



Schaerbeek, le 30/8/2018

Docteur RYCKMANS
Infirmiers de rue
Rue de la Caserne 80 bte 4
1000 BRUXELLES

Docteur K. LADHA
Clinique Sainte-Anne Saint-Rémi

KL/nb/DOMINGO-MAN-PS1.

RAPPORT PSYCHOSOMATIQUE

Concerne : Madame DOMINGO Manuela
Née le 23/01/1965
Hospitalisée dans notre Centre du 18/11/2016 au 14/08/2018

Cher Confrère,

Circonstances d'admission :

Madame Domingo est admise dans notre Centre dans le cadre d'une mise en observation non urgente initiée par l'équipe des infirmiers de rue. Les inquiétudes tournent principalement autour d'un état somatique qui se dégrade et que la patiente refuse de soigner dans un contexte délirant (avec notion de saignements au niveau gynécologique).

Le rapport médical circonstancié est rempli par le Docteur Krabbe qui mentionne : « Etat délirant avec impossibilité pour la patiente d'entreprendre des démarches de soins. Refus de toute aide concernant sa santé psychique et physique. Risque que la patiente meure en rue. A son admission, l'entretien est difficile car les propos de la patiente sont peu compréhensibles. Elle explique ne pas comprendre le motif de son hospitalisation, explique avoir été adoptée par des gens qui lui en veulent lorsqu'elle était adulte ».

Examen mental à l'admission :

Présentation négligée. Odeur corporelle nauséabonde. Faciès couperosé. Contact méfiant. Eléments de désorganisation mentale évidents. Distractibilité. Discours déstructuré. Réponses à côté. Digressions. Activité hallucinatoire auditive évidente. Idées délirantes sur des thèmes de persécution et mégalomanie. Affects émoussés. Pas d'idée suicidaire ou d'idée noire.

Situation psychosociale :

Patiente née en Belgique, d'origine espagnole.

La famille de la patiente a vécu en Belgique jusqu'à ses 17 ans dans la région de Lokeren. Ils sont ensuite retournés en Espagne. Là-bas, les parents de la patiente se séparent et Madame reste en Espagne avec son père. Elle termine des études de couturière et exerce ensuite cette activité professionnelle.

Elle se marie. Union dont elle aura un fils et trois ans plus tard une fille.

La famille situe le début de la maladie après la naissance de sa fille mais sans que la patiente n'accepte une prise en charge médicale. Les symptômes auraient ensuite persisté et se seraient majorés.

Madame se sépare de son mari à l'âge de 27 ans et va vivre chez son père et ensuite chez sa tante. Selon la patiente, la garde de ses enfants est alors donnée à son ex-mari par décision de justice.

En Espagne, l'état de Madame se dégrade. La cohabitation en famille se passe mal et les frères qui vivent en Belgique proposent de la faire venir pour pouvoir la faire soigner. Elle est donc accueillie chez un de ses frères et vit dans un petit appartement au dessus du café qu'il tient pendant environ six mois. Il souhaite qu'elle se fasse soigner mais elle refuse toujours et dépend entièrement de sa fratrie d'un point de vue financier. Ses frères souhaitent qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle mais finalement, la patiente se sentant « sous pression » quitte l'appartement et va vivre chez une tante où les choses ne se passent pas mieux. Elle retourne ensuite en Espagne, s'installe chez une tante où ça ne se passe pas bien. Elle revient en Belgique aux alentours de 2004 et vit alors chez son frère aîné qui s'occupe alors de leur mère atteinte d'une maladie démentielle. Dans cette situation familiale extrêmement lourde, la patiente devient plus agressive et violente, notamment avec sa mère qu'elle aurait, dixit les frères, enfermée dans sa chambre. La famille décide de l'installer dans un logement à part qui leur appartient mais la patiente disparaît ensuite et la famille n'aura plus aucune nouvelle durant dix ans.

Durant ces dix années, la patiente vivra sans domicile fixe, principalement dans la rue. La famille avait lancé un avis de recherche et Madame Domingo sera retrouvée mais refusera tout contact avec eux. La famille gardera quelques contacts avec les intervenants de rue qui s'occupent de Madame. Elle refusera de revoir tout proche, qu'il soit parent, frère, tante, ou encore ses enfants venus une fois en Espagne. La patiente est accompagnée par les infirmiers de rue depuis septembre 2014.

Une décision d'administration provisoire des biens (Maître Dupuis) a été prise en octobre 2015 et la patiente obtiendra ensuite un droit à l'aide sociale auprès du Tribunal de Travail.

Son état somatique et psychiatrique se dégrade dans le courant de l'année 2016 jusqu'à la présente hospitalisation.

Antécédents psychiatriques personnels :

Maladie psychotique évoluant depuis des dizaines d'années et qui aurait débuté suite à la naissance de la fille de la patiente sans qu'on puisse comprendre s'il s'agissait d'une psychose ou d'une dépression du post-partum. A l'époque, la patiente n'a jamais été traitée car elle refusait toute aide psychiatrique et toute médication. Malgré l'évolution de cette pathologie psychiatrique, la patiente n'a jamais fait l'objet de prise en charge hospitalière ou ambulatoire.

Antécédents psychiatriques familiaux :

Notion de schizophrénie chez la grand-mère paternelle et notion de trouble psychotique chez d'autres femmes de la famille paternelle.

Antécédents somatiques personnels :

- La patiente aurait eu un problème d'hémiplégie gauche à l'âge de 16 ans et a bénéficié d'une longue revalidation en Espagne.
- Obésité morbide.
- Irritation des creux inguinaux.
- Mycoses des pieds.
- Pédiculose sévère.
- Tabagisme actif.

