Nom du patient : Xxxxxx Xxxx

N° du dossier :

Externe responsable : Xxxxxxx Xxxxxx

Médecin traitant : Dr Xxxxxx

IDENTITE:

Il s'agit de Mr Xxxxxx Xxxx âgé de xx ans, x^{ème} d'une fratrie de x (xgarçons et xfilles), originaire et résidant à Casa, célibataire de bas niveau socio-économique, actuellement au chômage. Son père xxans, ouvrier à xxxxxxx, sa mère xxans, femme au foyer.

MOTIF D'HOSPITALISATION :

Sur demande de la famille, Dr xxxxxx avait adressé le patient au C.P.U. pour rechute de schizophrénie dysthymique.

ANTECEDENTS :

+Personnels :

- Médicaux : xhospitalisations au C.H.U. Ibn Rochd Pour RAA en xxxx et xxxx.
- Chirurgicaux : R.A.S.
- Toxiques : Tabagique chronique depuis xxxx (xpaquet/j).
Alcoolique depuis xxxx de façon occasionnelle.
Cannabis : (x à x joints/j) de façon occasionnelle de depuis xxxx.
xantécédents de prise de cocaïne et de psychotrope.
- Psychiatriques : xHospitalisations au C.P.U. pour schizophrénie dysthymique :

+xx/xxxx (xmois).
+xx/xxxx (xmois).
+xx/xxxx (xmois¹/₂).

-Juridiques : R.A.S.

+Familiaux :

-Médicaux : Mère asthmatique.

-Psychiatrique : Sœur suicidée en xx/xxxx par intoxication au Takaout suite à une maladie mentale.

BIOGRAPHIE:

(Recueillie auprès du malade et de sa mère)

Xxxxxx Xxxx est né le xx/xx/xxxx d'une grossesse désirée non suivie, menée à terme, accouchement par voie basse à domicile sans incident, avec un bon développement psychomoteur et une circoncision à l'âge de xans.

En xxxx, Xxxxxx rejoint l'école publique. Sa scolarité au primaire s'est bien déroulée, par contre au secondaire il refait la x^{ème} et x^{ème} AS (plus par manque de concentration que pas par paresse), puis, finit par arrêter ses études avec un niveau de x^{ème} AS. Aux dires de sa mère, cet arrêt est dû à un accrochage lors d'un match au lycée : Xxxxxx s'énerma, agressa un ami qui se retrouva à l'hôpital pour une fracture du fémur. Cet accident marqua Xxxxxx qui se culpabilisa et arrêta ses études.

Durant cette période, Xxxxxx noua plusieurs relations d'amitié et de respect avec ses camarades. En même temps, il eut des mauvaises fréquentations, s'adonna aux toxiques et laissa pousser ses cheveux. Il devint irrespectueux envers ses professeurs en particulier une prof de math. Celle-ci le mettait toujours à la porte et le gifla un jour suite à une de ses remarques déplacées.

Devenu pubère à l'âge de xxans, il a eu xans après son premier rapport sexuel et relation amoureuse avec une copine du collègue. Cette relation dura xans, et finit par échouer à cause du changement du caractère du patient et de ses habitudes toxiques. Xxxxxx soutient que malgré ses relations multiples (les filles étaient attirées par son charme), il n'a jamais fréquenté de prostituées. Par ailleurs, le patient prétend que lors d'une de ses aventures, il a été contaminé par un « djinn », source de son actuel trouble.

En xxxx, Xxxxxx décrocha son 1^{er} travail comme « tourneur » dans une fabrique. IL aimait ce qu'il faisait et était respecté par ses supérieurs, vu sa compétence et son sérieux. Mais, xans après, la société commença à réduire son effectif et Xxxxxx perdit son travail.

En xxxx, son frère aîné réussit à lui trouver une place dans une usine de gants où il était ouvrier. Xxxxxx n'y passa que xmois car il ne supportait plus les allergies occasionnées par ce travail.

En xxxx, Xxxxxx trouva son 3^{ème} emploi à l'usine de tricot où sa sœur travaillait. xan après Xxxxxx tenta l'immigration clandestine pour l'Italie et la Belgique mais revint bredouille au Maroc. Il essaya de récupérer son travail à l'usine de tricot, son patron s'y opposa ardemment et Xxxxxx se retrouva ainsi au chômage.

« Un malheur ne vient jamais seul » car, en xx/xxxx, sa sœur préférée xxxxxx se suicida la nuit par intoxication au Takaout suite à une maladie mentale jamais diagnostiquée (Elle était suivie par un généraliste pour dépression).

Au cours de cette période, Xxxxxx passa par des moments de tristesse intense, de dégoût de la vie et de culpabilité. Il souffrit d'insomnie et son comportement devint bizarre : Il s'isolait, se lavait fréquemment, montait et descendait les escaliers sans arrêt.

