

# LE LIEN

La revue de l'Union Nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques de Côte-d'Or

«Les familles font partie de la solution, pas du problème» Philippe Charrier, Président national de l'UNAFAM

2014 / n°52

mars 2014



Vous faites partie de la solution.

Côte d'Or

## Maison des associations

2 rue des Corroyeurs  
boîte K 4  
21000 Dijon

Tél. 03 80 49 78 45  
21@unafam.org

Internet : [www.unafam.org](http://www.unafam.org)  
[www.unafam21.org](http://www.unafam21.org)

Ecoute-Famille :  
01 42 63 03 03

Parmi les services que peut rendre l'UNAFAM au niveau national, pensez à « Ecoute-Famille » qui fournit aux proches un soutien psychologique délivré au téléphone par des spécialistes.

La réalisation de ce numéro a été financée par : la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte-d'Or.



## «Troubles borderline»

conférence donnée le 25 janvier 2014

**Au sein de la délégation Côte-d'Or de l'UNAFAM grâce à ses bénévoles formés, vous trouverez :**

### UNE ÉCOUTE, UN SOUTIEN :

- un accueil téléphonique de 8h à 20h toute l'année (information, conseils, rendez-vous...) au 03 80 49 78 45
- une permanence-accueil chaque mardi de 14 à 17 h à la Maison des Usagers du CH La Chartreuse (tél. 03 80 42 48 49 le mardi après-midi) avec possibilité d'entretiens sur rendez-vous
- trois groupes de parole mensuels, un groupe de parole bimestriel
- deux rencontres conviviales par an : un repas avant Noël et un pique-nique en juin
- un café rencontre chaque 3<sup>ème</sup> vendredi du mois

### DES INFORMATIONS / DE LA FORMATION :

- une bibliothèque : un certain nombre d'ouvrages sur la maladie psychique sont à la disposition des adhérents. Ils peuvent les emprunter pendant les réunions des familles ou lors des permanences
- les réunions des familles (5 par an) centrées sur un thème (pathologie, protection juridique, sociale...)
- « Le Lien » des familles de l'Unafam, bulletin paraissant 4 fois par an imprimé par « Le Goéland »
- des ateliers d'entraide « Prospect » (méthode élaborée au niveau européen pour aider les familles à faire face à la maladie psychique d'un proche) - organisés en fonction des besoins
- une session «PROFAMILLE» (programme psycho-éducatif pour les proches de personne atteinte de schizophrénie)

### DES RÉALISATIONS DESTINÉES A NOS PROCHES MALADES :

- trois Groupes d'Entraide Mutuelle (G.E.M.) à Chenôve, Beaune, Montbard, gérés par la Mutualité Française Bourguignonne.
- un projet de résidence-accueil dans l'agglomération dijonnaise (en cours d'élaboration).

## ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT

A l'occasion des vingt-cinquièmes semaines d'Information sur la Santé Mentale, entre le 10 et le 23 mars, ont eu lieu dans toute la France 147 conférences-débats, 47 cafés-débats, 91 expositions, 145 opérations portes-ouvertes, 126 animations diverses etc... Soit au total plus de 807 manifestations annoncées sur internet plus d'autres qui n'ont pas fait l'objet d'annonces sur ce média. Pour la seule Côte d'Or 12 manifestations. Autant d'occasions de faire connaître et de sensibiliser nos concitoyens aux souffrances causées par les maladies psychiques. Même si la santé psychique n'a pas été retenue « grande cause nationale 2014 », peu à peu elle investit la sphère publique. Ces maladies sortent des cercles restreints de la psychiatrie et des familles concernées. Elles sont de moins en moins cachées et il faut s'en réjouir et continuer à les faire connaître.

On s'accorde à dire que l'action conjuguée des soignants, des personnes malades et des proches, est une condition nécessaire à l'amélioration de la qualité de vie des personnes en souffrance psychique. Mais de façon plus générale, quelle que soit la condition de santé d'une personne, qu'elle soit bonne ou altérée, nous savons bien que la stigmatisation ne peut avoir que des effets négatifs sur celle-ci. A contrario, le respect et l'ouverture aux autres permet de mieux vivre ensemble et est donc une des clés pour se sentir mieux. Continuons tous à travailler pour faire mieux connaître et ainsi à dé-stigmatiser toutes les maladies, y compris les maladies psychiques.

**Xavier Bagot,**  
Président délégué de la Côte-d'Or

## **TROUBLES BORDERLINE**

**conférence donnée le 25 janvier 2014 par le Docteur Maud Benetti  
médecin psychiatre au Service de Psychiatrie et d'Addictologie  
au CHU de Dijon, travaillant principalement aux urgences.**

page 4

---

## **LA DELEGATION UNAFAM CÔTE-D'OR EN 2013**

page 13

---

## **Nouveau fonctionnement de la bibliothèque**

page 19

---

## **Une lectrice, membre de l'UNAFAM 21, écrit**

page 19

---

## **BIBLIOTHEQUE de l'UNAFAM :**

livres à consulter

page 20

## **Au sommaire du prochain numéro :**

**Semaine d'information sur la santé mentale**  
thème retenu : «Information et santé mentale»

**SI VOUS CHERCHEZ UNE INFORMATION SUR NOTRE ASSOCIATION, SUR LA MALADIE  
PSYCHIQUE, ADRESSES INTERNET :**

**[www.unafam.org](http://www.unafam.org) (site national)  
[www.unafam21.org](http://www.unafam21.org) (site de la délégation de Côte-d'Or)**

# TROUBLES BORDERLINE

conférence donnée le 25 janvier 2014 par le Docteur Maud Benetti

*Xavier Bagot, Président de l'Unafam 21 remercie le Docteur Maud Benetti d'avoir bien voulu consacrer son samedi après-midi à l'Unafam pour présenter les maladies dites borderline.*

*Le Docteur Maud Benetti est médecin psychiatre au Service de Psychiatrie et d'Addictologie au CHU de Dijon, travaillant principalement aux urgences.*

## PRÉSENTATION

**Borderline : Une expression générique pouvant désigner des réalités différentes**

Trouble borderline, Etat limite, Personnalité émotionnellement labile, Personnalité émophile, sont des termes à la mode utilisés aussi bien dans le vocabulaire psychiatrique que dans le langage commun, mais qui ne renvoient pas toujours aux mêmes réalités : simples traits de personnalité pour certains, authentique diagnostic en psychiatrie pour d'autres.

*Personnalité labile : personnalité changeante, fluctuante.*

*Personnalité 'émophile' : personnalité manifestant beaucoup d'émotions.*

**Un diagnostic objet de controverse mais utile en thérapeutique**

Si pour certains psychiatres, il s'agit d'un diagnostic fourre-tout, bien pratique quand on ne se donne pas la peine d'établir un diagnostic précis, pour d'autres au contraire, le trouble borderline est d'un apport certain en thérapeutique. Malgré les discussions sans fin, les querelles de chapelle ou les différents concepts qui s'affrontent, **le grand intérêt de reconnaître un trouble borderline réside dans son traitement. Mieux ajusté, le traitement s'avère plus efficace..**

**Classer les troubles mentaux est un art difficile**

Littéralement ligne de démarcation

ou frontière, Borderline qualifie des troubles mentaux situés à **la frontière de troubles mentaux** mieux répertoriés dans la nosographie officielle. Se pose ici la question des frontières entre troubles mentaux mais aussi entre maladie mentale et normalité.

*Nosographie : description des maladies*

*Cadres nosographiques : groupes répertoriés de maladie*

## HISTORIQUE ET ÉVOLUTION DU CONCEPT

**1884 : La notion de frontière est utilisée pour décrire des troubles à la limite de plusieurs maladies**

Au départ, cette notion de frontière désigne des troubles à la limite entre maladies physiques et maladies mentales. Aujourd'hui, ces types de trouble sont appelés psychosomatiques.

