

État maniaque et dangerosité

La nature même de l'épisode maniaque conduit les patients à des comportements inhabituels, excessifs, et à une augmentation du risque de violences et d'infractions. Cependant, la relation avec des complications médico-légales reste complexe et multifactorielle.

Les actes médico-légaux sont relativement fréquents chez les patients atteints de trouble bipolaire (TB) : 30 % d'entre eux auraient ainsi des antécédents judiciaires (1). L'état maniaque, avec sa levée des inhibitions, l'engagement excessif dans des activités plaisantes à risque élevé de conséquences dommageables et l'hypersexualité, peut en effet exposer à des infractions ou violences envers autrui. Cette relation entre épisode maniaque et complications médico-légales apparaît cependant complexe et multifactorielle (2).

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Plusieurs recherches mettent en évidence une augmentation du risque de violence et d'infractions chez les sujets présentant un TB, souvent en lien avec l'usage de substances psychoactives (voir aussi l'article d'A. Benyamina et L. Blécha, p. 56). Aux États-Unis, l'étude *Epidemiologic Catchment Area (ECA)*, sur plus de 10 000 personnes montre que la prévalence des comportements violents était

de 2 % en population générale et de 11 % chez les sujets atteints de TB ou de manie (3). Selon l'étude Mac Arthur, les patients atteints de TB présentent davantage de comportements violents après la sortie de l'hôpital que les patients atteints de schizophrénie, notamment en cas d'usage de substance (4). Une autre recherche sur 34 653 sujets retrouve une prévalence de 2 % d'actes violents en population générale, de 3,5 % en cas de TB sans comorbidité, mais de 13,5 % en cas de TB avec trouble de l'usage de substance (5).

En détention, la prévalence du TB est significativement plus élevée (entre 2 et 7 %) que dans la population générale (environ 1 %) (2). Un travail sur près de 80 000 détenus montre que le risque d'incarcérations multiples est trois fois plus important en cas de TB *versus* détenus indemnes de troubles mentaux (6).

• Infractions violentes et comorbidités addictives

La prévalence plus élevée d'infractions violentes chez les personnes avec TB semble surtout liée aux fréquentes comorbidités addictives.

— En Suède, à partir de registres nationaux, Fazel et al. (7) ont comparé 3 743 patients hospitalisés pour TB à 37 429 sujets de la population générale et 4 059 membres de leur fratrie indemne. Dans cette étude de suivi, la prévalence des



© Hélène Jacqz (détail)

Patrick LE BIHAN

Psychiatre, pôle de psychiatrie médico-légale, Centre hospitalier de Cadillac-sur-Garonne.

condamnations pour infraction violente (homicides, agressions, vols, incendies, infractions sexuelles ou menaces) parmi les patients ayant un TB était plus élevée qu'en population générale (8,4 % versus 3,5 %) (Odds ratio* [OR] 2,3; Intervalle de confiance [IC] 95 % [2-2,6]). Elle était plus importante en cas de comorbidité addictive (OR 6,4; IC 95 % [5,1-8,1]). En l'absence de trouble de l'usage de substances, cette augmentation restait très modérée pour les patients atteints de TB par rapport à la population générale (OR 1,3; IC 95 % [1-1,5]) et non significative par rapport à leur fratrie indemne (OR 1,1; IC 95 % [0,7-1,6]).

Par ailleurs, on ne retrouvait pas d'augmentation du risque de violence associée de façon spécifique aux épisodes maniaques, dépressifs, mixtes ou psychotiques (7).

— Aux États-Unis, une recherche sur des détenus montre cependant que 75 % des patients atteints de TB étaient en phase maniaque lors de leur arrestation (8). Dans une autre étude de sujets hospitalisés pour un premier épisode psychotique de TB, 10,6 % des patients avaient commis une agression grave, l'association étant forte avec une tentative de suicide récente, l'abus d'alcool, des troubles de l'apprentissage, un épisode maniaque initial (9). Fazel et al. (7) ont aussi réalisé une importante méta-analyse à partir de neuf recherches sur le risque de violence chez 6 383 personnes présentant un TB comparées à 112 944 sujets contrôlés de la population générale. La prévalence de la violence était de 9,8 % parmi les patients avec un TB, vs 3 % en population générale. L'OR pour le risque de violence était de 4,1 [IC 95 % : 2,9-5,8].

