



## Institut de Psychiatrie et de Psychologie Médicale

**LELEUX DOMINIQUE**  
CITY CLINIC - AVENUE LOUISE 235B  
1050 BRUXELLES

Bruxelles, le 28/03/2017  
Dr DK

**Chef de Service**  
**PROF C. KORNREICH**

Nos références (ADH)

**RAPPORT CONFIDENTIEL**

**U74 " PSYCHOSES "**

☎ 02/477.27.50/51  
FAX 02/477.21.62

**RAPPORT D'HOSPITALISATION**

Numéro patient : 200548006  
Concerne : Monsieur **MESSARI MOHAMED SAID**  
Date de naissance : le 28/04/1964  
Séjour : 250870719 du 19/01 au 28/01/2017  
250877580 du 28/01 au 27/02/2017

**Médecins Responsables**  
*Dr G. STEEGEN*

**Assistants**  
*Dr O. THEUERKAUFF*  
*Dr N. CAPELLE-RASIA*  
*Dr H. ROLIN*

**Infirmière chef de salle**  
*Mme A. ROLAND*

**Psychologue**  
*Mr J. C. LE FEBVRE*

**Service social**  
☎ 02/477.27.54  
*Mme A. MOEREMANS*

**Mises en Observation**  
☎ 02/477.27.05  
☎ 02/477.22.35

*Mme M. CHAVANON*  
*et*

**Motif d'admission :**

Mise en observation urgente à partir de St-Pierre.

**Affection actuelle :**

Le patient s'est tailladé au niveau du bras gauche et le SAMU social a appelé 2 fois l'ambulance pour qu'il soit pris en charge à l'hôpital Paul Brien mais le patient a 2 fois signé une décharge. Le psychologue du SAMU a alors demandé une expertise au procureur car Mr Messari avait déjà plusieurs antécédents de mise en observation et un diagnostic de trouble psychotique.

A Saint-Pierre, Mr Messari fait part d'envie suicidaire importante, parle de grève de la faim pour mourir plus vite, se sent persécuté par les gens du SAMU. Il devient ensuite très agressif, voulant partir par tous les moyens, devient très agité et hurle.

Lors de son arrivé dans notre service, il est très agité, refuse la discussion et veut partir absolument. Il recevra une injection de Clopixol acutard et de DHB, il sera enfermé en chambre. Un entretien l'après-midi ne sera pas faisable.

### **Examen mental à l'admission :**

Pas de possibilité de faire un examen mental convenable lors des premiers jours de l'hospitalisation tant le patient est non collaborant.

Examen mental à St-Pierre lors de l'expertise :

Bien orienté dans le temps et l'espace, agressivité verbale et physique, insultant, menaçant, hygiène déplorable.

Agitation psychomotrice importante.

Humeur neutre, idées noires et suicidaires actives : parle de faire une grève de la faim pour en finir.

Discours assez déstructuré avec éléments paranoïdes, délire de persécution.

Pas d'attitude d'écoute, pas de soliloque, pas d'hallucinations auditives, visuelles ou olfactives.

Mémoire assez détériorée.

Sommeil perturbé avec anxiété probable.

Perte d'appétit.

Abus de substance procurée en rue.

Aboulie probable, négligence et isolation sociale.

### **Antécédents personnels psychiatriques :**

#### **Suivis :**

Médecin traitant : Dr Nemry, entr'aides des marolles.

Psychiatrique : Dr Leleux

Institution de référence : Samu social, Infirmier des rues

Administration de biens : maître Quackels

#### **Hospitalisations :**

8 séjours en prison entre ses 15 et ses 30 ans pour détention et revente de stupéfiant.

St-Jean 08/04/2008-27/05/2008 : sorti contre avis médical.

MEO Fond-Roy 2009-2010 (réintégration de maintien de 11/02-01/04/10 et 09/04-08/09/2010).

Résidence Leila et résidence Massimo entre mars 2010 et avril 2014.

Hospitalisation à Van Gogh avril 2015- février 2016 : MEO et passage en service somatique pour mise au point.

MSP Schweitzer en juin 2016 : fugue après 2 semaines.

