

# LE LIEN

UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES  
délégation de Côte d'Or

2017 / n°61

mars 2017



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](mailto: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.*



## Comprendre les troubles bipolaires et se prendre en main

Le Dr Thomas Wallenhorst présente son dernier ouvrage.

### La résidence ICARE

Pascal Sologny  
Directeur de la Résidence ICARE

## 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 alternativement à la Maison des usagers du CH La Chartreuse et dans le service de psychiatrie du CHU bâtiment Marion avec possibilité d'entretiens sur rendez-vous (03 80 49 78 45)
- quatre groupes de parole mensuels, un groupe de parole bimestriel
- deux rencontres conviviales par an : un repas avant Noël et un pique-nique en juin

### 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 en prenant rendez-vous
- 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.
- une résidence accueil dans l'agglomération dijonnaise (en cours de réalisation).

## ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT DÉLÉGUÉ DE LA CÔTE-D'OR

Comme l'écrivait Xavier Bagot dans l'éditorial du numéro 60 du Lien, j'ai pris à compter du 1er janvier 2017 les rênes de la délégation Côte-d'Or de l'UNAFAM. Je voudrais ici remercier celles et ceux qui me font confiance pour mener à bien les nombreuses actions à venir. Je veux ici, m'inscrire dans la continuité de ce qui a déjà été accompli dans cette délégation active. Je fais ici référence au nombre d'adhérents, de bénévoles et à la place qu'occupe Sylvie JACQUEMIN, chargée de mission UNAFAM pour la région Bourgogne-Franche-Comté. Quand vous lirez ce numéro, la 28<sup>ème</sup> édition des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM), semaines qui, en Côte-d'Or se seront déroulées du 10 au 26 mars, sera terminée. J'aurai l'occasion d'y revenir. Pour l'heure, on peut dire que la « rando-psy » du 13 mars et les premières étapes du « psy-tour », organisés tous deux pour la 1ère fois dans le département auront été deux points forts quant à la fréquentation.

Les décrets d'application de la «Loi santé » de 2016 sortent :

- Ils concernent le dispositif «zéro sans solution », les Groupements Hospitaliers Territoriaux (GHT), la représentation des usagers dans les «Commissions Des Usagers» (CDU) qui ont remplacé les CRUQPC (Commissions de la Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge)
- Le décret du 19-XI-2016 instituant un congé pour proche aidant, est entré en application au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Ils sont le signe que la santé en général, et la santé mentale en particulier, ne sont pas la seule préoccupation des malades et de leurs familles, mais aussi celle des responsables politiques. De nombreuses associations, dont l'UNAFAM, ont rédigé à ce sujet des questionnements sur les propositions des candidats à la Présidence de la République.

Ils sont aussi le signe que les associations, avec leurs bénévoles, doivent rester mobilisées en vue de l'aboutissement de leurs préconisations.

Un bémol relatif à ces changements : on assiste à la création de nouvelles instances, de nouveaux dispositifs, qui ne remplacent pas forcément ceux déjà existants, d'où la multiplication de réunions chronophages.

La construction de la résidence accueil de SAINT-APOLLINAIRE avance : son ouverture est prévue pour novembre de cette année. Les commissions d'examen des dossiers de candidature sont en cours. Si votre proche souhaite intégrer cette résidence, il faut rapidement déposer un dossier auprès du SIAO, (Service Intégré d'Accueil et d'orientation).

Bonne lecture

**Michel Lioret**



## SOMMAIRE

### **Comprendre les troubles bipolaires et se prendre en main**

**Le Dr Thomas Wallenhorst présente son dernier ouvrage.**  
Ayant pratiqué la relation d'aide PRH en tant que formateur,  
il se situe dans le courant humaniste.

page 4

---

**La résidence ICARE**  
**Pascal Sologny**  
Directeur de la Résidence ICARE

page 14

---

**Avancement des travaux de la résidence accueil**  
reportage photographique de B.Béros.

page 18

---

**Récolement des n° du LIEN depuis 2005 par grands thèmes traités**

page 20

*Transcription des conférences : Gérard Delmas*

**Au sommaire du prochain numéro :**

**Conférence de Frédéric Lenoir**  
**“La joie malgré tout”**

**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)**



## Conférence du 19 novembre 2016

**Le Dr Thomas Wallenhorst** présente ici son dernier ouvrage consacré aux **troubles bipolaires**. Ayant pratiqué la relation d'aide PRH en tant que formateur, il se situe dans le courant humaniste. Il a initié différentes thérapies de groupe, dont celle pour personnes bipolaires à l'origine de cet ouvrage.



### Présentation du livre en 4<sup>ème</sup> de couverture

*Le regard des chercheurs sur la maladie bipolaire a changé. Pendant la première partie du XX<sup>ème</sup> siècle, celle-ci était considérée comme la conséquence d'anomalies organiques. Le rôle de facteurs psychologiques et d'événements environnementaux responsables de divers stress est maintenant mieux compris. L'ensemble de ces facteurs réagissant entre eux, cette maladie est maintenant vue comme une réalité biopsychosociale. Soumises à la difficulté de réconcilier les extrêmes, les personnes bipolaires ont du mal à vivre dans la nuance.*

*Le traitement propose d'associer les médicaments, la psychothérapie et la psychoéducation : les trois démarches se complètent. La psychoéducation offre aux personnes concernées une meilleure*

*connaissance du trouble pour se prendre en main, anticiper les crises futures et mettre des stratégies personnalisées en place pour gérer les situations difficiles.*

*Les membres de la famille et l'entourage proche méritent une attention particulière car ils supportent et subissent en première ligne les excès des comportements bipolaires, ce qui provoque chez eux incompréhension, culpabilité, rejet : il est primordial qu'ils puissent se former sur les troubles bipolaires et les stratégies de gestion des difficultés rencontrées.*

### ● Introduction

L'appellation des troubles bipolaires est récente, puisqu'elle date de 1976. On parle à présent de dérèglement des mécanismes de l'humeur, alors

qu'avant on parlait de psychose. Il faut dire que la majorité des personnes atteintes par ce trouble bipolaire n'ont pas de manifestations psychotiques, mais toutes souffrent de fluctuations de leur humeur plus ou moins fortes et difficiles à gérer.

Ces manifestations pathologiques en alternance avaient déjà été notées dans l'Antiquité. Elles ont été confirmées au XVIIème siècle par l'Anglais Willis. C'est l'Allemand Emil Kraepelin qui en 1899 regroupe toutes les formes de cette affection en une seule maladie qu'il nomme psychose maniaco-dépressive. Il pensait que cette maladie était occasionnée par des facteurs endogènes, c'est-à-dire propre à la personne malade et peu dépendante de facteurs psychologiques ou environnementaux.

Cependant, de nombreux travaux publiés depuis 1970 montrent que ces personnes sont très sensibles au stress, ce qui prouve que l'on ne doit plus exclure ni les facteurs de l'environnement ni les facteurs psychologiques. Ces différents facteurs peuvent constituer un terrain favorable à une décompensation dépressive ou maniaque ou encore retarder l'amélioration d'un épisode dépressif ou maniaque, voire même provoquer une rechute.

Il existe deux formes typiques qui touchent entre 1,6 et 2% de la population générale, avec également des formes atténuées. L'ensemble représente entre 3,4 à 6,4% de la population générale, ce qui en fait une des maladies psychiques les plus fréquentes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé que cette maladie fait partie des 10 maladies les plus sévères, par le handicap qu'elle peut entraîner et par son coût sur la santé.

### ● **L'idée d'écrire ce livre**

**Le but de ce livre est de contribuer à alléger le poids de cette maladie, de faire reculer les facteurs de risque et d'aider les intéressés à retrouver leur joie de vivre.**

En écrivant ce livre, j'ai cherché à décrire la maladie bipolaire par ses signes cliniques, en insistant particulièrement sur le ressenti des personnes affectées. Il s'adresse principalement aux malades et aux membres de leur famille. Les soignants pourront de plus y retrouver des cas cliniques avec les interrogations que soulève la pratique d'un suivi au long cours.

Mon intention est d'aider les personnes bipolaires à mieux se connaître dans leur maladie, de les aider à prendre conscience des dysfonctionnements qui peuvent les piéger, mais aussi à découvrir leurs ressources et leur aptitude à entretenir de bonnes relations avec les autres. En se connaissant mieux, elles retrouvent confiance en elles, elles désamorcent leurs doutes et leurs découragements. Ainsi prennent-elles conscience de tout ce qui est positif en elles et qui fait leur richesse.

