

construire

BULLETIN DE LA DÉLÉGATION DE L'UNAFAM DES YVELINES

P.1. Edito : Communication, logement, jeunes.

Elisabeth Vendeville & Sophie Nordberg

 P.2 & 3 Comment vivre avec une personne atteinte de
 Trouble de la Personnalité Limite ? (TPL) Dr Jean Laviolle

P.3 & 4 Soirée débat : « Etat limite » (Celui de l'hôpital)

Anne-Marie Lebœuf

 P.4 & 5 & 6 Gestion du risque dans les institutions pour
 soutenir le rétablissement des patients porteurs de troubles
 psychiques Sophie Nordberg

 P.6 & 7 Communauté Associative pour les jeunes : CAPU
 Sophie Nordberg

 P.7 Comment soignait-on la dépression au temps
 d'Hippocrate ? Patricia Bentz

Nous avons lu pour vous :

P.8. Au bord de ma vie d'Abigaïl Barrant

Anne-Marie Lebœuf

 Le printemps est source de nouvelles énergies sur notre délégation
 pour faire progresser nos projets et en voir fleurir de nouveaux.

 Une commission « **Communication** » a vu le jour. Avec 2 objectifs :

 - **Refondre notre site** pour rendre plus accessible l'information
 et permettre une actualisation plus régulière :

 ALLEZ VISITER notre site en cours de «lifting»
<https://www.unafam.org/yvelines>

 -.Renouveler notre documentation et les outils de
communication. En effet les actions de nos bénévoles et les
 nombreux événements proposés sur notre vaste territoire
 méritent d'être connus et diffusés plus largement pour aider
 un maximum de familles et leurs proches.

 La **question du logement** du proche vivant avec des troubles
 psychiques est une forte préoccupation des familles et de
 l'entourage. Aussi lançons-nous en avril auprès de nos
 adhérents une enquête départementale sur l'état des lieux et
 les besoins en logements de leurs proches, exclusivement dans
 les Yvelines. Pour faciliter le traitement des réponses, cette
 enquête anonyme est réalisée en format numérique,
 accessible via un lien qui vous sera envoyé début avril par
 mail (si communiqué lors de votre adhésion) ou accessible
 depuis le site internet de la délégation dans la rubrique
 « Actualités » (<https://www.unafam.org/yvelines/actualites>).
 Ce recensement entre dans le cadre des PTSM des Yvelines
 (Projets Territoriaux de Santé Mentale) pour dresser une
 cartographie des besoins et interagir avec nos partenaires et
 institutions.

 La **santé mentale chez les jeunes** de 15 à 25 ans se détériore de
 façon inquiétante depuis 5 ans. Les collectivités locales
 semblent en mesurer l'ampleur et développent des actions de
 soutien et de sensibilisation auprès des familles, des
 professionnels de santé et de l'éducation, et des jeunes. Nous
 sommes partie prenante sur le terrain pour apporter
 informations, formations et orientations en partenariat avec
 d'autres associations.

Elisabeth Vendeville et Sophie Nordberg

Journée des adhérents -

samedi 3 octobre 2026 à 14h

Établissement Français du Sang - Le Chesnay

Réhabilitation psychosociale et rétablissement.


 2026 2ème Printemps
 de la santé mentale

Attention notre adresse mail change

Yvelines@unafam.org

 Site de la délégation de l'UNAFAM Yvelines : www.unafam.org/yvelines;

Délégation UNAFAM Yvelines : 13 rue Hoche 78000 Versailles ; tél.: 01 39 54 17 12

 Accueil Famille : tél. 01 39 49 59 50—Notre adresse email : Yvelines@unafam.org

Équipe de Rédaction : Patricia Bentz, Marie-Claude Charlès, Jean Laviolle, Anne-Marie Lebœuf, Sophie Nordberg, Pierre Sarreméjean

Comment vivre avec une personne atteinte de Trouble de la Personnalité Limite ? (TPL)

De quel type de trouble s'agit-il exactement ?
Quel retentissement sur la relation aux autres ?
Comment la ou le partenaire peut y réagir et y faire face ?

1. Border line, état limite, TPL..., les mots ne changent rien à l'affaire !

Ce qui ne serait pour les uns qu'un trouble de la personnalité et non pas une maladie, touchant plus souvent les femmes, peut se définir par l'association de cinq types de troubles d'intensité variable :

- **Troubles affectifs** : Hypersensibilité, impulsivité, difficulté à gérer les émotions, en particulier la colère
- **Difficultés relationnelles** : relations cahotiques, peur de l'abandon, hyperréactivité source de ruptures répétées
- **Troubles de l'identité** : sentiment de vide intérieur, difficulté à se définir, mauvaise image de soi
- **Comportement perturbé** : envers les autres (menaces, violences verbales et physiques), et envers soi-même (gestes auto agressifs, conduites à risques de tout type, prises de toxiques de toute nature, drogues ou médicaments)
- **Troubles cognitifs** : sentiment de persécution, d'incompréhension, erreurs de jugement, ou emballement dans des croyances erronées. Il peut aussi exister des périodes de confusion, le sujet a du mal à trouver ses repères, paraît « dissocié »

