et al* [21] ont considéré 324 401 sujets nés au Danemark, âgés de 43 à 46 ans lors du recueil de données. Cette étude montre que si 13% des hommes sans antécédent d'hospitalisation en psychiatrie ont été arrêtés au moins une fois pour infraction criminelle, cette proportion atteint 20% des hommes déjà hospitalisés pour dépression psychotique et 27% de ceux ayant un diagnostic de trouble bipolaire avec hospitalisation. Les troubles graves de l'humeur sont également associés à une augmentation du risque d'arrestation chez les femmes. Ainsi 3,5% des femmes sans antécédent d'hospitalisation en psychiatrie ont été arrêtées pour une infraction criminelle, alors que cela concernait 8% de celles hospitalisées pour une dépression psychotique et 10% de celles hospitalisées pour trouble bipolaire. En outre, le nombre d'infractions violentes était augmenté parmi ces sujets présentant un trouble affectif majeur. Alors que 6,3% des hommes et 0,6% des femmes présentant un trouble affectif majeur ont été condamnés pour au moins une infraction violente, ceci ne concernait que 3,3% des hommes et 0,2% des femmes indemnes de trouble.





BRENNAN *et al* [22] ont également étudié une cohorte de 358 180 personnes nées entre 1944 et 1947 au Danemark. L'étude montre une relation significative positive entre les troubles mentaux majeurs conduisant à une hospitalisation et la violence criminelle (OR 2 à 8,8 pour les hommes et 3,9 à 23,2 pour les femmes). Les personnes hospitalisées pour troubles mentaux étaient responsables d'un pourcentage disproportionné de violences commises par les membres de cette cohorte de naissance. Ainsi, 2,7% des hommes et 0,1% des femmes n'ayant pas de diagnostic de trouble psychiatrique avaient été arrêtés au moins une fois pour une infraction violente, alors que ce taux était de 5,2% des hommes et 0,5% des femmes présentant une psychose affective (dépression psychotique, trouble bipolaire, manie). L'OR pour les psychoses affectives était respectivement de 2 pour les hommes et 3,9 pour les femmes. Les sujets présentant une psychose affective sans diagnostic secondaire d'abus de substances ou de trouble de la personnalité n'apparaissaient cependant pas plus à risque d'arrestation pour crime violent que les personnes sans antécédent d'hospitalisation.

ARSENEAULT *et al* [23] ont étudié 961 jeunes adultes âgés de moins de 21 ans correspondant à une cohorte de naissance dans une ville de Nouvelle-Zélande. La prévalence des troubles mentaux sur l'année précédente était mesurée par des entretiens standardisés selon le DSM-III-R. L'étude de la violence auto-rapportée était complétée par une recherche des dossiers de condamnations. La dépression était faiblement reliée à la violence (OR=2,9) et les épisodes maniaques significativement associés à la violence (OR=4,9) mais pas après contrôle de la comorbidité.

Plusieurs auteurs soulignent une possible sous-estimation du risque de violence associé aux troubles affectifs dans ces études épidémiologiques. Les personnes ayant réalisé un suicide au décours immédiat de leur passage à l'acte ne sont pas incluses alors qu'il est raisonnable de penser que beaucoup étaient dépressives. Beaucoup de sujets n'ayant jamais été hospitalisés pourraient présenter un trouble de l'humeur, un abus de substances ou un trouble de la personnalité [4].

2.2. Études portant sur des populations cliniques

2.2.1. Études de patients hospitalisés ou externes

ASNIS *et al* [24], dans une recherche portant sur des patients suivis en ambulatoire, ont étudié la prévalence de comportements violents chez 517 sujets à

l'aide d'un instrument d'autoévaluation. La prévalence des idées homicides était de 22% et celle des tentatives d'homicide de 4% dans l'ensemble de l'échantillon. Vingt-et-un pour cent des patients bipolaires, 17% de ceux présentant une dépression majeure et 19% des patients avec dysthymie rapportaient une idéation homicide. Respectivement 5, 4 et 3% des patients présentant ces pathologies avaient réalisé une tentative d'homicide. Il est à souligner que la corrélation était très élevée entre tentative de suicide et tentative d'homicide puisque 91% des patients ayant déjà réalisé une tentative d'homicide avaient aussi des antécédents suicidaires. Dans 86% des cas, une idéation homicide était associée à des idées suicidaires.

BINDER et MC NIEL [25] ont réalisé une étude sur 253 patients hospitalisés dans une unité d'admission fermée d'un service de psychiatrie universitaire. Les patients maniaques étaient les plus nombreux à s'être montrés violents physiquement envers autrui dans les deux semaines avant l'hospitalisation (14 sur 46, soit 30%). Cette proportion était plus élevée que pour les autres pathologies. Durant les 24 premières heures de l'hospitalisation, les patients maniaques étaient également les plus susceptibles d'agressions physiques envers autrui, concernant 26% de ces sujets. Pour BARLOW *et al* [26], dans une étude de prévalence sur 18 mois des comportements agressifs parmi 1269 patients hospitalisés, les patients bipolaires maniaques avaient l'*odds ratio* le plus élevé pour les incidents agressifs parmi toutes les catégories diagnostiques (OR 2,8). Seul un petit nombre de patients cependant (6%) était impliqué dans 71% des incidents. L'agression survenait surtout dans les deux jours suivant l'admission ou après une longue durée d'hospitalisation.

DEAN *et al* [27] montrent dans une importante étude nationale sur le premier épisode psychotique au Royaume-Uni que près de 40% (n=194) des patients sont agressifs lors du premier contact avec le service, environ la moitié étant physiquement violents (n=103). Un diagnostic de manie était associé avec le fait de commettre des agressions. La présence de symptômes maniaques était également associée avec le comportement agressif dans l'ensemble de l'échantillon et notamment pour les patients schizophrènes. Les facteurs différenciant les patients physiquement violents des patients agressifs ne passant pas à l'acte incluaient le genre masculin, une classe sociale inférieure et des antécédents d'infractions violentes.





MODESTIN *et al* [28] ont comparé les dossiers criminels de 261 patients hommes hospitalisés présentant un trouble bipolaire ou dépressif selon les critères RDC (*Research Diagnostic Criteria*) et d'un échantillon d'hommes appariés pour l'âge et les données socio-démographiques, vivant dans le même environnement en Suisse. L'étude retrouve une plus grande proportion de patients (42%) que de témoins (31%) avec des antécédents judiciaires. La probabilité d'avoir eu affaire avec la justice était 1,65 fois plus grande chez les sujets ayant des troubles de l'humeur que dans la population générale. En dehors des infractions sexuelles ou relatives à la circulation, les infractions de tous types étaient significativement plus fréquentes, avec un taux de récidive plus élevé. Les sujets concernés étaient plus souvent jeunes, célibataires, d'une classe sociale plus défavorisée, avec un trouble de la personnalité et/ou un abus de substances. Les patients bipolaires et unipolaires avec une dépression mineure et intermittente avaient un taux de criminalité 2 fois plus important que celui des témoins. La dépression majeure unipolaire n'était en revanche pas plus associée au risque d'infractions que le groupe de comparaison. L'augmentation de la criminalité chez les patients bipolaires est plus en lien avec les épisodes maniaques. Les patients présentant des troubles de l'humeur avaient un risque d'infraction violente augmenté par rapport au groupe témoin (OR 4,1). Le nombre de patients impliqués dans ces infractions criminelles violentes (n=12) était cependant peu important et les auteurs précisent que ces résultats doivent être considérés avec prudence.

MODESTIN et WUERMLE [29] ont également considéré 261 hommes ayant un trouble bipolaire ou dépressif et 282 hommes schizophrènes, admis de façon consécutive à l'hôpital psychiatrique universitaire de Berne, en comparaison avec un échantillon sélectionné de la population générale. Les patients ayant un trouble de l'humeur étaient plus nombreux à avoir des antécédents de condamnation criminelle (n=110, soit 42%) que les schizophrènes (n=97, soit 34%), l'abus de substance étant aussi plus fréquent. Dans l'ensemble de l'échantillon, en cas d'abus de substance, on retrouvait 2 fois plus souvent un dossier criminel (50% vs 26%), un plus grand nombre d'infractions et une probabilité augmentée de récidive. En revanche, l'étude ne montrait pas de différence significative pour la fréquence des dossiers criminels et le nombre d'infractions entre les sujets ayant un trouble de l'humeur n'abusant pas de substance et les sujets contrôles appariés de la population générale. Le taux de crimes vio-

lents n'était pas augmenté chez les patients présentant un trouble de l'humeur mais la probabilité de commettre des infractions contre les biens était plus élevée (OR 3,29).

FAZEL *et al* [8] ont réalisé une méta-analyse à partir de 9 études sur le risque de violence chez des sujets présentant un trouble bipolaire (n=6383) en comparaison avec des sujets contrôles de la population générale (n=112 944). Ils ont surtout envisagé les études cas-témoins et de cohorte permettant une estimation du risque de violence pour les patients bipolaires par rapport à un groupe de comparaison de la population générale. La synthèse de ces données montre que 9,8% (n=625) des sujets avec un trouble bipolaire avaient une évolution violente, pour seulement 3% des sujets de la population générale. Les OR pour le risque de violence variaient de 2 à 9 et l'OR pour l'ensemble de 4,1 [IC 95% : 2,9-5,8] avec une grande hétérogénéité entre les études cependant (Tableau 1).

FAZEL *et al* [8] ont également comparé le taux d'infractions violentes parmi 3743 patients présentant un trouble bipolaire pris en charge dans des hôpitaux en Suède entre 1973 et 2004 avec celui de 37 429 sujets contrôles de la population générale, à partir de registres nationaux (critères ICD-8, ICD-9, ICD-10). Les infractions violentes comprenaient les homicides, les agressions, vols, incendies, infractions sexuelles, menaces illégales ou intimidations. Les tentatives comme les formes aggravées des infractions étaient incluses, de même que les décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, amendes, menaces de poursuite en cas de récidive, et transferts en hôpital psychiatrique médico-légal. Cette enquête est particulièrement exhaustive, l'absence d'identification de l'auteur d'une infraction violente étant rare (0,05%).

La prévalence des condamnations pour infraction violente parmi les sujets bipolaires était de 8,4% (n=314) vs 3,5% pour les sujets contrôles de la population générale. L'OR pour les infractions violentes parmi les sujets bipolaires était de 2,3.

Les auteurs précisent que le risque était en majorité « *confiné* » aux sujets bipolaires abusant de substance. Si la prévalence des infractions violentes parmi ces sujets bipolaires avec abus de substance comorbide était de 21%, elle était de 5% en l'absence d'abus de substance et de 3% parmi les sujets contrôles dans la population générale. Ainsi, par rapport aux sujets contrôles de la population générale, l'OR pour les infractions violentes parmi les sujets bipolaires avec abus de substance était de 6,4. En l'absence d'abus de





Tableau 1 : Méta-analyse du risque de violence chez les sujets présentant un trouble bipolaire en comparaison avec des sujets contrôles de la population générale (D'après Fazel et al, 2010) [8]

Étude	Pays	Odds ratio (OR)	Intervalle de confiance à 95%
Modestin et al (1997)	Suisse	3,97	0,78-20,25
Swanson et al (1990)	États-Unis	4,79	1,45-15,85
Arseneault et al (2000)	Nouvelle-Zélande	8,93	2,95-27
Corrigan et Watson (2005)	États-Unis	6,86	3,47-13,56
Monahan (2000)	États-Unis	3,68	1,97-6,90
Stueve et Link (1997)	Israël	2,22	1,28-3,85
Elbogen et Johnson (2009)	États-Unis	4,41	3,57-5,45
SAMHSA (2002)	États-Unis	5,54	4,58-6,71
Fazel et al (2010)	Suède	2,52	2,22-2,87
Ensemble		4,11	2,90-5,83

substance, ces patients bipolaires avaient une augmentation très modérée de la prévalence des condamnations pour infraction violente par rapport à la population générale (OR 1,3) et une prévalence identique à celle des membres de leur fratrie non malades (OR 1,1). Ces derniers abusaient plus souvent de substances que les sujets contrôles de la population générale (4% vs 1,9%), ce qui pourrait expliquer qu'ils montrent davantage de violence.

Le taux de crimes violents était plus élevé chez les hommes bipolaires (13,8%) que chez les femmes atteintes de cette affection (4,2%). Ces dernières avaient cependant un risque plus élevé d'infractions violentes (OR 4,1) que les hommes bipolaires (OR 1,9) en considérant les données en population générale du même sexe.