Son état s'aggrava par l'apparition d'un délire de persécution envers sa mère (Elle ne voulait pas le marier avec sa sœur qui pour lui était sa fiancée) et ses voisins, des hallucinations auditives et visuelles (les photos lui parlaient), des idées de référence (on parlait de son impuissance sexuelle à la télé). Ceci poussa sa mère à l'emmener voir une « chrifa » (médecin traditionnel) mais sans amélioration.

Par la suite Xxxxxx tenta de se suicider à plusieurs reprises (par produits toxiques et strangulation) ce qui a incité ses x hospitalisations. Mais à la sortie, Xxxxxx arrêtait toujours son traitement par maque d'argent.

A noter que durant la x^{ème} hospitalisation, Xxxxxx avait présenté un accès maniaque : à type de logorrhée, tachypsychie avec un délire mégalomane.

PERSONNALITE DU PATIENT ET ENTOURAGE SOCIO-ECONOMIQUE :

Xxxxxx est le x^{ème} d'une fratrie de x dont x garçons. Il était aimé par ses parents et adoré par ses frères et ses sœurs, avec qui il n'a jamais eu de différend.

Dans son enfance, Xxxxxx a eu plusieurs amis qui partageaient avec lui les mêmes passions (le foot et la natation).

A l'âge adulte, il était connu dans sa famille comme étant sérieux, aimable et serviable. Grâce à son charme et sa gentillesse, il était très apprécié par les filles. Dans son travail, ses supérieurs et ses collègues le respectaient, vu sa compétence et sa discipline.

Actuellement, Xxxxxx a peu d'amis et sa relation avec son père est devenue tendue à cause de l'argent dépensé dans ses traitements et ses multiples hospitalisations.

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début de la symptomatologie actuelle remonte à xmois par l'installation progressive d'un sentiment de tristesse intense, de dégoût et d'ennui, mêlé à une importante anhédonie.

Durant cette période, la famille de Xxxxxx traversait des moments de difficulté financière ce qui l'avait incité à passer les vacances d'été à la maison. Xxxxxx se sentait emprisonné, n'avait plus d'argent (il était toujours au chômage) pour sortir avec ses amis.

IL s'isola et son état s'est aggravé : des hallucinations visuelles et auditives s'emparèrent progressivement de sa conscience (des américains tombaient du ciel, et se parlaient entre eux). Celles-ci étaient à l'origine de ses insomnies, et de ses troubles de comportements (agressivité, irritabilité).

Par la suite Xxxxxx trouva refuge chez sa tante où il passa x nuits, avant de la quitter pour errer, jour et nuit dans les rues, en mendiant pour s'acheter des cigarettes.

De retour à la maison, après une fugue de x jours, sa mère l'emmena voir une psychiatre (Dr xxxxxxx) qui l'adressa au C.P.U. pour une prise en charge.

Examen psychiatrique :

Présentation :

- A l'entretien, le patient avait une tenue propre adaptée à son sexe et à son âge
- Une négligence corporelle : une barbe de quelques jours, les cheveux mal coiffés, des ongles longs et sales.
- Une démarche guindée, voire lente, ralentissement psychomoteur.
- Patient syntone, calme, coopérant, mais le contact reste superficiel.
- Pas d'agitation ni stupeur ni catalepsie ni parakinésie ni tics.

Analyse des conduites instinctuelles :

- Patient anorexique, sans conduites alimentaire aberrantes
- Amaigrissement non chiffré.
- Trouble du sommeil type insomnie.
- Pas de troubles sphinctériens ni de troubles du comportement sexuel.

Analyse des conduites sociales :

- Notion de fugue (xjours).
- Idées suicidaires dans les antécédents avec passage à l'acte à x reprises (x par strangulation et x par intoxication).
- Agressivité envers ses proches.

Troubles de la vigilance :

- Patient conscient bien orienté dans le temps et dans l'espace.
- Diminution de la capacité de concentration= Hypoprosopie.

Troubles de la conscience de soi :

- Notion de dépersonnalisation lors de sa x^{ème} hospitalisation, signe du miroir (+)
- Au cours de l'entretien : Je ne suis pas Xxxxxx, je suis Stevie Wonder.

Troubles de l'humeur :

- Patient triste, pessimiste, aime la solitude.

Analyse des fonctions supérieures :

Patient présent un barrage sans *fading*, pas d'agnosie ni d'apraxie, avec une augmentation de la latence des réponses.

☞ *Troubles du cours de la pensée :*

- Le patient présente une bradypsychie, avec un coq à l'âne. Ex : Il parle de son travail, puis soudainement, commence à parler de son djinn.
- Absence de pauvreté de discours qui reste quand même lent et laborieux.

