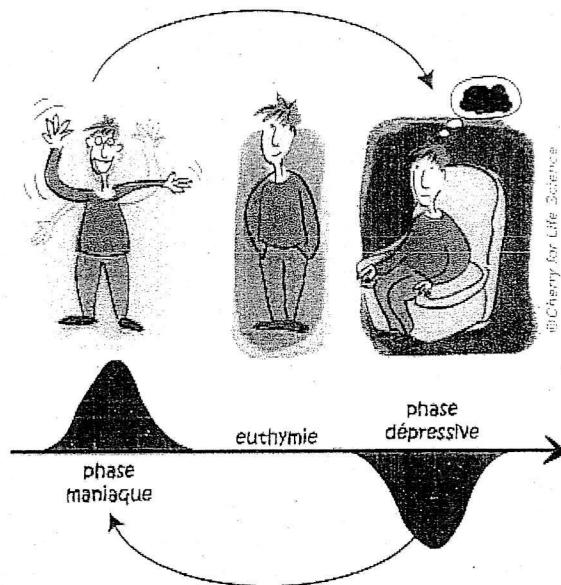


## LES TROUBLES BIPOLAIRES

Autrefois appelé psychose maniaco-dépressive, le trouble bipolaire fait partie des troubles de l'humeur auxquels appartient également la dépression récurrente (ou trouble unipolaire).

C'est une maladie qui dans sa forme la plus typique comporte deux phases : la phase maniaque et la phase dépressive. Entre les deux pôles, la personne qui souffre de maladie bipolaire, retrouve un état normal que l'on appelle « euthymie » ou « normothymie ».



La phase maniaque se définit comme un épisode d'excitation pathologique : le sujet qui en souffre est hyperactif et euphorique, inhabituellement voluble et fait de multiples projets. Il peut présenter divers troubles comportementaux, perdre toute inhibition ou engager des dépenses inconsidérées.

La phase dépressive est en quelque sorte le miroir de la phase maniaque : le sujet présente des signes de grande tristesse, il est ralenti et n'a goût à rien, parfois il veut mourir ; les formes les plus sévères sont qualifiées de « mélancoliques ». Le danger principal de cette maladie est le risque de suicide.

En France, le trouble bipolaire est sous-diagnostiquée. Il faut en moyenne 10 à 12 ans et quatre à cinq médecins différents avant qu'il ne soit nommé. De même, on estime que 40 % des dépressifs sont en réalité des bipolaires qui s'ignorent.

Aujourd'hui, on préfère le terme de trouble bipolaire à celui de psychose maniaco-dépressive. D'une part, parce que les formes cliniques sont en fait très diverses, alors que le terme de psychose maniaco-dépressive laisse penser que seules les formes où alternent des épisodes maniaques et des épisodes dépressifs sont prises en compte. D'autre part, parce que le terme de psychose renvoie à certaines théories explicatives mais correspond mal à l'observation purement descriptive de la maladie : entre les accès, le patient dans la plupart des cas a une vie psychique et sociale tout à fait normale, ce qui est inhabituel dans les cas de maladies psychotiques chroniques.

## La manie



En grec la « manie » est synonyme de « folie ». En français, dans la langue de tous les jours la manie souligne l'excès : mélomane qui aime la musique à l'excès, **maniaque** qui se fixe sur les détails... Au sens psychiatrique l'accès maniaque se caractérise par un **état d'excitation psychique et motrice avec exaltation de l'humeur et mégalomanie**. L'accès maniaque survient de manière **brusque** mais peut être précédé d'une phase d'intensité modérée qu'on appelle « **hypomanie** ».

On n'identifie pas toujours de facteurs favorisant l'éclosion d'un tel accès. Si l'on retrouve parfois des **éléments stressants** comme des chocs émotionnels, des conflits affectifs, des affections somatiques ou des deuils dans les jours ou les semaines précédent son apparition, ces éléments peuvent n'être considérés en fait que comme de simples catalyseurs chez des individus présentant déjà une certaine vulnérabilité.