*Psychosomatique : de psycho, relatif à l'esprit et somatique, relatif au corps*

Puis la frontière évolue pour désigner des troubles à la limite cette fois entre maladies psychotiques et maladies névrotiques. En effet les psychiatres réalisent que si certains de leurs patients présentent à priori des symptômes d'allure névrotique, ils peuvent aussi au cours de leur vie, présenter des symptômes d'allure psychotique. Ainsi se développe l'idée d'une pathologie limite.

*Névrose et Psychose sont deux grands cadres nosographiques en psychiatrie :*

*- Le sujet névrotique souffre d'une atteinte*

de sa personnalité qui n'altère pas sa perception de la réalité extérieure.

- Le sujet psychotique n'a pas conscience de ses troubles et perd contact avec la réalité.

En ce début du XXème siècle, ces troubles borderline sont rattachés à la pathologie psychotique, sous le nom d'état schizo-névrotique.

### **1940 : Les psychanalystes détectent un comportement atypique chez certains patients névrosés**

Au fil des séances de leur cure analytique, certains patients identifiés au départ comme souffrant de formes variées de névrose, peuvent manifester un changement de comportement inhabituel venant dégrader de façon atypique la relation établie avec le thérapeute ou déclenchant chez eux des comportements brutaux, graves et incompréhensibles. Des psychanalystes observent et tentent alors d'expliquer ce phénomène :

- Stern constate que des patients névrosés semblent présenter un transfert psychotique. Ils présentent un sentiment diffus d'insécurité, une hyperesthésie affective, ils présentent des réactions émotionnelles débordantes pour des causes mineures, mais aussi une faible estime de soi. Il en attribue la cause à une carence narcissique fondamentale, c'est-à-dire à une carence dans le développement de la personnalité du patient et dans sa construction identitaire.

- Deutsch parle de personnalité 'as-if' comme si le patient voulait afficher une personnalité différente et incohérente avec son être profond qui semble insaisissable.

- Winnicott, dans le même ordre d'idée, parle de personnalité en 'faux-self'.

### **1960/1970 : Les psychiatres redéfinissent et théorisent le concept de borderline**

Face à l'explosion et à l'engouement

provoqués par ces découvertes mais aussi au désarroi des thérapeutes, des psychiatres théorisent et clarifient le concept de borderline pour qu'il ne puisse plus être considéré comme un fourre-tout.

- Un patient borderline manifestera des symptômes tantôt névrotiques tantôt psychotiques, épisodiques, mais se répétant durablement dans le temps. Dans ce cas, on parlera de stabilité dans l'instabilité.

- Pour Bergeret, après les névroses et les psychoses, les états limites constituent une réelle troisième lignée psychopathologique.

- Tous ces auteurs reconnaissent un tronc commun de structuration de la personnalité auquel seraient rattachées des formes cliniques de présentation et d'évolution différentes. Ces formes constituent plusieurs sous-groupes dont certains seront plus proches de la névrose et d'autres de la psychose. En raison de cette relative hétérogénéité, certains auteurs, comme Widlocher, préfèrent parler d'une organisation borderline de la personnalité plutôt que d'une structure borderline.

### **Aujourd'hui, l'état limite est reconnu comme diagnostic**

Pour définir les diagnostics psychiatriques, la France utilise la Classification Internationale des Maladies (C.I.M.), émise par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'O.M.S.

La C.I.M. range le diagnostic de l'état limite dans un groupe appelé 'personnalité émotionnellement labile', comportant deux sous-groupes :

- l'impulsif, avec des manifestations comportementales et une forte labilité émotionnelle

- le borderline, avec un trouble des affects mais avec un moindre passage à l'acte.

Même si ce diagnostic est bien établi,

dans les faits le caractère fluctuant des symptômes rend ces distinctions plutôt théoriques.

Il existe une autre classification internationale utilisée pour la recherche, le D.M.S. ou Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles Mentaux, qui distingue :

- Dans son axe 1, le diagnostic de maladie psychiatrique : trouble de l'humeur, schizophrénie, trouble lié à l'utilisation de substances etc...

- Dans son axe 2, les troubles de la personnalité.

**Ainsi dans le classement D.S.M., le trouble borderline peut être finalement associé à tout diagnostic psychiatrique, alors que selon la CIM, le trouble borderline est lui-même diagnostic.**

D'autre part, le trouble borderline présente de nombreuses comorbidités. En effet il se trouve fréquemment associé à d'autres troubles mentaux comme d'autres troubles de la personnalité, de l'humeur, des maladies addictives (dépendance à l'alcool, aux médicaments, aux stupéfiants) ou encore des conduites suicidaires, des troubles du comportement alimentaire, etc.

*Comorbidité : En psychiatrie, la comorbidité est la présence simultanée de plusieurs diagnostics. Elle n'implique pas forcément la présence de multiples maladies, mais l'impossibilité d'émettre un diagnostic unique.*

**Ainsi ce découpage théorique de symptômes selon des classifications différentes ajouté à l'observation de nombreuses comorbidités montrent bien les limites du diagnostic de trouble borderline et peut-être de manière plus générale du diagnostic en psychiatrie.**

## ÉPIDÉMIOLOGIE

*Épidémiologie : Étude de la fréquence et de la répartition des maladies dans le temps et l'espace ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent.*

**Un nombre de cas difficile à évaluer avec précision**

La qualité des statistiques est affectée par ce découpage artificiel des symptômes.

Chaque étude peut classer le diagnostic borderline dans un groupe ou dans un autre tout en portant sur des patients différents.

De plus la grande fréquence des comorbidités vient encore compliquer les diagnostics : Pour chaque cas étudié, a-t-on affaire à la manifestation principale du trouble ou à un trouble secondaire associé ?

Néanmoins, on considère que 10% de la population générale présenterait un trouble de la personnalité, tandis que selon les définitions du trouble utilisées 0,5 à 6% de la population présenterait un trouble borderline, avec une moyenne de 2%. Par contre 25% à 50% de la population clinique, donc celle qui fait l'objet de soins, souffrirait de trouble borderline. Ce chiffre peut amener les thérapeutes à remettre en cause leur façon d'envisager le traitement.

## CLINIQUE

*Clinique : Observation directe du malade par l'analyse approfondie de son comportement dans différentes situations.*

**Le trouble de la personnalité est défini ainsi par les deux grandes classifications**

On pose un diagnostic de trouble de la personnalité quand l'organisation particulière de la personnalité d'un individu fait qu'il manifeste durablement une grande souffrance qui le handicape dans sa vie de tous les jours et ce, sans cause organique sous-jacente, ni prise de substances particulières.

**Le trouble de la personnalité de type borderline est une variable à 4 dimensions fondamentales**

Affects : dysrégulation émotionnelle

Etats affectifs aux émotions incontrôlées

Comportement : dysrégulation avec impulsivité

Comportements incontrôlés et impulsifs

Relation à soi : perturbation identitaire

Image de soi mouvante, mauvaise et

*dissociée*

Relation aux autres troublée

*Relations chaotiques entre attachement exclusif et rejet*

## **CLINIQUE / Les affects**

### **Instabilité affective entraînant colère et angoisse**

La personne qui souffre d'un trouble borderline est soumise à des dysrégulations émotionnelles. Cela se traduit par des variations brutales d'humeur avec passage du bien-être au mal-être sans raison apparente avec des accès de colère ou d'angoisse.

### **Accès de colère entraînant une forte culpabilité**

Les accès de colère, voire de rage peuvent être très violents, disproportionnés par rapport à leur facteur déclenchant et difficiles à canaliser. Ils sont suivis d'un sentiment de forte culpabilité qui vient aggraver encore l'image dégradée que la personne a d'elle-même.

### **Sentiment de vide entraînant vers l'extérieur**

Comme ces personnes ont l'impression de fonctionner comme des automates, d'être dévitalisées, de ne pas être comme les autres ou de ne servir à rien, elles cherchent en permanence à combler leur solitude par une animation extérieure. Pour ressentir quelque chose, elles se tournent vers des activités intenses avec prise de risque, ou dans des relations où elles vont pouvoir s'identifier et se valoriser à travers d'autres personnes.