### **Un groupe de parole est à l'origine de ce livre**

Le pôle Psychiatrie et Santé Mentale participe tous les ans aux Semaines d'Information sur la Santé Mentale organisées en mars. En 2014, était lancé le thème national « L'information en santé mentale ». J'avais proposé d'illustrer ce thème par une information autour de la maladie bipolaire. Nous ne voulions pas seulement animer une conférence autour de cette maladie, mais aussi associer plusieurs personnes affectées par ce trouble. Jocelyne Riquet, infirmière art-thérapeute, avait déjà réuni quatre personnes au sein d'un groupe de parole. Ces personnes atteintes de maladie bipolaire élaborèrent leur témoignage pendant ces réunions de préparation. L'aboutissement de cette préparation fut une présentation publique où leur témoignage marqua fortement l'auditoire. Comme ces quatre personnes avaient exprimé le souhait de continuer à échanger leurs expériences de la maladie, je créai un groupe de parole permanent à partir de septembre de la même année, groupe encore actif pour la troisième année consécutive. Ces réunions durent deux heures, une fois par mois. En parallèle, les participants peuvent bénéficier d'un suivi psychiatrique, psychologique, art-thérapeutique ou en hôpital de jour.

### **Un échange où le ressenti de chacun tient une place prépondérante.**

En s'exprimant dans un cadre thérapeutique, les intéressés prennent de la distance par rapport à leur quotidien. Ces personnes développent une capacité de verbalisation qui leur permet de mieux réfléchir à leur maladie et d'apprendre à en maîtriser les effets sur eux. Un climat bienveillant d'accueil et d'écoute s'installe dans le groupe, chaque personne pouvant partager sa souffrance avec d'autres ayant le même trouble. Un témoignage en suscitant un autre, en écho, en complément, ou même en opposition, le dialogue est régulièrement relancé. Sont engagés

dans cette animation un animateur principal et un ou plusieurs accompagnateurs, dont des stagiaires (internes, psychologue, étudiant infirmier). Le rôle des animateurs est de définir un thème d'échange entre les participants. Ce thème n'est pas imposé, mais est proposé en médiation pour que la parole circule entre les participants qui témoignent, se questionnent ou demandent spontanément des explications à leurs animateurs. Ceux-ci peuvent aussi questionner un participant, en solliciter un autre, renvoyer la parole vers d'autres, fournir au besoin quelques explications sur un signe de la maladie, ou encore jouer au régulateur quand les prises de parole s'emballent...

### **Un échange d'égal à égal entre participants et soignants**

Il s'agit d'une expérience forte pour les animateurs dans la mesure où les participants partagent leur vécu avec une intensité qui s'exprime rarement de cette façon pendant des consultations. Il s'agit d'un échange d'égal à égal. La barrière habituelle de la relation médecin-malade ou soignant-malade tombe. La façon dont chacun vit sa maladie est le thème central au sein du groupe. Ainsi chacun affiche ses connaissances, son questionnement, tout en cherchant des réponses. Il s'agit d'une véritable relation humaine de type horizontal, différente de cette relation verticale de pouvoir qui s'établit entre un soignant et son malade.

### **Un livre pour aller mieux**

J'ai écrit ce livre pour répondre aux attentes des personnes atteintes de ce trouble. Elles pourront mieux se comprendre et se doter des meilleurs outils pour faire face aux situations difficiles. Un chapitre est consacré aux familles soumises aux fluctuations d'humeur et qui en sont désorientées. Les thèmes abordés sont le fruit de ces deux années d'observation à savoir les symptômes résiduels, le regard des autres sur soi, la nécessité de prendre soin de soi et des règles de vie pour aller bien.

#### **● Les symptômes résiduels**

**Un trouble de l'humeur bipolaire est encore souvent décrit par ses phases aigües dépressives et maniaques suivies d'un épisode inter-critique.**

Cet épisode inter-critique peut durer un an, deux ans ou davantage. Un certain nombre de personnes

perçoivent des difficultés dans leur fonctionnement avec leur humeur qui n'arrive pas à rester au beau fixe. Elles gardent une fragilité après la résolution d'un épisode dépressif ou maniaque. Pour cette raison cette période est appelée à présent épisode inter-critique et non plus intervalle libre. Ces symptômes peuvent varier d'une personne à l'autre.

### **1 - Des rythmes circadiens perturbés**

Une altération du cycle veille-sommeil est courante et se prolonge pendant les périodes dites inter-critiques. Dans la mesure où les personnes sont plus sensibles au stress quotidien, leurs rythmes sont facilement perturbés. Des problèmes non résolus et récurrents du quotidien peuvent en être la cause. Par exemple se reprocher des décisions prises ou encore éprouver de l'angoisse à l'annonce d'une journée difficile peuvent perturber le sommeil.

Les voyages avec décalage horaire témoignent de la fragilité des personnes bipolaires. Leur sommeil s'en trouve perturbé avec un risque de déclenchement d'un état maniaque au cours d'un voyage. Il est recommandé de consulter son médecin pour adapter la prise de médicaments.

À un degré moindre, beaucoup de personnes sont perturbées par le changement d'heure. Les personnes bipolaires sont plus longues à s'y accoutumer et la gestion de leurs émotions s'en trouve perturbée. En outre elles se révèlent plus fragiles pendant les intersaisons.

### **2 - Une fatigue générale et un ralentissement de l'activité**

Les personnes bipolaires se plaignent fréquemment d'être fatiguées. Leurs gestes quotidiens s'en trouvent ralentis avec perte de dynamisme et de motivation. Parfois c'est plutôt le matin, parfois jusqu'à midi, avec un mieux l'après-midi. Parfois elles se sentent bien le soir au point d'élaborer des projets pour le lendemain. Mais le matin venu elles ressentent et subissent à nouveau cette fatigue générale. Pour les uns, la fatigue sera permanente avec un pic en fin de journée, alors que pour d'autres, cette fatigue sera épisodique, en écho à une période où la personne va moins bien.

### **3 - Des troubles cognitifs affectant l'attention et la mémoire**

**L'attention spontanée** se fait labile, à savoir que toute entrée dans le champ visuel d'un objet ou d'une personne détourne immédiatement son attention.

**L'attention volontaire** est affaiblie avec soit une difficulté à produire un effort de concentration sur demande, soit une difficulté à maintenir son attention durant un effort de concentration. Ainsi la simple lecture d'un livre peut s'avérer un exercice difficile.

**Un problème de mémoire** récurrent empêche fréquemment ces personnes de retrouver facilement des noms de personnes ou d'objets familiers. Ce déficit de la partie verbale dans leur mémoire de travail les handicape beaucoup en réduisant leur capacité à apprendre ou à mener une conversation normale.

#### **4 - Des troubles somatiques plus fréquents que dans la population générale**

On constate une fréquence des troubles somatiques supérieure à la population générale.

Il existe une forte prévalence de facteurs de risques cardio-vasculaires dus à la sédentarité, à l'obésité (30% de surpoids pour 21% en population générale), à une dyslipidémie, à une alimentation trop grasse et trop sucrée, au tabagisme.

Ceci favorise avec le temps le développement d'un diabète, d'une angine de poitrine avec risque d'infarctus du myocarde, d'hypertension ou encore d'accidents vasculaires cérébraux. De tels facteurs physiques pèsent sur le corps qui doit assumer une charge plus importante. Par ailleurs, le corps résiste moins bien aux infections en raison d'un affaiblissement de son système immunitaire.

Certaines personnes s'enferment même dans un cercle vicieux, car pour faire face au stress et trouver un apaisement momentané, elles augmentent leur consommation de tabac, d'alcool et de nourriture augmentant ainsi leurs facteurs de risque.

#### **● Le regard des autres sur soi**

##### **Un sentiment d'avoir changé**

Une personne souffrant de maladie bipolaire se plaint souvent d'être mal acceptée des autres. Elle éprouve de ce fait le sentiment douloureux d'avoir changé, de ne plus être elle-même, au point de

penser qu'elle ne s'appartient plus. Parfois elle continue à vivre « parce qu'il le faut », et à agir sans réellement se sentir en accord avec elle-même. Le regard des autres interfère alors avec son propre regard sur elle-même, l'amenant à se juger, à se condamner, à se comparer aux autres et même jusqu'à se punir.

Ces sentiments à caractère dépressif se prolongent souvent pendant les phases inter-critiques puis disparaissent pendant les phases maniaques et hypomaniaques. À ce moment-là prédomine le sentiment que tout est facile, que les problèmes ont disparu alors qu'à d'autres moments ce sentiment s'inverse. C'est alors sa propre image, sa propre perception, sa propre considération, ses idéaux, la perception de son avenir qui se trouvent affectés, surtout quand cette personne se compare à ce dont elle se sent capable de faire.

En phase euphorique, une personne bipolaire ne doute pas, ne se pose pas de questions et se lance dans des actions à risques sans toujours bien en mesurer les conséquences. Puis quand son humeur chute, de nouveau elle se met à douter, à se remettre en cause et souvent elle ne se sent même plus capable de réaliser ce qu'elle venait juste d'élaborer.

##### **Une difficulté à exprimer leurs émotions de manière juste**

Chez l'homme, tout événement présent ou tout souvenir peut déclencher une émotion qui s'estompe naturellement avec le temps. Les personnes bipolaires sont particulièrement sensibles aux fluctuations de leurs émotions et ont l'impression d'être sous leur domination, sans aucun pouvoir de contrôle. Leurs émotions peuvent passer brutalement d'un extrême à l'autre de manière imprévisible.