Loïc travaille dans un journal quotidien célèbre où il est responsable de la rubrique d'annonces immobilières. Il a 37 ans, il est marié et père de trois petites filles âgées de 7 à 12 ans. Plus jeune, pendant ses études, Loïc a fait une dépression sévère et deux tentatives de suicide graves. Il a été bien traité et il a engagé rapidement une psychothérapie qui a duré plusieurs années. Il y a eu d'autres épisodes dépressifs mais toujours traité à temps.

Loïc est arrivé dans un service d'accueil et de crise en SDRE accompagné par les pompiers et la police. Il était en garde à vue dans la gendarmerie voisine après qu'il ce soit introduit par effraction dans la maison d'une voisine, qu'il ce soit entièrement dénudé dans son salon et attendu patiemment le retour de celle-ci. A son arrivée, la voisine effrayée a appelé les gendarmes.

A la gendarmerie Loïc n'explique rien. Il fait sans cesse des jeux de mots, saute du coq à l'âne. Il ne tient pas en place et doit être menotté à un banc fixe pour l'empêcher de se déshabiller à nouveau. Il hurle qu'il ne faut pas avoir honte de la nature et qu'il voulait qu'on le voie comme sa mère l'avait fait... Il transpire beaucoup, récite des poèmes et chante à tue tête. Les gendarmes décontenancés font appel à un psychiatre qui initie une demande de SDRE.

Dans le service, Loïc refuse le traitement proposé, menace les infirmiers de ses « superpouvoirs ». On doit se mettre à 4 pour lui faire l'injection de Loxapac® prescrite.

Le comportement de Loïc ne cesse pas et il sera mis en chambre d'isolement : il continue à s'exhiber et fait sur un ton très ludique des propositions douteuses au personnel soignant, psychiatre compris.

Son épouse dit que c'est la première fois qu'elle le voit ainsi, qu'il a dans la semaine qui a précédé son hospitalisation joué la quasi-totalité de leurs économies au Loto et qu'il a fait passé dans le journal ou il travaille une petite annonce pour sa propre maison,

« bradant » celle-ci à un prix bien inférieur à celui du marché. Elle avait bien remarqué des changements depuis l'instauration d'un nouveau traitement antidépresseur (Loïc se disait épuisé par son travail). Il dormait peu et semblait avoir une libido inhabituelle.

Loïc est mis sous Depamide® et Immovane®. Il est surveillé par les soignants en permanence. Son humeur va redevenir rapidement triste. Loïc exprimant une grande culpabilité à l'évocation des actes qu'il a commis.

Son hospitalisation va durer 3 mois, le SDRE sera maintenu à sa sortie avec un suivi obligatoire au CMP.

# TROUBLES DEPRESSIFS

« La dépression se manifeste par une humeur triste, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse de l'énergie. Les autres symptômes sont une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, une culpabilité injustifiée, des idées de mort et de suicide, des difficultés à se concentrer, des troubles du sommeil et une perte d'appétit. La dépression peut aussi s'accompagner de symptômes somatiques. ».OMS, 2001.

- Ces troubles ont des conséquences sur la vie affective, familiale, professionnelle et sociale.
- En France, la prévalence annuelle des épisodes dépressifs est estimée à 8 % chez les 18-75 ans (soit 4 800 000 personnes).
- Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes.
- Le risque suicidaire est fortement associé aux troubles dépressifs : 15 à 20 % des personnes dépressives chroniques mettent fin à leurs jours.

## Symptômes majeurs :

- humeur dépressive, tristesse, perte d'intérêt ;
- fatigue ou perte d'énergie ;
- trouble de l'appétit (avec perte ou prise de poids) ;
- troubles du sommeil (perte ou augmentation) ;
- ralentissement ou agitation psychomotrice ;
- sentiment d'infériorité, perte de l'estime de soi ;
- sentiment de culpabilité inappropriée ;
- difficultés de concentration ;
- idées noires, pensées de mort, comportement suicidaire.

On classe les épisodes dépressifs selon la durée, la sévérité et la nature des symptômes.