### **Angoisse constante**

Sans raison apparente, ces personnes peuvent vivre aussi bien un malaise existentiel diffus que des crises d'angoisse aiguës.

## **CLINIQUE / Les comportements**

La personne qui souffre d'un trouble borderline manifeste des troubles du comportement. Pour avoir le sentiment d'exister, il lui faut agir à tout prix et intensément.

### **Comportements à risque**

Cette hyperactivité l'entraîne vers des conduites à risques qui peuvent mettre sa vie en danger : consommation de toxiques, conduite sexuelle, conduite automobile, boulimie, dépenses excessives, etc.

### **Comportements imprévisibles**

On observe également chez ces personnes des changements rapides d'humeur, des prises de décision pouvant apparaître radicales et irréflechies, sans nuance ni logique. Puis s'enchaîne l'abandon brutal d'une activité à la première contrariété rencontrée.

### **Tentatives de suicide**

Ces personnes sont particulièrement exposées aux tentatives de suicide et aux automutilations. Hospitalisées aux urgences, elles sont incapables d'expliquer leur geste, mais elles peuvent exprimer un soulagement avec le souhait de passer à autre chose au plus vite.

Ces tentatives de suicide ne sont jamais anodines et doivent toujours être suivies d'une action de prévention ou d'un acte thérapeutique. Un patient sur dix souffrant de troubles borderline décède par suicide, ce qui est énorme.

## **CLINIQUE / La relation à soi**

### **Image de soi mouvante**

L'instabilité marquée et persistante de l'image de soi entraîne des revirements brutaux des valeurs, des objectifs, des priorités, voire des traits de caractère affichés par la personne. La personne elle-même peut avoir l'impression de ne pas savoir qui elle est.

## **Image de soi mauvaise**

La mésestime de soi s'aggrave avec les échecs, les ruptures répétées, la culpabilité engendrée par des comportements impulsifs, des conduites addictives ou un comportement versatile.

## **Dissociation transitoire**

Dans des périodes de stress intense, la personne peut vivre des moments transitoires de désorganisation psychique qui se traduisent par l'impression de ne plus être soi-même, de vivre un cauchemar éveillé pouvant aller jusqu'à l'apparition d'hallucinations ou la perception d'une menace, dans une idée de persécution. Contrairement aux pathologies psychotiques, ces dissociations durent de quelques heures à quelques jours.

## **CLINIQUE / La relation aux autres**

### **Relations chaotiques avec autrui**

La personne qui souffre de trouble borderline cherche à travers l'autre ce qui lui manque, ce qui la valorise, ce qui l'anime, ce qui calme ses angoisses. Mais à la première déception ou désaccord venu, cette idéalisation se transforme en désillusion et en rejet. Au sein même de la relation thérapeutique, la personne peut alterner idéalisation et rejet de son thérapeute.

### **Efforts effrénés pour éviter la séparation**

L'intolérance de la solitude et la peur de l'abandon peuvent aussi prendre le dessus et mener la personne jusqu'à une position de déni ou de mensonge pour éviter d'être rejetée.

### **Sentiment d'intrusion conduisant au rejet**

Quand la relation lui fait du bien, sans désaccord ni déception, la personne borderline peut avoir l'impression qu'elle n'est plus elle-même, qu'elle est manipulée par l'autre, ce qui peut être à l'origine d'une rupture. Ainsi la personne borderline

a de grandes difficultés à ajuster sa distance à l'autre dans la relation.

Elle oscille sans arrêt entre un lien qu'elle perçoit trop proche et la rupture de tout lien. Les deux extrêmes la font souffrir, sans qu'elle puisse trouver un bon équilibre.

## **ÉVOLUTION DES TROUBLES**

### **Vers une rémission pour une majorité de patients**

Comme pour tous les troubles de la personnalité, les troubles borderline se manifestent à la fin de l'adolescence et s'affirment au début de l'âge adulte. Pour la majorité des patients, on constate une progression des troubles lente mais durable vers la rémission.

On observe en général une période difficile faite de comportements à risque et de mises en danger entre 20 et 30-40 ans puis une stabilisation, surtout si des soins sont prodigués dans la durée.

### **Des statistiques montrent une issue plus sombre pour un quart des patients même avec des soins**

Il faut être prudent dans l'interprétation des statistiques. Elles sont souvent issues d'études portant sur des suivis courts de 6 mois à 2 ans seulement, donc peu représentatifs d'une évolution sur une vie de patient.

Globalement, on constate une amélioration progressive des troubles, mais 10% des patients borderline décèdent tout de même par suicide.

### **Une adaptation professionnelle problématique**

Du fait des changements brutaux, d'une faible tolérance à la contrainte, à la frustration et à l'autorité, ces personnes ont des réactions explosives. Elles peuvent se sentir bien dans leur travail, efficaces, mais au premier désaccord ou problème rencontré, elles peuvent réagir violemment

en laissant tout en plan. Elles présentent donc souvent des parcours professionnels émaillés de ruptures brutales et d'échecs malgré de bonnes compétences possibles.

Le suivi médical améliore la situation, mais dans une moindre mesure que dans les autres troubles de la personnalité, et ce en raison de la grande impulsivité des patients. La personne peut aussi être aidée en aménageant son poste ou son milieu de travail. Ainsi mieux protégée, elle peut réussir à travailler dans la durée.

### **Des expériences de violence subies qui n'améliorent pas le trouble**

Près de la moitié des patients borderline subissent des violences conjugales ou sexuelles :

- parfois en toute conscience quand par exemple ils peuvent tolérer des violences d'un conjoint pour ne pas être abandonnés.
- parfois inconsciemment quand leurs propres excès les ont rendus vulnérables.

Bien sûr la répétition de ces événements de vie négatifs ne contribue guère à l'amélioration de leur état.

On observe que si plus de femmes que d'hommes arrivent aux soins, ce n'est pas parce qu'elles sont plus sujettes au trouble borderline que les hommes, c'est parce qu'une partie d'entre elles arrivent aux soins en tant que victimes, et elles sont plus réceptives à l'aide psychologique que l'on peut leur apporter.

### **Un effet bénéfique du suivi**

On constate qu'un suivi provoque une diminution des tentatives de suicide et des actes d'automutilation. Cette diminution est moins flagrante concernant les troubles de l'humeur, de l'anxiété ou les troubles des comportements alimentaires.

L'absence ou la diminution d'abus de substance est un facteur important de bon pronostic. Dans ce sens, le rapprochement

entre soignants de psychiatrie et soignants d'addictologie permet d'améliorer le suivi.

### **Des tentatives de suicide récurrentes et fatales**

10% des patients borderline décèdent par suicide, souvent après plusieurs tentatives, même en période apparente de rémission. Si ces tentatives répétées découragent et parfois épuisent l'entourage et soignants, elles ne sont pas à banaliser et doivent toujours faire l'objet de questionnements et d'efforts thérapeutiques renouvelés.

### **La prise en charge a un effet bénéfique sur la santé générale**

Du fait de leur meilleur état psychologique, les patients s'orientent vers une meilleure hygiène de vie et un meilleur suivi de leur santé. Ceci contribue à améliorer leur état général avec moins de risques de diabète, d'hypertension artérielle, d'obésité, de conséquences après abus de substances, d'exposition à des maladies infectieuses, moins de douleurs chroniques, et moins de fatigue.

### **Dépression typique ou dépression borderline ?**

Selon les auteurs, le trouble borderline est :

- soit la conséquence d'un état dépressif majeur, d'un trouble de l'humeur précoce induisant des troubles de la personnalité,
- soit au contraire un facteur de vulnérabilité aux dépressions sévères.

Quoiqu'il en soit, les mouvements dépressifs sont fréquents chez les personnes borderline et ils doivent être pris en compte dans leur singularité, c'est-à-dire différemment d'une dépression typique.