Les personnes bipolaires éprouvent une certaine difficulté à ressentir, à interpréter et à exprimer leurs émotions. Si une personne bipolaire connaît comme tout le monde des moments sans émotion ou éprouve des émotions que l'on pourrait qualifier de normales, lors d'une crise maniaque-dépressive, elle peut se sentir piégée par une émotion disproportionnée, voire pathologique. Incapable de distinguer une émotion normale de cette émotion disproportionnée, elle en est perturbée au point de

se sentir vulnérable et de perdre toute confiance en elle. Par exemple, pour satisfaire un désir ponctuel, une personne bipolaire peut très bien organiser une sortie avec des amis, mais une fois sur place, elle peut très bien s'ennuyer et se sentir mal à l'aise, comme si elle avait oublié ou perdu tout le plaisir attendu à l'origine de son initiative.

Cette réaction disproportionnée peut même évoluer jusqu'à une colère incontrôlée et accusatrice faisant subir aux autres tout son mal-être, sans même chercher à en atténuer les effets en exprimant sa frustration par exemple. Le lendemain la personne bipolaire aura oublié sa colère mais niera avoir pu blesser ceux qui se trouvaient en face à ce moment-là. Elle admettra même difficilement que sa colère était disproportionnée et affirmera qu'il en est ainsi de son caractère, qu'elle n'en changera pas, et qu'elle doit être acceptée telle qu'elle est.

### **Se sentir diminué**

Le sentiment d'avoir changé s'exprime souvent chez les personnes bipolaires par la conscience douloureuse de se sentir diminuées, surtout pendant les phases dépressives et à un degré moindre pendant les phases inter-critiques. Elles se sentent en moins bonne forme physique, moins résistantes et plus longues à récupérer. Leur confiance en elles en est affectée au point de leur faire douter de leurs capacités, de leurs projets, voire même de leur identité. Une visite amicale impromptue ou un changement d'affectation à leur travail pourra les stresser. Certains ne se déplaceront plus par crainte d'insomnie. D'autres, dans un moment d'euphorie, décideront du jour au lendemain d'entreprendre un voyage mais vivront un épisode maniaque une fois à destination. Ces malades ressentent une culpabilité disproportionnée, une perte de valeur, qui leur font éprouver une véritable douleur morale.

Si l'entourage parvient à accepter des comportements en phase dépressive comme l'apathie, l'absence d'initiatives et l'isolement, il en est pas de même en phase maniaque où colère et instabilité sont plus difficilement acceptables. Une malade déclare : « Quand je suis dépressive, je suis soumise, quand je suis maniaque, je suis rebelle ». Une autre : « En phase dépressive, je me trouve avec un moi profond qui n'a plus d'émotions, je ne suis plus comme avant ».

## ● **La nécessité de prendre soin de soi**

### **Anticiper si une décompensation se prépare**

La capacité à anticiper et à gérer ses émotions est une ressource importante pour la personne bipolaire. Elle consiste à se projeter dans les situations à venir : ce qui est prévu, ce qui sera vécu, ce qui sera réalisé, dans un environnement précis. En ressentant ainsi certaines émotions par anticipation comme la joie ou l'appréhension, cette personne bien conditionnée intérieurement pourra mieux faire face à une nouvelle situation.

### **Repérer les signes annonciateurs d'un état dépressif**

Il est important de repérer les signes annonciateurs d'un état dépressif, d'un état maniaque ou de tout autre événement qui risque de creuser sa propre fragilité. Un état dépressif peut s'installer rapidement en quelques jours pour un individu qui éprouve un grand malaise et le sentiment de perdre tout pouvoir sur sa vie. Il se sent moins bien, son humeur devient plus sombre, il devient pessimiste, se sent moins fort et moins dynamique. Ses activités quotidiennes les plus courantes lui demandent un effort. Se lever, s'habiller, faire sa toilette, faire ses courses, préparer ses repas, entretenir son logement deviennent de plus en plus difficiles. Il subit son quotidien, il ne s'investit plus, il ne prend plus d'initiatives personnelles.

Comme ces symptômes s'installent de façon progressive, il fait des efforts pour sauver les apparences, mais il se sent mal et lutte pour ne pas s'effondrer. Il peut même être amené à faire des efforts constants pour repousser des idées suicidaires. Il est donc important de repérer la progression de ces symptômes pour pouvoir réagir à temps.

### **Repérer les signes annonciateurs d'un état maniaque**

À l'issue d'un état dépressif ou pendant un état inter-critique, il est courant que les personnes retrouvent leur vitalité, leur dynamisme et leur gaieté. Cependant si elles se mettent à faire de l'humour ou à taquiner les autres, alors qu'elles ne le font jamais, cela doit surprendre et attirer l'attention. Parfois elles prennent des décisions inattendues comme faire un cadeau, effectuer une dépense inconsidérée, ou encore prises d'euphorie, elles peuvent décider brutalement d'un

voyage irréaliste au bout du monde... Devenues infatigables, elles dorment de moins en moins et se sentent surpuissantes. Se croyant même guéries, elles ne prennent même plus leurs médicaments et lorsque tous ces symptômes se répètent avec intensité, il est important et grand temps d'agir.

### **Être réaliste**

Plutôt que de vivre dans la nostalgie des sentiments qu'elle a pu éprouver durant un état maniaque, il est important que la personne bipolaire s'ancre bien au réel en appliquant les principes suivants :

#### ***Connaître et accepter ses points forts et ses points faibles***

En identifiant sa force, son intelligence, sa patience, ses qualités relationnelles, son dynamisme, sa créativité, etc. mais aussi en constatant sa tendance à douter, à s'irriter facilement, à se sentir bloqué, c'est se reconnaître et s'accepter tel que l'on est.

#### ***Connaître et accepter son fonctionnement au quotidien***

Alors que certains vont se sentir ralentis le matin dans une activité intellectuelle ou dans l'action, mais vont aller mieux l'après-midi, alors que pour d'autres ce sera l'inverse, l'important est de bien se connaître et de s'accepter tel que l'on est.

#### ***Accepter de réduire son activité***

Se donner des objectifs moins ambitieux, réduire ou fractionner ses activités ou encore choisir de les réaliser à un moment plus favorable, voici des moyens qui permettent de se sentir bien et en sécurité chez soi, tout en réduisant son stress.

#### ***Éviter le piège de l'isolement***

La réduction d'activités poussée à l'extrême qui consiste à rester enfermé et à refuser des visites peut provoquer un isolement très dommageable. Les proches se sentent incompris et rejetés alors qu'ils ont un rôle essentiel à jouer en les comprenant mieux que les autres, en leur renvoyant une image adaptée à leur état émotionnel et en les stimulant intellectuellement.

#### **● Des règles de vie pour aller bien**

##### **Maintenir une activité professionnelle ou autre**

L'exercice d'une activité, qu'elle soit professionnelle, familiale, sociale, ou encore bénévole est importante

car elle apporte les bienfaits d'une structure extérieure avec son propre rythme, ses horaires et ses contraintes. Même si le respect de certaines règles peut nécessiter de se faire violence, même si des fluctuations d'humeur peuvent rendre difficile l'exécution de tâches régulières au cours de la journée, réaliser ce qui était prévu procure un certain apaisement intérieur.

##### **Assumer les contraintes jour après jour**

Du fait de la fatigue et des difficultés à s'organiser au quotidien, il n'est pas évident pour une personne bipolaire d'assumer des contraintes sans relâche jour après jour. Aussi est-il utile de se donner un petit objectif quotidien réalisable, à sa mesure, ce qui évite de tomber dans le piège des projets illusoire qui sont élaborés dans l'euphorie d'un matin par exemple mais jamais réalisés le lendemain !

##### **Prendre soin des relations familiales**

Les relations familiales sont un sujet de controverse. Certaines personnes choisissent de ne plus fréquenter leur famille ou certains de ses membres à titre temporaire pour mieux se reconstruire et éviter une confrontation qui réveille en eux certaines blessures. Pour d'autres au contraire la famille est une ressource où elles se sentent comprises, accueillies, acceptées, respectées et même encouragées dans leur combat quotidien contre la maladie.

##### **Ne pas prendre de décisions hâtives**

Il est dans la nature du malade bipolaire de prendre des décisions sur un coup de tête. Ainsi pense-t-il souvent avoir fait le tour d'une question avant d'agir, ce qui est rarement le cas. Il peut se lancer dans un voyage qui tourne mal, décider de quitter brutalement son travail ou encore de rompre une liaison affective sans vraiment réfléchir aux conséquences. Surtout pendant un état dépressif ou maniaque, il est donc fortement recommandé d'éviter de prendre des décisions forcément mal pesées. Par contre, lors du retour dans une phase inter-critique et dans le cadre d'un dialogue bienveillant, des décisions pourront être à nouveau prises en toute connaissance de cause.

