



UNAFAM - ESSONNE

Bulletin d'informations

Édito

Un autre regard



Randonnée de Villeconin

Ce numéro est presque essentiellement consacré à une situation que vivent beaucoup de familles : le refus par le malade de reconnaître sa maladie, principal obstacle à la recherche d'une prise en charge adaptée et source de beaucoup de difficultés.

A ce titre, nous proposons deux perceptions du déni. D'une part, celle d'un psychiatre, le Dr Yann HODE, praticien hospitalier à Rouffach (68), qui a bien voulu nous autoriser à publier le texte d'une de ses conférences, au cours de laquelle il explicite le concept d'insight et propose des pistes pour amener un malade à se soigner ; d'autre part, celle d'un groupe de familles de l'Essonne, qui, sous l'impulsion d'une bénévole de l'association, Agnès Lachêne, a réfléchi aux diverses conséquences du déni et aux voies possibles pour améliorer les réponses sociétales.

Si certaines actions menées par l'Unafam ont déjà conduit à des résultats tangibles, reconnaissance du handicap psychique et du rôle des familles, multiplication des structures adaptées pour accueillir les personnes en situation de handicap ... du travail reste encore à faire pour que les problèmes liés au déni, permanent ou à répétition, d'un adulte majeur, soient mieux pris en compte.

Et c'est d'ailleurs pour cette raison que le groupe précité lance un appel pour que chacun apporte sa contribution à cet effort de réflexion et d'action au bénéfice de toutes les familles touchées par le « déni de la maladie » d'un proche. Et c'est aussi ce qui explique pourquoi ce numéro sera envoyé à l'ensemble des délégations de l'Unafam, avec l'accord du siège.

Suite de l'édito page 2

Sommaire:	Page
- Je ne suis pas malade par Yanne Hode.....	2 à 4
- Journée de détente à Soisy-sur-Ecole.....	4
- Des familles face au déni du handicap psychique	5 à 8
- La SISM 2009, compte-rendu	8 et 9
- Correctif RQTH	9
- Nos randonnées, témoignage	10
- Propositions de randonnées d'automne	11
- Agenda Unafam	11
- Cafés-rencontres	12
- Permanences, représentation et composition du bureau	12

à vos agendas

Samedi 20 juin 2009
 La journée détente en famille
 pour plus d'infos lire page 4

A partir de septembre 2009
 Un groupe de parole à Savigny/Orge
 Pour plus d'infos lire page 12

Ateliers PROSPECT
 Reprise en octobre
 Pour plus d'infos lire page 12

Suite de l'éditorial

Dans ce numéro vous trouverez aussi quelques informations relatives à la vie de notre délégation, notamment la relation des manifestations organisées dans le cadre de la semaine d'information sur la santé mentale 2009, des nouvelles des randonnées pédestres et de l'ALVE, un appel à candidatures pour un nouveau groupe de parole organisé à Savigny/Orge et les dates des prochains ateliers PROSPECT.

En écrivant ces lignes, j'ai une pensée pour deux de nos bénévoles qui viennent d'être durement éprouvées par la disparition brutale d'un proche malade. Nous les assurons, une nouvelle fois, de notre amitié et nous espérons qu'elles trouveront du réconfort au sein de la grande famille Unafam. Je pense aussi à une autre bénévole, Claire Busson, qui nous quitte pour «émigrer» dans un autre département, le Cantal. Beaucoup d'entre vous la connaissent car elle était omniprésente en assurant des permanences à Savigny/Orge, en siégeant à la CDAPH de la MDPH, en animant des ateliers Prospect... Nous lui souhaitons bonne chance dans sa nouvelle vie... mais elle laisse un grand vide....

Pour combler ce vide et pour renforcer notre action au service des familles nous avons besoin de bénévoles actifs. Aussi, n'hésitez pas à entrer en contact avec nous, quelles que soient vos capacités, quel que soit le temps que vous pouvez nous consacrer, car nous avons besoin de vous !!

Enfin, je vous invite à vous joindre à nous, en grand nombre, pour participer à la **journée de détente en famille prévue le samedi 20 juin**. Ce sera l'occasion de nous retrouver, dans une ambiance conviviale, de mieux nous connaître et nous apprécier, et de mettre en arrière plan, pour quelques heures, tous nos soucis.

Et, comme la période estivale approche, je vous souhaite à tous bonnes vacances.

JC Matha



24 mars 2009

La semaine a été cool !!!

Nous avons fait un repas le samedi 14. Nous avons mangé un bon couscous avec des merguez. Après le couscous on a fait une réunion. On y a parlé de la création d'un groupe «pépins». Par exemple quand un adhérent a une fuite d'eau chez lui, ou un déménagement à faire ou à nettoyer ou à repeindre son logement on peut alors mobiliser les adhérents disponibles pour donner le coup de main nécessaire... à suivre...

« JE NE SUIS PAS MALADE ! »

Cet article relate la conférence prononcée par le Docteur Yann HODE psychiatre, praticien hospitalier à Rouffach, Président de la délégation UNAFAM Haut-Rhin et membre de Schizo Espoir 54.



Pour introduire le sujet, le docteur HODE utilise cette formule : « **Il continue à ne pas croire qu'il y ait quelque chose qui ne va pas chez lui...** »

Et d'ajouter, et pourtant, il a :

- des comportements inadaptés,
- ou des pensées bizarres, non partageables,
- ou bien encore un affect peu adapté et/ou exprimant la souffrance.

Si l'on interroge la famille ou les soignants, cette situation a des conséquences importantes : refus de soin, arrêt des traitements, réhospitalisation...

