

des pistes d'amélioration. L'étude a porté sur 102 ordonnances soit 149 motifs soulevés. Les motifs ont été classés en 9 groupes :

- les irrégularités médicales observées 29 fois, dont l'incompétence médicale, la non nécessité médicale ;
- les irrégularités administratives observées 22 fois dont les délégations de signatures irrégulières ;
- l'identification du signataire impossible, et l'absence de motivation des actes administratifs ;
- le défaut du contradictoire observé 48 fois qui inclut le défaut d'information du patient sur sa situation juridique, ses droits et les voies recours et le défaut de recueil des observations du patient ;
- le non-respect des délais pour les certificats médicaux, des décisions administratives, et de saisine du juge des libertés et de la détention et le délai de réponse de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention observés 20 fois ;
- l'absence de documents observée 18 fois qui concerne l'absence de certificats médicaux et l'absence de documents transmis au greffe du juge des libertés et de la détention ;
- les défauts de procédure portant sur le tiers observés à 6 reprises ;
- l'absence d'information du mandataire judiciaire observée à 3 reprises ;
- l'absence d'examen somatique réalisé dans les 24 h observée à 2 reprises et la non-conformité du programme de soins observée à 1 fois.

La diminution des mains levées pour ces motifs apparaît indispensable dans l'intérêt de nos patients qui se retrouvent privés de soins en milieu hospitalier, et doit passer par une bonne connaissance de la loi par les différents protagonistes intervenants dans le processus de soins psychiatriques sans consentement.

Mots clés Loi 5 juillet 2011 ; Soins psychiatriques sans consentement ; Hospitalisation sans consentement ; Mains levées judiciaire

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Pascal JC, Jonas C. Consentement et contraintes dans les soins en psychiatrie. Chapitre 2, p. 25.

E. Pechillon, Hospitalisation jugée illégale et indemnisation des préjudices subis. *Revue Santé mentale* 2015(196):10.

Panfili JM. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011, *Droit, Déontologie et soin*, 2014 vol. 14, n° 3:370–83.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.278>

P089

Enquête de fonctionnement des services d'hospitalisation à domicile psychiatriques en France en 2015

A. Pham-Van*, N. Navarro, A. Saint-Antonin, P. Guillard, F. Olivier

Centre hospitalier de Montauban, Montauban, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : anais.phamvan@gmail.com (A. Pham-Van)

Le nombre de lits consacrés à l'hospitalisation à domicile (HAD) est en constante évolution ces dernières années. L'HAD en psychiatrie a pour mission de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter ou remplacer l'hospitalisation classique. Il n'existe, à notre connaissance, pas de données centralisées concernant les différents services d'HAD psychiatrique en France. Notre communication présente les résultats d'une enquête téléphonique, réalisée à partir du service d'HAD psychiatrique du centre hospitalier de Montauban (82). Elle décrit les principaux indicateurs de fonctionnement des différents HAD psychiatriques, contactées, présentes sur le territoire national en 2015. Les indicateurs étudiés sont : l'année de création de la structure, le nombre de place d'hospitalisation, la durée moyenne de séjour, les pathologies principales, la file active

moyenne, les critères d'exclusion, la procédure d'activation, la composition des équipes, la couverture horaire et le rayon d'action géographique. Les résultats sont analysés à la recherche de facteurs d'homogénéité ou de disparité.

Mots clés HAD ; Indicateurs ; Fonctionnement ; France ; 2015

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.279>

P090

Folie à famille : à propos d'un cas

F. Fekih-Romdhane*, M. Cheour, W. Cherif, L. Chennoufi

Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Feten@doctor.com (F. Fekih-Romdhane)

Introduction Les contagions psychiques induites par les liens, ou « folie à deux », a passionné des générations d'aliénistes. C'est une entité clinique considérée comme rare. Elle met en jeu, non pas un, mais deux ou plusieurs personnes qui ont une relation proche. Rarement tous les membres de la famille partagent les mêmes illusions et ceci est appelé folie à famille. Nous proposons à travers ce travail de présenter un cas de cette pathologie rare, et d'analyser le cas à travers une illustration des données de la littérature.