2. la vie sociale et relationnelle affective est perturbée :

Toute relation devient vite compliquée du fait :

- D'une crainte d'être abandonné, de ne pas être digne d'être aimé
- De demandes simultanées de faveurs particulières, de demandes inappropriées, *de non-respect du cadre de cette relation*
- D'un vécu possible de victime perpétuelle avec projection abusive des responsabilités sur autrui
- De jugements radicaux sur autrui : dévalorisation fréquente des relations antérieures, contrastant avec une hyper valorisation de toute relation nouvelle porteuse d'attentes réparatrices... qui risque de subir le même sort que les précédentes !
- D'un climat d'hyper réactivité émotionnelle, avec ses manifestations hétero et auto-agressives, menaces, risque suicidaire...

Il en résulte souvent une succession d'échecs professionnels et de ruptures affectives douloureusement vécues. La relation de soin n'est pas épargnée non plus, à la mesure des attentes excessives, des demandes inadaptées, de la difficulté à reconnaître les troubles, d'une recherche constante de sortir du cadre proposé.

3. Quel accompagnement possible pour ces personnes ?

Nous allons voir que les principes de leur prise en charge vont guider aussi le soutien aux proches, les conjoints en particulier.

Trois principes : . **Aider** à la prise de conscience des troubles
. **Maintenir** la relation
. **Proposer** des soins durables !

3.1. Aider à la prise de conscience du trouble : La demande initiale s'exprime le plus souvent à travers un symptôme variable, une plainte corporelle ou une « déprime », une tentative de suicide.... Il faut faire la part également des pressions de l'entourage familial amical ou professionnel dans la demande de consultation !

Donc, à partir « d'un coup de déprime », d'un excès d'alcool, d'une douleur énigmatique, d'une crise de colère excessive, **il va falloir peu à peu gagner la confiance du sujet** :

- Reconnaître sa souffrance, prendre en compte les manifestations corporelles
- L'amener à décrire son caractère, ses relations aux autres
- Les épreuves qu'il a traversées
- L'interroger : Quelles sont ses qualités ?
Quelles solutions a-t-il déjà essayées ?
lesquelles ont marché, lesquelles ont échoué ?
- Peut-il anticiper les « crises » et s'y préparer.

Le but est d'amener progressivement le sujet à mieux se connaître, mieux se prendre en charge, devenir moins dépendant de l'autre.

Pour cela, il faut aussi une **reconnaissance des aspects positifs** de ce type de trouble :

- Sensibilité aux autres
- Périodes d'énergie et de dynamisme
- Stratège des relations humaines
- Capacité d'être convaincant(e)
- « Sauveuse dans l'âme » pour défendre les droits et libertés de chacun

3.2. Arriver à maintenir la relation d'aide sinon de soins : *En effet, cette relation est piégeante pour les autres*, en particulier les aidants, proches et professionnels. Dans un premier temps, le médecin, comme le conjoint, peut entrer en résonance avec les attentes idéalisées de la personne et *se voir au départ comme un vrai sauveur*. S'il répond trop vite aux demandes immédiates, *il va favoriser l'escalade de comportements extrêmes, la régression et la dépendance* : après de vains espoirs, c'est pour le sujet malade la déception, le sentiment d'incompréhension et « l'attaque » des mesures de soins, ou de la relation amoureuse

Ce médecin, ou ce partenaire, va alors entrer en résonance avec l'autre partie clivée du patient, la « mauvaise » et **se sentir incompetent, impuissant et confus**.

3.3. Proposer des soins au long cours : c'est un long parcours de gestion des crises, des moments de désespoir, des problèmes d'addiction, du risque suicidaire.

Des approches diversifiées existent, avec tout un travail sur le maintien du cadre, des contrats révisables, une aide médicamenteuse attentive, la gestion des crises. **Le soutien familial est indispensable, l’alliance thérapeutique est essentielle** et délicate dans ces parcours souvent tumultueux ! La prise en compte des problèmes socioprofessionnels est indispensable.



4. Comment vivre avec une personne atteinte de TPL ?

Quel soutien possible ? Ces couples sont fortement éprouvés, certains arrivent à se maintenir, à trouver leurs propres ressources. On peut distinguer des principes généraux pour l’ensemble de l’entourage, et des conseils plus particuliers au partenaire :

4.1 Attitudes à privilégier pour l’ensemble des proches qui ont un trouble de personnalité limite.

- Il est d’abord conseillé de maintenir avec les personnes **une attitude d’adulte à adulte**. Il est important que les attentes et les limites soient claires, constantes, prévisibles et justifiables. La difficulté majeure est d’éviter les clivages entre ceux qui sont « compréhensifs », et ceux qui sont « trop sévères ».