Les auteurs concluent à un risque augmenté d'infraction violente parmi les sujets avec un trouble bipolaire. Ils considèrent cependant le risque associé à la maladie en elle-même minime en comparaison avec celui des sujets contrôles de la population générale en l'absence d'usage de substance comorbide. L'augmentation du risque de violence parmi les membres indemnes de la fratrie de sujets bipolaires, affaiblirait encore la relation entre trouble bipolaire *per se* et infraction violente, mettant en évidence la contribution de facteurs familiaux, génétiques et d'environnement [8].

2.2.2. Études de suivi de patients après une hospitalisation

HODGINS *et al* [21] ont réalisé une étude de suivi sur 2 ans après la sortie de l'hôpital de 30 hommes présentant un trouble de l'humeur (18 bipolaires et 12 déprimés majeurs) et de 74 hommes schizophrènes. Les sujets avec un trouble affectif majeur étaient deux fois plus à être condamnés pour une infraction criminelle durant la période de suivi (33%) que les schizophrènes (15%). La fréquence des infractions violentes était également 3 fois plus importante (30%) que parmi les sujets schizophrènes (10%). La proportion de condamnés était la même pour les individus bipolaires et dépressifs (6 sur 18 vs 4 sur 12). En comparaison avec les sujets déprimés, les patients bipolaires avaient tendance à commettre plus d'infractions non violentes pendant la période de suivi, avec plus de risque d'être condamnés à une peine d'incarcération (83% vs 25%). Parmi les sujets présentant un trouble affectif majeur ayant récidivé, tous sauf un ont commis des infractions violentes.

Les troubles de l'humeur se différenciaient de la schizophrénie par une prévalence sur la vie entière plus élevée d'abus/dépendance à l'alcool (50% vs 27%). L'usage de drogue et l'intensité de la prise en charge





en ambulatoire étaient significativement associés à la criminalité notamment violente pour ces sujets.

La personnalité antisociale n'était pas associée à la criminalité pour les patients présentant un trouble affectif majeur. Dans cette étude, 75% des patients présentant un trouble affectif majeur réunissaient cependant les critères d'un trouble des conduites dans l'enfance. HODGINS *et al* [21] distinguent deux types de patients présentant un trouble affectif majeur avec cet antécédent de trouble des conduites : 1) Un type se développant jusqu'à la personnalité antisociale à l'âge adulte et commettant le plus souvent des infractions non violentes ; 2) Un second type ayant les critères d'un trouble des conduites avec moins de symptômes mais uniquement ceux reflétant un comportement agressif, ne réunissant pas les critères d'une personnalité antisociale mais se comportant de façon violente à l'âge adulte.

L'étude MAC ARTHUR a porté sur un échantillon de 1136 patients sortis d'hôpitaux de trois villes des États-Unis avec un entretien durant l'hospitalisation et toutes les 10 semaines dans l'année suivant la sortie [13]. La violence autoreportée par les patients était complétée par des entretiens fréquents et les dossiers de police et de l'hôpital. Les patients présentant des troubles de l'humeur avaient un taux plus élevé de comportements violents pendant la période de suivi que les patients schizophrènes (28,5% dans la dépression, 22% dans le trouble bipolaire, 14,8% dans la schizophrénie). Ces taux étaient significativement plus élevés chez les patients avec un usage de substance comorbide.

GRAZ *et al* [9] ont recensé les infractions criminelles commises après leur sortie par 1561 patients présentant des troubles affectifs pris en charge entre 1990 et 1995 dans un hôpital universitaire de Munich, en utilisant un registre national du crime. Les patients étaient bipolaires (n=756), maniaques (n=89) ou déprimés majeurs (n= 702) selon les critères ICD-9. Parmi ces patients, 4,2% ont commis des actes criminels dans les 7 à 12 ans suivant la sortie de l'hôpital, avec en moyenne 4,7 infractions. De même, 1,3% des patients avaient été condamnés pour des infractions violentes (agressions physiques envers autrui), en moyenne 2,3 fois.

Les comportements criminels et infractions violentes étaient les plus fréquents dans le groupe maniaque, dans lequel environ 16% des sujets ont commis un crime durant la période d'observation suivant leur sortie de l'hôpital. 5,6% ont été condamnés pour

des infractions à type de blessures physiques. Parmi les divers délits, les atteintes contre les biens étaient cependant les plus fréquentes. L'étude recensait aussi un nombre significatif d'infractions violentes (48 cas), à type d'agression physique le plus souvent (19 cas, soit 46%) et un homicide commis par un patient maniaque. Deux cas de viol figuraient dans le registre criminel qui ne recensait pas d'autres infractions sexuelles. La criminalité et la violence étaient rares en comparaison pour les patients présentant un trouble dépressif majeur : 10 patients seulement sur 702 (1,4%) avaient commis des crimes violents.

Les facteurs de risque de délinquance et de violence future étaient : 1) le genre masculin, les hommes ayant eu un comportement criminel après leur sortie de l'hôpital 2 fois plus souvent que les femmes avec un taux de crimes violents 6 fois plus élevé ; 2) le fait d'être séparé, divorcé ou veuf.

Pour ces auteurs, ces données sont en faveur d'une association modérée entre troubles de l'humeur et criminalité. Ils soulignent les limites de cette étude avec un risque de sous-évaluation notamment de formes mineures de violence en famille ou durant une hospitalisation qui ne sont pas toujours recensées. Cette recherche a été faite dans un service universitaire ne prenant pas les patients les plus violents, l'âge était relativement élevé (53 ans) ainsi que le niveau d'éducation.

2.3. Études portant sur des populations médico-légales

2.3.1. Études portant sur des personnes en attente de jugement, irresponsabilisées ou condamnées en général

WULACH [30], dans une étude portant sur 100 patients en attente de jugement et hospitalisés dans une unité de psychiatrie légale pour un épisode maniaque selon les critères du DSM-III, observe que cet échantillon représente 2% des patients. Ces sujets se répartissaient ainsi : 32 étaient mis en cause pour des infractions contre les personnes (18 pour agressions simples, 2 pour agressions avec arme) et 6 pour des infractions sexuelles (3 pour abus sexuel, 2 pour viol). L'âge moyen était de 37 ans. Les victimes étaient des inconnus sauf pour les agressions sexuelles. Pour l'auteur, les patients maniaques sont responsables d'infractions le plus souvent mineures, en dehors d'infractions rares représentant 15% de l'ensemble comme





des incendies volontaires, des agressions avec arme ou des viols.

Parmi 187 hommes reconnus pénalement irresponsables en raison de leurs troubles mentaux après une infraction et admis dans une unité de psychiatrie légale aux États-Unis, LONDON et TAYLOR [31] trouvent une proportion importante de patients présentant des troubles caractérisés de l'humeur avec 34% de patients bipolaires pour seulement 20% de schizophrènes. La proportion de patients bipolaires ayant commis des crimes violents (55% dont 3% de meurtres) était cependant moins importante que dans l'ensemble de l'échantillon (68% dont 15% de meurtres). Les patients bipolaires avaient le taux le plus bas de crimes violents et une proportion très faible de meurtres et de viols, en comparaison avec les patients présentant un autre diagnostic (abus d'alcool ou de substances, trouble de la personnalité ou pathologie organique). La fréquence des homicides parmi les patients déprimés était par contre très élevée, significativement plus que dans le reste de l'échantillon (7 cas sur 9, soit 78%).

WALLACE *et al* [32] ont envisagé l'ensemble des 4156 personnes condamnées par la Haute Cour dans l'État de Victoria en Australie entre 1993 et 1995. Un quart (25%) des personnes condamnées avaient eu un contact psychiatrique antérieur. Les troubles de la personnalité et l'usage de substances comptaient pour beaucoup dans cette relation mais la schizophrénie et les troubles affectifs étaient également surreprésentés, notamment en cas d'usage de substance. Les sujets condamnés avaient significativement plus de risque d'avoir eu un traitement antérieur notamment pour une psychose affective ou un autre trouble de l'humeur. Pour les hommes, les OR pour les psychoses affectives étaient respectivement de 2,8 pour l'ensemble des condamnés, 3,1 pour les auteurs d'infractions violentes et sexuelles, 5 pour les auteurs d'homicide. Pour les autres troubles de l'humeur, les OR étaient de 3,4 pour l'ensemble des sujets condamnés, 4 pour les infractions sexuelles, 4,1 pour les infractions violentes et 5,4 pour les homicides. Pour les femmes, l'OR pour les psychoses affectives était de 3,3 pour le total des femmes condamnées mais la différence n'était pas significative pour les infractions violentes. Pour les autres troubles de l'humeur, l'OR était de 4,5 parmi l'ensemble des femmes condamnées et de 5,7 pour les auteurs d'infraction violente.

Ces auteurs concluent à une « *association robuste* » entre une condamnation pour des infractions impliquant de la violence interpersonnelle et le fait d'avoir

eu un traitement notamment pour un trouble de l'humeur. Ils précisent cependant que la probabilité pour qu'une personne présentant un trouble de l'humeur commette un crime grave, bien que supérieure à celle de la population générale, est très faible. Cette augmentation des infractions dans les troubles de l'humeur leur paraît modeste et souvent liée à un mésusage de substance. Ainsi, dans les troubles affectifs sans abus de substance, l'OR est de 2,9 pour les infractions violentes et de 19 en cas d'abus de substance. De même, le risque de condamnation pour homicide en cas de trouble affectif est multiplié par 4 en l'absence d'abus de substance et par 17 en cas d'abus de substance.

SOLOMON et DRAINE [33], dans une étude portant sur 325 auteurs d'infraction présentant des troubles mentaux en liberté conditionnelle ou sous contrôle judiciaire, montrent que le nombre d'épisodes maniaques sur la vie entière et la fréquence des hospitalisations sont les facteurs les plus significativement associés avec le nombre d'arrestations sur la vie entière, après contrôle des données démographiques et liées à l'âge.

2.3.2. Études portant sur des personnes détenues

Les études sur les personnes détenues montrent aussi une augmentation de la prévalence des troubles affectifs majeurs par rapport à la population générale. La proportion de troubles affectifs majeurs en détention est de 3 à 25% des sujets suivant les études selon EAVES *et al* [34], parfois plus élevée chez les femmes.

L'étude de TEPLIN [35] porte sur un échantillon randomisé d'hommes admis dans une prison aux États-Unis (n=728), avec un entretien structuré (*Diagnostic Interview Schedule*), permettant une comparaison avec les données de la population générale. La prévalence de la dépression majeure sur la vie entière était plus élevée pour les détenus hommes (5,8%) que pour les hommes dans l'étude ECA (3,2%). La prévalence de la manie sur la vie entière était également plus importante (2,5% vs 0,3%). La plupart de ces troubles psychiatriques majeurs étaient présents avant la période d'incarcération.

CÔTÉ et HODGINS [36], dans une étude sur un échantillon représentatif de 495 détenus d'une prison québécoise, utilisant le même instrument, mettent en évidence l'importance de la comorbidité, les troubles mentaux majeurs étant le plus souvent associés à une ou plusieurs autres affections. Parmi ces sujets, 3,4% avaient un diagnostic sur la vie entière de trouble bipolaire et 14,7% un diagnostic sur la vie entière de dépres-





sion majeure. La plupart de ces patients (94%) avaient une ou plusieurs pathologies comorbides, souvent une personnalité antisociale et/ou un abus de substances.

QUANBECK *et al* [37], soulignent le fait que la prévalence du trouble bipolaire I est 6 fois plus élevée en prison que dans la population générale (6% *versus* 1% dans l'étude ECA). Dans leur recherche sur 66 détenus présentant un trouble bipolaire de type I (DSM-IV) aux États-Unis, les patients ayant été arrêtés sont plus souvent des hommes, plus jeunes, avec un usage comorbide de substance et des hospitalisations plus fréquentes (en moyenne 3,4 fois par an *vs* 1,1 fois par an) et plus courtes (9 jours *vs* 16 jours) par rapport à un groupe témoin de patients bipolaires I déjà hospitalisés sans leur consentement mais sans antécédent d'arrestation. Une étude antérieure des mêmes auteurs montre que 75% des détenus bipolaires I avaient été arrêtés lors d'une phase maniaque. Alors que 60% avaient été hospitalisés dans le mois précédant leur incarcération, seulement 20% bénéficiaient d'une prise en charge en externe lors de l'arrestation [37].

