

[2] Habermas T, Bluck S. Getting a life: the emergence of the life story in adolescence. *Psychol Bull* 2000;126(5):748–69.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.226>

P91

État de stress post-traumatique, homicide et responsabilité pénale

O. Benelmouloud^a, M. Benabbas^b

^a Faculté de médecine, université Constantine 3, Constantine, Algérie

^b HMRUC/5^e RM, Constantine, Algérie

Mots clés : État de stress post-traumatique ; Homicide ; *Flash back* ; État de démence ; Responsabilité pénale

L'auteur relate l'histoire d'un jeune soldat coupable d'homicide sur son collègue par arme à feu. La difficulté commence le jour de l'expertise psychiatrique ordonnée par le magistrat de Constantine. La difficulté diagnostique et la longue durée écoulée entre le jour du délit et celui de l'expertise rendent aléatoire toutes conclusions et ceci est illustré à travers une vignette clinique détaillée.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.227>

P92

Santé Mentale en Afrique de l'Ouest : présentation d'un partenariat avec une ONG Béninoise

W. Alarcon^a, V. Bergot^a, L. Surig^b, S. Simon^c, E. Jacques^d, S. Thiebaut^d

^a Association Smao, centre hospitalier Mas Careiron, 30700 Uzès, France

^b Association Smao, CHU de Nîmes, 30000 Nîmes, France

^c Association Smao, CHU de Montpellier, 34000 Montpellier, France

^d Association Smao, centre hospitalier Thuir, 66000 Perpignan, France

Mots clés : Psychiatrie ; Afrique ; Stigmatisation ; Réseau de soins L'Association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest est née d'une collaboration avec l'ONG Béninoise « Saint-Camille ». Cette association fondée par Grégoire Ahongbonon œuvre depuis près de 30 ans, en Côte d'Ivoire et au Bénin pour soustraire les malades psychiatriques au sort qui leur est le plus souvent réservé en l'absence de soins : l'errance pathologique dans les métropoles du continent et l'enchaînement physique à des arbres ou des murs à l'écart des villages dans les campagnes. La maladie mentale reste en effet un sujet tabou dans ces sociétés marquées par des croyances séculaires autour de la sorcellerie et de l'envoûtement. L'action de l'ONG Saint-Camille s'inscrit aussi dans un contexte de pénurie de structures soignantes (un seul hôpital psychiatrique au Bénin par exemple). On peut ainsi regretter la quasi-absence de politiques de développement de réseaux de soins psychiatriques en Afrique de l'Ouest, tant du point de vu des gouvernements que des grandes ONG médicales internationales, pour qui la psychiatrie n'est pas une priorité. Aujourd'hui ce sont plus de 20 000 malades qui ont été accueillis dans les 8 centres de soins d'ONG St-Camille en Côte d'Ivoire et au Bénin, et qui ont pu être réinsérés dans leurs familles, au prix d'une lutte incessante contre les représentations de la maladie mentale encore en cours dans cette partie du monde. L'association Santé Mentale en Afrique de l'Ouest, organisée autour de soignants du centre hospitalier Le Mas Careiron à Uzès (30) est engagée dans un partenariat avec l'ONG Saint-Camille et développe les actions suivantes :

- soutien financier envers ses partenaires africains pour l'achat de médicaments psychotropes ;
- aide à la formation en santé mentale ;
- organisation de missions de bénévolat en santé mentale en Afrique de l'Ouest ;

– organisation de rencontres et débats autour du thème de la santé mentale en Afrique.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.228>

P93

Les hommes auteurs d'homicide conjugal

A. Delbreil^a, M. Voyer^a, M. Lebeau^b,

M. Samanet^b, J.-L. Senon^c

^a Service de médecine légale, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers, France

^b Service de Médecine Légale, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers, France

^c Service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, centre hospitalier Henri-Laborit, 86000 Poitiers, France

Mots clés : Homicide ; Crime ; Violence ; Prévention ; Conjugal

Introduction.– L'homicide conjugal est commis sur un partenaire ou un ex-partenaire de vie intime quel que soit son statut. Il représente environ 20 % des homicides en France [1]. D'origine multifactorielle, son repérage est complexe.

Objectif.– Mettre en évidence les caractéristiques socio-démographiques, psychopathologiques et criminologiques des hommes auteurs d'homicide conjugal, afin de déterminer des facteurs prédictifs de passage à l'acte.