Ainsi, la plupart des recherches mettent en évidence l'importance des comorbidités dans l'augmentation du risque de violence ou d'infraction chez les personnes souffrant de TB. En l'absence de trouble de l'usage de substance, la prévalence des comportements violents est très proche de celle de la population générale, avec un risque modérément augmenté (5, 7). Par ailleurs, la violence agie concerne une minorité de patients (3, 5, 7, 9).

En termes de risque attribuable, précisons que parmi les auteurs de violences ou d'infractions, la proportion de personnes souffrant d'état maniaque ou de trouble bipolaire (TB) est peu importante et que la plupart de ces patients ne commettront jamais d'actes graves sur les autres (4).



© Hélène Jacqz

• Risque victimologique

Plusieurs études soulignent par ailleurs que les personnes souffrant de troubles mentaux graves ont 7 à 17 fois plus de risque que la population générale d'être victime d'actes de violence, risque plus important que celui de commettre des actes de violence (4).

Au Danemark, dans une cohorte nationale de plus de 2 millions de personnes, la maladie mentale était ainsi associée à un risque augmenté d'avoir été victime d'infraction, après contrôle des données socio-démographiques. Ceci concernait l'ensemble du spectre diagnostique, surtout en cas de trouble de l'usage de substance et de la personnalité. Les patientes atteintes de troubles mentaux apparaissent particulièrement vulnérables, notamment en cas de conduites addictives, le risque étant 7 fois plus élevé que dans la population féminine indemne de troubles (10).

• Autoagressivité

Rappelons que la dangerosité peut être dirigée contre le patient lui-même : 15 % des patients bipolaires se suicident. Ce risque est particulièrement à prendre en compte chez les personnes détenues,

notamment dans la période suivant leur libération (2).

FACTEURS DE RISQUE OU ASSOCIÉS À LA VIOLENCE

• Facteurs socio-démographiques

Le jeune âge (inférieur à 40 ans), le genre masculin, le célibat, un statut socio-économique précaire, un faible niveau d'éducation, l'absence d'emploi, un divorce ou une séparation dans l'année, sont des facteurs de risque de violence ou d'infraction en population générale et en cas de troubles mentaux (4).

Bien que les hommes soient plus violents que les femmes, le diagnostic de TB est un facteur de risque plus significatif pour les femmes que pour les hommes. Fazel et al. retrouvent un risque plus élevé d'infraction violente chez les femmes atteintes de TB par rapport à la population générale féminine (OR 4,1; IC 95% [3-5, 5]) (7). Ces patientes auraient plus de risque d'arrestation pour des infractions violentes et en lien avec l'usage de substances (4, 11), ou d'être auteurs ou victimes de violence envers leur partenaire (12). Le risque de condamnation antérieure pour infraction

violente apparaît dix fois plus important en comparaison avec les femmes indemnes de TB, même sans usage de substance (11).

• Antécédents de violences ou d'infractions

Les antécédents personnels et familiaux judiciaires ou d'incarcération, de violence envers autrui ou de victimation sont des facteurs particulièrement importants favorisant une violence future. Il en est de même des troubles des conduites dans l'enfance ou l'adolescence (4).

