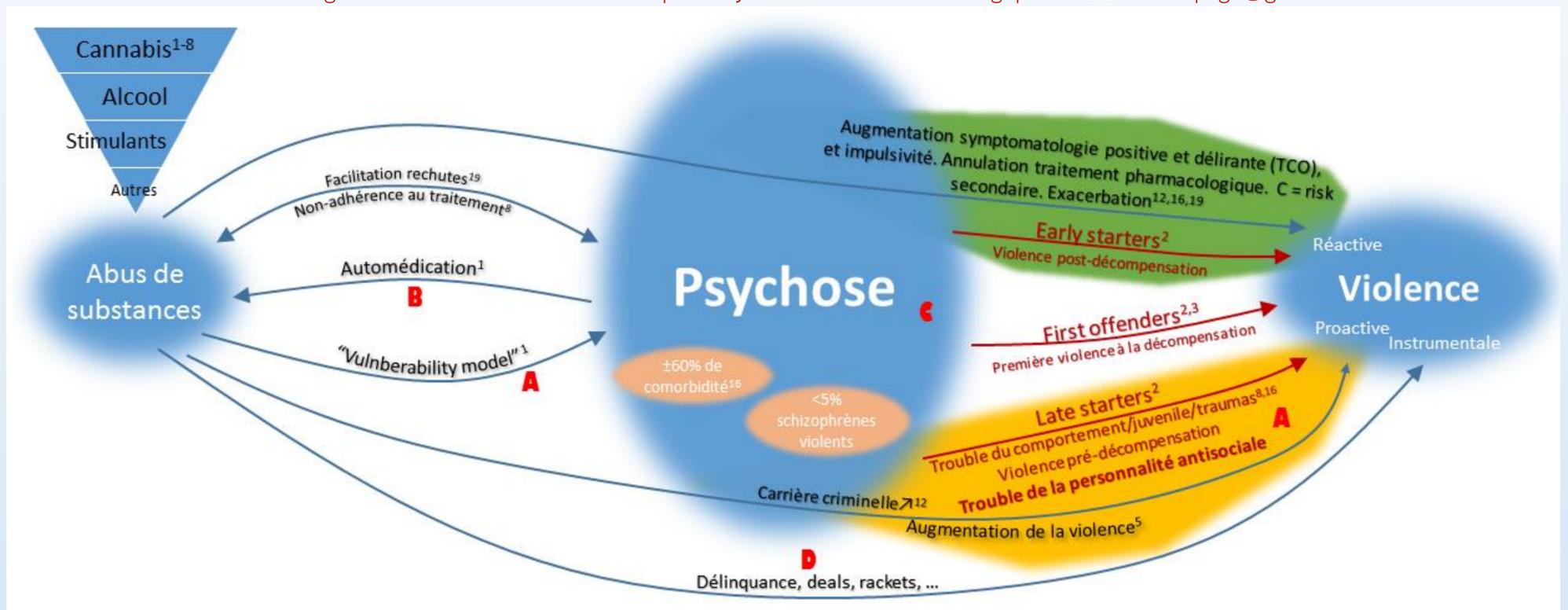


# La consommation de toxiques en psychiatrie médico-légale dans une population de patients psychotiques

Cette vieille énigme de la chèvre, le loup et le chou qui doivent traverser la rivière

Louis De Page & Lucie De Smet, Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles, Belgique [louis.de.page@gmail.com](mailto:louis.de.page@gmail.com)



## Revue de la littérature

Moins de 5% de psychotiques (P) sont violents; trois genèses de la violence dans la P<sup>2,4</sup>;

- 1) "late starters": violences après la décompensation,
- 2) "early starters": décompensation après un parcours criminologique (délinquance, troubles du comportement, ...),
- 3) "first offenders": moins connus dans la littérature, où passage à l'acte et décompensation psychotique semblent coïncider<sup>2,3</sup>.

La consommation de toxique (C), présente dans 60% de P:

- Décuple les trajectoires de violence 1 et 2 décrites ci-dessus.
- Crée une violence indépendante de la P (le deal, racket, ...).

La P, la C, et un trouble de la personnalité (TP) forment le tiercé de la dangerosité<sup>20</sup>.

Type de produit importe peu<sup>18</sup>.

## Psychiatrie médico-légale:

### Situation, mandat et buts de réinsertion

- Intégration des soins mais séparation des rôles soignants et judiciaires<sup>13</sup>
- Disponibilités de toxiques indéniable
- L'idéal: réinsertions dans le circuit générale, avec une habitation supervisée, et un travail adapté plutôt qu'une activité occupationnelle, en plus de réseaux interpersonnels soutenant<sup>10,17,19</sup>.