**De toute façon on cherchera à différencier une dépression caractérisée des troubles borderline car non seulement les traitements seront différents mais le risque suicidaire sera important.**

La dépression du patient borderline se différencie d'une dépression typique ainsi :

- Par une absence de tristesse, de douleur morale continue,
- Par une perte massive de l'élan vital, de l'instinct de survie, avec régression et repli sur soi, que l'on appelle dépression anaclitique.
- Par une labilité des affects où dépression puis euphorie et hyperactivité peuvent s'enchaîner rapidement.
- Par une agressivité, une colère avec parfois un sentiment de trahison de la part de l'entourage mais sans un sentiment de culpabilité. Par contre le patient dépressif typique lui, se sent le plus souvent coupable de ce qu'il fait vivre à son entourage.

### **HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES**

Parmi les différentes hypothèses tentant de saisir les causes du trouble borderline, aucune n'est exclusive ni suffisante.

#### **Hypothèse psychanalytique : limites floues entre dedans et dehors, défaut d'intériorisation**

Ce concept a les conséquences suivantes :

- La personne a besoin de l'autre mais l'idéalise et court donc forcément à sa déception.
- La personne ne peut pas nuancer ses émotions et fonctionne donc en tout ou rien, sans ajustement.
- La personne attend que l'extérieur l'anime et la fasse exister.
- La personne déforme la réalité en projetant trop ses difficultés sur l'extérieur.
- Sa personnalité étant comme insuffisamment protégée de l'extérieur, elle s'y trouve donc trop soumise.

#### **Perturbations du développement psycho-affectif liées à une maltraitance infantile**

Nombreux patients atteints de trouble borderline rapportent des vécus de maltraitance dans leur enfance, réelles ou supposées, en majorité sous forme de négligences, d'abus sexuels ou autres violences physiques.

**Ces traumatismes perçus ne suffisent pas à déclencher un trouble borderline.** Ils perturbent l'organisation de la personnalité de l'enfant. Celle-ci est aussi sous la dépendance de son environnement avec les réactions que vont avoir ses proches autour du traumatisme, le climat dans lequel l'enfant grandit, le comportement des adultes qui l'entourent... La perception durable d'abandon dans un monde d'insécurité peut mener à la constitution du trouble.

Ces enfants présentent des difficultés à la séparation, des crises de colère et d'agitation précoces pour des frustrations mineures, une grande émotionnalité.

Chez leurs proches, on va retrouver des troubles borderline identifiés ou bien leurs symptômes à une fréquence plus élevée que dans la population générale. L'enfant n'arrive pas à se constituer une représentation cohérente de son entourage et de lui-même. Perdu dans cette instabilité familiale, l'enfant crée des mécanismes de contrôle en affichant ce qu'on attend de lui en opposition avec ses émotions ou en exprimant des choses qu'il ne ressent pas vraiment. Cette personnalité faussée désarçonne à son tour son entourage et rend encore plus difficile les rapports entre eux.

#### **Abord cognitif : une constitution biologique particulière dans un environnement défavorable**

Considérons d'une part un enfant à la vulnérabilité biologique constitutionnelle lui affectant un tempérament plutôt tourné vers l'impulsivité ou l'hypersensibilité. Considérons d'autre part son environnement qui, pouvant être lui-même en souffrance, tolère mal ses émotions et qui ne l'encourage ni à nommer, comprendre, réguler ni à tolérer ses états internes. C'est l'interaction entre cette constitution de l'enfant et l'environnement dans lequel il grandit qui va le mener vers une dysrégulation affective où il va se

percevoir comme impuissant et vulnérable dans un monde dangereux et malveillant.

Les rôles précis que se partageraient le biologique, l'inné, et l'environnement, l'acquis, restent des hypothèses. Néanmoins l'on sait de plus en plus que ces deux entités interagissent tout au long de la vie, et que ces interactions sont mobilisables au moins en partie par la psychothérapie.

### **Abord neurobiologique : l'apport des sciences fondamentales, génétique et neuro-imagerie**

Des gènes pourraient influencer directement des comportements impulsifs, suicidaires, dépressifs en modulant l'action des neurotransmetteurs. Mais comme pour toute pathologie psychiatrique, aucun gène n'est identifié comme responsable du trouble borderline.

La neuro-imagerie fonctionnelle permet de mesurer l'activité des différentes zones du cerveau. On observe chez les patients borderline un emballement des zones limbiques, siège des centres des émotions et de la récompense, alors que le cortex préfrontal, chargé d'apaiser et de réguler, lui, reste en sous-activité.

## **PRINCIPES DE TRAITEMENT**

### **Recommandations internationales :**

Malgré les controverses autour du diagnostic, il y a unanimité sur les principes du traitement.

- Le traitement de choix sera la psychothérapie au long cours.
- À défaut de disposer d'un traitement spécifique du trouble borderline, les traitements médicamenteux cibleront ses symptômes, en fonction des moments de l'évolution.

### **Les traitements médicamenteux :**

Aucun médicament n'étant indiqué spécifiquement pour le trouble borderline, on utilise les psychotropes habituels mais avec prudence.

Du fait du changement brutal de l'état émotionnel de ces personnes, certains médicaments même anxiolytiques ou sédatifs peuvent aggraver leur état au lieu de les apaiser. Il faut s'assurer que les patients suivent bien le traitement prescrit pour éviter qu'ils utilisent des médicaments stockés pour passer à l'acte ou pour pratiquer de dangereuses auto-prescriptions.

Du fait d'accoutumance, de dépendance et d'effet paradoxal, les anxiolytiques sont prescrits occasionnellement, en informant bien le patient qu'ils ne soulageront pas son angoisse fondamentale et qu'ils sont juste là pour les aider à passer un cap difficile.

Les antidépresseurs sont prescrits avec prudence puisqu'ils risquent d'augmenter l'impulsivité.

Les antipsychotiques de nouvelle génération et les antiépileptiques contribuent eux à réguler humeur, émotion et comportement.

En l'absence de molécule ayant montré son efficacité pour le sentiment de vide, le trouble identitaire ou la peur de l'abandon, il faudra compter sur la psychothérapie.

Il faut veiller aussi à ce que le traitement prescrit soit bien suivi pour une bonne évaluation et de pertinentes corrections.

### **Les psychothérapies : Une relation de confiance avec l'alliance thérapeutique**

Il n'existe pas une sorte de psychothérapie type qui aurait montré son efficacité dans les troubles borderline. L'idée est donc de trouver la ou les formes de psychothérapies qui pourront convenir au patient et ce, durablement. C'est en adaptant bien la thérapie au patient qu'une alliance thérapeutique pourra être scellée.

La thérapie se base sur un vrai dialogue en confiance et en face à face. Les rendez-vous sont pris plus ou moins rapprochés selon les besoins du patient. On prévoit un cadre thérapeutique plus souple

qu'habituellement qui favorise les échanges avec le patient tels que contacts possibles par téléphone, rendez-vous informels rapprochés, agenda modulable, etc.

Les approches autres que par la parole telles que médiations thérapeutiques ou autres activités ont aussi toute leur place pour ces patients.

Les soins sont de préférence ambulatoires mais en cas de mise en danger, il faut prévoir une hospitalisation. Celle-ci peut parfois nécessiter une mesure de contrainte qui protégera le patient mais qui se fera parfois au détriment de la confiance acquise avec tant de peine... Il s'agira de ne pas méconnaître ce risque et de pouvoir le travailler ensuite avec le patient.

**Les objectifs thérapeutiques doivent être hiérarchisés.**

- Tout d'abord il faut pouvoir agir dans les moments de crise, c'est l'action aux urgences.

- Dans un deuxième temps le travail pourra porter sur la prévention des récidives : faire en sorte qu'en cas de crise, la personne se mette moins en danger.

- Puis on pourra par exemple entreprendre un travail plus en profondeur axé sur la personnalité du patient.

Ce travail portera sur la compréhension de ses comportements délétères, sur l'assouplissement de ses fonctionnements, sur la mobilisation de ressources jusque-là mésestimées...