• Facteurs cliniques

L'euphorie n'est pas la seule modalité affective dans la manie, l'humeur peut aussi être irritable, évoluant rapidement vers la colère ou la tristesse. L'augmentation de l'estime de soi, le sentiment d'omnipotence, la désinhibition, l'augmentation d'énergie avec hyperactivité, l'engagement excessif dans des activités plaisantes à risque élevé de conséquences dommageables, la recherche de sensations fortes, l'hypersexualité, les troubles du jugement exposent au risque de comportements antisociaux ou de victimation. Les symptômes psychotiques et notamment

les idées délirantes, hallucinations ou distorsions cognitives sont fréquents dans la manie. Les thèmes délirants de mégalomanie et de toute puissance mais aussi d'influence, mystiques, de mission ou de persécution, augmentent la dangerosité surtout s'il existe un ou des persécuteurs désignés. La classique « manie furieuse » des anciens auteurs paraît plus rare aujourd'hui.

L'intercriste des troubles bipolaires, les formes dites « atténuées » (hypomanie, cyclothymie), les états mixtes et schizo-affectifs, les cycles rapides ou les épisodes thymiques récurrents brefs gagneraient à être mieux connus dans leurs relations possibles avec des comportements d'infractions ou de violence envers autrui.

• Conduites addictives

De 25 à 60 % des patients atteints de TB réunissent les critères d'au moins un trouble de l'usage de substances, notamment l'alcool (13).

Dans l'étude *Epidemiologic Catchment Area* (ECA), le TB de type 1 avait la plus grande prévalence vie entière d'usage de substance comorbide (60 %), avec 56,3 % d'abus et 38 % de dépendance à l'alcool (3). Le

niveau d'impulsivité des patients avec TB et trouble de l'usage de substance apparaît plus élevé qu'en l'absence de toxiques, augmentant le risque de comportement violent. Les patients maniaques avec abus d'alcool montrent davantage d'impulsivité et de comportements violents que la population générale (8). Enfin, certaines substances (cocaïne, ecstasy, amphétamines) peuvent entraîner des symptômes proches d'un état maniaque.

• Troubles de la personnalité

La comorbidité avec la personnalité antisociale** est fréquente chez les patients maniaques en contexte de psychiatrie légale. L'étude Nesaric (*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*) retrouve un risque élevé pour les patients atteints de TB de présenter une personnalité antisociale, en comparaison avec les sujets contrôles indemnes de TB (OR 7,3; IC 95 % [6,1-8,6]) (14). L'association à un trouble de la personnalité antisociale, borderline ou narcissique aurait un rôle dans l'impulsivité et l'abus de substance, pouvant amener à un risque augmenté d'infractions (2).

• Impulsivité

La plupart des agressions, comme l'indique le type d'infractions dans le TB (voir infra), sont impulsives et surviennent au cours d'un épisode maniaque (8, 15). L'impulsivité est courante chez ces sujets, durant les phases maniaques mais aussi pendant les phases de rémission (16). Dans une approche dimensionnelle, les niveaux d'impulsivité, d'irritabilité, d'hostilité, de colère et d'agressivité verbale ou physique apparaissent plus importants dans le TB que dans d'autres affections, et ceci de façon stable dans le temps (17).

Les pathologies anxieuses, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), les troubles dysruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites sont décrits chez plus de la moitié des personnes atteintes de TB de type 1 (13).

• Facteurs liés aux soins

Le défaut d'accès aux soins, l'incapacité à demander de l'aide, le déni des troubles et la faiblesse de l'*insight*, les ruptures du suivi psychiatrique, la non-observance médicamenteuse, sont particulièrement fréquents lors d'un épisode maniaque et à prendre en considération, ainsi que l'insuffisance du suivi au décours immédiat d'une hospitalisation (4).

• Facteurs contextuels

Les facteurs familiaux, génétiques ou environnementaux ont un impact sur le risque de violence ou d'infraction : perte d'emploi, divorce ou séparation récente, fait d'être victime de violence dans l'année. Le passage à l'acte survient dans un contexte précis, à un moment particulier, intéressant un sujet et une victime. L'accent est mis actuellement sur l'interaction d'un sujet et d'un environnement, la dangerosité devant être considérée en termes de dynamique particulière. On n'oubliera pas les facteurs de protection (éducation normative, empathie, stabilité affective et professionnelle, attitude positive envers l'autorité, encadrement familial et social de bonne qualité, prise en charge et traitements adaptés).