Observation Les frères S et Y ainsi que la sœur S sont de mêmes parents biologiques, tous célibataires, orphelins de mère depuis quatre ans et vivant ensemble avec le père depuis longtemps dans un isolement social relatif, en milieu rural au Nord-Ouest de la Tunisie. Le frère « inducteur » a été atteint de schizophrénie paranoïde avec délire de persécution qui a été imposé et plus tard partagé par les autres membres de la famille. En effet, Monsieur S. a clairement exprimé un délire interprétatif et hallucinatoire, à thématique persécutive prédominante, selon lequel il existerait un complot à grande échelle à son encontre. Puis, tous les membres de la famille devenaient aussi visés : ils seraient poursuivis par des personnes inconnues ayant un pouvoir politique, voulant nuire à monsieur S à travers sa fratrie. Au fil du temps, tous les proches, les voisins, ainsi que les agents de l'ordre sont devenus « persécuteurs ».

Conclusion Le cas que nous rapportons illustre la complexité de la folie à famille, la gravité de ses conséquences comportementales, ainsi que le dysfonctionnement psychosocial qui en résulte. Les délires partagés, notamment la folie à famille, offrent l'opportunité unique d'examiner les rôles respectifs des facteurs de risque génétiques et environnementaux dans le développement des troubles psychotiques.

Mots clés Folie à deux ; Délires induits ; Fratrie ; Schizophrénie

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Ohnuma T, Arai H. Genetic or Psychogenic? A Case Study of "Folie à Quatre" Including Twins. *Case Rep Psychiatry*. 2015;2015:983212.

Srivastava A, Borkar HA. Folie a famille. *Indian J Psychiatry* 2010;52(1):69–70.

Daniel E, Srinivasan TN. Folie a Famille: delusional parasitosis affecting all the members of a family. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2004;70(5):296–7.

Wehmeier P, Barth N, Remschmidt H. Induced delusional disorder. a review of the concept and an unusual case of folie à famille. *Psychopathology* 2003;36(1):37–45.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.280>

P091

Le profil des terroristes suicidaires

M. Cheour*, F. Fekih-Romdhane, L. Chennoufi

Hôpital Razi, La Manouba, Tunisie

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Feten.fekih@gmail.com (M. Cheour)

Introduction Le terrorisme-suicide est la forme la plus meurtrière de terrorisme. C'est la seule forme de combat où l'attaquant envisage des actions extrêmes dans lesquelles il ne prévoit pas de survivre à la mission. Le mode opératoire adopté est difficilement explicable, car l'attaquant décide avec détermination de se suicider en même temps qu'il décide de tuer.

Objectif et méthode Notre travail propose une revue de la littérature théorique existante afin d'examiner le profil psychopathologique du terroriste suicidaire.

Résultats Peu d'études formelles ont été publiées sur la psychopathologie des terroristes suicidaires; avec des résultats mitigés. Différentes études sur le sujet ont conclu qu'il n'existe aucun attribut psychologique particulier pouvant décrire une « personnalité terroriste ». D'après certains auteurs, les terroristes suicidaires sont dotés d'une santé mentale solide et n'ont pas de passé criminel. En effet, les recruteurs de futures bombes humaines écarteraient d'emblée les personnes d'allure mentalement instables. Cependant, cela a été contredit par d'autres études montrant qu'un grand nombre de kamikazes que la police avait arrêté après échecs de leurs attentats-suicides étaient mentalement déséquilibrés ou cognitivement déficients. Plusieurs études ont affirmé que les terroristes suicidaires ne sont pas en réalité suicidaires. Mais, il n'y a aucune preuve probante étant donné l'absence d'utilisation d'outils d'évaluation structurés et systématiques.

Conclusion La genèse du terroriste suicidaire semble être multifactorielle. L'étude du profil psychopathologique des terroristes suicidaires devrait avoir des implications cliniques et préventives.

Mots clés Terrorisme ; Psychopathologie ; Suicide

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

Sheenan I-S. Are Suicide Terrorists Suicidal? A Critical Assessment of the Evidence. *Innov Clin Neurosci* 2014;11(9–10):81–92.

Merari A. Driven to Death: Psychological and Social Aspects of Suicide Terrorism. Oxford, UK: Oxford University Press; 2010.

Merari A, Diamant I, Bibi A, et al. Personality characteristics of suicide bombers and organizers of suicide attacks. *Terror Polit Violence*. 2009;22(1):1061.