## **EN CONCLUSION...**

A chaque étape on veillera à la bonne relation entre patient et thérapeute dans une alliance et même une collaboration thérapeutique.

Le patient et son thérapeute détermineront ensemble au fil du temps les besoins, les motivations au changement, les actions qui semblent réalisables, les propositions acceptables... Tout ceci au cas par cas et selon les problèmes à résoudre.

**À travers ce suivi long et difficile, émaillé de rechutes, de ruptures, de crises, il faudra, pour le thérapeute et l'entourage, arriver malgré tout à valoriser la personne, à l'accompagner dans une dynamique plus positive.**

Le suivi doit être l'occasion pour le patient borderline d'expérimenter une continuité :

- une continuité dans la relation, à travers les moments favorables mais aussi les désaccords et les conflits.

- une continuité du sentiment d'exister en tant qu'individu, avec ses capacités et ses fragilités.

### **Pour aller plus loin...**

#### **Etats limites et personnalité borderline**

Article de J.D. Guelfi, L. Cailhol, M. Robin, C. Lamas

EM-consulte (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-395-A-10, 2011

<http://www.em-consulte.com/article/265802/etats-limites-et-personnalite-borderline>

#### **Borderline Livre de M.S. Labrèche - Les éditions du Boréal, Montréal, 2003**

*Borderline est un premier roman qui scrute le monde de l'enfance. Non pas l'enfance bénie, mais celle qui crée des monstres. Et les monstres de l'enfance ne nous quittent pas avec elle.*

<http://www.editionsboreal.qc.ca/catalogue/livres/borderline-934.html>

#### **Les Borderlines Livre de B. Granger, D Karaklic**

Présentation de son ouvrage au Magazine de la santé de France 5

<https://www.youtube.com/atc?v=WiQA4q6Y9D8>

#### **AAPEL : Association d'Aide aux Personnes ayant un Etat Limite**

Même si cette association est controversée, son site répertorie un ensemble d'ouvrages, de films et de médias en rapport avec les Etats limites.

[www.aapel.org](http://www.aapel.org)

## LA DELEGATION UNAFAM CÔTE-D'OR EN 2013

Nous nous proposons de vous présenter un « bilan » des différentes actions entreprises l'an dernier.

### POUR COMMENCER, QUELQUES CHIFFRES :

La Côte d'Or est un département de 524 000 habitants. Sachant que la schizophrénie touche environ 1% de la population et les troubles bipolaires la même proportion, on peut estimer qu'il y a, en Côte d'or, au moins 10 400 malades souffrant de troubles psychiques graves. Cela entraîne des souffrances pour autant de familles !

Notre association touche encore peu de ces familles, nous avons en effet 178 familles adhérentes cette année. Nous avons accueilli à nos permanences une quarantaine de nouvelles familles mais toutes n'ont pas adhéré. Ce chiffre, quoique faible, est en augmentation régulière.

Sur ces 178 adhérents, 19 sont des bénévoles actifs.

Le bureau national nous demande de comptabiliser les heures des bénévoles pour l'année. Le total de ces heures a été évalué à 4 700 heures dont 3 100 pour les activités envers les familles et 1 600 pour les tâches de représentation dans les organismes en lien avec la Santé mentale.

L'estimation du nombre total de Kilomètres parcourus par l'ensemble des bénévoles de la délégation au cours de l'année est de 4122 Km.

### L'ANIMATION DE LA DELEGATION :

Pour organiser, mettre en route et évaluer les différentes actions, la délégation a un bureau qui se réunit 7 fois par an.

Les membres du bureau sont tous des bénévoles ayant suivi des stages de formation organisés par l'Unafam national.

Actuellement le bureau comprend quatorze membres

Madame Annie VIROT vice-présidente	Monsieur Xavier Bagot <b>président</b>	Monsieur Michel TUIZAT vice-président
Madame Marie Françoise JAN trésorière	Madame Chantal PASCAUD Secrétaire	Madame Chantal DESCHAMPS Secrétaire
Madame Michèle PARISOT	Madame Michelle CASTANY	Monsieur Bernard BEROS
Monsieur Georges VIDIANI	Madame Christine ANGLADE	Monsieur Jacques JOINNET
Monsieur Bernard POIZE	Madame Nadine DARTIER	

### L'ACCUEIL

#### Au téléphone

La ligne de téléphone 03 80 49 78 45 fonctionne tous les jours de l'année de 8h à 20h. La permanence téléphonique est assurée par un bénévole pour une semaine puis un autre bénévole prend le relais pour la semaine suivante et ainsi de suite. Les bénévoles ont

eu 2 journées de formation pour cette tâche. Actuellement, six bénévoles assurent les permanences, une septième bénévole est en formation.

Avec cette permanence, toute personne qui appelle UNAFAM21 a une personne qui lui répond directement et qui va l'orienter, selon sa demande ou ses besoins, vers un entretien avec une écoutante ou vers le service spécialisé qui peut répondre à sa demande, y compris le service écoute de l'UNAFAM France.

Il y a eu, en 2013, entre 2 et 10 appels téléphoniques par semaine.

### **Accueil individuel**

A leur demande, les familles sont accueillies sur rendez-vous, soit pendant les permanences du mardi après-midi à l'hôpital de la Chartreuse, soit à une autre heure si elles ne sont pas disponibles à ce moment-là. Elles peuvent être reçues aussi dans le bureau de l'Unafam à la maison des associations.

Une quarantaine de famille ont été reçues cette année par les bénévoles écoutantes.

Les bénévoles écoutantes sont actuellement huit, sept assurant les accueils à Dijon et une à l'hôpital de Semur. Elles assurent les accueils chacune une semaine toutes les 7 semaines, à tour de rôle, sauf pendant les vacances de Noël et les mois de juillet et août. Les bénévoles ont suivi un stage « accueil » de l'Unafam, plus une formation par une psychologue à Dijon. Tous les ans, cette psychologue anime une réunion d'analyse de la pratique pour ces bénévoles.

### **Les permanences à la Maison des Usagers de l'hôpital de la Chartreuse.**

Huit bénévoles de l'UNAFAM assurent, à tour de rôle, une permanence à la Maison des Usagers, un après-midi par semaine.

## **L'ENTRAIDE ET LE SOUTIEN AUX FAMILLES**

**Les groupes de parole :** 3 groupes de parole se sont réunis tous les mois et un groupe tous les 2 mois. Chaque groupe est animé par une psychologue et regroupe une dizaine de familles. Une bénévole de l'Unafam fait partie du groupe de parole, elle est le contact avec l'Unafam et assure l'organisation matérielle du groupe en lien avec le secrétariat de l'Unafam.

En 2013, 48 personnes ont participé aux groupes de parole.

Les bénévoles responsables des groupes ont une réunion de synthèse par an avec les psychologues.

L'été 2013, un questionnaire d'évaluation a été proposé à tous les participants.

### **Les ateliers « Prospect »**

Les ateliers d'entraide Prospect ont pour objectif de faire face dans la durée à la maladie psychique d'un proche.

2 ateliers ont été proposés, l'un en mars et l'autre en novembre. Ces ateliers se sont déroulés à chaque fois sur 2 week-end. En 2013, 23 personnes ont suivi ces ateliers. Ces ateliers sont animés par deux bénévoles qui ont reçu une formation pour cela.

### **Les sessions « Profamille »**

(Programme psychoéducatif destiné aux familles et proches de patients souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés)

Ce programme se déroule sur 2 années consécutives avec 14 séances de 4 h la première année, et 6 séances la deuxième année.

En 2013, 20 personnes ont suivi cette formation (10 en première année, 10 en deuxième année)

Le programme Profamille est animé par trois bénévoles de l'Unafam formés pour ce programme, assistés par un médecin psychiatre et une psychologue.

**Formation initiale collective des aidants familiaux :** « troubles psychiques, aider à comprendre et apprendre à accompagner »

Une journée de formation a été organisée en octobre 2013.