De plus, il est essentiel de les responsabiliser en les laissant prendre leurs décisions, entreprendre elles-mêmes leurs démarches et les encourager à persister dans la poursuite de leurs objectifs quand ils sont raisonnables.

- Rappelons qu’il est important de reconnaître leurs compétences et leurs efforts, de les soutenir de façon constante dans leurs actions positives.

- Ce sont certes de beaux principes, mais il faut essayer de s’y accrocher !

-4-2-Quel accompagnement plus particulier pour les conjoint(e)s ?

Ils vont vivre exactement ce qu’on a décrit dans l’évolution et les aléas de la relation aux autres en général et aux soignants en particulier, **même galère, mais quotidienne cette fois-ci !**

Comment les aider donc à :

- **Identifier** leurs limites personnelles. Ils ont le droit d’en avoir marre, d’avoir envie de prendre de la distance

- **Enoncer** certaines règles de vie quotidienne, qui seront mises à l’épreuve bien sûr !

- **Accepter** leur impuissance à régler certains problèmes de l’autre, et en les déculpabilisant. Ce n’est pas leur faute, ils ne sont pas tout puissants

- **Rejoindre** un groupe de soutien*, en rencontrant des associations spécialisées dont l’UNAFAM. Les groupes de pairs, de conjoints, sont une aide essentielle dans ce parcours.

- **S’occuper de soi**, participer à des activités ou à des loisirs de son choix. Sur qui s’appuyer pour « ne pas être de garde » en permanence ? Quelles sont les « personnes ressources » pour soi-même ?

- **Se faire aider** psychologiquement ne veut pas dire qu’on est malade, mais que les épreuves sont trop lourdes pour l’instant !

On s’aperçoit que l’aide proposée à ces conjoints rejoint sur bien des points celles que nous évoquons concernant les troubles psychotiques et de l’humeur : trouver la bonne distance, ni trop proche, intrusive, ni trop lointaine. Mais aussi pouvoir se préserver, oser être égoïste par moments, ne pas rester seul(e), rencontrer ses pairs et pouvoir partager ses épreuves. **On aide notre proche en prenant soin de nous-mêmes !**

* Association « Connexions familiales, section francophone de la NEABPD » connexions.familiales@gmail.com

Dr Jean Laviolle



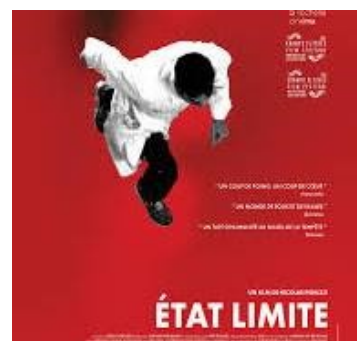
Soirée débat : « Etat limite »

Documentaire de Nicolas Peduzzi, au cinéma Le Fontenelle, Marly-Le-Roi (28/11/2025)

[Ce programme est disponible en vidéo à la demande sur ARTE boutique](#)

Il est beau l’hôpital !

Dès les premières images, le réalisateur nous plonge dans l’ambiance fébrile de l’hôpital Beaujon à Clichy. Nous allons en effet suivre pas-à-pas les déambulations du Dr Jamal Abdel-Kader, psychiatre mobile, filmé de dos, caméra à l’épaule.



Le médecin s’enfonce dans le labyrinthe de couloirs interminables avec des portes qu’il faut pousser, de grands escaliers à dévaler et des ascenseurs où s’engouffrer. L’hôpital, c’est comme la maladie, on ne s’y retrouve pas !

Au fil de ses pérégrinations, nous découvrons des patients. Un jeune homme joue à un jeu vidéo, sa chambre plongée

dans le noir. A la tentative du docteur, d'établir un dialogue, « J'ai mal au bide ! » répond Wendi, peu loquace. Plus loin dans le film, il regarde une série télévisée sur le monde de l'hôpital, le docteur House peut-être... Cela servira de déclic à l'amorce d'un dialogue entre médecin et malade.

Une adolescente, Aliénor, a « raté » son suicide. Amputée de deux bras et d'une jambe, elle se déplace en fauteuil roulant. Les mises en danger répétées de cette jeune fille ont fragilisé l'équilibre familial. Sa jeune sœur, exaspérée, pose un ultimatum : elle n'acceptera « aucune connerie de sa part pendant 6 mois ! » Pour préparer la sortie d'Aliénor, il faut réparer les liens entre les deux sœurs. Le psychiatre écoute les deux partis, transmet des messages, sert de tampon, et finit par apaiser les tensions.

Solange refuse les neuroleptiques. Elle ne désire pas retourner en Hollande auprès de sa mère qu'elle semble craindre... Elle est proche d'une confrérie catholique sur laquelle elle prétend pouvoir s'appuyer à sa sortie de l'hôpital. Par son insistance et son attitude implorante, elle réussit presque à déstabiliser le médecin. Il se trouve pris dans un dilemme pour ensuite se laisser convaincre, à son corps défendant.