Méthode.– Étude descriptive et rétrospective sur 37 dossiers d'homicide conjugal (ou tentative), jugés entre 1999 et 2010 par la Cour d'Appel de Poitiers. Un nombre important de variables concernant les auteurs, les victimes et les faits a été recherché. Elles ont ensuite été recoupées pour établir des profils.

Résultats.– Les hommes représentent 88 % des auteurs d'homicide conjugal. Ils sont pour la plupart impulsifs (80,4 %) et présentent des antécédents judiciaires (64,8 %) et de violence conjugale physique (70,3 %). La moitié abuse de l'alcool. Le passage à l'acte est souvent motivé par la séparation du couple (64,8 %). Il est fréquemment commis avec une violence exagérée (54 %). Auparavant, environ la moitié des auteurs avait exprimé des menaces de mort ou suicidaires.

Conclusion.– Notre étude a montré que l'homicide conjugal est un geste non prémédité, commis par des hommes, devant la difficulté à accepter la perte de la compagne. Ce crime est souvent associé à la violence conjugale et l'éthylisme chronique. La mise en évidence de ces profils permet de proposer des actes de prévention plus ciblés.

Référence

[1] Ministère de l'intérieur. Délégation aux victimes. Étude nationale sur les morts au sein du couple, 2011.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.229>

P94

Veille sanitaire et réseau de santé mentale dans la prise en charge des suicidants. Résultats d'une étude contrôlée

A. Marchand^a, E. Castaigne^a, F. de Suremain^b, O. Valderrama^b, G. Sommier^c, H. Agostini^a, P. Hardy^a

^a CHU de Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Réseau de Santé Mentale Depsud, 94800 Villejuif, France

^c EPS Paul-Guiraud, 94800 Villejuif, France

Mots clés : Tentative de suicide ; Réseau de santé ; Veille sanitaire ; Récidive ; Engagement dans les soins

Une étude prospective, contrôlée et randomisée a été réalisée sur 320 suicidants ayant regagné leur domicile après passage au SAU de Bicêtre. Elle a comparé le protocole de prise en charge habituel (groupe G1) au protocole « OSTA » (G2). Celui-ci comporte trois appels téléphoniques au patient (à j8–j15, M1 et M3) [2,3], un appel

téléphonique au professionnel référent (M3) et la mise à disposition d'un numéro d'appel téléphonique pour le patient et son référent. Une évaluation téléphonique finale à un an (M12) a été effectuée dans les deux groupes.

Résultats :

– le taux d'adhésion aux rappels téléphonique est important. Un contact téléphonique a été établi dans 85,5 % des cas à j8–j15, 80,9 % des cas à M1 et 72,4 % des cas à j8–j15 et à M1 ;

– le taux de récurrence suicidaire à un an ne diffère significativement pas entre G1 et G2 : 14,5 % vs 14,0 % (analyse en « intention de traiter »), 14,5 % vs 11,5 % (analyse « per protocole ») ;

– l'initiation d'un suivi ambulatoire (ISA), au plus tard dans le mois suivant le mois de la TS, ne diffère également pas entre les deux groupes : 31,0 % (G1) vs 24,2 % (G2) ;

– il existe une forte perte d'information lors du recueil à M12.

Dans le groupe G2, la prise en compte de l'ensemble des données collectées à j8–j15, M1, M3 et M12, montre un taux de récurrence suicidaire de 19,4 % (vs 14,0 % selon les seules données M12), mais aussi un taux d'ISA de 70,6 % (vs 24,2 %).

Discussion et conclusion. – Ces résultats sont confrontés aux données récentes de la littérature [1]. La discussion porte sur la méthodologie la plus appropriée à l'évaluation des effets de la veille sanitaire et aux moyens de contrôler les effets de l'évaluation sur les variables étudiées.

Références

- [1] Daigle MS, Pouliot L, Chagnon F, et al. Suicide attempts: prevention of repetition. *Can J Psychiatry* 2011;56:621–9.
- [2] OMS. Étude multicentrique d'intervention sur les comportements suicidaires – SUPRE-MISS : protocole de la SUPRE-MISS. OMS; 2006.
- [3] Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomized controlled study. *BMJ* 2006;332:1241–5.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.230>

P95

Les réhospitalisations en urgence chez les patients atteints de troubles psychiatriques dans les données de l'assurance maladie

C. Montete, F. Journeau, J.L. Touret, P. Gabach, A. Fagot-Campagna

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris, France

Mots clés : Réhospitalisation ; Urgence ; SNIIRAM ; PMSI

Introduction. – Les réhospitalisations en urgence des adultes atteints de maladies psychiatriques et les déterminants de ces réhospitalisations sont peu étudiés.