FAZEL et DANESH [38], dans une importante méta-analyse en 2002 portant sur 62 études réalisées dans 12 pays, incluant 22 790 détenus dont 18350 hommes (81%), montrent que 2568 parmi 9776 (26%) étaient des délinquants violents. La synthèse de ces études fait ressortir que 3,7% des hommes incarcérés ont des troubles psychotiques et 10% une dépression majeure. Quatre pour cent des femmes ont des troubles psychotiques et 12% une dépression majeure. En comparaison avec la population générale d'âge similaire en Grande-Bretagne ou aux États-Unis, les détenus avaient 2 à 4 fois plus de troubles psychotiques et de dépression majeure.

En France, une étude réalisée en juin 2001 sur l'ensemble des sujets entrants ou suivis en détention dans les établissements comportant un SMPR retrouve une prévalence de 27,4% de troubles dépressifs à l'entrée et de 6,8% de troubles de l'humeur parmi les patients suivis [39]. Les résultats d'une autre importante enquête épidémiologique à l'initiative de la Direction Générale de la Santé et du ministère de la Justice, confirment la fréquence élevée de troubles psychiatriques chez les détenus, notamment de troubles de l'humeur [40]. La prévalence des troubles affectifs actuels selon le diagnostic établi par un double consensus de cliniciens est respectivement de 24% pour le trouble dépressif majeur, 4,8% pour la dysthymie, 3,1% pour le trouble bipolaire (sur la vie entière) et 3,6% pour l'épisode maniaque ou hypomaniaque, parmi les sujets ayant

une symptomatologie marquée (critères DSM-IV et CGI>5). Ces proportions sont plus élevées que dans plusieurs études internationales.

Les troubles de l'humeur sont décrits comme plus fréquents chez les femmes en contact avec les services de psychiatrie légale que pour les hommes [41]. Les études retrouvent souvent une augmentation de la fréquence des comportements violents pour les femmes atteintes de troubles mentaux par rapport aux femmes indemnes de troubles, les pathologies de l'humeur pourraient être d'une particulière importance dans la violence chez les femmes [32, 41-43].

TEPLIN *et al* [42] trouvent ainsi une prévalence importante de troubles affectifs majeurs sur la vie entière chez des femmes détenues aux États-Unis, significativement plus élevée que dans la population générale (47% *vs* 20% dans l'étude ECA). La dépression majeure était le plus fréquent des troubles mentaux. Sa prévalence sur la vie entière était ainsi 2 fois plus élevée et celle de la manie 3 fois plus importante que chez les femmes de la population générale. Dans leur échantillon de femmes détenues (n=1272), 2,6% présentaient les critères cliniques d'un épisode maniaque. Parmi elles, 35% étaient incarcérées pour un crime violent.

PARSONS *et al* [41], dans une étude sur 382 femmes en détention provisoire au Royaume-Uni, observent que celles présentant des troubles mentaux étaient plus souvent mises en cause pour une infraction violente que les femmes indemnes de troubles (27% *vs* 18%). La prévalence des troubles de l'humeur sur la vie entière était importante (43%). La prévalence des troubles actuels pour les psychoses affectives et les troubles affectifs majeurs était respectivement de 1% et 14%. Près d'un quart (23%) des femmes ayant un trouble affectif majeur étaient incarcérées pour des infractions violentes. De même, en Allemagne, WATZKE *et al* [43] montrent que les femmes détenues avaient, toutes proportions gardées, commis un homicide plus souvent que les hommes, davantage auteurs de vols et d'agressions. Les hommes avaient une prévalence plus élevée de problèmes d'alcool et de personnalité dyssociale tandis que les femmes montraient plus souvent de la dépression, des troubles anxieux et une personnalité borderline.

MCDERMOTT *et al* [44] ont comparé les détenus ayant reçu le diagnostic DSM-IV de trouble bipolaire I dans une prison aux États-Unis à un échantillon de patients ayant le même diagnostic mais sans antécédent d'arrestation. L'usage de substances, notamment chez les patientes bipolaires, est fortement lié au risque





d'arrestation criminelle. Le risque d'avoir un diagnostic d'usage de substance comorbide pour les patientes bipolaires arrêtées était considérablement plus élevé que pour les patientes bipolaires dans la communauté (OR 38,8). Ces patientes bipolaires avec abus de substance avaient également plus de risque d'arrestation pour infraction violente (non sexuelle) (32%). Les hommes bipolaires avec usage de substance avaient davantage été arrêtés pour des vols (38%) ou des motifs divers, infractions sexuelles notamment (33%). Pour ces auteurs, le type d'infraction commise indique que l'impulsivité pourrait être le facteur sous-jacent associé au comportement criminel chez ces patientes bipolaires.

Certaines pathologies peuvent cependant être liées au contexte de l'incarcération. En se limitant à l'examen de détenus condamnés, la question d'une association au moins temporelle entre le trouble affectif et l'infraction reste ouverte.

2.3.3. Études portant sur des auteurs d'homicide

2.3.3.1. Études sur des auteurs d'homicide en général

La fréquence des troubles de l'humeur chez les auteurs d'homicide en général varie de 1,4 à 20,7% dans la plupart des études récentes [3, 32, 45-52].

Plusieurs recherches montrent un taux de dépression majeure sur la vie entière ou au moment des faits plus élevé parmi des auteurs d'homicide que dans la population générale. Les homicides commis en phase maniaque sont rares, seuls quelques auteurs en rapportant quelques cas [4, 9, 47, 53].

CÔTÉ et HODGINS [45] rapportent des taux élevés de dépression majeure et de troubles bipolaires (20,7%) dans une étude de détenus hommes condamnés pour homicide au Canada.

ERONEN et al [54] en Finlande, montrent que les comportements homicides dans un pays présentant un taux de criminalité relativement bas sont associés de façon significative avec plusieurs troubles mentaux spécifiques selon les critères DSM III-R. Dans ce pays, environ 95% des homicides sont élucidés et la plupart des auteurs d'homicide sont soumis à une évaluation de psychiatrie légale intensive et approfondie. Ces auteurs ont réalisé une étude longitudinale prospective sur 693 des 994 meurtriers (69,7%) connus entre 1984 et 1991, soit une période de huit ans. La prévalence

des troubles mentaux lors de l'acte parmi ces auteurs d'homicide a été utilisée pour calculer les odds ratios pour l'augmentation statistique du risque associé à des troubles mentaux spécifiques en comparaison à la population générale (données de l'étude ECA). Un trouble dépressif était diagnostiqué pour 27 hommes (3%) et 5 femmes (6%) et une dysthymie chez 13 hommes (1,4%) et une femme (1,2%). Le risque relatif de commettre un homicide était légèrement augmenté pour les patients présentant un épisode dépressif majeur, l'OR étant de 1,9 pour les hommes et 2,1 pour les femmes.

WALLACE et al [32], dans une grande étude australienne, ont mis en lien un registre des cas psychiatriques avec les dossiers de condamnations pour une grande variété d'infractions, dont l'homicide. En comparaison avec la population générale, les personnes ayant eu un contact antérieur avec la psychiatrie publique pour une psychose affective ont une probabilité de commettre un homicide 5,4 fois plus élevée pour les hommes et presque 17 fois plus pour les femmes. Le risque d'homicide paraît notamment plus élevé chez les femmes souffrant de troubles affectifs majeurs. Dans cette étude, seulement 16 femmes avaient été condamnées pour homicide mais l'association était significative avec le fait d'avoir été traitée antérieurement pour une psychose affective (OR 17) ou un autre trouble de l'humeur (OR 19,6), plus marquée que pour la schizophrénie (OR 10,6).

SCHANDA et al [3] ont comparé le taux d'irresponsabilisation pour troubles mentaux majeurs parmi 1087 auteurs d'homicide en Autriche entre 1975 et 1999 avec le taux de ces troubles respectifs dans la population générale selon l'étude ECA. Parmi ces auteurs d'homicide, 15 (1,4%) présentaient un trouble de l'humeur au moment des faits, soit 14 épisodes dépressifs majeurs (7 hommes et 7 femmes) et un épisode maniaque (1 homme) selon les critères DSM-IV. La dépression majeure et le trouble bipolaire étaient associés à une augmentation modérée mais statistiquement significative de la probabilité d'homicide en cas d'abus ou de dépendance comorbide à l'alcool (OR 3,1). Par contre, en l'absence d'abus/dépendance à l'alcool, ce risque apparaît paradoxalement diminué en comparaison avec la population générale.

RICHARD-DEVANTOY [48], en France, a analysé 210 expertises d'auteurs d'homicide par deux psychiatres experts près la cour d'appel d'Angers entre 1975 et 2005. Quinze sujets (7%), soit 9 femmes et 6 hommes, présentaient un trouble de l'humeur au





moment des faits. Les pathologies consistaient en un épisode dépressif avec caractéristiques mélancoliques ou symptômes psychotiques (60%), un épisode dépressif majeur isolé (13%), plus rarement un trouble bipolaire, un trouble cyclothymique, une dysthymie ou une hypomanie (6,7%). Les idées délirantes étaient fréquentes (40%), à thèmes de persécution le plus souvent, de ruine, d'hypochondrie, de jalousie ou sexuels. Une idéation suicidaire était souvent présente (75%). La comorbidité sur la vie entière était plutôt rare, notamment pour l'alcool (13%) ou les troubles de personnalité (7%). Quatre sujets avaient consommé de l'alcool au moment des faits.

La plupart de ces sujets étaient mariés, l'âge moyen étant de 37 ans. Trois (20%) avaient des antécédents de violences contre les personnes mais un seul avait des antécédents judiciaires. Le lieu du crime était toujours le domicile, préférentiellement le soir, le moyen le plus utilisé étant une arme à feu (40%) avant les médicaments (20%). Les victimes étaient des proches, le plus souvent les enfants (72%), l'épouse (21%) ou l'un des parents (7%).

L'étude compare de façon intéressante le comportement et les affects au moment du crime parmi les auteurs souffrant de troubles mentaux et ceux indemnes de pathologie mentale. La dépression (33% vs 1%), le délire (58% vs 0%) et les idées suicidaires (33% vs 4%), étaient caractéristiques de la clinique des malades mentaux avant leur crime. Une tentative de suicide après le crime était également significativement plus fréquente (31% vs 3%).

Plusieurs des auteurs de ces études font remarquer que ces recherches pourraient être passées à côté d'un « nombre considérable » d'auteurs d'homicide souffrant de psychopathologie sévère [54, 55]. Les homicides suivis de suicide sont en effet exclus, alors que leur fréquence est comparativement plus importante dans les pays dans lesquels le taux d'homicide est bas [56-59]. Les sujets déprimés ayant commis un homicide avant de réaliser un suicide immédiatement après leur passage à l'acte, ce qui est un cas relativement fréquent, n'ont pu être inclus dans ces études.

2.3.3.2. Filicide

Le filicide, défini comme le meurtre d'un enfant par un parent, est un événement relativement rare.

Dans la littérature de langue anglaise, le terme « *neonaticide* » concerne le meurtre d'un enfant dans les

premières 24 heures de vie, presque toujours commis par les mères. Les femmes à risque de néonaticide sont souvent jeunes et non mariées, déniaient ou dissimulant leur grossesse, manquant de prise en charge prénatale mais ne présentant pas d'affection psychiatrique majeure [60].

Le terme d'infanticide est restreint au meurtre d'un enfant au cours de la première année de vie [60]. Les mères sont davantage auteurs de filicides dans la première enfance que les pères mais ce risque tend à s'égaliser et même à s'inverser quand l'enfant progresse en âge [61-63]. Les pères sont la plupart des auteurs de ces crimes pour les enfants plus âgés.

Dans le filicide maternel, l'âge des mères varie de 24 à 31 ans, la plupart étant mariées ou en couple et ayant donné récemment naissance à un enfant [61, 63-68]. Beaucoup sont sans emploi et manquent de ressources avec des problèmes financiers. D'intelligence faible ou moyenne, elles présentent souvent des troubles mentaux qu'elles tentent de prendre en charge sans l'aide d'autrui, avec des niveaux élevés de stress et un manque de support émotionnel au moment des faits. Beaucoup ont des expériences négatives de leur propre enfance (abus...) et n'ont pas de modèle positif sur lequel baser leur propre style parental. Des conflits avec des membres de la famille et un isolement social sont fréquents. Elles commettent leur passage à l'acte seules et sans arme, tuant un seul enfant, plutôt d'âge préscolaire. La grande majorité des filicides s'inscrit dans le contexte d'un contact altéré avec la réalité ou correspond à des actes impulsifs, non prémédités, dérivant de niveaux extrêmes de stress situationnel, frustration, colère, dépression ou d'une combinaison de ces facteurs [61, 63-68].