L'hôpital est un vase clos. Si le psychiatre s'octroie la permission d'aller prendre « un bol d'air » entre deux visites de malades, l'escalier métallique extérieur ressemble à une toile d'araignée dans laquelle il est piégé. Les journées se suivent du lever du soleil à la nuit noire, sans répit ! La nature est inexistante, les saisons défilent, on ne les reconnaît pas, à un détail près : soudain le docteur a troqué son pantalon contre un bermuda !



Quelques pauses dans cette agitation nous font mieux connaître le docteur : les origines de sa vocation avec des parents syriens, médecins, un père chirurgien. Ses compétences sont reconnues dans le domaine de la maladie psychique : sa patience, son écoute, son humanité. Il constate le délabrement de l'hôpital et de la médecine psychiatrique.

Il est de tous les plans. Débarrasser un plateau, redresser un oreiller, retrouver les vêtements d'une patiente, bloquer une fenêtre, libérer un malade de la contention, sont des gestes secourables auxquels il ne se dérobe pas. Parfois, la vie reprend ses droits. Sous la houlette de Jamal, quelques malades ont accepté de jouer une pièce de théâtre. Une confusion sur des personnages (frère, sœur, amoureux ?) fait naître des sourires. Le suicide de Roméo et Juliette, sujet sensible, est mimé avec une bouteille de plastique en guise de poignard, deux corps étendus sur le linoléum...

De photos lumineuses en noir et blanc viennent saisir ce moment de grâce et les beaux échanges entre des comédiens novices.

Jamal livre ses idées sur son travail de psychiatre où la relation est primordiale. « **On a besoin les uns des autres. On ne peut pas fuir...** »

« Etat Limite » fonctionne comme un état des lieux de l'hôpital avec ce constat amer : « **l'hôpital public ne remplit plus sa fonction d'intérêt général** ». Le travail du médecin, qui est essentiellement dans la relation, ne peut être quantifié. On ne sait pas combien de psychiatres il faudrait à Beaujon et Jamal, seul dans sa spécialité, est à la limite de ce qu'il peut supporter.

« Il est beau l'hôpital ! Il est vraiment beau l'hôpital ! ». Un personnage du film se vante d'avoir peint ce tag ironique sur un mur. On ne peut que souscrire à ce constat désolant, tout en reconnaissant que le réalisateur, par la magie de sa caméra a réussi à faire de Jamal Abdel-Kader un beau personnage de cinéma.

Débat en présence de Sophie Nordberg et du Dr Jean Laviolle (Unafam), du Dr Jamal Abdel-Kader, psychiatre à l'hôpital Beaujon et protagoniste du film.

J. Abdel-Kader a donné quelques éclairages intéressants sur la conception du film. Au départ le réalisateur devait filmer les internes pendant le COVID, puis il a désiré changer de sujet et s'intéresser au travail de psychiatre de Jamal.

En réalité, ce film est né de l'amitié longuement mûrie entre les deux hommes pendant les deux années et demie de tournage... Les très belles photos en noir et blanc sont de Pénélope Chauvelot, photographe sur les plateaux de cinéma, de théâtre (P. Chéreau et L. Bondy). Gagné par l'épuisement, J. Abdel Kader n'exerce plus à l'hôpital Beaujon aujourd'hui, mais est devenu expert auprès des tribunaux.

La discussion a surtout abordé la question de la contention. Le Dr Abdel-Kader l'utilise dans le film mais il s'y oppose maintenant. Le Dr J. Laviolle est plus nuancé. Il estime qu'elle doit être courte et accompagnée quand elle paraît incontournable. Un spectateur a indiqué qu'il serait utile de comparer le système français et celui mis en place dans les autres pays européens.

Anne-Marie Lebœuf



Gestion du risque dans les institutions pour soutenir le rétablissement* des patients porteurs de troubles psychiques

Résumé de l'intervention de M. Lucas Aubert, Directeur d'Alfapsy lors du séminaire de recherche « tous en rétablissement » organisé par les Centres Hospitaliers de Plaisir et de Versailles - GHT SUD - le 14 novembre 2025 à Saint Cyr l'Ecole. Cette journée était destinée au personnel soignant, incluant les pairs aidants. L'UNAFAM 78 était invitée.*

La présentation de M. Lucas, s'appuie sur **l'approche par les forces** développée par Rick Goshka de l'Université du Kansas dans la vidéo ci-dessous :

« L'approche par les forces repose sur l'idée que chaque personne peut effectuer des changements dans sa vie et qu'elle possède une expertise sur elle-même qui lui permet de résoudre ses problèmes et d'avancer dans son projet de vie. »

Comment l'institution appréhende-t-elle le risque aujourd'hui ?

Pour M. Lucas, les établissements pratiquent la prudence avant tout.

Par exemple en recommandant la trajectoire MDPH et AAH, le patient peut être empêché de prendre des risques dans son envie de travailler. Structurellement, il peut perdre sa place en FAM, s'il travaille.