TYPE D'INFRACTIONS ET DE VIOLENCES

Dans l'accès maniaque, les actes antisociaux (hostiles et parfois préjudiciables à la société voir *infra*) sont relativement fréquents mais de moindre gravité que dans la dépression (18, 19, 20). La manie est rarement associée à la criminalité grave mais conduit souvent à des infractions mineures variées. La préméditation manque habituellement, du fait de l'excitation psychomotrice avec agitation désordonnée et fuite des idées, favorisant par les actes élaborés de violence. Dans la manie, le patient agit sans réfléchir aux conséquences de ses actes : dépenses inconsidérées, jeu pathologique, projets grandioses, comportements antisociaux... On recense :

– **des infractions contre les biens** : fraudes, vols (parfois à main armée), escroqueries, abus de confiance, grivèlerie d'hôtel ou de restaurant (consommer sans payer), chèques sans provision, destructions, dégradations ou destructions du bien d'autrui, infractions à la législation sur les stupéfiants, incendies, voire tentatives de détournement d'avions...

– **Les infractions contre les personnes** : menaces, violences volontaires envers autrui, outrages. Le sentiment de toute-puissance, la mégalomanie, l'irritabilité agressive, l'impatience et l'agitation peuvent amener à des affrontements avec les personnes représentant l'autorité (forces de l'ordre, magistrats, enseignants, médecins ou soignants...).

Des violences physiques sont possibles si le patient se voit poser des limites, est contrarié dans ses projets ou se sent

humilié voire moqué du fait de son comportement. Il s'agit le plus souvent de violences légères.

L'homicide reste exceptionnel dans la manie, lors de brèves phases de dépression au cours d'un épisode mixte, dans les formes cliniques délirantes de grandeur ou de persécution, ou en contexte d'alcoolisation et favorisé par le manque de sommeil (4, 20). En revanche, le rôle criminogène de la dépression en général et des idées suicidaires apparaît largement sous-estimé, notamment dans des faits-divers dramatiques comme les homicides-suicides (19).

– **Des comportements dangereux pour soi ou autrui** sont possibles par maladresse, inattention, distraction, prise de risque inconsidérée ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence. Les infractions à la circulation routière avec conduite dangereuse et parfois délit de fuite sont fréquentes. La désinhibition sexuelle peut entraîner un harcèlement, de l'exhibitionnisme, des gestes impudiques, beaucoup plus fréquemment que le viol. En phase maniaque, ces patients sont plus souvent eux-mêmes victimes d'agressions sexuelles du fait de la libération pulsionnelle et de la désinhibition. Ils peuvent aussi se mettre en danger (dépenses inconsidérées, conduites à risques, rapports sexuels non protégés...), être victimes de vols, abus de faiblesse ou de confiance, escroqueries, harcèlement, maltraitance, violence physique ou sexuelle, y compris à l'hôpital. Une personne en état maniaque peut se comporter en victime imprudente ou provocatrice. Les patientes paraissent particulièrement exposées, plus encore en cas de trouble de l'usage de substance. Enfin, des infractions peuvent être commises par des sujets souffrant de troubles graves de l'humeur indépendamment de leur pathologie, notamment lors de phases de rémission ou d'intervalle libre.

ÉVALUATION DU RISQUE ET PRISE EN CHARGE

Le diagnostic d'un TB est souvent tardif, après plusieurs années d'évolution. Dans plus de la moitié des cas, le TB est associé à une autre pathologie, ce qui est source d'égarements diagnostiques, notamment abus d'alcool et/ou d'autres substances, personnalité antisociale ou borderline. Un épisode maniaque lors des faits n'est pas toujours reconnu chez les auteurs d'infraction. Le TB, sous-diagnostiqué en population générale, l'est

probablement davantage encore parmi les auteurs d'actes de délinquance ou de violence.