En comparaison, les pères filicides sont habituellement plus âgés, avec davantage d'antécédents de violences envers leurs enfants et de tentative de suicide lors des faits [61, 62, 69]. Dans une récente revue de la littérature [69], l'âge moyen de l'auteur est de 35 ans (15-76 ans) et celui des victimes 5,5 ans, avec une même proportion de garçons et de filles. Les enfants sont plus âgés, les méthodes plus violentes (arme à feu, couteau, trauma crânien) et les victimes plus souvent multiples. Le motif consiste davantage en des violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner ou la vengeance. Des facteurs de stress, l'isolement avec manque de soutien social, l'absence d'emploi, un bas niveau d'éducation et socio-économique sont souvent décrits. Des antécédents d'abus dans l'enfance, une rupture dans le couple ou la peur d'une séparation, une





dispute à propos de l'infidélité de la partenaire, sont fréquents. Ces pères sont plus à risque de tuer leur épouse ou de commettre un filicide. De 18 à 65% des pères commettent également un uxoricide ou sa tentative [69].

RESNICK [63] retrouve une pathologie dépressive pour 71% de ces mères et 33% des pères filicides, la proportion de troubles psychotiques étant respectivement de 67% et 44%. Dans une recherche de HATTERS FRIEDMAN *et al* [70] sur 30 auteurs de filicide suivi de suicide, des preuves de dépression ou de symptômes dépressifs étaient présentes pour 57% des parents (70% des mères et 50% des pères). La majorité des motifs étaient altruistes (70%) avec désir de soulager leur enfant de souffrances réelles ou imaginaires. Dans les cas de filicide par des mères présentant des troubles mentaux sévères, 49% étaient déprimées au moment des faits dans une autre étude des mêmes auteurs [70]. Les symptômes de dépression s'accompagnent souvent de préoccupations inquiètes sur l'état de santé de l'enfant et sur la capacité de la mère à le prendre en charge, d'idéation suicidaire ou de pensées psychotiques [67]. Ces mères dépressives sont souvent fortement investies dans le désir d'être une bonne mère et décrivent des motivations altruistes [53]. Les pensées de faire du mal à ses enfants seraient par ailleurs fréquentes parmi les mères dépressives. Pour les filicides paternels, la fréquence des troubles dépressifs au moment des faits varie de 33% à 52%, les autres pathologies étant des psychoses ou des troubles de la personnalité, avec une incidence élevée d'abus/dépendance à des substances [62, 66, 69].

Pour KIM *et al* [71], les troubles bipolaires sont insuffisamment diagnostiqués chez les patientes ayant commis un filicide ou sa tentative. STANTON *et al* [53] évoquent des cas notamment de dépression mais également de manie avec délire non congruent à l'humeur au moment du crime dans une recherche sur 6 femmes auteurs de filicide.

Plusieurs auteurs soulignent le fait que nombre de ces parents ont été vus par un professionnel de santé mentale peu avant leur crime [60, 62-64, 67]. Des mères évoquaient leur suicide et même exprimaient leur inquiétude pour l'avenir de leurs enfants ensuite [63]. Pour BOURGET et GAGNÉ [62, 65], près de 50% des parents filicides de leur série avaient eu des contacts avec des médecins, psychiatres et/ou autres professionnels avant le drame. Dans une étude de FRIEDMAN *et al* [60], 70% des mères et 30% des pères avaient eu des contacts antérieurs avec un psychiatre.

L'accent est mis sur la nécessité d'une plus grande conscience par le psychiatre du risque de filicide en particulier de mères dépressives et suicidaires.

2.3.3.3. *Homicide suivi de suicide*

Dans les homicides suivis de suicide, la dépression est pour nombre d'auteurs l'affection la plus commune [57-59, 72, 73]. Les recherches épidémiologiques sur ces meurtres suivis de suicide suggèrent une incidence annuelle de 0,20 à 0,30 pour 100 000 habitants, remarquablement constante suivant les pays et les époques. Leur proportion est plus importante dans les pays montrant une moindre fréquence des homicides [56]. Ils représentent 2 à 6 % des homicides dans plusieurs études menées aux États-Unis, des chiffres plus élevés ayant été retrouvés dans des études antérieures en Australie (22 %), en Angleterre et au pays de Galles (33 %) ou au Danemark (42 %) [57-59].

Dans ces meurtres suivis de suicide, une pathologie dépressive préexistante, présente au moment des faits, est relativement fréquente, allant de 36 à 75% selon les études. Les autres troubles évoqués sont la paranoïa, la jalousie, une psychose, une personnalité antisociale, le faible contrôle d'une impulsivité agressive, l'abus d'alcool [57-59].

Le type de meurtre-suicide le plus courant, représentant 50 à 75% de l'ensemble des meurtres suivis de suicide aux États-Unis, a pour motivation la jalousie, morbide ou délirante [57-59]. L'auteur est un homme dans plus de 90% des cas, âgé de 18 à 60 ans, développant des soupçons à propos de la fidélité de sa partenaire et la tuant dans un accès de rage avant de se suicider, le plus souvent avec une arme à feu. Il peut également tuer le rival. L'infidélité de l'épouse peut être réelle ou imaginaire, la pathologie du meurtrier allant de formes ruminatives et obsessionnelles de jalousie jusqu'au délire. Les relations sont le plus souvent tendues, mouvementées, avec des violences physiques dans le couple, pouvant témoigner d'une impulsivité, d'un caractère colérique avec hostilité et tendance à la projection du meurtrier. L'événement déclenchant est souvent une attitude de rejet du mari par son épouse et une menace de rupture, une séparation ou un divorce. La rupture est ressentie comme intolérable.

La corrélation entre filicide et suicide est soulignée dans de nombreuses études, avec une fréquence importante de troubles dépressifs des parents. De 16 à 55 % des mères et de 40 à 60 % des pères se suicident immé-





diatement après le meurtre de leurs enfants [57-59, 61, 62, 65]. Peu de mères tuant leur enfant dans les vingt-quatre premières heures suivant la naissance se suicident ensuite. Le suicide d'un parent après le meurtre de son enfant est plus fréquent si la victime est âgée de 1 à 16 ans. Les parents commettent davantage de suicide après le meurtre d'enfants plus âgés.

Les meurtres d'une famille entière suivis de suicide apparaissent presque toujours le fait de pères de famille déprimés [58-59]. La description est souvent celle d'un homme déprimé, paranoïaque, abusant d'alcool ou de substances au moment des faits, tuant chacun des membres de sa famille – épouse et enfants – par arme à feu, arme blanche ou par strangulation. Des facteurs précipitants sont souvent retrouvés, difficultés financières, conflits dans le couple ou autres facteurs de stress psychosociaux pesant sur la famille. Des motivations altruistes, souci de délivrer leur famille d'épreuves durables, sont parfois exprimées dans des lettres explicatives. Dans d'autres cas, le meurtrier suspecte l'infidélité de son épouse. Parfois aussi, l'homme se percevant comme pouvant seul satisfaire les besoins de ses proches, ressent un sentiment de frustration avec explosion de rage meurtrière avec suicide si cette image apparaît menacée.

Une forme particulière de meurtre-suicide intéresse des hommes âgés et déprimés souffrant eux-mêmes et/ou leur épouse d'affections physiques invalidantes ou douloureuses. Une lettre explicative décrit souvent un sentiment d'incapacité de l'un ou des deux membres du couple à affronter une maladie physique ou la solitude. Certaines de ces situations sont très proches des pactes suicidaires (voir ci-après).

Les meurtres-suicides extrafamiliaux intéressent davantage des individus ayant des traits de personnalité paranoïaque et/ou narcissique, pouvant être déprimés et se sentant offensés [57-59]. Un délire de persécution est parfois présent. Ils peuvent avoir subi un licenciement, s'être vus refuser une promotion, un emprunt bancaire, se sentir humiliés par autrui et non reconnus à leur propre valeur. Des employeurs, collègues de travail, enseignants, médecins parfois, banquiers, parties adverses d'un procès, personnes investies dans la vie politique ou associative sont ainsi parfois victimes d'un meurtre suivi de suicide par arme à feu le plus souvent, au cours duquel des témoins ou représentants des forces de l'ordre peuvent également être tués. Certains individus commettent de tels passages à l'acte dans l'intention de mourir sous les balles des

policiers ou des gendarmes, dans une forme de suicide indirect.

2.3.3.4. *Pactes suicidaires*

Les pactes suicidaires sont définis comme un accord mutuel entre le plus souvent deux individus décidant de mourir ensemble. Relativement rares, ils représentent de 0,6 à 2,5% de l'ensemble des suicides dans les quelques études occidentales de référence [74-79]. La plupart intéressent des couples mariés (70 à 78%), dont l'âge moyen est relativement constant selon les études, entre 51 et 57 ans, souvent atteints d'affections physiques invalidantes ou douloureuses, socialement isolés et décrivant fréquemment un sentiment de perte d'espoir. Les couples utilisent des méthodes non violentes, permettant de mettre fin à leurs jours ensemble sans douleur, ce qui suggère préméditation et assentiment réciproque, le plus souvent par intoxication par le monoxyde de carbone (gaz d'échappement de voiture) ou par une ou plusieurs substances (65 à 93%). Dans la plupart des cas, la même méthode est utilisée par chacun des membres du couple [75-78].

Dans beaucoup de pactes réussis, une pathologie dépressive de l'un ou des deux membres du couple paraît en cause, sous l'effet souvent de difficultés financières, d'anxiété à propos de maladies physiques personnelles ou de proches, d'un deuil ou d'une séparation possibles. La menace de dissolution d'une relation étroite, exclusive entre deux partenaires, dont l'un apparaît dominant et devient l'instigateur d'un double suicide, est soulignée par plusieurs auteurs [78-80]. ROSENBAUM [80], dans une étude sur 6 survivants de pactes, montre que l'instigateur est le plus souvent un homme malade physiquement et déprimé, ayant des antécédents suicidaires, avec parfois une infidélité réelle ou imaginaire de sa partenaire. BROWN *et al* [75], analysant 9 de ces pactes suicidaires impliquant 18 victimes, évoquent 10 (56%) pathologies dépressives au moment des faits. Dans une remarquable étude sur 62 pactes en Angleterre et au Pays de Galles [76, 77], les mêmes auteurs trouvent que 40% souffraient de dépression au moment du décès.

HUNT *et al* [78] ont réalisé récemment une étude sur une série consécutive de personnes prises en charge en santé mentale et décédées lors de pactes suicidaires (n=278) entre 1996 et 2005 en Angleterre et au Pays de Galles. Le diagnostic le plus fréquent (47%), était un trouble de l'humeur (bipolaire ou dépressif). Dans plus d'un quart des cas, un contact avec un service de





santé mentale avait eu lieu dans l'année précédente, notamment la moitié dans la semaine précédant le décès, la majorité rapportant des anomalies psychiques, détresse émotionnelle le plus souvent (25%), maladie dépressive (23%), idéation suicidaire (20%) ou perte d'espoir (19%). Le désengagement envers les soins, les sorties à l'initiative des patients, l'absence au dernier rendez-vous et l'absence de compliance au traitement étaient fréquents.

Le fait que ces pactes suicidaires entraînent très fréquemment le décès de leurs protagonistes appelle une particulière vigilance des cliniciens en présence de tels patients envisageant ou ayant déjà tenté de se suicider ensemble. Le phénomène récent des pactes sur Internet, par lequel des personnes qui ne se connaissent pas, organisent un pacte suicidaire au travers de sites spécifiques et forums de discussion, pourrait favoriser leur augmentation parmi les personnes vulnérables [78].

2.3.4. Agressions sexuelles

Plusieurs études récentes montrent une prévalence élevée de troubles mentaux, en particulier thymiques, sur la vie entière parmi les auteurs d'agressions sexuelles [81-85]. La recherche d'une ou plusieurs paraphilies mais également d'une pathologie associée est importante, la prévention de la récurrence passant par la prise en compte et le traitement de ces troubles. Si la prévalence des troubles bipolaires parmi les agresseurs sexuels est peu importante dans la plupart des études, les troubles dépressifs et dysthymiques sur la vie entière comme lors des faits sont décrits comme fréquents [84]. L'abus d'alcool et de substances, souvent associé aux troubles de l'humeur, favorisent le passage à l'acte.