Les traitements et les prescriptions de médicaments peuvent être inadaptés à une insertion sociale. Un traitement très sédatif est un empêchement au rétablissement. Cela participe à la chronicisation des personnes dans les systèmes de santé.

Ces effets génèrent une crise éthique profonde pour les professionnels et participent à leur désertion du secteur. En luttant contre la prise de risque (prisme professionnel), l'institution oublie qu'en réaction, la personne qui a une mauvaise estime de soi et s'auto-stigmatise, peut réagir à sa souffrance psychique par des rechutes, des consommations de drogues ou d'alcool, un isolement accru.

Quels bénéfices offrent ces pratiques sécuritaires ?

Pour la société et l'institution, elles donnent l'illusion de réduire la dangerosité des personnes envers elles-mêmes ou autrui, elles contribuent à l'uniformisation des comportements sociaux. C'est un outil pour pallier le manque de moyens.

Pour les proches, elles rassurent, engendrent des comportements moins dérangeants, entretiennent l'illusion d'un retour à l'état antérieur et permettent de lutter contre le sentiment d'impuissance.

Pour les professionnels, elles préservent du sentiment d'échec et entretiennent leur croyance à sauver.

Pourquoi oser accompagner les prises de risque ?

Les prises de risque sont inhérentes au fait d'être en vie et font partie de l'expérience humaine. Elles **permettent à chacun de vivre la vie qu'il choisit**.

Elles sont vecteurs d'apprentissages qui permettent de mieux avoir conscience de soi-même, de faire progresser l'estime de soi. On parle actuellement d'empowerment pour favoriser le rétablissement expérientiel.

L'alliance avec les proches et les professionnels en est favorisée.



M. Aubert

Comment accompagner la prise de risque ?

Il faut :

Clarifier les responsabilités de chacun, développer les manières d'agir de façon à co-porter le risque.

Promouvoir chez les accompagnants des postures relationnelles humanistes qui aident les patients à explorer leurs vécus, leurs envies, leurs projets (écoute active, entretien motivationnel...).

Développer des espaces réflexifs pour croiser les regards par métier, déconstruire et mettre l'accent sur les forces de l'individu plutôt que les déficits

Favoriser les interventions et les interactions dans la communauté, à l'extérieur de l'institution ou de l'hôpital, s'appuyer sur les forces de l'environnement de la personne et le rôle de la communauté en tant que porteuse de ressources.

Former à la prévention et à la gestion des prises de risque élevés (crises suicidaires, passage à l'acte hétéro-agressif) et développer des processus institutionnels adaptés à ces situations

Se former aux outils de co-responsabilité : directives anticipées, dialogue ouvert, décision médicale partagée, gestion autonome de la médication, **possible réduction des posologies**.

Intégrer dans la pluri-professionnalité, la perspective en première personne des médiateurs de santé pairs. Ceux-ci sont partie prenante des formations dispensées par Alfapsy

***Le comité de rédaction tient à préciser :** La prise de risque ne se conçoit que si une relation de confiance dans la durée existe avec les professionnels et les proches.*

Après l'intervention de M. Aubert, une médiatrice de Santé Paire, Juliette Vaillant, est intervenue en insistant sur la difficulté des familles à faire confiance à leurs proches dans leurs processus de décision, dans leur vie affective ou professionnelle. Par peur, ils freinent alors leurs proches qui doivent redoubler d'efforts pour imposer le choix qui leur semble le plus juste et adapté. C'est une thématique que nous pourrions explorer lors d'une journée de réflexion.

*Alfapsy est un organisme de formations et d'accompagnements en santé mentale et sociale qui intègre l'interdisciplinarité et la pluralité des savoirs académiques, professionnels et expérientiels au service des acteurs des secteurs sociaux, médico-sociaux, sanitaires ainsi que des entreprises privées.

Centrée sur la promotion du rétablissement, du pouvoir d'agir, de la pair-aidance et de l'inclusion sociale, son approche pédagogique se déploie au travers d'une co-construction et d'une co-animation de formations et d'actions d'accompagnement entre un professionnel et une personne concernée.

Le rétablissement n'est pas la même chose que la guérison.

Le rétablissement est un processus et non une destination ou un point d'arrivée. C'est une attitude, une manière de vivre et de composer avec les défis. Être en rétablissement veut dire reconnaître ses limites pour mieux entrevoir les possibilités infinies. Le rétablissement signifie avoir la maîtrise de sa vie. Le rétablissement c'est le désir, la lutte et la résurrection ».



128 Av. Jean Jaurès, 93500 Pantin

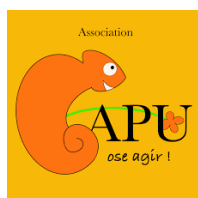
07 64 50 31 52

(Traduction texte Patricia Deegan, docteure en psychologie. Personne rétablie après avoir reçu un diagnostic de schizophrénie à l'adolescence).