Cette journée a été animée par une formatrice de la délégation nationale et une bénévole de l'Unafam Côte d'or.

14 personnes y ont participé.

### **Les conférences débats**

Ont été organisées en 2013, 4 conférences débats :

En janvier : « Cannabis et schizophrénie, qu'en est-il ? » par le Docteur Jean Michel PINOIT,

En mai : « Accompagner vers et dans l'emploi les personnes souffrant de troubles psychiques : une compétence au service des compétences. » par Madame Christine JOLY,

En septembre : « Le triple Partenariat : médecin, malade, famille » par le Docteur Thomas WALLENHORST,

En novembre : « l'Udaf de Côte d'Or et la Protection Juridique des Majeurs » par Monsieur Olivier BONCOMPAGNE.

### **Les rencontres conviviales**

Comme chaque année, toutes les familles qui le pouvaient se sont réunies avec leurs proches malades autour d'un plantureux goûter en juin, et au restaurant fin novembre. Ces rencontres permettent de mieux se connaître et de partager dans la bonne humeur. Tous les troisièmes vendredis du mois, ceux qui le voulaient se rassemblaient autour d'un verre au café restaurant l'Embarcadère. Certains de ces cafés rencontre ont été animés par les adhérents du GEM de Chenôve (groupe d'entraide mutuelle).

### **La semaine d'information sur la santé mentale SISM**

En outre, l'Unafam a participé comme chaque année à l'organisation et l'animation de la semaine d'information sur la santé mentale qui s'est déroulée en mars 2013 et qui avait pour thème « ville et santé mentale ». Les membres de l'Unafam ont co-animé avec l'hôpital de la Chartreuse une table ronde sur le thème, et avec l'association Itinéraires Singuliers un film débat « les Voix de ma soeur ».

## **L'INFORMATION ET LA SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS ET DU PUBLIC**

Le CCAS (centre communal d'action sociale) de la ville de Dijon organise depuis plusieurs années des journées d'information sur le handicap (physique, sensoriel, mental, psychique) auprès du personnel municipal accueillant du public. Deux bénévoles de notre association assurent la partie concernant le handicap psychique. En 2013, ils ont assuré 2 sessions qui ont touché 160 personnes.

Les écoles de formation en soins infirmiers nous sollicitent pour parler du handicap psychique à leurs étudiants. En 2013, un bénévole a animé une réunion à ce sujet pour 40 étudiants.

En janvier 2013, notre délégation a envoyé à tous les généralistes de Côte d'or (520 médecins) un courrier rappelant l'action de l'Unafam, courrier accompagné d'une affiche de l'association avec les coordonnées pour nous joindre, à mettre s'ils le voulaient bien,

dans leur salle d'attente.

En septembre 2013, tous les internes en psychiatrie de Côte d'or ont été invités à une réunion présentant le programme Profamille.

Deux bénévoles sont allées rencontrer le personnel soignant des CMP de l'agglomération Dijonnaise pour présenter l'Unafam et le programme Profamille.

Chaque premier lundi du mois, l'Unafam présente un programme de 12 minutes sur la Santé mentale dans le cadre de l'émission Santé Plus de la radio RCF Parabole. Un ou deux bénévoles animent cette émission.

Ont été abordés : le plan Psychiatrie et Santé Mentale, le GEM de Chenove, Ville et Santé mentale, la psychiatrie citoyenne, Icare- la Bergerie et l'Embarcadère, le programme Profamille, le triple partenariat, la maison Matisse, les ateliers Prospect.

### **Le journal « le Lien »**

Les n° 47, 48, 49 et 50 de notre journal ont paru en 2013. Ils comportent les comptes rendus des conférences, des informations sur l'association ainsi que des textes proposés par certains de nos proches malades. Le n° 50 a repris une rétrospective du lien depuis ses débuts. Nous avons fêté cet anniversaire de notre journal qui correspondait à 10 ans de sa publication et au cinquantième anniversaire de l'association nationale.

Quatre bénévoles assurent la rédaction et la mise en page du lien. Une bénévole vient aider à la mise sous enveloppes.

Ce journal est envoyé à tous les adhérents mais aussi aux professionnels de santé avec lesquels nous travaillons.

### **La bibliothèque**

Une bibliothèque de prêt avec une cinquantaine d'ouvrages est à la disposition des adhérents. Deux bénévoles en sont responsables.

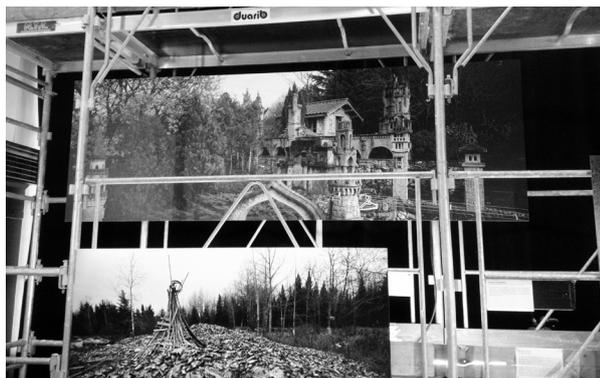
### **Le site internet**

Le site : unafam21.org est mis à jour très régulièrement et on peut y trouver non seulement les activités de notre association mais aussi une mine de renseignements sur tout ce qui touche la maladie et le handicap psychiques.

Un bénévole assure la mise à jour de ce site.

### **Semaine d'information sur la Santé Mentale**

Outre la table ronde sur « ville et Santé mentale » dont nous avons parlé plus haut, et le film « les voix de ma soeur », durant cette semaine d'information, l'Unafam est intervenue à la télévision sur FR3 et Woo TV, et a participé à une conférence de presse.



Exposition photos de Moss à l'Arquebuse/Itinéraires singuliers 2014



Exposition des «cabanes» à l'Arquebuse/Itinéraires singuliers 2014

## LES REPRÉSENTATIONS DANS LE DOMAINE SANITAIRE

Les bénévoles représentent l'Unafam dans les organismes suivants :

ORGANISME		TIULAIRE Nombre de représentants	SUPPLEANT Nombre de représentants
<b>CH LA CHARTREUSE :</b>	CONSEIL DE SURVEILLANCE	1	0
	CRUCQPC Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge	1	0
<b>ARS</b> Agence régionale de santé	CONFÉRENCE DE TERRITOIRE	1	1
<b>ICARE LA BERGERIE</b>	CONSEIL D'ADMINISTRATION	2	0
	CONSEIL DE LA VIE SOCIALE	1	0
<b>CDSP</b> Commission départementale des soins psychiatriques		1	0
<b>Association Champmol</b>	CONSEIL D'ADMINISTRATION	2	0
<b>Maison des usagers</b>		1	0
<b>CH LA CHARTREUSE :</b> CGRV/CLIN, CLAN, CVS FAM Pussin et Vergers, comité éthique, comité de suivi de l'EPRD, groupe de travail isolement contention, COPIL évaluations internes, commission patrimoine, actualisation du livret d'accueil		le titulaire du Conseil de surveillance	0

*CGRV : comité de gestion de la prise en charge des risques et des vigilances*

*CLIN : coordination de la lutte contre les infections nosocomiales*

*CLAN : Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition*

*CVS : conseil de vie sociale*

*FAM : foyer d'accueil médicalisé*

*EPRD : Etat des prévisions de recettes et de dépenses*

## LES REPRÉSENTATIONS DANS LE DOMAINE MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL

Les bénévoles sont aussi présents dans les structures suivantes :

CDCPH Conseil départemental consultatif des personnes handicapées		1 titulaire	1
Collectif inter associatif du handicap de Côte d'Or		1 titulaire	0
MDPH Maison départementale des personnes handicapées	Comex Commission exécutive	1 titulaire	0
	CDAPH Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	1 titulaire	2
Challenge emploi		1 titulaire	0
DDCS Direction départementale de la cohésion sociale		1 titulaire	0
GEM de Chenove		1 titulaire	0
Embarcadère restaurant associatif		1 titulaire	0
UDAF Union départementale des associations familiales	Conseil d'administration	1 titulaire	0
UDIP Union départementale de l'insertion professionnelle	Conseil d'administration	1 titulaire	0
CLSM Comité local de santé mentale		1 titulaire	0

### UN PROJET EN COURS : LA RESIDENCE ACCUEIL

Le comité de pilotage du projet (COFIL) travaille avec acharnement pour faire avancer sa réalisation. Ils ont obtenu l'assurance du financement, l'organisme de gestion a été choisi ; le problème de l'emplacement n'est toujours pas résolu mais les contacts sont établis avec les bailleurs sociaux.