##### **Prendre en charge son traitement**

La prise régulière du traitement médicamenteux est un autre point délicat. Même accepté après un

long cheminement, un traitement peut être remis en cause selon les fluctuations de l'humeur ou la manifestation d'effets secondaires. Ainsi le malade peut modifier les posologies, arrêter certains produits ou même tout le traitement. Il arrive aussi que l'entourage exerce une pression plus ou moins grande en critiquant le traitement : « Tu irais mieux si tu ne prenais plus rien... ». Il peut arriver aussi que la parole d'un pharmacien, du médecin généraliste ou d'une infirmière du CMP puisse être mal interprétée. Après avoir entendu « Je comprends que vous soyez fatigué » il est possible qu'un malade en déduise qu'il doit réduire son traitement. Il est fortement conseillé de noter par écrit ses propres réactions au cours de la journée puis de les soumettre à son psychiatre prescripteur qui sera le seul, et c'est important, le seul habilité à conseiller dans tous les cas de figure.

### **Pendant les décompensations maniaques et dépressives**

Pendant une phase maniaque il est particulièrement recommandé d'éviter tout ce qui excite et de s'obliger au repos. Le maintien d'une activité a tendance à entretenir l'agitation psychomotrice, cognitive et l'humeur à un haut niveau, avec pour effet une réduction considérable du besoin de sommeil. Quand ces personnes sont hospitalisées, elles vivent mal d'être privées de leur ordinateur et de leur téléphone portable, ce qui permet portant de réduire ces stimulations qui relancent l'agitation. La consommation d'alcool et de café doit être évitée. Un bon équilibre veille - sommeil est crucial, sinon il est indispensable de revoir rapidement son médecin prescripteur qui adaptera le traitement. Une activité physique modérée est conseillée, tout comme la relaxation ou la méditation pour ceux qui les pratiquent.

Pendant une phase dépressive, il est recommandé d'éviter de trop dormir ou de rester longtemps au lit. En effet il est sage de maintenir un rythme de journée normal : lever le matin, prise des trois repas par jour et coucher le soir. Autant que possible, garder une activité permet de limiter la rumination mentale et oblige à se concentrer sur des actions continues ou fractionnées. En revanche, la relaxation et la méditation sont contre-indiquées car encourager une intériorisation déjà importante chez un déprimé peut aggraver sa dépression. Dans ce cas il va de

soi qu'il est nécessaire de revoir rapidement son médecin prescripteur.

### **• Les membres de la famille et l'entourage proche**

Pour terminer, je voudrais dire quelques mots du rôle que jouent des membres de la famille et les proches du malade. Ils sont régulièrement impliqués dans l'évolution de la maladie. Ils assistent aux excès de ses comportements, ils peuvent être surpris par un geste inattendu, ils peuvent découvrir des dépenses inconsidérées qu'ils tentent de corriger. Dans certains cas ils peuvent même être convoqués par la police en cas de délit, ou encore être amenés à signer une obligation de soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Un tel geste laisse des sentiments mitigés car la famille s'en culpabilise souvent, même s'ils reconnaissent que cette mesure conseillée par le médecin était justifiée, même s'ils reconnaissent que la situation ne pouvait qu'empirer en l'absence de soins.

Les proches s'avèrent impuissants devant ces mouvements d'humeur. Alors qu'ils accueillent favorablement une humeur gaie, ils sont toujours dans la crainte que cette gaieté ne se transforme en euphorie entraînant le malade vers un état maniaque incontrôlable. Mais les proches vivent aussi des moments difficiles avec cet état dépressif qui les lasse, avec des gestes du quotidien difficiles à accomplir, avec des plaintes de ne pouvoir agir, avec la perte d'espoir de guérison. Ils redoutent ses idées suicidaires car même s'il les exprime rarement, ils vivent dans la crainte d'un passage à l'acte. Avec des comportements sans cesse changeants, des espoirs de guérison perdus, des variations d'humeur et de comportement, le doute et le découragement prennent le pas. Les proches se demandent sans cesse si la guérison arrivera un jour, si l'humeur pourra se stabiliser, si une vie normale sans excès ni extravagances sera un jour possible. Les membres de la famille sont déroutés, ils ne savent jamais dans quel état ils vont trouver leur malade. Ils se demandent s'ils peuvent vraiment l'aider, se culpabilisent, se désespèrent puis, sur un léger mieux, reprennent espoir.

Cependant, en anticipant eux aussi les décompensations maniaques et dépressives de la personne malade avec ses fluctuations d'humeur,

les proches apprennent à vivre avec la maladie au fil des jours. Ils peuvent devenir ses accompagnateurs bénéfiques, capables de comprendre et d'accepter le malade avec son trouble. Non seulement ils gagnent la reconnaissance du malade mais ils deviennent de fait des partenaires médicaux au même titre que les médecins ou l'équipe soignante.

Ce partenariat s'instaure dès la première consultation, surtout en cas d'hospitalisation. Il est très utile que le médecin propose des rendez-vous réguliers pour faire le point sur l'avancée du processus thérapeutique : état clinique du patient, traitements prescrits et prises en charge hors médicaments. Ce partenariat se construit petit à petit sur la relation de confiance qui s'établit entre les différentes personnes concernées. Il s'agit d'une relation de partenariat très différente de la classique relation médecin - malade. Ici chacun peut avoir un rôle actif. Des rencontres mensuelles sont prévues au sein d'un groupe de familles, où tous les symptômes de la maladie sont expliqués et commentés. Sont abordés aussi les différents comportements adoptés ou à adopter au quotidien. Ainsi les familles osent-elles davantage contacter le médecin pour lui communiquer une information ou lui signaler un nouveau symptôme. Quand ce partenariat fonctionne bien, tout le monde en est bénéficiaire.

### ● Conclusions

Les personnes bipolaires portent en elles-mêmes des extrêmes difficilement conciliables : l'euphorie et le chagrin, l'amour et la haine, l'attrait et le rejet, le dynamisme et l'apathie, des pensées qui s'emballent et un cerveau engourdi, le sentiment d'un pouvoir illimité et celui de se sentir impuissant.

Soumises à de fortes tensions intérieures au gré des fluctuations de leur humeur et de leur vitalité, ces personnes sont tiraillées entre la volonté de s'en sortir seules ou au contraire d'accepter de se faire soigner. Dans son livre autobiographique, la psychiatre américaine Kay Redfield Jamison, elle-même bipolaire, retrace le chemin qui l'a conduite du rejet de ses médicaments à leur acceptation, jusqu'à même les considérer comme indispensables pour bien se porter, en association avec des traitements non médicamenteux. En effet, médicaments et psychothérapie se complètent très bien, les premiers régulant les mécanismes

neurobiologiques.

La psychothérapie, en revanche, permet de faire une lecture de sa vie, d'aborder ses passages douloureux, de trouver le fil rouge de sa vie, de trouver ce qui lui donne tout son sens. Les séances de psychothérapie permettent d'explorer des sentiments jusque-là incompris. En trouvant les mots justes qui expriment précisément ce qu'elles ressentent, les personnes comprennent mieux leurs motivations, comment elles prennent leurs décisions, ce qui les bloque, ce qui leur pose question, ce qui les met en difficultés, jusqu'à l'exploration de leurs conflits relationnels. Par le dialogue avec le thérapeute, elles apprennent à analyser leurs sentiments et leurs émotions, de façon à ne plus devoir les subir, mais au contraire pour en faire les acteurs de leur vie.

Une nouvelle approche se développe depuis la fin du vingtième siècle en prenant de plus en plus d'ampleur actuellement, c'est la psychoéducation. Elle est proposée aux personnes souffrant d'un trouble psychique ainsi qu'à leurs familles pour les aider à reprendre le pouvoir sur leur vie, pour les aider à devenir acteurs au lieu de subir événements, mouvements d'humeur ou autres manifestations pathologiques. En effet, malgré la maladie, plus les personnes se sentent en capacité d'agir sur le cours de leur vie et moins elles subissent les effets de leurs difficultés : elles ont un autre regard sur leur maladie, elles trouvent des stratégies pour surmonter un cap difficile, elles reprennent confiance en elles, elles deviennent plus réalistes, elles réduisent les moments de découragement, elles ne se laissent plus aller...

Je me permets d'insister sur l'importance de la relation avec le thérapeute : il a une fonction miroir, il participe à la recherche de sens, il peut expliquer, il encourage, et ce à tous les stades de la maladie. Comme en témoigne l'expérience menée à Semur, une telle dynamique de soins peut également être mise en œuvre au sein d'un groupe thérapeutique.