## Episode dépressif léger

Au moins 2 des 3 symptômes suivants, présents pratiquement toute la journée et presque tous les jours, non influencés par les circonstances et durant au moins deux semaines :

- humeur dépressive à un degré nettement anormal pour la personne ;
- perte de l'intérêt et du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

A cela s'ajoutent au moins un ou deux des symptômes listés ci-dessus (donc en tout, un minimum de 4 symptômes pour atteindre le niveau du diagnostic). Aucun des symptômes n'est sévère. Ce type d'épisode peut s'accompagner de détresse et de difficultés pour mener à bien les activités sociales et professionnelles.

## Episode dépressif moyen

Au moins 6 symptômes dépressifs listés ci-dessus. Plusieurs de ces symptômes ont une intensité sévère et la personne a des difficultés importantes pour mener à bien ses activités professionnelles, sociales ou familiales.

## Episode dépressif sévère

Au moins 8 symptômes dépressifs. La personne est incapable de poursuivre l'ensemble de ses activités habituelles. Peut être associé à des symptômes psychotiques (idées délirantes d'indignité, de maladie physique ou de désastre imminent, hallucinations auditives de dérision ou de condamnation) au maximum une stupeur dépressive. Les symptômes psychotiques augmentent le risque suicidaire et le risque de récidives dépressives.

## Troubles dépressifs récurrents

On parle de troubles récurrents lorsque plusieurs épisodes dépressifs surviennent en l'absence d'épisodes distincts d'excitation. Chaque épisode a une durée moyenne d'environ six mois à un an.

## Dépression et risque suicidaire

Il est important de savoir que :

- Les personnes suicidaires ne veulent pas nécessairement mourir, mais souhaitent avant tout mettre fin à une souffrance devenue insupportable ;
- La majorité des personnes ayant des idées de suicide ne feront pas de tentative.

La dépression est la première cause de suicide : 70 % des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent non diagnostiquée ou non traitée.

Entre 15 et 20 % des personnes souffrant de trouble dépressif caractérisé commettent un suicide. Le taux annuel de suicide est environ 4 fois plus élevé chez les personnes souffrant de trouble dépressif que chez les personnes atteintes d'un autre trouble psychique. Ce taux est environ 30 fois plus élevé que dans la population générale.

Madame M. est admise aux urgences de l'hôpital Cochin après une tentative de suicide par IMV. Elle bénéficie des soins somatiques nécessaires puis une consultation de psychiatrie est demandée. Madame M. n'a pas d'antécédent suicidaire, elle a 33 ans, travaille dans une grande surface et elle est mère célibataire d'une petite fille de trois ans.

Elle met en lien son geste avec une rupture sentimentale d'un homme qui n'est pas le père de son enfant (père dont elle n'a plus aucune nouvelle) et avec qui elle ne vivait pas.

Elle dit que depuis l'annonce de cette décision, elle se réveille plusieurs fois dans la nuit, qu'elle a doublé sa consommation de tabac, qu'elle a moins d'appétit, qu'elle a de plus en plus de mal à s'occuper de sa fille et à accomplir son travail. Elle a d'ailleurs été rappelée à l'ordre à plusieurs reprises par son chef de service.

Elle dit que sa propre mère aurait pu s'occuper de sa fille bien mieux qu'elle et que la prochaine fois elle ne se raterait pas. Et que de plus elle sait exactement où et comment elle va le faire.

La maman de la patiente, interrogée dit que depuis quelques temps elle ne reconnaît plus sa fille : celle-ci était sérieuse et très impliquée dans l'éducation de son enfant. Depuis plusieurs mois elle sort plus le soir en lui confiant sa fille. Elle a l'impression qu'elle s'est mise aussi à boire plus que de raison et sans en avoir la preuve elle se demande si elle ne fume pas du cannabis. Elle pense que son « copain » avait une très mauvaise influence sur elle.

La patiente va tenter de quitter les urgences sans autorisation. Ratrappée in extremis par l'équipe elle refuse à partir de ce moment là de communiquer et se contente de dire « je suis libre de faire ce que je veux »

En accord avec la mère une hospitalisation en SPDT est demandée. La patiente sera accompagnée jusqu'à l'hôpital St Anne.

IMV

## LA BOUFFEE DELIRANTE

La « bouffée délirante aiguë » est également appelée « trouble psychotique bref » ou « trouble psychotique aigu et transitoire ».