### LA DELEGATION REGIONALE

Un certain nombre de bénévoles participent aux activités de la délégation régionale.

## EN CONCLUSION

Avec plus de bénévoles, les actions de notre délégation ne pourront qu'être plus performantes; Chacun s'engage au niveau de ses compétences, certains ponctuellement, d'autres plus régulièrement. L'engagement n'est pas « à vie » et les problèmes familiaux font que certains doivent arrêter un temps leur engagement.

Il y en a pour tous les goûts et l'Unafam organise des formations ciblées en fonction des engagements pris, alors, **n'hésitez pas, venez rejoindre l'équipe !**

### Nouveau fonctionnement de la bibliothèque

Pour venir emprunter ou rendre un livre de la bibliothèque le premier lundi du mois, nous vous demandons désormais de prendre rendez-vous auprès d'une des deux bibliothécaires :

Jacqueline Demoulin : 06 74 52 12 31

Annie Gagliardi : 06 80 17 10 51

Cela évitera à ces deux bénévoles de se déranger pour rien. Nous vous en remercions.

La bibliothèque est aussi ouverte pendant les conférences-débats organisées par l'Unafam à la Maison des associations.

### Une lectrice, membre de l'UNAFAM 21, écrit :

Il y a une chose qui m'exaspère lorsque je lis la presse ou que j'écoute la radio, c'est l'emploi du mot « schizophrène » qui se généralise. On l'entend dans la bouche des journalistes, des politiques, de n'importe qui. Cet adjectif est utilisé à tort et à travers à propos de n'importe quel sujet.

Exemples tirés de la presse :

Liègetogether : nouveau slogan pour une ville schizophrène

Cohérent jusqu'à un certain point : Nicolas Sarkozy a parlé de schizophrénie à propos de l'attitude des Etats et des entreprises par rapport à la crise, mais le mot pourrait s'appliquer à lui aussi.

Pourrait-on imaginer les mêmes propos avec les mots « cancéreux et cancer » ?

Liègetogether : nouveau slogan pour une ville cancéreuse

Cohérent jusqu'à un certain point : Nicolas Sarkozy a parlé de cancer à propos de l'attitude des Etats et des entreprises par rapport à la crise, mais le mot pourrait s'appliquer à lui aussi. Choquant n'est ce pas? Oui, ces propos sont choquants car le cancer est une maladie et ceux qui en sont atteints souffrent.

Eh bien, les personnes à qui l'on a diagnostiqué une schizophrénie souffrent eux-aussi et ils souffrent d'autant plus que cela s'accompagne d'une très forte stigmatisation. Entendre tout un chacun parler de schizophrénie avec en sous entendu, un jugement très négatif, est une véritable blessure pour eux-mêmes et leurs familles.

Alors, par pitié, Mesdames et Messieurs les journalistes, ôtez ce nom et cet adjectif de vos propos !

A moins que finalement vous n'écriviez un article sur cette maladie, mais pour cela il faudrait que vous vous documentiez auprès de professionnels ....

*Vous aussi vous pouvez nous communiquer vos remarques, réflexions, critiques...*

**BIBLIOTHEQUE DE L'UNAFAM 21  
LIVRES A CONSEILLER**

NOM DE L'AUTEUR	TITRE DU LIVRE	PETIT RESUME
ALEXANDRE Stéphane	Le coupe ongles	"Je ne suis pas sûr de toujours comprendre mon fils, mais j'ai décidé de l'aimer tel qu'il est. Et ce n'est pas toujours simple."
	Comment faire accepter son traitement au malade (schizophrénie et bi polaires)	Un livre qui permet de mieux comprendre pourquoi ils ont souvent du mal à se rendre compte de leurs troubles et à accepter nos conseils, et surtout comment on peut les aider à le faire.
BARRON Judy et Jean	Moi l'enfant autiste	Récit à deux voix : celle d'une mère qui veut comprendre le sentiment autodestructeur de son enfant, celle d'un petit garçon miraculeusement échappé du piège de l'autisme.
BELANGER Martin	Moi, Martin Bélanger, 34 ans, schizophrène	« Cet ouvrage est un témoignage de mon combat de tous les jours, un combat que j'ai entrepris il y a une quinzaine d'années », explique Martin Bélanger dans l'introduction de son livre.
BESANCON Marie-Noëlle	On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux	Ce livre raconte l'aventure passionnante d'une femme et de son mari qui, avec l'aide d'une association, ont pris le risque insensé de mettre en œuvre une utopie : sortir ceux que l'on appelle les fous de l'enfermement de l'hôpital sans les abandonner à la rue et à la précarité, les reconnaître comme des humains sans les réduire aux maux dont ils souffrent.
BOTTERO Alain	Un autre regard sur la schizophrénie	Le moment est venu de procéder à un bilan, en portant un regard critique sur une notion inventée à une époque où les connaissances médicales et scientifiques sur les troubles mentaux étaient fort éloignées de celles d'aujourd'hui. C'est à une telle entreprise que s'attelle ce livre.

CUNNINGHAM Darryl	Fables Psychiatriques	Darryl Cunningham, qui a travaillé plusieurs années dans une unité pour malades difficiles et a lui-même connu des épisodes dépressifs, en a fait l'expérience. Ayant tenu un journal alors qu'il était aide-soignant, il en a tiré ces Fables psychiatriques.
FROSSARD Claire Ce petit livre est en vente à la permanence de l'UNAFAM au prix de 5 euros.	Petite oursonne et son papa	Petite-Oursonne et son papa est l'histoire d'une petite oursonne dont le Papa-Ours souffre de troubles psychiques. Cet ouvrage édité par l'Unafam et consacré aux très jeunes enfants de personnes malades psychiatriques, est une première en France.
GAY Christian Dr -COLOMBANI Marianne	Manuel de Psychoéducation - Troubles bipolaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un outil vivant qui conjugue rigueur scientifique et accessibilité pour mettre en lumière et décrypter les techniques, méthodes et possibilités de traitements.</li> <li>- Un recueil d'informations complet et précis sur le sujet.</li> <li>- Des conseils et des recommandations qui permettent d'anticiper, d'adapter son rythme de vie ou de faire comprendre les troubles de l'humeur à son entourage.</li> </ul>
Docteur Elie HANTOUCHE Barbara HOUYVET	Troubles bipolaires des enfants et ados au quotidien	Un livre essentiel pour vous accompagner et vous rassurer : votre éducation n'est pas en cause, ni vous ni votre enfant n'êtes responsables de la bipolarité, mais une prise en charge médicale est impérative pour le bien-être de l'enfant et de votre famille.
Marie-Sissi LABRECHE	Borderline	Biographie de l'auteur. Marie-Sissi Labrèche est écrivain et journaliste "Je suis borderline. J'ai un problème de limites. Je ne fais pas de différence entre l'extérieur et l'intérieur. Je suis transparente. D'ailleurs, tellement transparente qu'il faut que je crie pour qu'on me voie."