### ● Témoignages de personnes bipolaires

*« La maladie a pris toute la place en moi. En période maniaque, j'ai fréquemment des colères. J'ai poussé mon mari à bout, je le fais souffrir ; il va se lasser de moi, il va m'abandonner et je vais rester seule, et ce sera bien fait pour moi. Je suis tout le temps*

*dans la maladie, il n'y a plus rien d'autre qui m'intéresse, j'ai l'impression que je suis réduite, je ne suis plus humaine. Je me reproche de ne pas faire le ménage, la maison est dans un état de saleté abominable ; mais je suis incapable de coordonner les gestes pour le faire, et de ce fait, je ne fais rien. Et plus j'attends, plus je me sens mal : je suis seule fautive. Je ressasse des idées en permanence, je me fais une montagne avec des monticules. On me dit de positiver, mais je ne peux rien trouver de positif : je ne me supporte plus, je m'en veux. »*

*« Je ne vois pas comment je peux être moi-même en étant bipolaire car je ne me sens pas normale. Je ne sais plus qui je suis vraiment, je crois que j'ai perdu ma personnalité, et je pense que c'est en raison des médicaments que je prends car je ne ressens plus les émotions comme autrefois. Certaines fois, je me sens coupable de ne pas me sentir joyeuse quand les autres pensent qu'on doit être joyeux. Je me sens en décalage tout le temps ; j'ai tout le temps le sentiment que mon mari, mes enfants et les gens en général ne me comprennent pas. »*

*« Je me culpabilise souvent d'être fatiguée car je me compare aux autres que je vois dynamiques, agissants : ils peuvent tout faire, mais moi, je ne peux plus rien faire, je me sens diminuée. J'ai changé, mais pas dans le bon sens. Autrefois j'étais gaie, maintenant je suis souvent triste ou je ne ressens rien, et j'ai peur de mes réactions : je ne me fais plus confiance, tout ce que je fais est difficile et j'ai tellement peur d'être mal de nouveau et de devoir retourner à l'hôpital. Je me sens mal en société : quand nous avons des invités, je leur parle à peine. En plus, quand je ressens la culpabilité, je suis dans un cercle vicieux car elle m'enfoncé encore plus dans la dépression.»*

*« Pendant un de mes états maniaques j'ai acheté une voiture neuve, et je n'en avais pas les moyens ; mon ancienne voiture fonctionnait encore bien, mais j'étais dans une exubérance et je ne voulais pas écouter les conseils de mon entourage. En raison des dettes que j'ai engagées, j'ai dû être mise sous curatelle renforcée. Je reconnais que c'est un soulagement que le curateur s'occupe maintenant de gérer mon budget. »*

x x  
x

## ● Questions du public

### **Quand un bipolaire stabilisé continue à manifester des crises de colère et de rage destructrices et insupportables pour l'entourage, que faire ?**

La meilleure position à adopter consiste à accueillir cette colère et surtout à éviter toute discussion ou toute confrontation. Elle sera oubliée le lendemain. La colère reste une émotion pathologique.

### **Référence exacte du livre de la psychiatre américaine citée ?**

De l'exaltation à la dépression - Confession d'une psychiatre maniaco-dépressive  
de Kay Redfield Jamison chez Robert Laffont

### **Peut-on avoir accès à des autotests diagnostiquant une bipolarité ?**

Attention aux auto-questionnaires. Il est important d'être accompagné d'un psychiatre ou d'un psychologue, ce dernier étant le bon interlocuteur pour un accompagnement psychothérapeutique.

### **Où pratique-t-on la psychothérapie ou la psychoéducation dans la région ?**

Le plus important est d'établir une relation de confiance avec un psychothérapeute. La technique appliquée est secondaire. La psychoéducation est pratiquée à La Chartreuse.

Une psychoéducation personnalisée va travailler sur ses dysfonctionnements et ses bons fonctionnements à renforcer, sur la confiance en soi et la volonté de donner du sens à sa vie.

Signalons pour les familles l'existence d'une psychoéducation standardisée comme la formation Profamille dispensée par l'UNAFAM. Il existe aussi l'atelier PROSPECT pour aider à faire face à la maladie psychique également dispensé par l'UNAFAM à destination des familles.

### **Guérit-on de la bipolarité ?**

Le trouble bipolaire est une maladie au long cours nécessitant donc un traitement au long cours.

### **Quelle attitude doit adopter l'entourage en phase critique ?**

Avec le temps, les familles apprennent à réagir pendant une crise. Il faut trouver une parade pour

que la colère n'aboutisse nulle part. De toute façon il faut éviter l'affrontement. Il faut trouver aussi un moment pour faire le point calmement : médicaments, soins, rendez-vous médecin...

### ***Les psychothérapies doivent-elles être suivies en continu ?***

Il y a des périodes où la psychothérapie est très importante, notamment quand des personnes reconnaissent avoir commis de graves erreurs et veulent comprendre ce qui s'est passé. Elle peut être arrêtée puis reprise plus tard à partir de nouveaux éléments.

### ***Transmission de la maladie par hérédité ou par contagion ?***

Il n'y a pas de transmission héréditaire de la maladie bipolaire à proprement parler, ni de transmission par contagion, bien que la cohabitation avec une personne malade puisse provoquer un mimétisme comportemental.

### ***Déclarée tardivement bipolaire, on m'a dit : la psychothérapie ne se faisait plus***

Peut-être, mais on peut toujours suivre une psychoéducation. Il existe une grande variété de psychothérapies. Un travail sur les émotions peut se faire à tout âge.

### ***Que faire devant un proche dans le déni de sa maladie ? Et pour des personnes isolées avec des enfants ?***

Il faut pouvoir discuter tranquillement avec cette personne et lui dire ce que l'on a remarqué dans son comportement pour l'encourager à consulter. Il est important que les enfants soient informés par le médecin de la maladie de leur parent, ou même de leur fratrie, ce qui est trop rarement fait.

### ***N'y a-t-il pas risque de diagnostiquer par erreur une dépression au lieu d'un trouble bipolaire quand le médecin ne prend pas le temps de recueillir de précieux indices auprès de l'entourage du patient ?***

Les psychiatres sont tenus de rechercher des indices de bipolarité comme l'existence de périodes d'excitation, de moments débordants d'énergie, d'une tendance à consommer de l'alcool ou une drogue sans avoir compris pourquoi, une tendance

ponctuelle à ne plus manger puis à manger beaucoup, une nette tendance à se mettre en colère. La rencontre des familles est primordiale, c'est une composante essentielle de la rencontre du patient. Les rencontres avec la famille se font en présence ou pas du patient mais dans ce dernier cas, il est important que le patient en soit informé.

### ***Diagnostique-t-on une bipolarité chez les enfants ?***

On ne fait pas ce diagnostic chez les enfants car même si certains troubles se manifestent, on peut être sûr que ces troubles évolueront ou même disparaîtront avec l'âge.

### ***Une pathologie peut-elle changer de nature ?***

Les frontières entre pathologies ne sont pas toujours très nettes car elles peuvent prendre de nombreuses formes même si elles sont identifiées par un même mot. Il est donc possible qu'un diagnostic varie d'un psychiatre à l'autre. On remarque cependant que certains diagnostics de bipolarité évoluent plutôt vers une schizophrénie.

### ***Un enfant capricieux a-t-il plus de chance de devenir bipolaire ?***

Non. Par son éducation et par les encouragements bienveillants de ses parents et de ses éducateurs, un enfant peut travailler sur lui. S'il est vraiment très capricieux, il y a aussi la possibilité de le faire suivre par un psychologue ou un pédopsychiatre avec de bons résultats.

### ***Que faire face à un délire mystique et religieux ?***

Il faut recommander une hospitalisation et revoir le traitement. Au dire de ces patients, les délires mystiques sont à la fois très angoissants avec l'impression de perdre la raison, même si certains en éprouvent une certaine jouissance. Tous reconnaissent après coup que cet état n'était pas normal et qu'il ne pouvait pas se prolonger.

### ***Peut-on s'en sortir avec un simple régulateur d'humeur ?***

Nous aimerions bien, cela limiterait les effets secondaires. Le meilleur régulateur d'humeur c'est le plus ancien, c'est le lithium.

### ***La méditation ne serait donc pas conseillée***

### ***pour les dépressifs ?***

Effectivement la méditation est déconseillée aux dépressifs mais utile aux maniaques. Le dépressif étant souvent enfermé dans une culpabilité et une douleur morale, il a du mal à se concentrer, mais ce n'est pas une règle absolue...

### ***Comment aider un malade en phase dépressive ?***

En cas de dépression profonde, le plus important est d'ajuster le traitement pour faire sortir la personne de sa douleur morale et l'aider à retrouver le sommeil. Pour une dépression légère, la psychothérapie peut aider, tout comme l'hypnose. En faisant entrer dans un état de conscience modifié, elle permet de ressentir des choses inaccessibles dans un état de conscience normal où la pensée est sous contrôle.

### ***L'absorption de drogue comme le cannabis peut-elle déclencher un comportement bipolaire ?***

Le cannabis est associé avec certitude à des états maniaques, à des états dépressifs et à des suicides. Combiné à l'alcool, on l'associe à des crises d'agitation. Il peut provoquer aussi des signes psychotiques comme se sentir persécuté ou entendre des voix. Le cannabis est donc fortement déconseillé, en particulier pour les malades psychiques. Il est important d'opérer cette dissuasion par une psychothérapie qui en interrogeant le patient l'aide à faire le point sur lui-même par lui-même.

### ***Le Dr Wallenhorst propose-t-il des consultations externes à Semur-en-Auxois ?***

Oui bien sûr, en tant que psychiatre, psychothérapeute et addictologue.