Dans une étude sur 36 hommes condamnés pour infraction sexuelle et admis consécutivement dans un service hospitalier, McELROY *et al* [83] trouvent une prévalence importante de troubles de l'axe I sur la vie entière : abus de substances (83%), paraphilie (58%), troubles de l'humeur (61% dont trouble bipolaire 36%) et troubles anxieux (36%). La prévalence des troubles de l'axe II était élevée avec prédominance de la personnalité antisociale (72%). Les sujets rapportaient un taux élevé d'antécédents d'abus sexuels et de troubles de l'axe I, en particulier abus de substances et troubles de l'humeur, parmi leurs parents du premier degré. KAFKA et PRENTKY [82] trouvent également parmi 60 agresseurs sexuels paraphiliques ou non, 74% de troubles de l'humeur dont 53% de dysthymies pré-

coces. Une autre étude a porté sur 45 hommes réunissant les critères DSM-IV de la pédophilie participant à un programme de traitement pour auteurs d'infractions sexuelles [84]. 93% (n=42) des sujets réunissaient les critères d'un autre trouble de l'axe I sur la vie entière, les troubles anxieux et de l'humeur étant les plus représentés. La prévalence sur la vie entière des troubles de l'humeur était de 67%, des antécédents de dépression majeure étant décrits par plus de la moitié (56%) des sujets, les troubles bipolaires et la dysthymie ayant une même répartition (8,8%). GALLI *et al* [86] rapportent 82% de troubles de l'humeur et 55% de troubles bipolaires chez des adolescents agresseurs sexuels.

PITHIERS *et al* [85], dans une recherche sur les signes précurseurs des passages à l'acte, montrent que 89% parmi 200 auteurs d'agressions sexuelles (136 pédophiles, 64 violeurs) étaient dans un état émotionnel négatif intense dans les heures précédant leur délit. Pour 94% des auteurs de viol, cet affect se caractérisait par de la colère contre une femme. Les pédophiles souffraient plutôt d'anxiété (46%) ou de dépression (38%).

3. DISCUSSION, CONSIDÉRATIONS CLINIQUES ET MÉDICO-LÉGALES

Les études sur le risque de violence envers autrui dans les troubles de l'humeur sont souvent récentes [8-10, 12, 13, 21].

Les définitions de la violence et même des troubles de l'humeur ne sont pas toujours superposables d'une recherche à l'autre, la notion de crime ayant notamment une acception plus large dans la littérature de langue anglaise. Les études sont pour la plupart rétrospectives et ne considèrent pas toujours les troubles au moment des faits. Elles portent souvent sur des patients hospitalisés qui ne représentent pas l'ensemble des personnes présentant ces pathologies [28]. D'autres portent sur des détenus ou auteurs d'actes médico-légaux dont les troubles actuels peuvent être liés au contexte au décours des faits. Les comportements violents des personnes présentant des troubles mentaux ne font enfin pas toujours l'objet de poursuites et nombre d'infractions ne sont pas reconnues. Si la plupart de ces études sont en faveur d'un risque de violence envers autrui dans les troubles affectifs majeurs plus élevé que pour les personnes ne présentant pas ces pathologies, des facteurs associés comme l'abus de substances ou un trouble de la personnalité doivent être pris en consi-





dération car ils augmentent probablement bien davantage le risque que la maladie *per se* [5, 18]. Il est possible que l'usage de substances comorbide ait un impact plus déterminant sur le risque de violence dans les troubles de l'humeur que dans d'autres pathologies, expliquant le fait que plusieurs études récentes ne confirment pas l'association entre troubles de l'humeur et violence après contrôle de la comorbidité [8, 13, 18]. Cette comorbidité avec l'usage de substance est cependant fréquente en pratique clinique quotidienne comme le montrent bien les études épidémiologiques [14, 17, 90]. Il n'est sans doute pas pertinent de considérer le diagnostic pris isolément comme en recherche [13]. La plupart des patients ayant des troubles affectifs majeurs ne présentent pas de comportements de violence durant le cours de la maladie ou lors des phases de rémission [10]. Mais cette comorbidité importante notamment avec l'abus de substances augmente le risque, ce qui est une réalité clinique.

Ces recherches mettent en évidence l'importance des facteurs de risque généraux dans le risque de violence, notamment pour le trouble bipolaire. Ces données sont socio-démographiques comme un âge inférieur à 40 ans, le sexe masculin, un statut socio-économique précaire, un faible niveau d'éducation ou le célibat. Des antécédents de trouble des conduites dans l'enfance ou l'adolescence, de violence envers autrui, de victimisation, d'abus ou de dépendance à l'alcool ou d'autres substances, des antécédents judiciaires mais également un divorce ou une séparation dans l'année et l'absence d'emploi sont à prendre en considération. Des facteurs liés à la prise en charge exposent également à une augmentation du risque tels que le défaut d'accès aux soins, l'incapacité à demander de l'aide, le déni des troubles et la faiblesse de l'insight, la rupture de suivi, la non observance des traitements, l'insuffisance du suivi après une hospitalisation [5].

Les patients bipolaires présentant des antécédents judiciaires avec des condamnations ne sont ainsi pas rares [87, 88]. Les troubles affectifs majeurs, épisodes dépressifs ou maniaques, lors des faits, ne sont pas toujours reconnus chez les auteurs d'infraction. Au cours d'une expertise, ces patients peuvent être considérés comme ayant un trouble de la personnalité ou les conséquences d'un abus de substances avec le risque d'une absence de reconnaissance de la maladie. Il est souvent difficile de reconstituer a posteriori l'état mental au moment d'une infraction, ce dernier ayant pu varier en fonction de l'évolution naturelle de la maladie, sous l'effet du traitement ou de la prise de substances [74].

Il est souhaitable de disposer de plusieurs sources pour l'évaluation de la pathologie et du risque de violence [5]. Tous les actes de violence commis par des patients présentant des troubles de l'humeur ne sont par ailleurs pas nécessairement liés à leur pathologie, d'autant qu'il s'agit d'affections se manifestant par épisodes avec des intervalles libres. La plupart des actes médico-légaux surviennent probablement dans le contexte d'épisodes dépressifs de natures diverses et pas toujours dans le contexte d'une mélancolie délirante ou d'un épisode maniaque sur lesquels la tradition expertale se fonde pour retenir l'irresponsabilité pénale [74].

Parmi les recommandations de la Haute Autorité de Santé, devrait figurer celle d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles graves de l'humeur mais également de l'abus et de la dépendance à l'alcool ou d'autres substances [5]. Il convient aussi d'interroger systématiquement les personnes souffrant de troubles de l'humeur sur leurs antécédents de violence subie ou agie.

En fonction des différentes pathologies de l'humeur, les considérations suivantes peuvent être exposées [6, 11-13, 74, 89].

3.1. Trouble bipolaire et manie

Le diagnostic d'un trouble bipolaire est souvent tardif, après plusieurs années d'évolution de la maladie et l'intervention de plusieurs médecins [87]. Cette affection significativement sous-diagnostiquée dans la population générale l'est probablement plus encore parmi les délinquants. L'instabilité, l'impulsivité, la recherche de sensations fortes, les fluctuations de l'humeur et l'abus de substances rendent peu évident le diagnostic différentiel avec un trouble de la personnalité (borderline, dyssociale...), d'autant que ce dernier peut être associé à la maladie bipolaire. Dans l'étude NESARC, l'*odds ratio* pour les sujets bipolaires par rapport aux non bipolaires de présenter un trouble de la personnalité comorbide est de 10,6, et respectivement de 7,3 pour la personnalité antisociale et de 10,7 pour la personnalité paranoïaque [90]. La comorbidité avec la personnalité antisociale est bien décrite dans des observations cliniques [91] ou des populations de patients maniaques en contexte de psychiatrie légale [92]. Dans une étude portant sur 100 patients bipolaires, l'agressivité apparaît fortement liée à l'existence d'une personnalité borderline comorbide ainsi qu'à des antécédents de traumatisme dans l'enfance et à la sévérité des symptômes maniaques ou dépressifs [93].





Le trouble bipolaire est associé dans plus de 50% des cas à une autre pathologie, ce qui peut être source d'égarements diagnostiques [15, 17, 94]. La comorbidité est en particulier fréquente avec les conduites addictives notamment l'abus ou la dépendance envers l'alcool ou des substances, favorisant les passages à l'acte à dimension médico-légale. Dans l'étude ECA, le trouble bipolaire a la plus grande prévalence vie entière d'usage de substance comorbide (60%) [17]. Dans l'étude NESARC, les OR sur la vie entière pour les sujets bipolaires par rapport aux non bipolaires étaient respectivement de 4,5 pour la dépendance à l'alcool et de 7,7 pour la dépendance à des substances [90]. Le trouble bipolaire et l'usage de substance auraient un effet synergique, les patients comorbides montrant davantage d'impulsivité [21]. Le rôle des substances psycho-actives apparaît important dans l'augmentation du risque de violence. Plusieurs auteurs considèrent que le risque de violence n'apparaît pas plus élevé parmi les sujets bipolaires en l'absence d'abus de substances que dans la population générale [5, 8, 18, 22].

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux sont décrits comme relativement fréquents mais de moindre gravité que dans la dépression [89]. La manie est rarement associée à la criminalité grave mais conduit souvent à des infractions mineures variées. Les atteintes contre les biens sont des fraudes, vols, escroqueries, abus de confiance, chèques sans provision, dégradations diverses ou actes incendiaires. Les atteintes contre les personnes peuvent consister en des menaces, violences envers autrui ou outrages. Le sentiment de toute-puissance peut amener à des affrontements avec les personnes représentant l'autorité, forces de l'ordre, magistrats mais également médecins ou soignants. Il peut entraîner des violences physiques si le patient est contrarié dans ses projets ou se sent victime d'une humiliation ou de moqueries auxquelles son comportement l'expose. Il s'agit cependant le plus souvent de violences légères. L'accès de manie furieuse avec violence extrême, est classique mais rare. Intriqués à une symptomatologie floride dans la schizophrénie, les éléments maniaques augmenteraient le risque de violence [5]. Des atteintes involontaires à la vie d'autrui peuvent aussi être provoquées par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence. Les infractions à la circulation routière sont fréquentes, avec parfois mise en danger de soi-même ou d'autrui. Les observations d'homicide sont exceptionnelles dans la manie. Des homicides peuvent être commis lors de brèves phases

de dépression survenant dans le cours ou au début d'un épisode à prédominance maniaque [97].

Des comportements sexuels déviants peuvent émailler le cours d'un épisode maniaque [94]. Dans l'exaltation de la manie, les atteintes sexuelles comme le harcèlement, l'exhibitionnisme ou des gestes impudiques paraissent cependant plus fréquentes que le viol. Ces patients peuvent être en réalité plus souvent eux-mêmes victimes de délits sexuels du fait de la libération instinctuelle au cours de leurs accès. À la différence des paraphilies, les agressions sexuelles surviennent exclusivement durant l'épisode thymique, ne sont pas une préférence personnelle ou obligée, ont un âge de début plus tardif et s'accompagnent de symptômes maniaques [15].

L'euphorie n'est pas la seule modalité affective dans la manie qui peut se traduire par des sentiments d'irritabilité et des comportements agressifs envers les personnes et les biens. Dans une étude sur 237 patients maniaques, l'agressivité apparaît associée à la paranoïa et l'irritabilité [95], qui demeurent stables au cours du temps comme le montre la corrélation entre deux épisodes maniaques consécutifs [10]. Dans une autre étude, cette agressivité dans la manie est liée à l'irritabilité, au manque de coopération, à l'impatience et au manque d'insight [96]. Des troubles des conduites sociales peuvent ainsi attirer l'attention de la justice avant ou même à la place des professionnels de santé. Dans leur ouvrage de référence, GOODWIN et JAMISON évoquent une fréquence de 49% de comportements violents et d'agressivité et 57% de troubles des conduites sexuelles (nudité, exhibitionnisme, hypersexualité) au cours des épisodes maniaques [94].