☞ *Troubles du contenu de la pensée :*

- Le patient présente des idées délirantes polythématiques polymorphes :

⇒ Délire de persécution :

Ex : Slimane, un gardien dans son quartier, veut lui voler son djinn.

Sa mère ne veut pas le marier à sa petite sœur qui la considère comme sa fiancée.

⇒ Délire mystique : Il était le frère de dieu.

⇒ Idée de référence : On parlait de lui à la télé.

⇒ Relationnisme morbide : Pour Xxxxxx chaque personne à un djinn qui Le guide vers le bon chemin.

☞ *Troubles des activités perceptives :*

Le patient présente :

- Des hallucinations psychosensorielles auditives et visuelles : Il voit des américains qui tombent du ciel et qui se parlent entre eux.
- Hallucinations psychiques : des idées qui s'imposent à sa pensée.
- Hallucinations synesthésiques : Xxxxxx croit qu'un patient veut le violer.
- Un Syndrome d'automatisme mental : Son djinn le commande et le manipule.

Troubles de la mémoire :

- Le patient souffre d'une amnésie d'évocation.

Troubles de l'expression des affects :

- Le patient présente une ambivalence affective envers sa mère avec négativisme filial envers son père (son vrai père est un français).

EXAMEN PHYSIQUE :

- Patient conscient, conjonctives normalement colorées.
- Apyrétique, eupneïque (xxc/min), normo carde (xxbatt/min), normo tendu (xx/xcmHg).
- Examen neurologique retrouve une force et tonicité musculaires normales.
- Le reste de l'examen somatique est sans particularité.

CONCLUSION :

Il s'agit de Xxxxxx Xxxx, âgé de xxans, célibataire, actuellement sans profession, ayant comme antécédents x hospitalisations au C.P.U. pour schizophrénie dysthymique avec x tentatives de suicide, présentant depuis xmois un Sd dépressif à type de tristesse, anhédonie et isolement et dont l'examen psychiatrique retrouve un Sd dissociatif avec idées délirantes, hallucinations, ambivalence affective et négativisme filial.

DIAGNOSTICS A EVOQUER :

☞ **Schizophrénie dysthymique :**

Devant :

- Psychose d'une durée > 6mois.
- Sd dépressif + ATCD d'accès maniaque.
- Sd dissociatif.
- Périodes intercritiques libres de dissociation.
- ATCD familiaux : Sœur suicidée suite à une maladie mentale.

⇒ **Trouble bipolaire :**

Devant :

- Sd dépressif.
- ATCD d'accès maniaque.
- La périodicité et l'intermittence.

Mais :

- Présence d'un Sd dissociatif.

⇒ **Dépression délirante :**

Devant :

- Sd dépressif.
- Idées délirantes.

Mais :

- Présence d'un Sd dissociatif.

CONDUITE À TENIR :

- Hospitalisation au service ouvert avec mise sous surveillance.
- Faire : NFS, Bilan Hépatique, Cardiovasculaire, Rénal, Sérologie syphilitique.
- Traitement approprié :
 - NOZINAN® 100mg (Neuroleptique sédatif): ½ – 0 – 1½.
 - HALDOL® x2‰ (Neuroleptique Antiproductif) : 40 – 0 – 40.
 - TEGRETOL® 400CR (Régulateur de l'humeur) : 1 – 0 – 2.
 - ANXIOL® 6mg (Anxiolytique): ¼ - ¼ - ½.
- Psychothérapie éducative.

EVOLUTION :

- Xxxxxx semble de plus en plus en amélioration.
- Le patient a bénéficié d'une permission de sortie (xx-xx octobre) qui s'est déroulée sans incident.
- Il ne rapporte plus d'idées suicidaires, mais reste quand même pessimiste à l'avenir (les problèmes d'argent l'accablent). Malgré ceci, Xxxxxx veut guérir, refaire sa vie et fonder une famille.
- Persistance des idées délirantes.

SURVEILLANCE :

- Evolution de la maladie
- Guetter le risque suicidaire.
- La réponse au traitement.
- Rechercher les effets secondaires du traitement : Akatisie, Hypersialorrhée, Ralentissement psychomoteur.
- Contrôler la NFS, Bilan Hépatique, Rénal, Cardiovasculaire.

Pronostic :

➤ Éléments de bon pronostic :

- La forme de la schizophrénie (• déficitaire).
- Amélioration sous traitement.
- Bon fonctionnement entre les prises.
- Le soutien de la famille (en particulier la mère et ses frères et sœurs).

➤ Éléments de mauvais pronostic :

- Conscience partielle de son trouble
- Les antécédents d'hospitalisation.
- L'âge du début de la maladie (début précoce à 20ans).
- Retard du début de la prise en charge (le recours à la médecine traditionnelle).
- Bas niveau socio-économique.