## **LA RÉSIDENCE ICARE**

Synthèse de la conférence-débat du 14 janvier 2017

animée par **Pascal Sologny**  
Directeur de la Résidence ICARE



*La RÉSIDENCE ICARE est un lieu ouvert à des personnes en situation de handicap psychique qui conduisent un projet personnel d'émancipation et d'insertion sociale de 3 ans en moyenne.*

### **Des liens étroits avec l'UNAFAM**

Pascal Sologny est Directeur de la **Résidence Icare** et de l'association **Icare-la-Bergerie** depuis une vingtaine d'années. L'UNAFAM est représentée au sein d'ICARE par Bernard Beros qui en est le trésorier. Mentionnons également Francis et Marie-Françoise Jan qui ont siégé à son Conseil d'Administration. C'est également un membre de l'UNAFAM qui représente les familles des résidents au Conseil de la vie sociale.

### **Au départ, l'aventure du Foyer de la Bergerie**

Dans les années 70 Roger Boutefeu, père d'un jeune souffrant de troubles psychotiques décide de créer le **Foyer de La Bergerie** avec l'aide des Compagnons d'Emmaüs, mais aussi avec l'aide de psychiatres comme le Professeur Marin. Ce lieu, géré par l'association **Entraide-la-Bergerie**, était un lieu de séjour alternatif à l'hospitalisation, sans être médicalisé. Malheureusement, à partir des années 90, suite à de nombreuses péripéties administratives, l'association perd le contrôle de ce lieu qui devient la Maison Matisse à Fontaine-lès-Dijon, aujourd'hui dépendance du CHS La Chartreuse.

### **L'association Icare-la-Bergerie gère la Résidence Icare**

Auparavant, l'association **Entraide La Bergerie** avait imaginé ICARE, une structure

collective destinée à des personnes jeunes qui bénéficieraient d'un accompagnement dans un appartement individuel. Ce projet se réalisera à Chevigny-Saint-Sauveur avec le CH La Chartreuse qui avait proposé un projet similaire. Lorsque ce dernier se retire du projet, c'est la nouvelle association **Icare-La-Bergerie**, résultant de la fusion d'ICARE et d'Entraide-la-Bergerie, qui en prend la direction. Cette association porte un projet militant et les fondateurs l'animent toujours au conseil d'administration. Sa préoccupation est la réinsertion sociale des personnes ayant des troubles psychiques.

### **L'association Icare-la-Bergerie gère la Résidence du Verger**

L'association gère aussi la **Résidence du Verger** à Talant, un foyer logement où vivent cinq personnes qui peuvent occuper leur logement sans limitation de durée. Pascal Sologny vit près d'eux en voisin, en ami et en soutien depuis 15 ans, dans un cadre très agréable. Dans ce quartier bourgeois, les voisins bien abrités derrière de hauts murs s'inquiètent de voir débarquer un jour sur un terrain en friches des « malades mentaux » ! Heureusement, une fois le terrain aménagé, il fut décidé il y a 10 ans, d'organiser une fête des voisins. Le résultat fut excellent puisque le sentiment des voisins passa de la peur à la sympathie vis-à-vis des résidents, mais permit aussi de développer des relations de qualité entre tous les habitants du quartier. Cet événement permit de passer d'un regard inquiet et suspicieux à un regard bienveillant. Par ailleurs, le Verger accueille l'association des Embarqués, fondée par les adhérents de l'Embarcadère après sa fermeture.

### **L'association Icare-La-Bergerie est à l'origine de l'Espace Ressources de Longvic**

Créé en 2009, l'**Espace Ressources** a été soutenu par le CCAS de Longvic et la Politique de la Ville pour venir en aide aux travailleurs sociaux qui témoignaient de leur impuissance devant des situations déconcertantes de personnes présentant des troubles psychiques. Cette aide, apportée par les professionnels de l'Espace ressources, consistait à éclairer la réflexion et à chercher des solutions concertées et coordonnées pour accompagner des personnes qui n'avaient eu accès ni au soin ni à l'accompagnement social. A

l'époque, cette expérience n'a pas suscité l'intérêt qu'elle méritait : faute de budget pérenne, elle dut s'interrompre malgré le succès rencontré sur le terrain. L'Espace Ressources participait à une expérimentation nationale, soutenue par la CNSA, sur les Centres Ressources Handicap psychique.

### **L'association Icare-La-Bergerie a créé le restaurant l'Embarcadère**



Pour répondre au regret de certains adhérents d'être mal accueillis ou de se sentir mal à l'aise dans les cafés ou dans les restaurants, l'idée est venue de créer un restaurant particulier qui serait un lieu d'accueil, d'échanges privilégiés et ouvert à tous. Le projet de l'Embarcadère rue d'Auxonne voit le jour et devient un formidable lieu d'échange fréquenté également par de nombreuses associations. Malheureusement, faute de ressources et face à la difficulté que représente la gestion d'un restaurant, l'aventure prend fin en 2014.

Cependant, une dynamique avait vu le jour et ses adhérents ne baissent pas les bras : pour pouvoir continuer leur projet ensemble ils créent l'association Les Embarqués, accueillie au Verger. Ils vont sur les festivals et animent une buvette sans alcool pour favoriser les rencontres. Ils sont d'ailleurs à la recherche de bénévoles pour développer leurs activités.

### **La naissance et le principe d'Icare**

En novembre 1995, sortie de terre dans un quartier encore inhabité et en devenir, ouvre la résidence Icare à Chevigny-Saint-Sauveur. Dominique Robert en est alors le Directeur. C'est Le Foyer dijonnais, aujourd'hui « Villeo », qui en réalise la construction avec Jean-François Robbe pour architecte. C'est le

Conseil Départemental de la Côte d'Or qui autorise et finance la Résidence Icare depuis son ouverture en 1995. En 2003 et pendant 10 ans, Icare sera autorisée comme « établissement expérimental », ni foyer de vie, ni foyer d'hébergement mais avec un projet et un fonctionnement novateurs. Il s'agit en effet d'accueillir exclusivement des personnes reconnues en situation de handicap psychique et engagées dans un projet de réinsertion sociale avec une durée de séjour limitée à 3 ans. Ces résidents sont locataires de logements individuels de type foyer logement. Du fait qu'ils assument intégralement leurs frais d'hébergement, d'entretien et de vie quotidienne, le Conseil Départemental a accepté de ne pas recourir au principe de la réversion qui aurait eu pour effet de diminuer le montant de leur Allocation d'Adultes Handicapés, reconnaissant ainsi pleinement la démarche d'autonomie des résidents. Et, point important, l'établissement n'est pas médicalisé, les résidents étant supposés soignés à l'extérieur. Ce qui nécessite une relation suivie, donc un partenariat étroit avec les services de psychiatrie.

Afin d'éviter le risque d'une aliénation à l'institution, tout est pensé pour que des liens se tissent avec la cité. Aussi est-il exigé de tout résident qu'il ait au moins une activité à l'extérieur, même limitée à des soins dans un premier temps, pour ne pas rester enfermé dans son logement. Le but ultime d'Icare est bien de tisser des liens avec l'extérieur, indispensables à l'émancipation de ses résidents.

### **Le personnel d'Icare**

- Un directeur,
- Un chef de service éducatif, qui anime un service de 15 professionnels :
- 8 éducateurs spécialisés qui sont les référents des résidents,
- 5 aides médico-psychologiques avec une présence rassurante la nuit dans une chambre de veille, et 1 accompagnement individuel ou collectif au quotidien.
- 1 animateur socio-culturel, en charge de l'association du Bistrot d'Icare
- 1 apprentie éducatrice spécialisée et des stagiaires.
- Un cadre administratif et financier qui encadre le

service administratif et les services généraux :

- 1 secrétaire-assistante,
- 1 agent de service,
- 1 ouvrier d'entretien

### **L'admission à Icare**

L'admission à Icare commence par un premier entretien où le candidat peut être assisté par un proche, un soignant ou un travailleur social de son choix. Le but est alors de lui présenter Icare. Un dossier d'inscription lui est remis. Au retour du dossier rempli, le candidat est reçu par un éducateur et il visite les lieux. S'il est toujours intéressé, le candidat est alors reçu par le chef du service éducatif et un médecin psychiatre, pour vérifier s'il y a bien adéquation entre ses attentes, ses possibilités et l'offre d'Icare. Il lui est demandé d'abord d'avoir un projet de réinsertion sociale, d'avoir un minimum de maturité dans sa propre prise en charge, d'être autonome dans les actes de sa vie quotidienne et enfin d'avoir admis la nécessité de se soigner. L'âge moyen d'admission est de 30–35 ans, ce qui correspond à l'âge de personnes ayant déjà acquis une certaine maturité dans la prise en compte de leurs soins.

Les pathologies rencontrées sont majoritairement des schizophrénies et des troubles bipolaires. L'âge limite est de 50 ans. La décision d'admission est prise en commission d'admission et communiquée sans délai au candidat. Il y a généralement un, voire deux appartements libres, susceptibles d'accueillir un nouveau résident sans attente.