Méthodes. – L'étude a inclus tous les adultes du régime général de l'Assurance Maladie, pris en charge pour troubles psychiatriques en 2010, identifiés dans le SNIIRAM et ayant eu une hospitalisation temps plein au 4^e trimestre 2010 (PMSI-MCO, RIM-P) avec un diagnostic principal psychiatrique. Les « patients incidents » ont été définis comme des adultes non hospitalisés pour motif psychiatrique dans les deux ans précédents l'hospitalisation incluant. Le critère de jugement est la survenue d'une réhospitalisation après passage dans un accueil des urgences dans les six mois suivant l'hospitalisation incluant.

Résultats. – Parmi les 2,08 millions de patients pris en charge pour troubles psychiatriques, 92 186 ont été hospitalisés à temps plein pour motif psychiatrique lors du 4^e trimestre 2010, dont 43 002 (47 %) étaient « incidents ». Au total 20 226 d'entre eux (22 %) ont été réhospitalisés en urgence pour toutes causes, soit 15 % des incidents versus 28 % des non incidents. Parmi ces patients réhospitalisés, 68 % ont eu au moins une réhospitalisation pour motif

psychiatrique (54 % des incidents versus 75 % des non incidents). L'addiction était le motif le plus fréquent (40 %). Les patients réhospitalisés en urgence pour une affection psychiatrique étaient plus jeunes (44 versus 48 ans), plus souvent pris en charge pour affection psychiatrique de longue durée (51 % versus 44 %) et plus précaires (32 % versus 22 %) que les patients non-réhospitalisés.

Discussion. – Les réhospitalisations en urgence chez les personnes déjà hospitalisées pour un motif psychiatrique sont fréquentes et le plus souvent pour un motif psychiatrique. Une analyse plus détaillée du parcours de soins permettrait de mieux expliquer ces situations pour éventuellement mettre en œuvre des actions adaptées.

Pour en savoir plus

Rapport Charges et produits 2014 - <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2014.php>.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.231>

P96

Une prise en charge fréquente de la population adulte pour troubles psychiatriques ou traitements psychotropes, à travers les données de l'Assurance Maladie

S. Samson, J.P. Fagot, J. Merlière, P. Gabach,

A. Fagot-Campagna

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Paris, France

Mots clés : Épidémiologie ; Sniiram ; PMSI

Introduction. – Utiliser les bases de l'Assurance Maladie (Sniiram et PMSI) pour estimer la fréquence des prises en charge liées à la psychiatrie chez l'adulte en France.

Méthodes. – Parmi les bénéficiaires du régime général en 2010 de plus de 18 ans (45 millions), ceux ayant une prise en charge liée à la psychiatrie ont été identifiés à partir :

- des diagnostics liés aux hospitalisations (PMSI-MCO, RIM-P, SSR), aux affections de longue durée, aux arrêts de travail ou invalidité ;
- du remboursement de consultation avec un psychiatre ou à des soins ambulatoires psychiatriques ;
- d'au moins trois remboursements de médicaments de la dépendance ou neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques [1].

Résultats. – Près de 8,2 millions des adultes (18 %) ont reçu des soins liés à la psychiatrie, dont 5,6 millions (69 %) ont eu uniquement des délivrances médicamenteuses sans diagnostic identifié dans les bases. Les pathologies les plus fréquemment retrouvées étaient les épisodes dépressifs/troubles de l'humeur (889 000), les troubles anxieux (464 000), les addictions (383 000), les troubles de la personnalité et du comportement (340 000). Schizophrénie, autres troubles psychotiques, troubles bipolaires et anorexie mentale étaient retrouvés chez respectivement 181 000, 224 000, 164 000 et 23 000 adultes. L'âge moyen variait de 42 (anorexie mentale) à 58 ans (patients identifiés seulement par les médicaments). Le pourcentage de femmes (65 %) s'élevait de 28 % (addictions) à 68 % (épisodes dépressifs/troubles de l'humeur, ou patients identifiés seulement par psychotropes) et 87 % (anorexie mentale). Le pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C (11,5 %) variait de 11 % (troubles bipolaires) à 26 % (addictions).

Discussion. – Dix-huit pour cent de la population adulte a eu recours à des soins liés à la psychiatrie en 2010. Un diagnostic spécifique est retrouvé dans les bases chez plus d'un quart de ces patients, avec une forte proportion d'épisodes dépressifs et autres troubles de l'humeur.