Sophie Nordberg



L'Association CAPU, une association PAR des jeunes, POUR des jeunes (14-30 ans) : un exemple réussi de pair-aidance



L'Association CAPU présentée lors du premier webinaire francophone de janvier 2025 de l'IAYMH : (International Conference on Youth Mental Health), organisation internationale de professionnels, chercheurs, jeunes et leurs parents. Celle-ci a pour mission de

repenser l'approche mondiale de la santé mentale des jeunes. Elle s'engage à garantir des services de santé mentale adaptés à l'âge et au développement des jeunes, tout en leur offrant une voix active dans les décisions qui les concernent. Tous les deux ans, l'IAYMH organise une conférence internationale dans une ville différente à travers le monde.

Au cours de ce zoom, la présidente de l'Association CAPU, Mme Domitille Fehrenbach est intervenue pour présenter ses actions. Cette association « par des jeunes, pour des jeunes (14-30 ans) » créée en 2019, s'engage auprès de tous les adolescents et jeunes adultes concernés par un trouble du neuro-développement (spectre de l'autisme, troubles des apprentissages, TDAH ...) et/ou un trouble psychique, ainsi qu'auprès de leurs parents.

Les constats :

Les jeunes :

- ont besoin d'être mieux informés sur leurs troubles pour mieux se comprendre et se rétablir
- se sentent isolés et ont du mal à se confier à leur entourage (auto stigmatisation)
- ont du mal à comprendre et à décrypter le parcours de soins
- ont besoin d'un suivi personnalisé et des jeunes concernés sont prêts à s'engager auprès de leurs pairs en demande.

C'est pour cela que l'association a créé un parcours de suivi continu

Pour former et informer, deux webinaires sont proposés par mois : un webinaire classique sur un sujet de santé mentale et un webinaire « ask a pro » qui repose sur l'expérience clinique de professionnels de la santé mentale dans l'objectif à la fois de mieux comprendre les troubles et de mieux connaître les différents professionnels impliqués dans le soin

Pour être formés à l'accompagnement : il s'agit d'un parcours exigeant. Les bénévoles suivent trois jours de formation initiale suivis d'une évaluation écrite, d'un entretien individuel et d'une session collective. Une supervision mensuelle est obligatoire et une formation continue doit être suivie deux fois par an. Cette formation est organisée par une psychologue clinicienne.

Pour être écoutés :

Une ligne d'écoute est disponible du lundi au samedi de 20h à minuit par appel et par SMS au **07 44 31 11 27**. Quatre écoutants sont là par permanence, c'est une ligne entièrement pilotée à distance. C'est la porte d'entrée vers les autres dispositifs de l'association. Les appelants peuvent exprimer leur ressenti et briser leur isolement.

Trois groupes de paroles sont proposés deux fois par semaine, deux en présentiel à Paris et un en distanciel. Ce sont des groupes ouverts et hétérogènes. Ils permettent de capter les jeunes en amont.

Pour être orienté vers un accompagnement professionnel adapté, une aide à l'orientation est disponible du lundi au vendredi via un formulaire rempli en ligne par le jeune et le proche-aidant. En 3 à 6 jours des propositions d'orientation lui seront données, elles sont co-rédigées par une équipe de 5 bénévoles par dossier aux rôles strictement définis. Un suivi aura lieu à la semaine S+1 et S+3 et des ressources complémentaires (webinaires, témoignages, groupes de paroles) seront proposées au jeune.

Enfin un outil de suivi original vient d'être lancé : le CAPU BUDDY Programme, un accompagnement sur-mesure.

C'est une approche innovante de la pair-aidance structurée en trinôme pour des **jeunes** rencontrant des difficultés liées à des troubles psychiques ou situations de vulnérabilité telles que deuil ou violences. Un **réfèrent** âgé de 18 à 35 ans, membre du pôle de coordination et formé associe à chaque jeune, désireux de suivre le programme, un **buddy**. Le réfèrent est responsable de la mise en relation du binôme et assure un suivi tous les 15 jours. Le **buddy** est un jeune de 18 à 35 ans également, formé par l'association et choisi en raison des similitudes d'âge et de vécu. Il est supervisé par un psychologue et a été sélectionné rigoureusement par voie externe ou parmi les anciens patients rétablis de structures de soins partenaires.

La durée de l'accompagnement est de trois mois. Ainsi se crée un lien humain durable pour suivre l'évolution du jeune à qui sont proposés des **ateliers collectifs** pour

favoriser l'espoir et l'autonomie, par exemple, groupes de parole, ateliers d'orientation académique et professionnelle, aide aux démarches administratives, vie quotidienne.

De même, **des activités de loisirs** gratuites et pratiquées avec le binôme : sport, culture, art.