### **La vie à Icare, l'installation**

La tentation est grande pour des parents de venir souvent leur rendre visite, mais c'est au détriment de l'autonomie des résidents, qui rappelons-le, est le but d'Icare. La règle est donc de demander aux parents de jouer le jeu et de faire confiance à Icare en leur laissant les six premiers mois pour prendre possession de leur logement. Et la première manifestation de cette autonomie retrouvée sera le moment privilégié où ce seront les résidents qui inviteront leurs parents.

### **La vie à Icare, le règlement**

Les résidents d'Icare ont une totale liberté de mouvement en utilisant les transports en commun

à disposition. Ils doivent juste prévenir de leur absence pour des raisons de sécurité. Ils peuvent inviter librement en journée, cependant dans un souci de protection, les visites en soirée doivent être prévues en concertation avec les éducateurs référents.

### **La vie à Icare, se soigner**

Quelqu'un peut être hospitalisé pendant plus d'un mois sans perdre sa place à Icare grâce à un engagement du Conseil Départemental. Alors que la durée moyenne annuelle d'hospitalisation pour cette population est en moyenne de 75 à 90 jours, elle n'est que de 5 à 6 jours en moyenne pour les résidents d'Icare, ce qui prouve qu'il s'y trouvent bien.

### **La vie à Icare, prendre soin de soi**

Une fois par semaine, un premier éducateur référent rend visite au résident sur rendez-vous. Le second référent reçoit le résident en entretien dans un bureau. Les éducateurs référents sont deux par résident pour favoriser l'expression et gérer à moindre risque une conflictualité toujours possible.

Les résidents emménagent toujours dans des logements refaits à neuf, surtout en raison du tabac qui imprègne les papiers peints. Certains résidents peuvent être en grande difficulté pour tenir leur logement : il arrive que des aides à domicile soient elles-mêmes en difficulté pour intervenir dans certaines situations. En partenariat avec l'association UNIDOM21, un projet soutenu par la Fondation de France, vise à soutenir et à former ce personnel.

### **La vie à Icare, les activités**

Les activités sont des médiations, c'est-à-dire qu'elles ne sont ni activités thérapeutiques ni activités occupationnelles : elles consistent à répondre aux demandes pour assurer le bien-être de tous. Le café, le journal, les manifestations à Icare de la semaine, etc. Chacun donne autant qu'il reçoit.

Des repas pris en commun ont une place importante. Par exemple au Verger le remplacement de réunions par le partage d'un repas hebdomadaire a tout changé dans les relations.

### **La vie à Icare, l'organisation**

Selon le principe de la psychothérapie institutionnelle, l'institution doit rester humaine, avec des décisions prises en commun. C'est pour cela qu'a été instaurée la Réunion institutionnelle qui est décisionnelle et obligatoire pour tous les membres du personnel et pour tous les résidents. Elle se tient une fois par mois de 18H à 19H. Un ou deux résidents et un membre du personnel s'auto désignent en début de séance et lisent les questions qui ont été annotées dans un cahier mis à la disposition de tous dans le hall d'Icare. Celui qui a posé la question est forcément présent. On débat, on discute et chacun apprend à se libérer de son statut : le résident découvre que sa parole a de la valeur, le membre du personnel même non éducatif a son mot à dire, le directeur apprend aussi à ne pas avoir d'emblée réponse à tout...

Tous les problèmes qui se posent à la communauté sont abordés, que ce soit une affaire de voisinage bruyant ou de propreté autour des boîtes à lettres. Et cela fonctionne bien. Ainsi, même s'il faut s'y prendre à plusieurs fois, la plupart des problèmes sont réglés par consensus, sans avoir à appliquer de sanctions.

Les problèmes peuvent s'avérer plus complexes, comme par exemple il y a deux ans, s'est posée la question de pouvoir répondre au téléphone après 17H30 après le départ de la secrétaire, alors que l'éducateur d'astreinte était occupé. La réflexion du groupe a abouti à ce que ce soient les résidents eux-mêmes, formés et organisés, qui répondent au téléphone. De même c'est le point de vue de l'ensemble des résidents qui a permis d'organiser des transports ponctuels avec le véhicule de service d'Icare.

Des réunions, des commissions et des groupes de travail sont multiples. Ils sont créés au cas par cas ou perdurent sur tous les sujets : accueil café, randonnée spontanée ou organisée, projet écologique autour d'Icare, clôture avec végétaux, etc.

### **La vie à Icare, le prix**

Le coût moyen de fonctionnement pour Icare est de 100 € par jour et par personne. Ce coût est pris en charge par l'Aide sociale départementale. Le loyer brut est de 550 € par mois, mais une fois les allocations perçues déduites, le résident ne

débourse que 220 € par mois pour son logement et les services qui y sont attachés.

### L'association du Bistrot d'Icare



Le Bistrot d'Icare est une association culturelle gérée conjointement par des résidents ou d'anciens résidents et des professionnels d'Icare. L'association compte environ 50 adhérents. L'association organise des spectacles et anime une radio. Cette structure démocratique a été imaginée pour permettre une réelle participation de ses adhérents. Des collègues ont été créés : collège professionnel, groupe de pilotage, comité de pilotage. Ce sont les adhérents qui sont aux commandes, qui disposent du budget annuel fourni par Icare, et par des subventions, la billetterie, et les modestes recettes du bistrot. Le bistrot d'Icare est relativement autonome et il est important que ses membres soient à la fois dans et en dehors d'Icare.

### Icare et la réinsertion par le travail

Icare ne traite pas exclusivement de réinsertion par le travail mais s'appuie sur toute forme de réinsertion sociale, c'est un tremplin. Certains résidents travaillent, d'autres pas. L'insertion par le travail constitue une forte pression sociale et familiale mais elle n'est pas forcément à la portée de tous.

### Et après Icare ?

Après 3 ans, les résidents ne sont pas brutalement poussés vers la porte. Le départ est préparé, accompagné et un suivi de 3 mois est assuré avec des visites à domicile. Et ce lien peut être maintenu au-delà de ces trois mois. En cas de nécessité, un prolongement au-delà de 3 ans peut être accordé par la MDPH sur demande motivée du résident et soutenue par Icare. Mais un séjour peut aussi bien durer valablement un an. Il faut admettre qu'il existe un cruel manque de place dans les structures d'accueil. Les services compétents sont notamment les SAVS, Services d'Accompagnement à la Vie

Sociale, dont les éducateurs interviennent au domicile. Le SAMSAH est sa version médicalisée. Mais les places sont insuffisantes et il manque un accueil de jour spécifique.

Icare a conduit une expérience de service de suite en 2010 et propose aujourd'hui un projet d'accueil de jour et de coordination qui doit être examiné par l'ARS. Un tel service s'impose pour conserver les bénéfices d'Icare et permettre à d'autres personnes en souffrance psychique de maintenir des liens sociaux.

### Coordonnées d'Icare

5 rue Buffon à Chevigny Saint Sauveur

Tél. 03 80 48 94 00

---

## La résidence accueil à Saint-Apollinaire : la construction avance.

Pose de la 1ère pierre le 10 octobre 2016





### Situation du chantier au 9 mars 2017

*La couverture est en voie d'achèvement et les travaux intérieurs sont commencés.*



façade sur rue Tabourot des Accords



le cerisier a été sauvé !



Cuisine et salle d'activités (ancienne maison)

future cuisine et salle d'activités dans l'ancienne maison



Façade arrière

façade arrière (jardin)



Corridor menant aux chambres du rez-de-chaussée

La résidence devrait ouvrir ses portes au mois de novembre 2017. Pour mémoire la résidence accueil regroupe 20 logements équipés et des pièces collectives (cuisine, activités ...).

À la date d'aujourd'hui une dizaine de dossiers sont passés en commission et quelques uns sont en cours d'instruction. Il reste donc des places disponibles.

Vous pouvez vous adresser à Michelle Parisot ( 06 62 87 55 11 ) qui recueille les demandes et vous oriente pour constituer le dossier de passage en commission.