La « bouffée délirante aiguë » est caractérisée par l'apparition brutale d'un **épisode de délire, résolutif en moins d'un mois**. Cette bouffée peut durer quelques heures, quelques jours ou quelques semaines. Il s'agit donc d'un épisode de délire qui survient **brusquement chez une personne n'ayant jamais manifesté auparavant de problème psychique** de ce type. La personne atteinte **n'a pas conscience** qu'elle délire et elle ne manifeste **aucun recul** par rapport à ses pensées et à son discours décousus. Les **hallucinations sensorielles** sont fréquentes. Sa perception de la réalité est modifiée, le fonctionnement de son esprit est profondément bouleversé et ses relations avec le monde extérieur sont très perturbées. Touchant **plus particulièrement les adolescents et les adultes jeunes**, la **bouffée délirante aigu est souvent spectaculaire et doit absolument être prise en charge en urgence dans un service hospitalier de psychiatrie**.

### FACTEURS DECLENCHEUR :

La bouffée délirante aiguë arrive dans la plupart du temps **chez des personnes fragiles psychologiquement et mal adaptées** sur le plan social et/ou professionnel, qui vont décompenser de façon brutale par un « délire hallucinatoire ».

Dans la plupart des cas, il existe un **facteur déclenchant identifiable** dont la survenue apparaît comme « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ».

Parmi ces facteurs, on trouve des **chocs émotionnels** : deuil, échec professionnel ou scolaire, séparation conjugale, accident, accouchement, surmenage. Mais également la **prise de toxiques** comme l'alcool, les drogues (LSD, cocaïne, amphétamines..) ou de **médicaments** (antidépresseurs, corticoïdes, antituberculeux..).

### SIGNES DE LA BOUFFEE DELIRANTE :

Avant de se déclencher, la bouffée délirante aigue est précédée de signes annonciateurs que l'on appelle des « **prodromes** ». Souvent anodins, ces prodromes apparaissent 3 à 4 jours avant la crise mais passent souvent inaperçus : troubles du sommeil, anxiété ou bizarries du comportement.

Le début de la bouffée délirante est généralement très brutal et caractérisé par une **rupture franche avec l'état antérieur** de la personne que l'on compare à « un coup de tonnerre dans un ciel serein ».

Le signe majeur est la **survenue d'idées délirantes soutenues par des hallucinations psychosensorielles** », riches et multiples. La personne va se mettre à voir, entendre ou ressentir des choses qui n'existent pas et avoir des **idées totalement désorganisées, incohérentes et récurrentes** sur plusieurs thèmes : mystique, messianique, onirique, sexuel, mégalomaniaque, paranoïaque ou de persécution.

Ces situations sont **vécues comme si elles existaient vraiment** avec parfois une **totale dépersonnalisation** avec une impression de n'être plus soi-même, ce qui rend la personne difficilement raisonnable et contrôlable. Des voix intérieures dictent à la personne ce qu'elle doit faire conduisant parfois à des **événements médico-légaux** comme une fugue, une agression ou même un viol.

Le sujet se sent épié et est persuadé qu'on lit dans ses pensées. Le discours est confus, souvent rapide avec un débit impressionnant de mots et un niveau d'excitation élevé.

Spontanément, cet état peut durer plusieurs semaines mais moins d'un mois.

Jérôme a 22 ans et il vient juste d'avoir son DE d'infirmier. Avec sa compagne, Liliane, également infirmière, ils décident de quitter la région de Jérôme pour s'installer dans la région de Liliane. Ils louent un camion y mettent toutes leurs affaires et prennent la route. Sur le chemin le camion prend feu et ils perdent tous ce qu'ils possédaient.

Accueillis dans la famille de Liliane Jérôme commence à présenter des comportements étranges. Il paraît excité, reste des heures sur internet, il est irritable passe des appels téléphoniques très étonnantes. Liliane inquiète lui propose de rencontrer un médecin ce qu'il refuse. Au bout de quelques jours on livre une multitude de choses à leur domicile : 5 faxes, 2 Smartphones, 2 ordinateurs mais aussi de nombreux vêtements, chaussures et parfums pour homme. Interrogé Jérôme ne veut rien expliquer. Dans l'après midi il revient avec un énorme Break d'une marque allemande et le soir même avec une moto de grosse cylindrée. Son discours est de plus en plus confus, il semble épuisé (il dort pratiquement plus), et reste insensible à toute tentative de retour à la « raison ». Alarmée, Liliane fait appel aux services d'urgence, un SPDT va être fait et Jérôme sera hospitalisé dans une unité fermée de psychiatrie.