La prévention du suicide



L'Association CAPU (Saint-Cloud/Ile-de-France) a reçu fin 2025 le deuxième prix « Emergence » de 10 000 euros pour son programme « Balise » qui permet la mise en place d'un protocole spécifique à la gestion de la crise suicidaire pour les jeunes en complément de l'accompagnement existant (ligne d'écoute, orientation, « pair-aidance » entre jeunes). Ce prix a été décerné par « Prévention suicide France ». Cette association créée en 2024, réunit des experts de ce champ, sous la présidence du Pr Pierre Thomas, chef de pôle de psychiatrie au CHU de Lille (Nord). **Il s'agit du premier fonds national dédié à l'innovation en prévention du suicide, avec une mission claire : « réduire l'incidence des conduites suicidaires et atténuer leurs conséquences ».**

Les fonds alloués vont permettre de sécuriser la structuration de cette association émergente qui recherche des financements.

En conclusion la présidente insiste sur les clés de réussite de son modèle de pair-aidance : implication de jeunes concernées dans les équipes bénévoles soigneusement sélectionnés, échanges réguliers, valorisation de leur engagement, prises d'initiatives et montée en compétences valorisées.

31 14 : numéro national prévention suicide

Site Internet <https://associationcapu.com/>

Sophie Nordberg



Comment soignait-on la dépression au temps d'Hippocrate ?

Reprise d'un article paru dans *Courrier International* consacré à la façon dont les troubles de l'humeur étaient soignés dans l'Antiquité. (5/12/2025)

Cet article évoque les symptômes de la dépression et les moyens thérapeutiques mis en place pour y remédier. On note que les premiers récits de manifestations de troubles de l'humeur nous viennent de Mésopotamie.

(Aujourd'hui divisée entre Turquie, Syrie et Irak. Elle tire son nom du grec mesos, « au milieu », et potamos, « fleuve », du fait de sa situation entre l'Euphrate et le Tigre)

Au deuxième millénaire après J-C, il était question de démons qu'il fallait chasser pour soulager la souffrance. Pour ce faire, on frappait les malades. Il a fallu attendre l'Antiquité gréco-romaine pour discerner dans les symptômes un trouble psychologique et biologique.

Les observations d'Hippocrate mettent en avant une explication pathologique. Le déséquilibre des humeurs aurait une origine biologique ; ce serait l'excès de bile noire qui provoquerait la mélancolie et le trop de bile jaune qui serait cause de l'exaltation.

Le prodigieux médecin Arétée de Cappadoce remarque l'aspect cyclique des épisodes dépressifs associés parfois à des épisodes maniaques, sans pour autant y voir un lien ; un lien que nous faisons aujourd'hui en identifiant les troubles bi-polaires.

C'est aussi à cette période que l'on suggère l'impact d'évènements extérieurs sur l'état dépressif.

Ce même médecin préconise l'amour comme force réparatrice en guise de traitement.

C'est ainsi que pour la première fois, on incite le patient à parler de ses symptômes. La parole participe au traitement thérapeutique, léger progress...

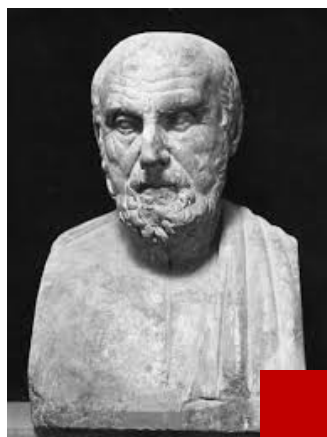
Par contre, Hippocrate pense que les remèdes extrêmes sont tout à fait recommandés pour les maladies extrêmes. Il pratique des purges et des saignées destinées à la stabilisation de l'humeur.

Dès l'Antiquité, on accordait une grande importance à l'alimentation pour se maintenir en bonne santé physique mais également en bonne santé mentale.

Déjà au premier siècle après J-C, l'exercice physique était considéré comme un moyen de lutter contre la dépression. L'écoute de sons apaisants était utilisée pour favoriser le sommeil.

On avait également pointé la relation entre différents symptômes et certains types de personnalités comme le colérique, le sanguin, le flegmatique et le mélancolique.

On constate ensuite une interruption des progrès dans le domaine de la dépression à partir de l'an 500.



Hippocrate

L'idée que les troubles mentaux nécessitaient une prise en charge thérapeutique au même titre que les maux physiques fut abandonnée.

Le clergé versant dans l'obscurantisme, marque la dépression du sceau du péché.

Patricia Bentz



Au bord de ma vie

Abigaël Barrand

*Etre Borderline ,
«C'est l'équivalent psychologique
d'un patient brûlé au troisième de-
gré» Marsha Linehan*

Ce livre est le témoignage d'Abigaël Barrand

« Je veux voir les aurores boréales ». Abigaël Barrand, l'auteur de ce livre, impulsive et déterminée a pris cette décision en un instant, juste avant une hospitalisation programmée ! Son projet était clair : atteindre les aurores boréales en auto-stop, en un mois au départ de Paris, avec hébergement chez l'habitant, en immersion totale, dans des conditions climatiques extrêmes.