≈ Contenir et traiter les turbulences de la P, la C, et les éventuels TP jusqu'à un retour en communauté.

## Echecs de tentatives de traitement hospitaliers antérieures

- Procédure "One-size fits all".
- Procédure excl. basée sur l'objectivation biologique<sup>14</sup>.
- Pondérer la C par la P dans l'avis clinique, comme si la P était la priorité *alors que* c'est une priorité structurelle, mais non temporelle<sup>20</sup>.
- Gestion de la confidentialité incohérente.
- Réponses incertaines, postposées, et abstraites à la C.
- ...

## Affinement du diagnostic & profil de consommation

Nécessité d'affinement diagnostic<sup>11</sup>. En inventoriant les aspects fréquemment abordés lors de discussions cliniques, nous avons créé un profil sous 9 rubriques, dont certaines sont indiquées sur le graphique ci-dessus.

### A. Antécédents d'abus

Type de produits, doses, âge au début de la C, passages à l'acte antérieurs en lien avec la C, ...

### B. Fonction de la C

Recherche de stimulation, relaxation, apaisement, appel à l'aide, mise à distance, automédic, ...

### C. Effets immédiats de la C

Irritabilité, agitation, désinhibition, déstructuration, symptômes positifs, apathie, labilité émotionnelle, ...

### D. Transgressions en relation avec la C

Deals, ventes, rackets, commerce, intimidation, irrespect ROI hospitalier, ...

### • Conséquences à moyen et long terme

Difficultés financière, juridiques, sociales, difficulté à trouver un logement, relationnelles, ...

### • Quantités actuellement consommées

### • Contexte de la consommation

En groupe, phénomène d'entraînement, évènements déclencheurs, phases thymiques, phases délirantes, ...

### • Relation et conscience de la C

Le patient en parle ouvertement, sous-estimation, culpabilité, egodystonicité, ...

### • Cessation

Différents stades, tentatives, symptômes de sevrage, ...

## Limites thérapeutiques

- Curseur des possibilités thérapeutiques
- Travail sur la durée (les rechutes doivent être envisagées ouvertement)
- Harmonie du profil versus problèmes spécifiques
- Ne pas se substituer à la surveillance, ni au rôle de la justice

## Réponses thérapeutiques

Dans un environnement pluridisciplinaire...

- Psychothérapie individuelle et en groupe
- Pharmacopée<sup>11</sup>
- Entraînement des aptitudes sociales (savoir dire non, ...)
- Cadre hospitalier (régulation activité, divertissement, "felt secureness", ...)
- Explorer envies et ambitions personnelles
- Thérapie systémique
- Endiguement des conséquences néfastes par le cadre thérapeutique
- Harm-reduction
- Travail des phases de motivation au travail de la consommation

## Références

1. Dixon et al. *Am. J. Psychiatry*. **1991**, 148:2, 224.
2. van Dongen. *Erasmus Universiteit Rotterdam*. Proefschrift. 2012.
3. De Smet & De Page. *Acta Psychiatrica Belgica*. **2014**, 114:3, 31.
4. Volavka & Citrome. *Int. J. Clin. Practice*. **2008**, 62:8, 1237.
5. Goethals et al. *Int. J. Ment. Health Addiction*. **2008**, 6, 389.
6. Volavka & Swanson. *JAMA*. **2010**, 304:5, 563.
7. Swanson et al. *Law Hum. Behav.* **2008**, 32, 228.
8. Goethals et al. *Crim. Behav. Ment. Health*. **2008**, 18, 153.
9. Swartz et al. *Am. J. Psychiatry*. **1998**, 155:2, 226.
10. Mueser & Gingerich. *Soc. Work Public Health*. **2013**, 28:3, 424.
11. Kirchner et al. *Psychiatric Services*. **1998**, 49 :1, 82.
12. van der Kraan et al. *Int. J. Law Psychiatry*. **2014**, 37, 155.
13. Barlowe. *SC. Practice Persp.* **2003**, 8, 4.
14. Long & Hollin. *Subst Use Misuse*. **2009**, 44, 1641.
15. Tengström et al. *Law Hum. Behav.* **2000**, 24, 45.
16. Swartz et al. *J. Nervous Ment. Disease*. **2006**, 194:3, 164.
17. Drake et al. *Schizophrenia Bulletin*. **2015**, 10:1093, 110.
18. Miles et al. *Psychiatric Services*. **2003**, 54:4, 554.
19. Drake et al. *Psychiatric Services*. **2005**, 56:10, 1297.
20. Goethals et al. **2015**.