L'impulsivité est fréquente chez les sujets bipolaires non seulement durant les épisodes maniaques mais aussi durant les phases de rémission [98-100]. Dans la manie, le patient agit sans réfléchir aux conséquences de ses actes (dépenses inconsidérées, projets grandioses, actes antisociaux...) [98]. La plupart des agressions dans le trouble bipolaire sont apparemment impulsives et surviennent au cours d'un épisode maniaque [10]. La préméditation manque souvent du fait de l'excitation psychomotrice avec agitation désordonnée, favorisant peu les actes de violence élaborée. Il existe souvent une augmentation de la consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives pouvant aggraver ou prolonger l'épisode. Le niveau d'impulsivité chez les patients bipolaires avec abus de substances est décrit comme plus élevé que parmi ceux ne présentant pas cette comorbidité [100]. Il est à noter





que les patients bipolaires même euthymiques et stabilisés réussiraient moins bien à des épreuves neuropsychologiques explorant les fonctions exécutives que des sujets contrôles avec un manque d'inhibition [101]. Un trouble des fonctions exécutives pourrait prédire le comportement agressif chez les patients hospitalisés, notamment bipolaires [102]. Certains auteurs font l'hypothèse qu'un dysfonctionnement neuropsychologique, sous la forme d'un trait, prédispose à l'agressivité chez des patients bipolaires [10].

Les symptômes psychotiques et notamment les idées délirantes, hallucinations ou distorsions cognitives sont fréquents dans la manie [15, 94]. Les thèmes sont de grandeur et de toute puissance mais souvent également de persécution, augmentant la dangerosité d'autant plus qu'il existe un persécuteur désigné. Les manies délirantes sont souvent associées à une guérison incomplète entre les épisodes avec la persistance d'idées délirantes. Des formes cliniques de manie chronique sont également décrites, répondant de façon insatisfaisante au traitement avec irritabilité persistante, agressivité, tachypsychie et état subdélirant [104]. L'hypomanie pourrait être davantage associée au risque de comportement violent que les états maniaques typiques, en raison de la moindre fuite des idées. Il en est ainsi également des états mixtes de l'humeur, associant des signes de la série maniaque et dépressive. Dans les manies secondaires, survenant au cours de pathologies organiques ou provoquées par des substances pharmacologiques, l'irritabilité et les comportements agressifs sont plus fréquents [103].

Des comportements antisociaux au cours d'un épisode maniaque chez l'enfant et l'adolescent sont parfois difficiles à différencier d'un trouble des conduites ou d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Le trouble des conduites est par ailleurs fréquemment associé au trouble bipolaire de l'enfant ou l'adolescent [105-107]. Les épisodes maniaques chez les adolescents ont plus souvent des caractéristiques psychotiques et peuvent être associés à des comportements antisociaux et l'usage de substances psycho-actives [15, 103]. Dans une étude concernant 383 jeunes délinquants incarcérés aux États-Unis, 46 (12%) présentaient un trouble bipolaire, la prévalence étant encore plus importante chez les adolescentes [107]. PLIZKA et al [106] ont examiné 50 adolescents entre 11 et 17 ans dans un centre de détention juvénile, retrouvant une proportion élevée de troubles de l'humeur (42%) : 10 (20%) réunissaient les critères de manie, 10 (20%) de trouble dépressif majeur, 1 état mixte. La plupart de ces adolescents

(30 cas, soit 60%) avaient également les critères d'un trouble des conduites, la dépendance à l'alcool, à la marijuana et à d'autres substances étant par ailleurs fréquente.

Certains auteurs évoquent cependant le risque d'une surestimation du diagnostic de trouble notamment bipolaire I en psychiatrie médico-légale, notamment à l'initiative des défenseurs de personnes mises en examen, rappelant la nécessité du respect des critères de cette affection, ces derniers devant être suffisamment marqués et d'une durée suffisante [108]. Des crimes ou actes de violence peuvent être commis par des sujets souffrant de troubles graves de l'humeur indépendamment de leur pathologie, notamment lors de phases de rémission ou d'intervalle libre.

3.2. Dépression

La dépression s'accompagne parfois de violences envers autrui, plus rares que dans la manie mais plus graves.

L'homicide altruiste dans la mélancolie « *commis dans l'intérêt supposé de la victime* », décrit par les auteurs classiques, est considéré comme rare mais non exceptionnel [109]. Il intéresse des proches le plus souvent et s'inscrit dans un contexte de suicide élargi. Les formes cliniques de la mélancolie anxieuse et surtout de la mélancolie délirante sont le plus souvent en cause, le passage à l'acte meurtrier dérivant des idées de ruine, de culpabilité, de persécution, mystiques ou hypochondriaques étendues à ses proches. La préméditation avant le crime existe, souvent importante et dissimulée comme pour le suicide.

Dans la littérature contemporaine, plusieurs études évoquent une proportion parfois importante – entre 1,4 et 20,7% – de dépression dans des séries d'auteurs d'homicide en général. Une pathologie dépressive est décrite comme plus fréquente encore au moment des faits parmi les auteurs de filicide, intéressant 71% de ces mères et 33% des pères filicides dans l'étude classique de RESNICK [63]. L'Audition Publique de la Haute Autorité de Santé a souligné le fait que les cliniciens doivent être avertis du risque de filicide de parents déprimés ou délirants [5]. Les parents déprimés à risque suicidaire devraient être directement questionnés sur le devenir de leurs enfants dans l'éventualité de leur suicide. Il convient d'évaluer les personnes ayant des pensées suicidaires ou des idées délirantes impliquant leurs enfants pour ce risque de filicide. Les indications d'hospitalisation comprennent notamment





des craintes des parents de faire du mal à leurs enfants, des préoccupations non réalistes ou délirantes sur la santé ou le devenir de ces derniers [5, 60]. La dépression est particulièrement fréquente parmi les auteurs d'homicides suivis de suicide, allant de 36 à 75% des cas selon les études [58-59].

Sur le plan psychopathologique, les relations entre dépression et agressivité mais également entre homicide et suicide sont décrites depuis longtemps par les psychanalystes, avec l'idée d'une agressivité retournée contre soi dans la dépression et le suicide [74]. Il faut noter l'existence d'états dépressifs se caractérisant par un sentiment permanent de colère et d'explosions coléreuses à l'origine de passages à l'acte violents [110]. La colère, l'hostilité et l'irritabilité sont fréquemment observées dans les troubles dépressifs en particulier unipolaires et des formes cliniques de dépression hostile décrites [111].

Des explosions de violence parfois homicide dans la dépression rappellent le concept de catathymie [112]. La catathymie est décrite comme l'état d'une personne en venant progressivement à l'idée que commettre un acte de violence est l'unique solution pour la délivrer d'une tension émotionnelle prolongée. L'anxiété, le sentiment de tension interne, le ressentiment et une agressivité latente peuvent entraîner un besoin indéfinissable de décharge émotionnelle et un passage à l'acte violent envers autrui.

La dépression peut également s'accompagner d'idées délirantes ou d'hallucinations dont certaines peuvent être impératives, intimant au malade l'ordre de commettre des actes de violence ou parfois meurtriers. L'infanticide est souvent associé à un épisode dépressif majeur psychotique du post partum caractérisé par des ordres hallucinatoires de tuer l'enfant ou par des idées délirantes selon lesquelles ce dernier serait possédé ou promis à un avenir des plus sombres. Les thèmes de culpabilité, somatiques, de persécution, menace de catastrophe imminente, influence, insertion et contrôle idéique sont des plus criminogènes.

L'association d'éléments dépressifs et de symptômes psychotiques positifs (délire, hallucinations, troubles du cours de la pensée), paraît également un des meilleurs critères de dangerosité pour les schizophrènes [74, 113, 114]. Si SOYKA *et al* [115] présentent plutôt la dépression comme un facteur protecteur d'actes violents ou criminels dans la schizophrénie après la sortie de l'hôpital, dans l'étude ECA [14] les comportements violents dans l'année écoulée intéressaient 8,4% des personnes présentant une schizophré-

nie sans trouble de l'humeur et 21,1% en cas de trouble de l'humeur associé. Plusieurs recherches montrent que lorsque les symptômes positifs s'accompagnent de dépression ou de sentiment de détresse, le risque de comportement agressif augmente, même après contrôle des antécédents de comportements antisociaux et de l'usage de substances [116-118]. Pour HODGINS et RIAZ [116], après la phase la plus aiguë d'un épisode où les symptômes psychotiques positifs sont le principal facteur de comportement agressif, d'autres déterminants comme le sexe masculin, le jeune âge, les antécédents de trouble des conduites et de violence, l'usage de substances illicites, les symptômes de menace et de contrôle et la dépression sont associés au comportement agressif. Pour SWANSON *et al* [119], les symptômes positifs et la dépression sont associés à la violence entraînant un risque vital, alors que les symptômes négatifs apparaissent protecteurs. GROSSMAN *et al* [88], parmi 172 sujets hospitalisés, montrent que les patients présentant un trouble schizo-affectif avaient de façon significative plus souvent des antécédents de crimes violents contre des personnes (40%), en comparaison avec la schizophrénie (28%), le trouble bipolaire (24%) ou la dépression unipolaire (12%).

Les idées suicidaires sont fréquentes dans la dépression, la violence des patients ayant des troubles de l'humeur étant surtout dirigée contre eux-mêmes. Plus des 2/3 des auteurs de suicide ou de sa tentative sont déprimés au moment de leur passage à l'acte et 15% des personnes bipolaires décèdent par suicide [5, 120]. Les idées de suicide et de violence envers autrui sont souvent très liées [24, 73, 121]. HAGGARD-GRANN *et al* [121] montrent dans leur étude sur les individus violents que des idées suicidaires ou une tentative de suicide dans les 24 heures précédentes augmenteraient 9 fois le risque d'une agression envers autrui. Des conduites suicidaires peuvent être dangereuses de façon délibérée ou non pour l'entourage avec un risque d'incendie ou d'explosion lors d'une tentative de suicide par le gaz domestique. Il en est ainsi également des conduites suicidaires par précipitation ou en voiture, certains patients pouvant par ailleurs tenter de dissimuler leur suicide en le faisant passer pour un accident [122]. Les idées et comportements suicidaires sont relativement fréquents au moment des faits chez les auteurs d'incendie volontaire, avec des pensées ou sentiments de vengeance, colère et hostilité associés à la dysphorie et à la dépression, l'abus d'alcool et de substances favorisant le passage à l'acte [11, 123].

Dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent, l'humeur irritable avec agressivité est un trait fréquent.



Les troubles du comportement avec tendance au passage à l'acte sur soi ou autrui, les fugues, l'abus d'alcool et de substances font notamment partie de la clinique de la dépression de l'adolescent [104]. Des formes cliniques de dépression masquée avec trouble des conduites, abus d'alcool ou de substances psychoactives, conduites sexuelles déviantes ou autres formes de criminalité ont pu être décrites. Le trouble des conduites dans l'enfance, comorbide avec des symptômes dépressifs, caractériserait un sous-groupe de sujets développant un trouble affectif majeur plus tard dans la vie avec un risque augmenté de suicide et de criminalité [21].

La plupart des mécanismes neurobiologiques impliqués dans l'agressivité impulsive le sont également dans les conduites suicidaires [124, 125]. Tous deux sont attribués à une dysrégulation du contrôle des impulsions et des émotions. Un dysfonctionnement notamment sérotoninergique est une des hypothèses étiopathogéniques de la dépression comme des comportements violents ou suicidaires impulsifs. Plusieurs études montrent une association entre concentration basse en 5-HIAA, principal métabolite de la sérotonine, dans le LCR, à des comportements suicidaires notamment impulsifs et violents [123, 126, 127]. L'agressivité envers autrui, impulsive, est également associée à un dysfonctionnement sérotoninergique, dans les modèles animaux ou chez des auteurs d'agression, des alcooliques ou des incendiaires impulsifs [123, 126-129]. Une certaine forme d'impulsivité, une agressivité excessive ou une incapacité à contrôler des pulsions agressives paraissent les variables comportementales associées à de faibles concentrations de 5-HIAA dans le LCR, indépendamment du groupe diagnostique et de l'acte commis mais en particulier retrouvées chez certains sujets déprimés [127]. Il est intéressant d'observer que les systèmes paraissant impliqués dans le déterminisme des comportements impulsifs présentent également des dysfonctionnements dans les troubles de l'humeur qu'il s'agisse de l'activité sérotoninergique, de celle du cortex préfrontal ou du contrôle des émotions. Enfin, les médicaments thymorégulateurs (valproate, lithium, carbamazépine, anti-psychotiques de seconde génération...) sont souvent utilisés dans le traitement de l'agressivité en dehors même de leur action sur les troubles de l'humeur et les antidépresseurs sérotoninergiques auraient une efficacité dans la diminution de l'agressivité impulsive [10, 130].