Après l'enfermement du au Covid en 2020, elle voulait se prouver qu'elle était capable de « créer du lien ». Abigaël Barrand est née en 1996. Son enfance a été compliquée : échec scolaire dès le CP, communication quasi inexistante avec un père distant, maladie de sa mère, divorce de ses parents... Sa position de numéro deux dans la fratrie a été aussi un problème. Elle admire sa sœur aînée à qui semble tout réussir tandis qu'elle-même « s'épuise à vouloir être à la hauteur ». Elle souffre d'une jalousie excessive lors de la naissance de son petit frère, né six ans après elle. A 14 et 15 ans, automutilations et tentative de suicide sont des révélateurs de son mal être. Un diagnostic de bipolarité est posé en 2020, lors de sa première hospitalisation.

Pour son voyage en Laponie, elle a préparé avec soin un sac à dos orange, doté d'une housse violette pour la pluie, qu'elle prénomme Elvis. Elle a une pancarte, fabriquée par ses soins, avec, d'un côté, l'inscription « Polar lights », "Be the change you want to see in the world". (Sois le changement que tu veux voir dans le monde.) De l'autre apparaîtront ses futures destinations, à tour de rôle : Hambourg, Amsterdam, Sjælland, Copenhague...Stockholm...Riga, Prague, Berlin et Paris... Ce sac, c'est elle : « Mon sac, mon fardeau, ce sont des années de larmes et de douleur, c'est la souffrance au petit matin et au cœur de la nuit... » et ce sera en même temps son « doudou », son réconfort.

A sa sortie de l'hôpital, le verdict tombe : « Etat limite ». N'ayant reçu aucune explication, c'est l'incompréhension totale et elle se sent stigmatisée.

Grâce à son hospitalisation de jour en 2021, elle va réussir enfin à endiguer l'angoisse de l'hôpital qui la tenaillait après sa première expérience. Elle se retrouve dans un groupe de personnes diagnostiquées Borderline comme elle, toutes très différentes mais elle « se reconnaît en eux ». Enfin, elle n'est plus seule. L'équipe est spécialisée, bien formée et prend tout son temps...

Avec la psychologue « j'apprends le cadre d'une relation, les limites de l'autre et les miennes, la régulation émotionnelle. J'apprends à communiquer ».

Le livre propose une explication très claire de la personnalité des malades « Borderline ». Marsha Linehan, fondatrice de la thérapie comportementale dialectique écrit : « ils sont comparables à de grands brûlés, sans épiderme émotionnel. Ces difficultés émotionnelles font de la personne « état limite » l'équivalent psychologique d'un patient brûlé au troisième degré ».

Arrivée à destination, Abigaël ne verra pas les aurores boréales. Les températures ne sont pas assez froides, -25 degrés, mais une température de -30 degrés est indispensable pour qu'elles soient visibles. Elle en éprouve une énorme déception, doublée d'un sentiment d'injustice.

Puis, peu à peu, viennent l'apaisement, la décompression. On ne peut pas tout contrôler. « Le vrai voyage, c'est celui que j'ai fait à l'intérieur de moi ». « J'ai vu mon courage. J'ai vu ma ténacité ».

Aujourd'hui, elle est stabilisée. Il y a eu des traitements, des antidépresseurs et des médicaments pour réguler l'humeur.

Elle explique qu'elle a dû apprendre à relativiser, ce qui passe par un changement de langage. En effet, tout est extrême dans les troubles de la régulation émotionnelle. C'est « soit tout, soit rien ». Il a fallu apprendre à remplacer « ou » par « et ». Ce n'est pas « Soit, je vais bien, soit je vais mal » mais « Je suis forte et vulnérable ». Il a fallu accepter une vision du monde assouplie, nuancée, vivante. Il a fallu qu'elle utilise des phrases « plus aidantes » lorsqu'elle parle d'elle-même. Ne pas dire : « Je suis trop sensible » mais « Je ressens les choses avec intensité ». Elle est devenue plus lucide, elle a appris à reconnaître ses limites, à se respecter.

Abigaël Barrand est très reconnaissante envers les personnes qui l'ont soignée et aidée et en particulier envers ses proches. Selon elle, ils doivent surtout prendre soin d'eux et savoir poser des limites, savoir dire : « Je t'aime, mais là je suis dépassé ».

Ce livre est un témoignage, une mise à nu courageuse et touchante des souffrances de la narratrice. Grâce au récit de ce périple, nous découvrons les sentiments éprouvés par Abigaël, un yoyo émotionnel qui la fait passer sans cesse de l'enthousiasme au désespoir. C'est une jeune adulte avec encore tous les traits d'une adolescente.



Au contact de conditions climatiques extrêmes, elle parvient à apprivoiser les aspects excessifs de son tempérament. Trouver son équilibre va lui permettre de ne plus rester « Au bord de sa vie » mais d'avancer, enfin !

Anne-Marie Leboeuf