Les 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), par ailleurs fréquemment comorbides au TB dans cette période de la vie. Les formes précoces de TB comporteraient davantage d'épisodes de violence, de complications légales, de symptômes psychotiques, d'épisodes mixtes, de troubles anxieux et d'usage de substance, de récurrences d'épisodes thymiques, de suicides et de tentatives, ainsi que des périodes d'euthymie plus brèves. Elles doivent être repérées et traitées, en particulier chez les jeunes auteurs d'infraction (voir aussi l'article d'A. Cambon, p. 36) (2).

– **La Haute Autorité de santé (HAS)** a publié plusieurs recommandations sur le thème de la dangerosité et de la prévention de la violence notamment chez les personnes atteintes de TB (4, 21). Elle propose beaucoup d'outils et de programmes, aisément accessibles, sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire dans ce domaine.

Elle recommande d'améliorer le dépistage et la prise en charge du TB chez les auteurs de violence ou d'infraction, d'améliorer la conscience par le patient de sa pathologie, de ses symptômes et de la nécessité du traitement. L'usage en routine d'instruments d'évaluation du TB chez les personnes sous main de justice est par ailleurs souhaitable (2).

– Il est recommandé d'**associer le patient à l'évaluation du risque de violence** et d'aborder systématiquement avec lui ce thème. L'évaluation doit porter sur les antécédents de violence agie ou subie, l'usage de substances, les traits de personnalité antisociale, d'éventuelles ruptures de soins, la symptomatologie actuelle, le niveau de conscience des troubles et l'attitude vis-à-vis des soins (voir aussi les articles d'A. Tindland, p.68 et d'Y. Quénum, p. 62).

– **L'identification des facteurs favorisants**, des signes précurseurs, la recherche de stratégies efficaces d'apaisement, peuvent aider à définir un plan de prévention partagé et des directives anticipées afin que le patient exprime ses préférences sur sa prise en charge future dans la perspective d'éventuelles décompensations et la gestion de troubles du comportement.

– **Des instruments d'évaluation du risque de violence** peuvent être utiles, en privilégiant les outils de jugement clinique structuré ou de détection précoce du comportement violent (e.g. *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* ou *DASA*) (4, 21). Pour les patients ayant un double diagnostic de TB et de trouble de l'usage de substance, une évaluation et une prise en charge par un addictologue sont recommandées. Il convient aussi d'informer les patients de ce risque augmenté d'infraction (psychoéducation...).

– **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. Une vaste recherche met en évidence une baisse du taux d'infractions violentes chez les patients atteints de TB sous médicament normothymique en comparaison avec les périodes sans traitement (22).

– **En cas de risque de passage à l'acte**, il conviendra d'envisager une hospitalisation, le cas échéant sans consentement. On évitera une rupture de soins en s'appuyant sur l'environnement familial, médico-soignant et social.

– **Après une hospitalisation**, le suivi sera en particulier rapproché en s'assurant de l'hébergement, des ressources, de la protection des biens... Un programme de soins sans consentement en ambulatoire facilite le suivi de certains patients (voir aussi l'article de H. Seegers, p. 44). En détention, il est important de préparer la sortie de la personne et de l'orienter vers des réseaux et structures de soins (4).

CONCLUSION

La dangerosité est une notion relative, plurielle, complexe, aux contours flous. Elle est évolutive, transitoire ou durable, imminente parfois, fluctuant avec le temps et les circonstances. Elle peut concerner autrui mais aussi le patient lui-même avec un risque de victimation ou suicidaire. Dans ses recommandations, la HAS rappelle que la gestion du risque fait partie

intégrante de la pratique clinique et que les professionnels ont le devoir de protéger les patients, qu'ils soient auteurs ou victimes de violence. L'absence de diagnostic et de traitement, une prescription inadaptée ou tardive exposent à des comportements à risque et à des actes médico-légaux qui s'inscrivent dans l'évolution de la maladie ou des troubles associés, notamment des comorbidités addictives, même si la plupart de ces patients ne commettront jamais d'actes graves sur les autres.