A son arrivée dans le service, Jérôme joue sur le fait qu'il est infirmier et demande des explications interminables sur les motifs de cette contrainte et sur les traitements prescrits. Il finit par accepter une injection de Tercian®. Il dormira pendant 24h.

A son réveil il veut téléphoner à François (on comprendra qu'il parle de François Hollande). Il demande sa sortie disant avoir une mission pour la DGSE, confidentielle bien sur mais d'une très grande importance. Il est cependant très proche de l'équipe qu'il ne lâchera jamais et semble avoir très peur des autres patients. Le médecin prescrit du Risperdal® et une poursuite du Tercian®. Au bout de 5 jours Jérôme va commencer à critiquer ce qui est arrivé. Il dit ne rien comprendre à son état.

Dix jours après son entrée il sort. Va bénéficier pendant 6 mois d'un suivi au CMP qui se terminera : le médecin estimant qu'il n'y avait plus de problème.

Il va se marier avec Liliane. Avoir deux enfants. Au bout de quelques années ils ouvriront ensemble un cabinet de soins à domicile qui fonctionne parfaitement bien.

# La névrose hystérique

## Définition :

L'hystérie est une affection aux manifestations cliniques polymorphes et réversibles, caractérisée par l'expression symbolique de conflits psychiques inconscients sous forme de symptômes corporels et/ou psychiques variés, paroxystiques ou plus ou moins durables.

La personnalité de l'hystérique est caractérisé par :

- La psychoplasticité : son psychisme est modulable, influençable.
- La suggestibilité.
- La formation imaginaire de son personnage : imagination très productive.
- En modifiant l'environnement, on modifie le symptôme.

## Symptômes cliniques somatiques

- Crise épileptoïde de Charcot: douleur génitale suivie de troubles visuels puis d'un malaise non brutal qui se termine par des contorsions désordonnées.
- Crise convulsive : ressemble à une épilepsie à déclenchement émotionnel et non brutal.
- Pseudo-coma : perte de connaissance prolongée.
- Trouble moteur : paralysie, contracture.
- Astasie-abasie : vertige puis incapacité de se tenir debout et de marcher.
- Trouble sensitif et algie: anesthésie, hyperesthésie, céphalée, spasme, dysphagie, dyspepsie.
- Trouble sensoriel : aphonie, mutisme, surdité, cécité, brouillard visuel.
- Crise syncopale : sueur, palpitation, perte de connaissance.

## Symptômes cliniques psychiques

- Amnésie.
- Illusion de mémoire.
- Inhibition intellectuelle : la personne semble être limitée mais est intelligente.
- Somnambulisme.
- Fugue amnésique.
- Personnalité alternante : double, triple, quadruple : vie parallèle.
- Hystérie de conversion : conflit intrapsychique qui se transforme en symptôme physique.

## Formes cliniques

### Forme mono-symptomatique

Il en existe trois formes différentes :

- Forme brève.
- Persistance chronique des symptômes.
- Forme à évolution périodique : les symptômes apparaissent puis disparaissent.

### Forme poly-symptomatique

- Les symptômes persistent avec de nombreuses conversions.

Evolution : L'évolution est tout à fait imprévisible puisqu'il dépend de la personnalité et du type de manifestation. Les formes évoluées ont un pronostic très peu favorable. Toutefois, on peut guérir de la névrose hystérique car on peut faire disparaître l'ensemble des symptômes qui entravent la vie de relation et la souffrance enregistrée par ces symptômes.

Melle G. a 27 ans elle est accompagnée aux urgences par son compagnon car depuis 2 jours elle n'arrive plus à marcher et son élocution est devenue quasiment incompréhensible.

Il n'y a aucun antécédent somatique significatif si ce n'est la régularité de boule dans la gorge, de troubles visuels, de douleurs ovariennes et de palpitations sans cause identifiée. Melle G. va bénéficier d'un ensemble d'examens biologiques et radiologiques qui ne montreront strictement rien d'anormal.