Sanatia 18/11/16-21/11/16

#### **Tentatives de suicide :**

Multiples tentatives de suicides par vénisection.



### Assuétudes :

- Tabac : Consommation importante.
- Alcool : consommation importante, dose exacte non objectivable.
- Cannabis : consommation régulière.
- Autres drogues : Ancien toxicomane : cocaïne et héroïne, aurait arrêté il y a 8 ans mais CAP retrouvé positif à la cocaïne lors de l'hospitalisation.

### Traitements antérieurs :

Multiples tentatives de traitement par divers neuroleptique per os et dépôt (Abilify, Invega, Risperdal consta, Xeplion...).

### Examen physique à l'admission :

Patient somnolent, normocoloré, normohydraté, eupneique au repos.

Présence angiome stellaire.

Tête et cou : jugulaire non turgescence, pas d'adénopathie palpée, carotide palpée/non soufflante, pas de thyroïde palpée.

Cœur/poumons : B1B2 régulier, MVS pas de BA

Abdomen : souple, dépressible, indolore, péristaltisme présent, pas d'hépatosplénomégalie.

Membres : OMI -/-, mollets souples, indolores.

Neuro : nerfs crâniens sans particularité, pupille isocore et réactive, pas de déficit sensitivomoteur.

### Antécédents personnels somatiques :

Dernière hospitalisation somatique à Brugmann du 19/09/2016 au 03/10/2016, conclusion :

- Pancytopenie fluctuante avec signe de dysplasie médullaire et myelofibrose
- Encéphalopathie ammoniacale sur cirrhose hépatique (Child-Pugh stade B) dans un contexte d'éthylisme chronique et d'Hépatite C. Refus de gastroscopie et colonoscopie par le patient.
- Antécédent de fracture déplacée de la tête humérale gauche, attitude conservatrice vu les autres comorbidités et la non compliance du patient.
- Notion de crise d'épilepsie sans suivi ni traitement, EEG sans activité épileptiforme actuellement.

### Traitement à domicile :

Traitement prescrit mais non pris par le patient vu incompliance ++

Diazepam 10 mg 3x/j

Zyprexa VT 10 mg le soir

Pantomed 40 mg le matin

Temesta exp 2.5 au coucher

Duphalac 15 ml 3/j

Bifiteral  
Etumine 40 mg 2x/j  
Aldactone 100 mg ½ 1x/j  
Tribvit 1cp/j  
Benerva 300mg 1x/j  
Tradonal 50mg si nécessaire  
Inderal 10 mg 2x/j

### **Éléments biographiques et mode de vie :**

Monsieur Messari est SDF depuis des années et oscille entre prise en charge par des centres d'hébergement non agréés et des hospitalisations dont il part contre avis médical. Il met en échec tous les projets qui lui sont proposés et bénéficie déjà d'un large réseau de soins : psychiatre, médecin traitant, administrateurs de bien, SAMU social et ASBL Infirmiers des rues qui s'occupe de son cas depuis 2009.

Il a fait plusieurs séjours en prison dans sa jeunesse pour détention et revente de stupéfiant. Il a un passé de toxicomanie, aurait arrêté depuis des années mais suspicion de consommation persistante.

Sa mère est toujours en vie et une partie de sa famille vit au Maroc. Il a 8 frères et sœurs, il était le premier garçon de sa famille après 4 filles.

### **Examens complémentaires :**

**Biologie :** pancytopenie connue, altération des tests hépatiques, ammoniémie 280

#### **Virologies et sérologies :**

- Syphilis : négatif
- Hépatite B : négatif
- Hépatite C : positif
- HIV : négatif

**CAP à l'admission :** positif pour le cannabis et la cocaïne.

**EEG :** protocole en attente

**Avis médecine interne :** OGD et radio thorax ainsi que avis gastro et hémato suggéré par le Dr. Ferreira, le patient refusera tous les soins somatiques proposés ainsi que le fibroscanner prévu à l'hôpital St-Pierre le 21/02/17

### **Évolution en salle :**

Le patient sera extrêmement non collaborant et agressif avant de voir le juge, pas d'entretiens structurés possibles avant l'audience. Le patient devra être injecté plusieurs fois vu son agitation et son agressivité importante. Vu l'impossibilité d'une bonne évaluation psychiatrique avant l'audience et les multiples rapports faisant mention d'une schizophrénie



paranoïde ou d'un trouble schizo-affect, les 40 jours seront demandés et accordés à l'audience.