3.3. Autres troubles de l'humeur

L'intercise des troubles unipolaires ou bipolaires, les formes dites « atténuées » des troubles de l'humeur (trouble bipolaire II, hypomanie, dysthymie, cyclothymie), les états mixtes, les cycles rapides ou les épisodes thymiques récurrents brefs gagneraient à être mieux connus dans leurs relations éventuelles avec des comportements de violence envers autrui [7]. Le syndrome prémenstruel avec ses changements d'humeur (dépression, irritabilité, agressivité) n'est pas sans incidence médico-légale, pouvant s'accompagner d'actes de violences parfois graves envers autrui. Dans le spectre bipolaire, la notion de tempérament affectif est également importante à considérer. Ces troubles sont définis comme des formes subsyndromiques des troubles de l'humeur [103]. Le tempérament peut être ainsi hyperthymique, cyclothymique, dépressif ou irritable. Le tempérament irritable est notamment caractérisé par une humeur changeante avec tendance à ruminer et broyer du noir, à l'hypercritique et à la plainte, une impulsivité avec irritabilité et crises de colère, une agitation dysphorique, des problèmes interpersonnels, l'abus d'alcool et de substances étant fréquent.

4. CONCLUSION

La proportion de personnes souffrant de troubles affectifs majeurs parmi l'ensemble des auteurs de crimes ou de violences est peu importante et la plupart ne commettront pas de violences envers autrui. La pathologie dépressive est cependant parfois à l'origine de crimes graves, envers les proches plutôt, notamment en cas d'association à une situation de crise existentielle (séparation de couple, épisode passionnel), une psychose délirante, un trouble grave de la personnalité (dyssociale, limite, narcissique, paranoïaque), un abus d'alcool et/ou de substances [74]. Dans le trouble bipolaire, la comorbidité est fréquente avec l'abus ou la dépendance à des substances ou un trouble de la personnalité et augmente le risque de violence. Il est souhaitable d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles affectifs majeurs parmi les auteurs d'infractions ou de violence mais également de l'abus et de la dépendance à l'alcool ou d'autres substances. Il est important pour le clinicien de regarder au-delà du simple diagnostic et de considérer les antécédents du patient et sa situation de vie actuelle en évaluant le risque de violence envers autrui [18]. ■



RÉFÉRENCES

- [1] BÉNÉZECH M, LE BIHAN P, BOURGEOIS ML. – Criminologie et psychiatrie. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 37-906-A-10, 2002, 15 p.
- [2] DUBREUCQ JL, JOYAL C, MILLAUD F. – Risque de violence et troubles mentaux graves. *Ann Méd-Psychol* 2005 ; 163 : 852-65.
- [3] SCHANDA H, KNECHT G, SCHREINZER D, STOMPE T, ORTWEIN-SWOBODA G, WALDHOER T. – Homicide and major mental disorders : a 25-year study. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 110 : 98-107.
- [4] TIHONEN J, ISOHANNI M, RÄSÄNEN P, KOIRANEN M, MORING J. – Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 Northern Finland birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997 ; 154 : 840-5.
- [5] Haute Autorité en Santé (HAS). Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, Audition Publique, 10 décembre 2010 ; <http://www.has-sante.fr>.
- [6] MALMQUIST CP. – Depression and homicidal violence. *Int J Law Psychiatry* 1995 ; 18(2) : 145-62.
- [7] BÉNÉZECH M, LE BIHAN P. – Troubles de l'humeur et dangerosité. In : *Troubles bipolaires et incidences médico-légales*. Paris : Interligne, 2004 : 148-65.
- [8] FAZEL S, LICHTENSTEIN P, GRANN M, GOODWIN GM, LANGSTRÖM N. – Bipolar disorder and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010 ; 67 : 931-8.
- [9] GRAZ C, ETSCHER E, SCHOECH H, SOYKA M. – Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord* 2009 ; 117 : 98-103.
- [10] LATALOVA K. – Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract* 2009 ; 63 : 889-99.
- [11] LE BIHAN P, BOURGEOIS ML. – Crimes et violences dans les troubles affectifs. *Confront Psychiatr* 2008 ; 47 : 121-45.
- [12] LE BIHAN P. – Quelles sont les données de la littérature sur la violence hétéroagressive parmi les personnes présentant un trouble de l'humeur ? Audition Publique de la Haute Autorité en Santé (HAS) : Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur, Texte des experts, 10 décembre 2010 ; <http://www.has-sante.fr>.
- [13] OAKLEY C, HYNES F, CLARK T. – Mood disorders and violence : a new focus. *Advances in Psychiatric Treatment* 2009 ; 15 : 263-70.
- [14] SWANSON JW, HOLZER CE, GANJU VK, JONO R. – Violence and psychiatric disorder in the community : Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990 ; 41 : 761-70.
- [15] American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Traduction française coordonnée par Guelfi JD, Paris : Masson, 1983, 1989, 1996, 2000.
- [16] CORRIGAN PW, WATSON AC. – Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res* 2005 ; 136 : 153-62.
- [17] MERIKANGAS KR, AKISKAL HS, ANGST J, GREENBERG PE, HIRSCHFELD RM, PETURKHOVA M et al. – Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2007 ; 64 : 543-52.
- [18] ELBOGEN EB, JOHNSON SC. – The intricate link between violence and mental disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66 : 152-61.
- [19] PULAY AJ, DAWSON DA, HASIN DS, GOLDSTEIN RB, RUAN WJ, PICKERING RP et al. – Violent behavior and DSM-IV psychiatric disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2008 ; 69 : 12-22.
- [20] STUEVE A, LINK BG. – Violence and psychiatric disorders: results from an epidemiological study of young adults in Israël. *Psychiatr Q* 1997 ; 68 : 327-42.
- [21] HODGINS S, LAPALME M, TOUPIN J. – Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia : a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999 ; 187-202.
- [22] BRENNAN PA, MEDNICK SA, HODGINS S. – Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 494-500.
- [23] ARSENEAULT L, MOFFITT TE, CASPI A, TAYLOR PJ, SILVA PA. – Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000 ; 57 : 979-86.
- [24] ASNIS GM, KAPLAN ML, HUNDORFEAN G, SAEED W. – Violence and homicidal behaviors in psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1997 ; 20 : 405-24.
- [25] BINDER RL, MCNIEL DE. – Effects of diagnosis and context on dangerousness. *Am J Psychiatry* 1988 ; 145 : 728-32.
- [26] BARLOW K, GRENYER B, ILKIW-LAVALLE O. – Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatients units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 ; 34 : 967-74.
- [27] DEAN K, WALSH E, MORGAN C, DEMJAH A, DAZZAN P, MORGAN K et al. – Aggressive behaviour at first contact with services : findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychol Med* 2007 ; 37 : 547-57.





- [28] MODESTIN J, HUG A, AMMANN R. – Criminal behavior in males with affective disorders. *J Affect Disord* 1997 ; 42: 29-38.
- [29] MODESTIN J, WUERMLE O. – Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse. *Psychiatr Clin Neurosci* 2005 ; 59 : 25-9.
- [30] WULACH JS. – Mania and crime : a study of 100 manic defendants. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1983 ; 11(1): 69-75.
- [31] LONDON WP, TAYLOR BM. – Bipolar disorders in a forensic setting. *Compr Psychiatry* 1982 ; 23(1) : 33-7.
- [32] WALLACE C, MULLEN P, BURGESS P, PALMER S, RUSCHENA D, BROWNE C. – Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *Br J Psychiatr* 1998 ; 172 : 477-84.
- [33] SOLOMON P, DRAINE J. – Explaining lifetime criminal arrests among clients of a psychiatric probation and parole service. *J Am Acad Psychiatry Law* 1999 ; 27 : 239-51.
- [34] EAVES D, TIEN G, WILSON D. – Offenders with major affective disorders. In : Hodgins S, Müller-Isberner R Ed. *Violence, crime and mentally disordered offenders*. Chichester : John Wiley and Sons, 2000.
- [35] TEPLIN LA. – The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees : comparison with the Epidemiologic Catchment Area program. *Am J Public Health* 1990 ; 80 : 663-9.
- [36] CÔTÉ G, HODGINS S. – Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1990; 18 : 271-81.
- [37] QUANBECK CD, STONE DC, McDERMOTT BE, BOONE K, SCOTT CL, FRYE MA. – Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Services* 2005 ; 56(7) : 847-52.
- [38] FAZEL S, DANESH J. – Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* 2002 ; 359: 545-50.
- [39] PRIETO N, FAURE P. – La santé mentale des détenus entrants ou suivis dans les prisons françaises comportant un SMPR. *Encéphale* 2004 ; 30 : 525-31.
- [40] FALISSARD B, LOZE JY, GASQUET I, DUBURC A, DE BEAU-REPAIRE C, FAGNANI F et al. – Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry* 2006; 6 : 33.
- [41] PARSONS S, WALKER L, GRUBIN D. – Prevalence of mental disorder in female remand prisoners. *J Forensic Psychiatry* 2001 ; 12 : 194-202.
- [42] TEPLIN LA, ABRAM KM, MCCLELLAND GM. – Prevalence of psychiatric disorder among incarcerated women : I. Pretrial jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996 ; 53 : 505-12.
- [43] WATZKE S, ULLRICH S, MARNEROS A. – Gender- and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 256(7): 414-21.
- [44] McDERMOTT BE, QUANBECK CD, FRYE MA. – Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar Disorders* 2007; 9(5): 536-40.
- [45] CÔTÉ G, HODGINS S. – The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int J Law Psychiatry* 1992 ; 15 : 89-99.
- [46] FAZEL S, GRANN M. – Psychiatric morbidity among homicide offenders : a Swedish population study. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2129-31.
- [47] KOH KGWW, GWEE KP, CHAN YH. – Psychiatric aspects of homicide in Singapore : a five-year review (1997-2001). *Singapore Med J* 2006 ; 47 : 297-304.
- [48] RICHARD-DEVANTOY S. – Homicide et maladie mentale : données épidémiologiques, particularités cliniques et criminologiques, axes de prévention. [Thèse médecine], Université d'Angers, 2007 : 284 p.
- [49] RUSSO G, SALOMONE L, DELLA VILLA L. – The characteristics of criminal and noncriminal mentally disordered patients. *Int J Law Psychiatry* 2003 ; 26 : 417-35.
- [50] SHAW J, APPLEBY L, AMOS T, MC DONNELL R, HARRIS C, MC CANN K. – Mental disorder and clinical care in people convicted of homicide : national clinical survey. *BMJ* 1999; 318: 1240-4.
- [51] SHAW J, HUNT I, FLYNN S, MEEHAN J, ROBINSON J, BICKLEY H et al. – Rates of mental disorders in people convicted of homicide. *Br J Psychiatry* 2006 ; 188 : 143-7.
- [52] SIMPSON A, McKENNA B, MOSKOWITZ A et al. – Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 394-8.
- [53] STANTON J, SIMPSON A, WOULDERS T. – A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse Neg* 2000; 24 : 1451-60.
- [54] ERONEN M, HAKOLA P, TIIHONEN J. – Mental disorders and homicidal behavior in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53 : 497-501.
- [55] ROSENBAUM M, BENNET B. – Homicide and depression. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 367-70.
- [56] COID J. – The epidemiology of abnormal homicide and murder followed by suicide. *Psychol Med* 1983 ; 13 : 855-60.
- [57] ELIASON S. – Murder-suicide : a review of the recent literature. *J Am Acad Psychiatry Law* 2009 ; 37 : 371-8.
- [58] FELTHOUS AR, HEMPEL A. – Combined homicide-suicides: A review. *J Forensic Sci* 1995 ; 40 : 846-57.