L'équipe de psychiatrie est mobilisée. Lors du premier entretien avec l'IDE, Melle G. évoque des doutes sur la fidélité de son compagnon, demande à ne plus le voir mais exige que ses parents ainsi que son frère soient appelés. Ceux-ci seront dans les lieux une heure après.

Ils rencontrent d'abord le psychiatre et l'infirmier. Ils évoquent une enfance heureuse, une scolarité dans la bonne moyenne. Melle G. à partir de l'adolescence devient un peu plus difficile. Elle a des exigences pour ses tenues vestimentaires : elle veut toujours apparaître en se distinguant des autres. Elle a parfois, lorsque des situations inhabituelles se présentent, des réactions disproportionnées, soit de grande tristesse avec des cris et des pleurs bruyants et longs soit une exaltation joyeuse sans aucune proportion avec l'événement. Le frère, contre l'avis des parents, qui ne voulaient pas évoquer le sujet, raconte qu'à plusieurs reprises sa sœur avait des « crises » où elle se contorsionnait, semblant perdre le contact avec le monde extérieur et se battre contre des « êtres » invisibles. A demi mot et sous le regard réprobateur de sa mère et de son père il laisse entendre que jusqu'à ce qu'elle soit en couple elle collectionnait les aventures semblant ne jamais être satisfaite.

Le psychiatre invite les parents à rentrer chez eux sans rencontrer la patiente, à ne pas téléphoner à leur fille et à attendre le feu vert pour revenir. Il demande à l'équipe des urgentistes une hospitalisation aux lits porte.

Le médecin rencontre la patiente, il lui annonce que ses parents sont repartis. La patiente exprime alors un énervement ou d'ailleurs elle retrouve parfaitement son élocution. Elle gesticule dans son lit et se lamente en faisant des grimaces et en bavant. Puis soudain elle se fige dans une posture hypertonique inconfortable, ses yeux sont ouverts, elle ne dit plus un mot. Le psychiatre décide de prescrire du traxéne® IV et de laisser la patiente seule.

Pendant ce temps le compagnon aura confié à l'équipe son intention de la quitter : « elle me rend la vie impossible ».

Au bout de quelques heures on retrouve la patiente assise au bord de son lit. Invitée à essayer de marcher, elle y arrive sans grande difficulté. Elle est accompagnée jusque dans le bureau du psychiatre. Elle dit ne pas comprendre qu'on ne retrouve rien pour son problème de marche et elle soupçonne d'ailleurs une tumeur au cerveau qu'on n'aurait pas vue. Elle dit (en pleurant) au psychiatre qu'elle veut retourner chez ses parents car il n'y a qu'eux qui la comprennent et ne semble en rien affectée par la décision de son compagnon.

Elle ne veut pas d'arrêt de travail, veut reprendre de suite son métier d'animatrice commerciale et aller voir des médecins compétents.

Le psychiatre consent à la sortie, sans prescription médicamenteuse mais après avoir pris avec elle un rendez vous dans son CMP de secteur.

La patiente sort environ 30 heures après son arrivée.

# SCHIZOPHRENIE

- Touche 1% de la population soit 600 000 personnes en France.
- Impact important sur l'adaptation sociale et entraîne une grande souffrance chez le patient et son entourage.

## SYMPTOMES :

- Dissociation :
  - Discours illogique, difficile à suivre
  - Expression émotionnelle sans rapport avec la situation
  - Contact froid
  - Présence simultanée de sentiments contraires (ambivalence affective)
  - Bizarrie
  - Rires immotivés
  - Conduite étrange
  - ...
- Délire et symptômes positifs
  - Perception erronée de la réalité : le patient VOIT, ENTEND, SENT, RESSENT des choses qui n'existent pas.
  - On ne peut pas le convaincre du contraire
  - Ce délire est flou, mal structuré, non systématisé (les idées délirantes n'ont pas de lien entre elles).
  - Il repose souvent sur des hallucinations acoustico-verbales (entendre des voix) et intrapsychiques avec automatisme mental (impression que la pensée est devinée, commentée ou volée, que des actes ou des pensées sont imposés).  
*Souvent les hallucinations sont repérées indirectement : attitudes d'écoute, suspension de la parole, expression de peur ou de surprise, soliloque (la personne converse avec elle-même à haute voix).*
  - D'autres mécanismes délirants (intuition, illusion, interprétation, imagination) peuvent être présents.