Par la suite, le patient restera très non collaborant, fumant dans les couloirs et fuguant de l'unité de multiple fois. Il commettra des vols dans les chambres des autres patients, il sera contrôlé positif à la cocaïne et du matériel de consommation de cocaïne sera retrouvé dans sa chambre par le nursing. Son comportement s'aggravera et des urines et des selles seront retrouvées sur le sol de sa chambre.

Durant tout ce temps, aucun élément psychotique ne sera observé, il ne soliloquera jamais, ne rapporte pas d'hallucinations ni n'aura l'air halluciné, il ne sera jamais délirant.

Il demande pour la première fois un entretien le 06/02, il expliquera qu'il a eu des hallucinations par le passé mais plus actuellement, il dit qu'il a l'habitude de se couper quand ça ne va pas, nie uriner et aller à selle dans sa chambre mais avouera consommer et voler afin de se faire mettre à la porte, dans un raisonnement plutôt logique. Les jours d'après, l'état somatique du patient semble se détériorer, il est somnolent, modérément réactif et est dans une posture très affaissée.

L'équipe se penchera sur son cas lors d'une intervision et conclura que le problème semble vraiment principalement somatique et que l'obligation de soins sous la loi du 26/06/1990 ne prévoit pas de forcer des soins somatiques. Aucun élément psychotique n'a été relevé par l'équipe à ce moment, il est décidé d'arrêter le traitement par neuroleptiques et de donner une cure de L-Carnitine à l'essai.

Un entretien de réseau avec l'équipe d'infirmier des rues aura lieu, ramenant principalement des éléments en faveur de trouble de la personnalité (colère, passage à l'acte auto-agressif et tentatives de suicide).

Suite au manque d'élément en faveur d'un trouble psychotique, une mesure de maintien ne sera demandée.

Suite à l'arrêt du Zyprexa et le sevrage progressif de Temesta, le patient semble aller beaucoup mieux, il est plus dans la communication, et retrouve plus d'énergie.

Une confusion et des troubles cognitifs liés à ces problèmes somatiques sont vraiment à l'avant-plan et il sera décidé d'aider Maître Quackels pour que Mr Messari bénéficie d'une administration de la personne.

Vers la fin de l'hospitalisation, Mr Messari semble aller beaucoup mieux et peut même se montrer charmant et poli, des sorties lui seront octroyées qu'il respectera.

Enfin dans les derniers jours, il refusera à nouveau tout son traitement et se montrera à nouveau très revendicateur de sortir, il sera mis au courant des démarches entreprises pour l'administration de personne.

Il partira pour une sortie courte le jour où sa mesure prend fin et ne reviendra pas, nous empêchant de réaliser un entretien de clôture et de lui donner des prescriptions.

### **Conclusions :**

Patient de 52 ans mis en observation suite à une tentative de suicide par vénisection pour laquelle il refusera des soins.

L'équipe ne remarquera aucun élément psychotique tout au long de l'hospitalisation, allant à l'encontre des diagnostics posés lors des autres hospitalisations.

Le patient semble présenter à l'avant plan un trouble de la personnalité de type cluster B, principalement d'ordre antisocial et borderline ainsi que des troubles cognitifs importants liés à son état somatique non traité.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions de croire, Cher Confrère, en l'expression de notre considération confraternelle la meilleure.

Dr KETTLEWELL DONATELLA  
Candidate-résidente

Dr G. STEEGEN  
Chef de clinique adjointe

Pour toute modification concernant vos coordonnées, votre mode d'envoi et/ou pour tout problème/remarque relatif aux courriers médicaux, contactez-nous à: [courriermedical@chu-brugmann.be](mailto:courriermedical@chu-brugmann.be)