- [59] MARZUK PM, TARDIFF K, HIRSCH CS. – The epidemiology of murder-suicide. *Jama* 1992 ; 267 (23) : 3179-83.
- [60] FRIEDMAN SH, MCCUE HORWITZ S, RESNICK PJ. – Child murder by mothers : a critical analysis of the current state of knowledge and a research agenda. *Am J Psychiatry* 2005 ; 162 : 1578-87.
- [61] BOURGET D, GRACE J, WHITEHURST L. – A review of maternal and paternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007 ; 35 : 74-82.
- [62] BOURGET D, GAGNÉ P. – Paternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 354-60.
- [63] RESNICK PJ. – Child murder by parents : a psychiatric review of filicide. *Am J Psychiatry* 1969 ; 126 : 325-34.
- [64] MCKEE GR, SHEA SJ. – Maternal filicide : a cross-national comparison. *J Clin Psychol* 1998 ; 54 : 679-87.
- [65] BOURGET D, GAGNÉ P. – Maternal filicide in Québec. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002 ; 30 : 345-51.
- [66] PUTKONEN H, AMON S, ALMIRON MP, CEDERWALL JY, ERONEN M, KLIER C et al. – Filicide in Austria and Finland – A register-based study on all filicide cases in Austria and Finland 1995-2005. *BMC Psychiatry* 2009 ; 9 : 74.
- [67] KAUPPI A, KUMPULAINEN K, VANAMO T, MERIKANTO J, KARKOLA K. – Maternal depression and filicide – case study of ten mothers. *Arch Womens Ment Health* 2008 ; 11 : 201-6.
- [68] LEWIS CF, BUNCE SC. – Filicidal mothers and the impact of psychosis on maternal filicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2003 ; 31 : 459-70.
- [69] WEST SG, HATTERS FRIEDMAN S, RESNICK PJ. – Fathers who kill their children : an analysis of the literature. *J Forensic Sci* 2009 ; 54 : 463-8.
- [70] HATTERS FRIEDMAN S, HROUDA DR, HOLDEN CE, NOFF-SINGER SG, RESNICK PJ. – Filicide-suicide : common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005 ; 33 : 496-504.
- [71] KIM JH, CHOI SS, HA K. – A closer look at depression in mothers who kill their children : is it unipolar or bipolar depression ? *J Clin Psychiatry* 2008 ; 69 : 1625-31.
- [72] LECOMTE D, FORNES P. – Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *J Forensic Sci* 1998 ; 43(4) : 760-4.
- [73] ROSENBAUM M. – The role of depression in couples involved in murder suicide and homicide. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1036-9.
- [74] BÉNÉZECH M. – Dépression et crime. Revue de la littérature et observations originales. *Ann Méd Psychol* 1991 ; 149 (2) : 150-65.
- [75] BROWN M, KING E, BARRACLOUGH B. – Nine suicide pacts: a clinical study of a consecutive series 1974-1983. *Br J Psychiatry* 1995 ; 167 : 448-51.
- [76] BROWN M, BARRACLOUGH B. – Epidemiology of suicide pacts in England and Wales, 1988-92. *BMJ* 1997 ; 315 : 286-7.
- [77] BROWN M, BARRACLOUGH B. – Partners in life and death: the suicide pact in England and Wales 1988-92. *Psychol Med* 1999 ; 29 : 1299-1306.
- [78] HUNT IM, WHILE D, WINDFUHR K, SWINSON N, SHAW J, APPLEBY L et al. – Suicide pacts in the mentally ill : a national clinical survey. *Psychiatry Research* 2009 ; 167 : 131-8.
- [79] LE BIHAN P, BÉNÉZECH M. – Pactes suicidaires : une revue de la littérature. *Ann Méd Psychol* 2006 ; 164 : 292-303.
- [80] ROSENBAUM M. – Crime and punishment. The suicide pact. *Arch Gen Psychiatry* 1983 ; 40 : 979-82.
- [81] DUNSIETH NW, NELSON EB, BRUSMANS-LOVINS LA, HOLCOMB JL, BECKMAN D et al. – Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offences. *J Clin Psychiatry* 2004 ; 65 : 293-300.
- [82] KAFKA MP, PRENTKY RA. – Preliminary observations of DSM-III-R axis I comorbidity in men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *J Clin Psychiatry* 1994 ; 55 : 481-7.
- [83] McELROY SL, SOUTULLO CA, TAYLOR P JR, NELSON EB, BECKMAN DA, BRUSMAN DA et al. – Psychiatric features of 36 men convicted of sexual offenses. *J Clin Psychiatry* 1999 ; 60(6) : 414-20.
- [84] RAYMOND NC, COLEMAN E, OHLERKING F, CHRISTENSON GA, MINER M. – Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *Am J Psychiatry* 1999 ; 156(5) : 786-8.
- [85] PITHIERS WD, KASHIMA K, CUMMING GF, BEAL LS, BUELL M. – Relapse prevention and sexual aggression. In : Prentky R, Quinsey V Ed. *Human sexual aggression : current perspectives*. New York : New York Academy of Sciences, 1988 : 244-60.
- [86] GALLI V, McELROY SL, SOUTULLO CA, KIZER D, RAUTE N, KECK PE JR. – The psychiatric diagnoses of twenty-two adolescents who have sexually molested other children. *Compr Psychiatry* 1999 ; 40 : 85-8.
- [87] GAY C, MATHIS D. – Troubles bipolaires et dangerosité. In : Beaurepaire C de, Bénézech M, Kottler C (dir) : *Les dangerosités*. Paris : John Libbey Eurotext, 2004 : 177-87.
- [88] GROSSMAN LS, HAYWOOD TW, CAVANAUGH JC, DAVIS JM et al. – State psychiatric hospital patients with past arrest for violent crimes. *Psychiatr Serv* 1995 ; 46 : 790-5.
- [89] BÉNÉZECH M, BOURGEOIS ML. – L'homicide est fortement corrélé à la dépression et pas à la manie. *Encéphale* 1992 ; XVIII : 89-90.



- [90] GRANT BF, STINSON FS, HASIN DS et al. – Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 1205-15.
- [91] THORNELOE WF, CREWS EL. – Manic depressive illness concomitant with antisocial personality disorder : six case reports and review of the literature. *J Clin Psychiatry* 1981 ; 42 : 5-9.
- [92] GOOD MI. – Primary affective disorder, aggression and criminality. A review and clinical study. *Arch Gen Psychiatry* 1978 ; 35 : 954-60.
- [93] GARNO JL, GUNAWARDANE N, GOLDBERG JF. – Predictors of trait aggression in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2008 ; 10 : 285-92.
- [94] GOODWIN FK, JAMISON KR. – *Manic Depressive Illness*. New York : Oxford University Press, 1990.
- [95] CASSIDY F, FOREST K, MURRY E. – A factor analysis of the signs and symptoms of mania. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 55 : 27-32.
- [96] SATO T, BOTTLENDER R, KLEINDIENST N et al. – Syndromes and phenomenological subtypes underlying acute mania : a factor analytic study of 576 manic patients. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 : 968-74.
- [97] KUNJUKRISHNAN R, VARAN LR. – Major affective disorders and forensic psychiatry. *Psychiatr Clin North Am* 1992 ; 15 : 569-74.
- [98] SWANN AC, LIJFFIJT M, LANE SD, STEINBERG JL, MOELLER FG. – Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2009 ; 11 : 280-8.
- [99] SWANN AC, ANDERSON JC, DOUGHERTY DM, MOELLER FG. – Measurement of inter-episode impulsivity in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2001 ; 101 : 195-7.
- [100] SWANN AC, LIJFFIJT M, LANE SD, STEINBERG JL, MOELLER FG. – Interactions between bipolar disorder and antisocial personality disorder in trait impulsivity and severity of illness. *Acta Psychiatr Scand* 2010 ; 121 : 453-61.
- [101] MUR M, PORTELLA MJ, MARTINEZ-ARAN A, PIFARRE J, VIETA E. – Persistent neuropsychological deficit in euthymic bipolar patients : executive function as a core deficit. *J Clin Psychiatry* 2007 ; 68 : 1078-86.
- [102] SERPER M, BEECH DR, HARVEY PD, DILL C. – Neuropsychological and symptom predictors of aggression in the psychiatric inpatient service. *J Clin Exp Neuropsychol* 2008 ; 30 : 700-9.
- [103] BOURGEOIS ML, VERDOUX H (dir). – *Les troubles bipolaires de l'humeur*. Paris : Masson, 1995 : 43-69.
- [104] GUELFJ JD, BOYER P, CONSOLI S, OLIVIER-MARTIN R. – *Psychiatrie*. Paris : PUF, 2002.
- [105] KOVACS M, POLLOCK M. – Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995 ; 34 : 715-23.
- [106] PLISZKA SR, SHERMAN JO, BARROW MV, IRICK S. – Affective disorder in juvenile offenders : a preliminary study. *Am J Psychiatry* 2000 ; 157 : 130-2.
- [107] STEINER H, CAUFFMAN E, DUXBURY E. – Personality traits in juveniles delinquents : relation to criminal behavior and recidivism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999 ; 38 : 256-62.
- [108] NOONAN JR, JOHNSON RK. – The misuse of the diagnosis of bipolar disorder in the forensic context. *Am J Forensic Psychol* 2002 ; 20(3) : 5-19.
- [109] VANELLE JM, OLIÉ JP. – *Les homicides altruistes*. Les séminaires du Girad. Euthérapie Éd., 1986 : 17-25.
- [110] BÉNÉZECH M. – Colère normale et colère pathologique : considérations générales et observations cliniques. *Ann Méd Psychol* 1998 ; 156 : 361-74.
- [111] FAVA M. – Crises de colère dans les troubles dépressifs unipolaires. *Encéphale* 1997 ; Sp III : 39-42.
- [112] SCHLESINGER LB. – Familicide, depression and catathymic process. *J Forensic Sci* 2000 ; 45 : 200-3.
- [113] MILLAUD F. – L'homicide chez le patient psychotique : une étude de 24 cas en vue d'une prédiction à court terme. *Rev Can de Psychiatrie* 1989 ; 34 : 340-6.
- [114] SENNINGER JL, GROSS P, LAXENAIRE M. – Corrélations entre symptomatologie dépressive et agressivité pathologique. *Ann Méd Psychol* 1997 ; 155 : 203-7.
- [115] SOYKA M, GRAZ C, BOTTLENDER R, DIRSCHELDL P, SCHOECH H. – Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007 ; 94(1-3) : 89-98.
- [116] HODGINS S, RIAZ M. – Violence and phases of illness : differential risk and predictors. *European Psychiatry* 2010 doi 10.1016.
- [117] CROCKER AG, MUESER KT, DRAKE RE et al. – Antisocial personality, psychopathy and violence in persons with dual diagnoses. *Crim Justice Behav* 2005 ; 32 : 452-76.
- [118] HODGINS S, HISCOKE UL, FREESE R. – The antecedents of aggressive behaviour among men with schizophrenia : a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003 ; 21 : 523-46.
- [119] SWANSON JW, SWARTZ MS, VAN DORN RA, ELBOGEN EB, WAGNER HR, ROSENHECK RA et al. – A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 490-9.
- [120] CORYELL W, YOUNG EA. – Clinical predictors of suicide in primary major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2005 ; 66 : 412-7.



- [121] HAGGARD-GRANN U, HALLQVIST J, LANGSTROM N, MOLLER J. – Short-term effects of psychiatric symptoms and interpersonal stressors on criminal violence – a case-crossover study. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiol* 2006 ; 41(7) : 532-40.
- [122] HARRER G, KOFLER-WESTERGREN B. – Depression and criminality. *Psychopathology* 1986 ; 19 (suppl 2) : 215-9.
- [123] VIRKKUNEN M, DEJONG J, BARTKO J, LINNOILA M. – Psychobiological concomitants of history of suicide attempts among violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry* 1989 ; 46 : 604-6.
- [124] OQUENDO MA, MANN JJ. – The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatr Clin North Am* 2000 ; 23 : 11-25.
- [125] SIEVER LJ. – Neurobiology of aggression and violence. *Am J Psychiatry* 2008 ; 165 : 429-42.
- [126] BROWN GL, LINNOILA MI. – CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity and violence. *J Clin Psychiatry* 1990 ; 51 (suppl. 4) : 31-41.
- [127] BOURGEOIS M. – Serotonin, impulsivity and suicide. *Human Psychopharmacol* 1991 ; 6 : 531-6.
- [128] LIDBERG L, ASBERG M, – Sundqvist-Stensman UB. 5-hydroxyindoleacetic acid levels in attempted suicides who have killed their children. *The Lancet* 1984 ; October : 928.
- [129] LIDBERG L, TUCK R, ASBERG M, SCALIA-TOMBA GP, BERTILSSON L. – Homicide, suicide, and CSF 5-HIAA. *Acta Psychiatr Scand* 1985 ; 71 : 230-6.
- [130] CITROME LL. – Aggression. <http://emedicine.medscape.com/article/288689-overview>, updated : mar 8, 2011.