Les thèmes délirants sont souvent récurrents pour une personne donnée. Ils peuvent être persécutifs, mystiques, mégalomaniaques, d'influence (conviction d'être sous l'emprise d'une force extérieure), hypocondriaques, de référence (la personne attribue à l'environnement une signification particulière ayant trait à elle-même : les émissions de télévision, de radio ou Internet s'adressent à elle par exemple) ou de transformation corporelle. La personne est souvent réticente à exprimer ses convictions délirantes.

- Symptômes dits négatifs ou déficitaires
  - Désinvestissement de la réalité
  - Repli progressif de la personne
  - Diminution des capacités de penser, de parler et d'agir qu'elle avait avant d'être malade
  - Diminution des réactions émotionnelles
  - Troubles cognitifs (concentration, attention, mémoire et capacités d'abstraction)

Monsieur B. est arrivé dans le foyer de postcure il y a 10 ans. Auparavant, il est resté 5 ans dans une unité fermée de psychiatrie sous le mode de placement SDRE. Il sortait d'une UMD où il était resté 10 ans.

Il a une présentation correcte, il est affable et s'exprime volontiers et très correctement.

Rapatrié d'Algérie à l'âge de 9 ans, orphelin de père à 10 ans et de mère à 12, il vit avec sa sœur ainée, elle-même mère de famille. Celle-ci est très aimante.

Monsieur B. dit avoir fait une première dépression à l'âge de 16 ans. Il n'arrivait pas à se lever pour aller au lycée technique où il préparait un CAP de chaudronnier, n'avait aucun copain et il était persuadé que le mari de sa sœur voulait se débarrasser de lui. « je dormais avec un marteau sous mon oreiller ». Il va vivre jusqu'à 19 ans chez sa sœur, être reformé du service national et s'installait dans un studio du 13eme arrondissement.

Il décrivit à partir de cette période des sentiments étranges. Il serait en communication avec une machine lui ordonnant de faire des « choses ». Parfois elle exigeait de lui d'être « gentil » parfois d'être « méchant ». Lorsqu'il refusait d'obéir la machine redoublait d'ordres et ne le laissait jamais tranquille. Il rencontre un premier psychiatre à 30 ans. Sans être hospitalisé il bénéficiera d'un traitement par haldol décanoas®. Il passe de longues années apaisé, se met en couple, trouve du travail. Il dit que la machine est toujours là mais le laisse tranquille. A partir de ce moment il ne se déplacera cependant jamais sans un marteau sur lui.

A 38 ans il entame une procédure auprès de la cour européenne des droits de l'homme. Il est persuadé que la machine est commandée par le gouvernement et qu'il faut qu'elle soit débranchée. Devant la fin de non recevoir qui lui est opposée Monsieur B. se fait plus vindicatif. Il commence à parler « d'occupation cérébrale » à son psychiatre qui s'inquiète et l'hospitalise en service libre. Il sort au bout de deux mois mais cesse toute prise de traitement.

Un dimanche après midi, il se promène dans un parc et se précipite sur un enfant de deux ans installée sur une poussette à qui il assène de nombreux coups de marteau sur le crane. L'enfant survivra mais aura de lourdes séquelles à vie.

Monsieur B. sera placé en UMD puis en service fermé et arrivera enfin au foyer. Il accepte le traitement par Risperdal® et Tercian® et dit même que seul les neuroleptiques peuvent combattre les « occupations » du cerveau telles que celles qu'il connaît. Il évoque facilement son histoire et parle du « drame » pour évoquer son passage à l'acte : « oui c'est un véritable drame mais j'ai payé pour ces irresponsables. Et ils continuent. Heureusement que maintenant je maitrise. Ils peuvent me demander ce qu'ils veulent je gère ma vie... »

Monsieur B. fréquente un atelier thérapeutique quotidien-  
nement. Il est toujours en SDRE.