## Récolement des n° du LIEN depuis 2005 par grands thèmes traités

	N°	La maladie psychique	Le malade et la famille	Traitements	Santé mentale dans la cité	Juridique	Divers
	9		Comportement des familles ayant un proche atteint de maladie psychique	Médicaments et psychoses (colloque Unafam)			
2005	10	Différents visages de la schizophrénie		Médicaments et psychoses (colloque Unafam) suite			
2005	11	Troubles bipolaires					Adolescence et prévention des maladies psychiques
2005	12	Dépendances et maladies psychiques :cannabis, tabac, alcool					
2005	13	Visages de la dépression	Prise en charge des familles souffrant de troubles psychiques		La question du travail chez les handicapés psychiques	La communication du dossier médical	
2005	14	Spécificité de la maladie et du handicap psychiques		Les psychothérapies			
2006	15				Les GEM	Hospitalisation sans consentement La MDPH	
2006	16		Apprendre à vivre avec un malade psychique : les principes de Ken Alexander				
2006	17				Situation des malades psychiques en Côte d'Or (semaine de la Santé mentale 2006)	La loi de février 2005	
2006	18		Les frères et soeurs de malades psychiques				Histoire de la psychiatrie en Côte d'Or
	19					Patrimoine et handicap psychique (notaire)	
2006	20	Le suicide	Annonce du diagnostic de schizophrénie ( réactions du malade et de la famille)				

2007	21		La famille et la schizophrénie			Handicap psychique et patrimoine (Crédit Mutuel)	
2007	22		La famille et la schizophrénie (suite)		Les GEM de Côte d'Or		
2007	23			singularité des psychothérapies des adolescents			la maison de l'adolescent en Côte d'Or Adolescence : fatalité ou métamorphose
2007	24		les ateliers d'entraide «Prospect»		la MDPH		
2008	25				Comment travaillent les équipes de psychiatrie en dehors de l'hôpital		
	26				le Foyer des Boisseaux		
	27	les avancées de la recherche sur le cerveau et les psychoses	le groupement Lunévillois de Prévention et Promotion de la Santé Mentale				
	28		Qu'est-ce que l'atelier Prospect ?		Maladies psychiques et isolement SAVS		
2008	29			le traitement médicamenteux des états psychotiques			
2008	30	Santé mentale, santé du corps	Ateliers Prospect	psychothérapie des psychoses graves en institution		psychiatrie et droit pénal	
2008	31		Les personnes handicapées âgées et vieillissantes		la MDPH	Fiscalité pour les personnes handicapées au 01/04/2009	
2008	32		Reconnaître les proches comme des alliés contre la maladie			la loi du 05 mars 2007 sur la protection juridique des majeurs	montant des allocations pour les personnes handicapées au 1er avril 2009
2008	33		Travail de l'assistante sociale en secteur psychiatrique				
2009	34	L'expression de l'anxiété dans ses différentes formes					

	N°	La maladie psychique	Le malade et la famille	Traitements	Santé mentale dans la cité	Juridique	Divers
2010	35		«Les invités au festin» une expérience de psychiatrie citoyenne				
2010	36		La crise suicidaire et l'accompagnement des proches				
2010	37	Le rétablissement en santé mentale	L'accompagnement des familles, l'exemple du Québec				
2010	38				sism : santé mentale comment en parler sans stigmatiser		création et mal- adie psychique : un point de vue des neurosci- ences
2010	39	Etude IPSOS sur les patients bipolaires			Mise en place de l'ARS de l'ARS		Développer son intelligence
2010	40	De la folie à la mala- die psychique					
2011	41	Les troubles bipo- laires	Médecine Générale et Santé Mentale				
2011	42	Communiquer avec le malade psychique	programme Profa- milles		SISM :maladie et handicap psychique : prendre soin des personnes souffrantes, prendre soin des per- sonnes aidantes		
2011	43		prendre soin des personnes souffrantes, prendre soin des personnes aidantes	Médica- ments et Santé Mentale			entretien avec l'aumônier de la Chartreuse
2012	44			projet de prise en charge buc- co-dentaire des patients et/ou handicapés psychiques de Côte d'Or		Mise en application de la loi 2011-803 du 5 juillet 2011	

La suite de ce travail de récolement (n° 45 à 61) sera diffusée dans le prochain LIEN.

## 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 7 avril 2017
- ▶ vendredi 5 mai 2017
- ▶ vendredi 2 juin 2017

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

## GROUPES DE PAROLE 2017

<b>GROUPE 1</b> <b>LUNDI</b> <b>14H30-16H 30</b> <b>Mme ELBACHIR</b>	<b>GROUPE 2</b> <b>MARDI 18H à 20h</b> <b>Mme BERT</b>	<b>GROUPE 3</b> <b>MARDI 15H – 17 H</b> <b>Mme JOLY</b>	<b>GROUPE 4</b> <b>MARDI 18H – 20H</b> <b>Mme BERT</b>	<b>GROUPE 5</b> <b>MARDI 18H 30 – 20H 30</b> <b>Mme VIVIN</b>
16 JANVIER	10 JANVIER	10 JANVIER	24 JANVIER	10 JANVIER
13 FEVRIER	7 FEVRIER	<b>JEUDI 16 FEVRIER</b>		7 FEVRIER
13MARS	7 MARS	7 MARS	21 MARS	7 MARS
10 AVRIL à 14H	4 AVRIL	4 AVRIL		4 AVRIL
15 MAI	16 MAI	2 MAI	30 MAI	9 MAI
19 JUIN	13 JUIN	6 JUIN		6 JUIN

<b>Coordonnateur :</b> <b>M. Gremaux</b> <b>06 76 87 37 06</b> <b>C. Anglade</b> <b>03 80 67 10 46</b>	<b>Coordonnateur :</b> <b>M. Parisot</b> <b>03 80 28 98 35</b> <b>06 62 87 55 11</b>	<b>Coordonnateur :</b> <b>C. Pascaud</b> <b>06 81 22 41 12</b>	<b>Coordonnateur :</b> <b>G. Vidiani</b> <b>03 80 56 65 53</b>	<b>Coordonnateur :</b> <b>S. Millot</b> <b>06 42 57 84 48</b>
--	---	--	--	---

## CALENDRIER PREVISIONNEL 2017

### Réunions des familles - Conférences :

- samedi 14 janvier après-midi
- 10/26 mars (SISM)
- samedi 20 mai **10h/12h**
- samedi 23 septembre
- samedi 25 novembre

### Réunions détente :

- Après midi champêtre : samedi 10 juin 2017 chez Mr et Mme Bussière
- Repas : 2 décembre 2017

### Bureau (14 h à 16h) :

(maison des associations)

- Mercredi 26 avril
- Mercredi 14 juin
- Mercredi 13 septembre
- Mercredi 25 octobre
- Mercredi 13 décembre

« Même si la maladie n'exclut pas l'intelligence, la créativité et parfois le génie, en général, la schizophrénie, c'est d'abord de la souffrance... Bien que psychiatre, je n'ai jamais rencontré de fous, seulement des personnes touchées par diverses maladies psychiques. Et je n'ai jamais rencontré de personne atteinte de schizophrénie qui n'ait pas immensément souffert...

Parmi les multiples leçons que j'ai retiré de mon expérience, la plus marquante, c'est que l'humanité persiste toujours sous la maladie, c'est que les besoins de la personne malade restent les besoins de tout être humain. Même lorsqu'on délire, même lorsqu'on sent son être partir dans tous les sens, même lorsqu'on se voit faire n'importe quoi, qu'on entend des voix, même dans ces moments, on reste infiniment sensible à toute forme de douceur, de gentillesse, d'écoute, de bienveillance, de confiance. Même dans les pires moments de ce qui ressemble, de l'extérieur, à la folie, on a besoin de tout cela. Ne jamais l'oublier : lorsque nos proches (ou nos patients, si on est soignant) nous déconcertent, nous épuisent, nous font peur, même lorsqu'il nous semble qu'ils sont devenus complètement fous, ils restent totalement et absolument sensibles à nos attitudes.»

**Christophe André**  
Médecin psychiatre à l'hôpital Sainte Anne, à Paris

Introduction de la traduction française du livre d'Arnild Lauveng « demain, j'étais folle »  
Edition AUTREMENT

## BULLETIN D'ADHÉSION 2017

À retourner accompagné de votre chèque à : Unafam – 12, Villa Compoint – 75017 Paris



Adhérer à l'Unafam, c'est aider les familles à aider les malades psychiques !

OUI, je choisis d'adhérer pour soutenir le combat de l'Unafam.

Cotisation	
<input type="checkbox"/> Foyer non imposable	14 €
<input type="checkbox"/> Adhérent actif	63 €
<input type="checkbox"/> Adhérent souscripteur	100 €
<input type="checkbox"/> Adhérent donateur	250 €
<input type="checkbox"/> Adhérent bienfaiteur	400 €

Joindre un justificatif

Si vous payez un impôt sur le revenu, le reçu fiscal que vous recevrez vous permettra de bénéficier d'une réduction d'impôt de 66 % de votre adhésion. Chaque membre bénéficie du même accueil mais peut choisir de contribuer à hauteur différente aux actions de l'UNAFAM et de la délégation dont il dépend.

**DÉDUCTION FISCALE 66%** (Voyez au verso)

Les adhérents reçoivent la revue trimestrielle *Un Autre Regard*.

Votre carte d'adhérent et votre reçu fiscal vous seront adressés dès réception de votre bulletin.

Date..... / ..... / .....

SIGNATURE

M.  Mme  Mlle BA2017  
Nom .....  
Prénom .....  
Adresse .....  
Code postal Ville .....  
Date de naissance : .....  
Téléphone : .....  
E-mail : .....

Je souhaite recevoir la Lettre de la Présidente (lettre interne mensuelle envoyée par e-mail)  
 Je souhaite recevoir en toute confidentialité la documentation legs en faveur de l'Unafam

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la liste des adhérents. Les destinataires sont l'UNAFAM (Union Départementale des Families) et l'Unafam. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition des données vous concernant en vous adressant à l'Unafam.