LAPORTE Dominique	Mon fils, schizophrène	Mon fils, schizophrène est le témoignage déchirant de la mère de Xavier, Dominique Laporte. Elle a écrit ce livre pour briser la solitude et l'isolement des familles face à cette maladie qui touche 1 % de la population.
MARZANO Michéla	Légère comme un papillon	Dans ce livre intime et émouvant, la philosophe Michela Marzano raconte son histoire d'anorexique, faite de douleurs dérobées, de moments intenses, de secrets familiaux.
Rémi NEVEUX	Faire face aux TOC	Ecrit dans un langage clair et accessible, ce livre constitue un témoignage réaliste et plein d'espoir de son auteur qui a, lui-même, éprouvé l'efficacité de la thérapie comportementale et cognitive reconnue dans le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC). Premier guide pratique et rigoureux d'auto-guérison écrit par un ancien patient, en étroite collaboration avec ses thérapeutes.
SCELLES Régine	Liens fraternels et handicap	Cet ouvrage aidera familles, institutions et professionnels à mieux saisir ce qui se passe dans la fratrie afin que chacun des enfants, y compris celui qui est handicapé, puisse bénéficier des fonctions positives de ce lien et que le handicap n'entrave pas le déploiement de la richesse de ce qui s'y joue et évolue avec le temps.
TONKA Polo	Dialogues avec moi-même	"Lorsque je croupissais chez moi, torturé, malmené, je me disais : un jour, j'écrirai un livre sur ce que j'ai traversé, pour dire au monde l'atrocité de cette guerre de l'intime". Polo Tonka est écrivain. Schizophrène depuis l'âge de 18 ans, il est aujourd'hui en phase de rémission
UNAFAM Ce livre est en vente à la permanence de l'UNAFAM au prix de 5 euros.	Frères et sœurs face aux troubles psychotiques	Plus de trente frères et sœurs ont participé à l'élaboration de ce document qui vise à donner les moyens de comprendre la maladie, de ne pas s'isoler, de savoir comment aider son frère ou sa sœur en tenant compte de soi.

## UN NUMÉRO À RETENIR

Lorsque les familles sont confrontées à des problèmes aigus avec leur proche (situation tendue, approche de crise par exemple), il est nécessaire de trouver une écoute, une esquisse de solution.

Alors n'hésitez pas à contacter l'UNAFAM 21, ou, si le problème se pose pendant la nuit, si la situation vous paraît grave, si elle semble présenter un caractère d'urgence, vous pouvez vous adresser 24h/24h au service d'Accueil du CH La Chartreuse, à savoir :

**03 80 42 48 23**

## LE GROUPE DE PAROLE DU DOCTEUR WALLENHORST À SEMUR-EN-AUXOIS

Nous invitons une nouvelle fois les membres et sympathisants de notre association dans le nord de la Côte-d'Or à participer au Groupe de Parole du Docteur Wallenhorst au Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois.

Prochaines réunions :

- ▶ vendredi 16 mai 2014
- ▶ vendredi 13 juin 2014

à 14h00 au Service Psychiatrique du Centre Hospitalier de Semur-en Auxois.

## GROUPES DE PAROLE 2014 (sur inscription préalable)

GROUPE 1 LUNDI 14H30-16H30 Mme ELBACHIR	GROUPE 2 MARDI 18H30-20H30 Mme LEGELEY	GROUPE 3 MARDI 18H30-20H30 Mme JOLY	GROUPE 4 (bimestriel) MARDI 18H-20H Mme LEGELEY
13 janvier	21 janvier	7 janvier	
17 février	18 février	4 février	4 février
17 mars	18 mars	18 mars	
14 avril	15 avril	1er avril	1er avril
19 mai	13 mai	8 mai	
16 juin	24 juin	10 juin	10 juin
septembre	septembre	septembre	septembre
octobre	octobre	octobre	
Responsables : M. Gremaux	Responsable : M. C. Brach	Responsable : M. F. Jan	Responsable : G. Vidiani

## RÉUNIONS DU BUREAU (14h00 à 16h30)

mercredi 29 janvier 2014  
mercredi 26 février 2014  
mercredi 16 avril 2014  
mercredi 4 juin 2014  
mercredi 10 septembre 2014  
mercredi 22 octobre 2014  
mercredi 10 décembre 2014

## RÉUNIONS DES FAMILLES (14h à 18h)

samedi 25 janvier 2014  
samedi 24 mai 2014  
samedi 27 septembre 2014  
samedi 22 novembre 2014  
**Semaine de la Santé Mentale : 10 au 23 mars**

## RÉUNIONS DÉTENTE

- **Après-midi champêtre** : juin 2014 (date et lieu à déterminer)
- **Repas** : 29 novembre 2013

• **CAFÉ RENCONTRE** : 3ème vendredi de chaque mois de 17h30 à 19h30  
à l'EMBARCADERE 58 rue d'Auxonne à Dijon

## **"On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux ..."**

La folie a toujours fait partie de l'humain, à des degrés et sous des formes diverses. L'expérience de la maladie psychique, du non-sens, du néant, est la plus douloureuse qui soit. Ceux qui l'ont vécu ont envie d'en sortir pour toujours, de retrouver du sens et un art de vivre, l'art d'être en vie, le goût d'eux-mêmes et des autres. Serions-nous capables de parcourir le même chemin, avec autant de désir, de courage, de persévérance et d'humilité ?

Ouvrons les yeux, cessons d'être ignorants et injustes. Ce sera le premier pas vers la venue d'un nouvel « être ensemble » que tant de personnes appellent de leurs vœux aujourd'hui, tant elles sont désolées de la morosité, de la désespérance secrétée par les mauvais fonctionnements de notre société.

Le repli sur soi est un signe de dépression ; ce n'est qu'en s'ouvrant à l'autre que l'on peut trouver le bonheur. Nous avons tous quelqu'un, en dehors de notre petit cercle personnel, familial, qui a besoin de nous, qui nous attend quelque part, prêt à nous faire changer de vie. [...]

En écoutant ceux qu'on veut aider au lieu de se contenter de leur porter la bonne parole, en leur rendant leur dignité d'homme au lieu d'en faire des assistés, en cessant en somme de ne les considérer que comme des malades, des incapables, des irresponsables, on les voit commencer à sortir de la maladie. Par une sorte d'effet Pygmalion, plus on regarde les gens comme des malades, plus ils le sont. Plus nous stimulons leurs capacités en les remettant dans l'activité, en les poussant à se prendre en charge, en leur donnant confiance et respect, mieux ils vont.

*Marie-Noëlle Besançon*

*(extrait de son livre « On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux »)*

BULLETIN D'ADHÉSION à envoyer à : UNAFAM-12 villa Compoin 75017 PARIS

**Je demande à devenir adhérent de l'UNAFAM en tant que membre :**

(l'abonnement à la revue UN AUTRE REGARD est compris dans l'adhésion)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Actif * ( 61 € )     | <input type="radio"/> Foyer non imposable à l'I.R ** (14 € )    |
| <input type="radio"/> Souscripteur ( 90€ ) | <input type="radio"/> Personnes morales avec salariés ( 168 € ) |
| <input type="radio"/> Donateur ( 168 € )   | <input type="radio"/> Bienfaiteurs ( 244 € )                    |

**Je souhaite soutenir l'action de l'UNAFAM par un don supplémentaire :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Avec affectation statutaire d'un montant de : .....€ |  |
| <input type="radio"/> Pour la recherche, d'un montant de : .....€          | <input type="radio"/> Autre affectation souhaitée : .....€ |

**Je joins un chèque global à l'ordre de l'UNAFAM de : .....€, montant qui apparaîtra sur le reçu fiscal.**

J'accepterais de :  donner un peu de mon temps  d'effectuer un legs

**Date :** ..... **Signature :** .....

M, Mme, Mlle - NOM : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Profession ( ou ex ).....
Code postal et Ville : .....	Téléphone : .....
Année de naissance : .....	e-mail : .....
Celle de la personne malade : .....	

(\*) L'adhésion est valable pour une année civile

Pour une adhésion en cours d'année, le montant de la cotisation est de 30 € à partir du 1<sup>er</sup> juillet, 15 € à partir du 1<sup>er</sup> octobre

(\*\*) Joindre un justificatif.