Hudson R. The Sociology and Psychology of Terrorism: Who Becomes a Terrorist and Why? Honolulu, HI: University Press of the Pacific; 2005.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.281>

P092

Profamille, programme de psychoéducation pour les familles d'un proche souffrant de schizophrénie : étude de l'impact du programme sur l'humeur des participants

P. Tavares^{1,*}, A. Montagne¹, P. Brazo^{1,2}

¹ CHU de Caen, Caen, France

² UMR 6301 CNRS, Caen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre@tavares.fr (P. Tavares)

Profamille est un programme psychoéducatif [1,2,4] destiné aux aidants naturels des patients souffrant de schizophrénie. Il est standardisé, évalué et l'un des plus utilisés dans la francophonie. Il s'appuie sur des recherches sur les interactions entre le milieu familial et le cours de la maladie. L'une de ses particularités est de considérer l'action ciblée sur l'humeur des aidants comme l'un des paramètres essentiels de ses résultats positifs. En effet, l'amélioration de l'humeur doit permettre l'amélioration du coping des aidants, du climat émotionnel au sein de la famille [1,4] et de l'acquisition des nouvelles connaissances délivrées par le programme. À notre connaissance, une seule étude antérieure

sur l'évolution de l'humeur des participants à Profamille a été publiée, et elle concernait une version ancienne du programme [3]. L'objectif de notre étude a donc été d'évaluer l'impact de Profamille sur l'humeur de 57 aidants inclus lors de 4 sessions ayant eu lieu au CHU de Caen, entre 2010 et 2014, grâce à un auto-questionnaire rempli en début et fin de programme (Center for Epidemiologic Studies-Depression scale [CES-D]). Nous avons distingué pour la comparaison statistique des scores d'évaluation (test de Wilcoxon bilatéral sur les données appariées) 3 groupes :

– les sujets à risque de syndrome dépressif (score initial à la CES-D > 16, n = 23) ;

– les sujets très probablement dépressifs (score initial à la CES-D > 22, n = 18) ;

– les sujets non déprimés (score initial à la CES-D ≤ 16, n = 31).

Les résultats ont montré que l'humeur s'améliorait tant dans le groupe à risque de syndrome dépressif ($p < 0,001$) que dans le groupe très probablement dépressif ($p < 0,001$). La comparaison des scores de l'humeur dans le groupe des sujets non déprimés n'était pas statistiquement significative. Ces résultats confirment l'impact positif de Profamille sur l'humeur des participants et son intérêt fondamental dans le travail avec les familles de nos patients souffrant de schizophrénie.

Mots clés Schizophrénie ; Psychoéducation ; Aidants naturels ; Fardeau des soins ; Profamille ; Dépression

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Cuijpers P. The effects of family interventions on relatives' burden: a meta-analysis. *J Ment Health* 1999;8(3):275–85.

[2] Dixon L, Adams C, Hucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26(1):5–20.

[3] Hodé Y, Krychowski R, Beck N, Vonthron R, Rouyre N, Huentz M. Effet d'un programme psychoéducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *J Ther Comport Cogn* 2008;18:104–7.

[4] Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, et al. Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatr* 2005;1:45–9.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.282>

P093

Les patients hospitalisés au long cours au centre hospitalier du Rouvray (métropole Rouen-Normandie)

C. Dallemagne*, S. Delegue, C. Morin, S. Delime, S. Tran, M. Rothamel, O. Guillin, S. Haouzir
Centre hospitalier du Rouvray (Métropole Rouen-Normandie),
Sotteville-lès-Rouen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.dallemagne88@gmail.com (C. Dallemagne)

Les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie soulèvent de nombreuses interrogations. Ces patients, qui représentent un pourcentage très marginal de la file active, occupent pourtant une proportion de lits qui peut dans certains cas s'avérer importante. Les raisons même de ces longues hospitalisations sont souvent mal connues. Une étude préliminaire dans notre établissement a permis d'identifier trois dimensions qui rendent compte de ces hospitalisations de longue durée : Sanitaire (avec la persistance de symptômes résistants aux thérapeutiques et très invalidants et/ou des problématiques médico-légales), Sociale et d'Autonomie. De tous les outils psychométriques que nous avons testés, la BPRS 42 s'est avérée être le plus pertinent pour évaluer la dimension « Sanitaire »; et l'IADL 1 et 2 pour l'évaluation du degré d'autonomie. Pour la composante sociale, nous avons répertorié les principales problématiques qui sont au nombre de 6 (Accès aux droits, Handicap/Dépendance, Prévention/Protection Personne vulnérable,