

[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<sup>a</sup>, M. Benabbas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Faculté de médecine, université Constantine 3, Constantine, Algérie

<sup>b</sup> HMRUC/5<sup>e</sup> 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<sup>a</sup>, V. Bergot<sup>a</sup>, L. Surig<sup>b</sup>, S. Simon<sup>c</sup>, E. Jacques<sup>d</sup>, S. Thiebaut<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Association Smao, centre hospitalier Mas Careiron, 30700 Uzès, France

<sup>b</sup> Association Smao, CHU de Nîmes, 30000 Nîmes, France

<sup>c</sup> Association Smao, CHU de Montpellier, 34000 Montpellier, France

<sup>d</sup> 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<sup>a</sup>, M. Voyer<sup>a</sup>, M. Lebeau<sup>b</sup>,

M. Samanet<sup>b</sup>, J.-L. Senon<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine légale, service universitaire de psychiatrie et de psychologie médicale, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers, France

<sup>b</sup> Service de Médecine Légale, CHU La Milétrie, 86000 Poitiers, France

<sup>c</sup> 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<sup>a</sup>, E. Castaigne<sup>a</sup>, F. de Suremain<sup>b</sup>, O. Valderrama<sup>b</sup>, G. Sommier<sup>c</sup>, H. Agostini<sup>a</sup>, P. Hardy<sup>a</sup>

<sup>a</sup> CHU de Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

<sup>b</sup> Réseau de Santé Mentale Depsud, 94800 Villejuif, France

<sup>c</sup> 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