Examens complémentaires :

- Prise de sang (22/11/16) : formule hématoleucocytaire normale. Pas de carence vitaminique. Fonction rénale normale. Légère hypercholestérolémie à 198 mg/dl de chol total. Fonction hépatique normale. Glycémie à jeun normale. Préalbumine : 0,18 g/l. CRP négative. Antigène HBS et hépatite C anticorps négatif. Fonction thyroïdienne normale. HCG négatif.
- Toxicologie urinaire (25/11/16) : négative pour les substances testées (opiacés, cocaïne, cannabinoïdes, amphétamines, méthadone).
- La patiente bénéficiera de plusieurs prises de sang durant son hospitalisation, notamment de prises de sang hebdomadaires durant 18 semaines lors de la mise en place du traitement par Leponex et ne présentera aucun problème de neutropénie, ni d'éosinophilie. On note par contre des altérations de sa fonction thyroïdienne avec une TSH abaissée.
- ECG (25/11/16, 29/8/17 et du 26/9/18) : rythme sinusal normal. ECG normal.
- EEG (29/11/16 et du 25/9/17) : normal.
- Intradermo (25/11/16, 10/11/17) : négatif.
- Echographie thyroïdienne (12/4/2018 – Brugmann): goitre multinodulaire plongeant. Dépense du lobe thyroïdien droit. Le nodule thyroïdien droit de classification TI-RADS 4a mérite une biopsie sous échographie.

Evolution au cours de l'hospitalisation :

Début d'hospitalisation très difficile car la patiente refuse les soins, présente une hygiène extrêmement déplorable, avec une pédiculose sévère. Elle présente un état envahi par un délire aux thèmes mégalomaniques, cosmiques et de persécution.

Le traitement devra être donné de manière contrainte lors de ses premières semaines, ce qui permettra ensuite un léger apaisement de l'état de la patiente et un investissement progressif du cadre hospitalier.

Différentes activités et quelques sorties accompagnées sont possibles.

Le Juge de Paix confirmera la mesure de protection pour une durée de deux ans lors d'une audience en Chambre du Conseil.

La patiente exprime son souhait de rentrer en Espagne ou de retourner à la rue mais souhaite quitter l'hôpital.

Les thèmes délirants restent omniprésents, la patiente reste persuadée d'avoir voyagé sur Jupiter quand elle travaillait à la Nasa. Elle m'explique entendre ses enfants lui parler à distance. Elle entend difficilement la réalité de sa situation administrative et financière.

A quelques reprises, elle ne revient pas de sorties autorisées et va dormir au SAMU Social ou fréquente le Povorello avant de revenir à l'hôpital, parfois dans des états somatiques inquiétants.

Plusieurs rencontres sont effectuées avec les équipes du SMES, des infirmiers de rue et du SAMU Social. La patiente souffrira également d'une situation administrative extrêmement compliquée et de multiples démarches seront nécessaires avant de pouvoir récupérer une carte d'identité, élément qu'elle vit très difficilement puisque de manière juste et adéquate, elle souligne qu'elle est née en Belgique.

Différents traitements neuroleptiques atypiques sont tentés mais ont peu d'effet sur l'intensité de l'envahissement psychotique de la patiente qui perturbe toujours et très fortement la mise au point d'un projet de sortie et ce malgré le soutien des intervenants ambulatoires et malgré le passage de la patiente en unité ouverte.

Une tentative d'Haloperidol est débutée en juillet 2017 mais semble entraîner plus d'effets secondaires avec un émoussement affectif plus marqué et des problèmes d'hypersalivation.

La patiente accepte finalement en juillet 2017 que l'équipe puisse rencontrer ses frères, ce qui permettra d'avoir un complément d'hétéro-anamnèse bien utile. Lors de cet entretien, la patiente reste très délirante concernant ses enfants qu'elle dit ne pas reconnaître sur les photos présentées par ses frères. L'entretien se passera de manière assez difficile, la patiente estimant que ses frères mentent.

Une simplification de son traitement est ensuite opérée avec mise en place de la Clozapine qui permet une nette amélioration de son état psychotique sans aucun effet secondaire hématologique à déplorer.

Parallèlement à cela, sa situation sociale et administrative se développe doucement et la patiente peut débiter une candidature pour un appartement via housing first.

Concernant les soins somatiques, la patiente reste très opposée à ceux-ci. Elle refuse de revoir un gynécologue et ce en lien avec des idées délirantes. Concernant sa thyroïde, la mise au point biologique et échographique évoque un problème de goitre multinodulaire avec risque de malignité mais la patiente refusera toute investigation complémentaire.

Conclusions diagnostiques :

Schizophrénie paranoïde résistante au traitement.

Disposition et follow-up à la sortie :

La patiente quitte l'hôpital pour investir un nouvel appartement (Housing First).

Mesure de maintien ppm.

Suivi psychiatrique de postcure : Dr Ladha à la Clinique Sainte-Anne Saint-Remi (prochain rendez-vous le vendredi 31/8 à 13h).

Accompagnement au domicile par la CSD et par l'équipe des infirmiers de rue.

Traitement médicamenteux prescrit à la sortie :

	MATIN	MIDI	SOIR	COUCHER	SI NECESSAIRE
Lorazepam 2,5 mg	–	–	–	1	–
Kemadrin 5 mg	1	–	–	1	–
Dominal 80 mg	–	–	–	1/2	–
Clozapine 100 mg	1	–	–	2	–
Atronaz spray	1	–	–	1	–
Abilify 30 mg	1	–	–	–	–

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, je vous prie d'agréer, Cher Confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

Docteur K. LADHA