* En épidémiologie, l'odds ratio est fréquemment utilisé pour mettre en évidence la force d'une association entre des facteurs de risque et des résultats cliniques. Il peut être traduit en français en « rapport de cotes » ou « rapport de chances ».

** Le trouble de la personnalité antisociale est caractérisé par une tendance générale à l'indifférence vis-à-vis des normes sociales, des émotions et/ou des droits d'autrui ainsi que par un comportement impulsif. Le terme est utilisé par le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), tandis que la Classification internationale des maladies (CIM), parle de trouble de la personnalité dyssociale.

- 1– Gay C, Mathis D. Troubles bipolaires et dangerosité. In: Beaupaire C, Bénézech M, Kottler C, dir. *Les dangerosités : de la criminologie à la psychopathologie, entre justice et psychiatrie*. Paris, John Libbey Eurotext, 2004.
- 2– Fovet T, Geoffroy P-A, Vaiva G et al. Individuals with bipolar disorder and their relationship with the criminal justice system: a critical review. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 4
- 3– 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.
- 4– 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, mars 2011*.
- 5– 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.
- 6– Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV et al. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 103-9.
- 7– Fazel S, Lichtenstein P, Grann M et al. Bipolar disorder

and violent crime. New evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 931-8.

8– Quanbeck CD, Stone DC, McDermott BE et al. Relationship between criminal arrest and community treatment history among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Services* 2005; 56: 847-52.

9– Khalsa HMK, Baldessarini RJ, Tohen M, Salvatore P. Aggression among 216 patients with a first-psychotic episode of bipolar I disorder. *Int J Bipolar Disord* 2018; 6:18.

10– Dean K, Laursen TM, Pedersen CB et al. Risk of being subjected to crime, included violent crime, after onset of mental illness: a Danish national registry study using police data. *JAMA Psychiatry* 2018; 75: 689-96.

11– McDermott BE, Quanbeck CD, Frye MA. Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest. *Bipolar Disorders* 2007; 9: 536-40.

12– Friedman SH, Shelton MD, Elhaj O et al. Gender differences in criminality: bipolar disorder with co-occurring substance abuse. *J Am Acad Psychiatry* 2005; 33: 188-95.

13– American Psychiatric Association. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)*. Paris: Masson, 2013.

14– 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.

15– Látalová K. Bipolar disorder and aggression. *Int J Clin Pract* 2009; 63: 889-99.

16– Swann AC, Lijffijt M, Lane SD et al. Criminal conviction, impulsivity, and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2011; 13: 173-81.

17– Ballester J, Goldstein B, Goldstein TR et al. Prospective longitudinal course of aggression among adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2014; 16: 262-9.

18– Large MM, Nielssen O. People with bipolar disorder and comorbid substance abuse are six times more likely to be convicted of violent crime than the general population. *Evidence-Based Ment Health* 2011; 14: 17.

19– Le Bihan P, Bénézech M. Troubles affectifs majeurs et violence : épidémiologie, clinique et considérations médico-légales. *J Méd Lég Droit Méd* 2011; 54: 109-33.

20– Nielssen OB, Mithi GB, Large MM. Mania, homicide and severe violence. *Austr N Z J Psychiatr* 2012; 46: 357-63.

21– Haute Autorité en Santé, *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en psychiatrie, 2016*.

22– Fazel S, Zetterqvist J, Larsson H et al. Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *Lancet* 2014; 384:1206-14.

Résumé : Dans l'épisode maniaque du trouble bipolaire, les actes médico-légaux 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 antisociale. Il est souhaitable d'améliorer le dépistage et la prise en soin des troubles bipolaires chez les auteurs d'infraction mais également chez les personnes présentant un trouble de l'usage de substances.

Mots-clés : Addiction – Comorbidité – Comportement violent – Dangerosité – Épisode maniaque – Évaluation – Facteur de risque – Impulsivité – Infraction – Prévalence – Psychiatrie médico-légale – Trouble bipolaire – Trouble de la personnalité – Violence.