Cette absence de soins entraîne des troubles du comportement donnant du malade une image dégradante ou même violente (dramas relatés dans la presse) ce qui accroît le rejet et la stigmatisation...

Des études montrent que 60% des schizophrènes, environ 25% des patients présentant un trouble schizo-affectif et presque 50% des maniaco-dépressifs ne percevaient pas qu'ils étaient malades.

Pourquoi ne perçoivent-ils pas qu'ils sont malades ?

Le défaut d'insight (ou de conscience des troubles) est parfois un déni de la maladie, surtout au début des troubles. L'image très négative véhiculée sur les maladies mentales, la stigmatisation des malades conduisent de nombreux malades à refuser de se voir malades. Cette explication a cependant été fortement contestée par des études scientifiques récentes et il est maintenant clairement montré que la plupart du temps, le défaut d'insight n'est pas un simple déni comme on l'a souvent cru. C'est une incapacité du cerveau à repérer certains aspects de la réalité. Ce phénomène se retrouve également dans certains troubles du système nerveux central consécutifs à des lésions cérébrales (hémiparésie, anosognosie).

Le défaut d'insight était abusivement considéré, jusqu'à une époque récente, comme un symptôme caractérisant les psychoses et la schizophrénie en particulier.

En réalité, selon X. AMADOR, il ne serait présent que chez 60 % des malades.

Du fait que l'on pensait que les personnes souffrant de schizophrénie n'avaient pas conscience de leur maladie, on les a parfois « infantilisées » ou l'on n'a pas diagnostiqué de schizophrénie chez des personnes ayant un bon « insight ».

Que faire lorsqu'il y a défaut d'insight ?

Face au défaut d'insight lié à une réaction défensive de déni, qui survient souvent au début de la maladie et qui entraîne un délai dans la prise en charge, plusieurs actions sont possibles :

- lutter contre la déstigmatisation
- dédramatiser la maladie
- maintenir l'espoir

Face au défaut d'insight persistant, lié à un déficit du cerveau dans sa capacité à percevoir certains aspects évidents de la réalité, il faut agir à 2 niveaux :

- réduire les déficits cognitifs (déficit de l'attention, de la mémoire, du raisonnement) qui contribuent au défaut d'insight en recourant à des techniques psychothérapeutiques qu'on appelle la remédiation cognitive.

- contrôler le traitement, car il y a peu de chance d'avoir un suivi correct si un traitement n'est pas pris régulièrement. Les traitements injectables retardés qu'on donne au malade une fois toutes les 2 semaines, le passage quotidien d'une infirmière au domicile pour donner le traitement, le dosage dans le sang du traitement, sont différents moyens utiles pour parvenir à cet objectif.

Un traitement et le suivi proposé peuvent aider un malade à aller mieux et pourtant souvent le malade ne prend pas le traitement et n'accepte pas le suivi.

Que faire ?

Lorsqu'il y a un danger immédiat, il faut agir contre la volonté du malade, pour éviter un drame. Cependant, si on peut légalement contraindre quelqu'un pendant une courte période à prendre un traitement, il est difficile de maintenir cette contrainte de façon permanente. Il va bien falloir, un jour ou l'autre, obtenir un changement du comportement du malade d'une façon consentie par lui.

Pour induire chez lui la **motivation** à changer, il faut que l'intérêt à changer soit plus intéressant que le non-changement ! Pour y parvenir, il faudra prendre en compte les besoins et les croyances du malade : son besoin d'autonomie, de sécurité, d'estime de soi et les valeurs qui sont les siennes.

Faut-il tenter de persuader ? L'expérience montre que la persuasion marche mal... que les conseils donnés sont peu mis en pratique. Par exemple les grandes campagnes de santé publique de lutte contre l'obésité, l'alcoolisme, la toxicomanie sont souvent des échecs. Peu

de personnes concernées suivent les conseils donnés, même s'ils en comprennent l'intérêt...

Réfléchissons un peu. Est-ce que la persuasion marche sur vous ? Vous savez qu'il est bon pour la santé de pratiquer régulièrement une activité sportive, de manger 5 fruits ou légumes par jour, de ne pas fumer, de prendre du temps pour votre famille, d'avoir une vie régulière : le faites-vous ?

Dans l'approche cognitivo-comportementale, le taux de suivi des conseils est plus important car dans ce type de technique on vérifie la compréhension du problème et des consignes, on propose des tâches graduées, on évalue la faisabilité, on donne des techniques pour réduire l'évitement et on souligne et renforce tous les petits progrès...

Mais cela ne marche que s'il y a une véritable alliance thérapeutique. Et c'est là la clé du problème : savoir créer l'alliance.

On ne change pas si on ne perçoit pas une raison de changer !

C'est par l'approche motivationnelle que l'on a une chance de réussir. L'approche motivationnelle ce n'est pas juste «essayer de motiver» même si le but est celui-là. C'est une véritable technique psychothérapeutique qui nécessite souvent une formation pour être pratiquée efficacement.

Un des préalables pour développer cette technique, c'est de savoir exprimer l'empathie nécessaire pour établir une relation avec des échanges non défensifs et demeurer dans l'écoute. Attention, manifester son empathie ce n'est pas être d'accord avec ce que la personne dit et pense. Parfois le malade a des idées avec lesquelles il n'est pas possible d'être d'accord ! Manifester de l'empathie, c'est dire qu'on ressentirait probablement comme lui si on avait les mêmes idées en tête, ce qui est souvent vrai.

Créer une atmosphère pacifiée, laisser dire, arrêter d'imposer ses propres objectifs, montrer du respect pour ce qui est entendu. Il est essentiel de

pratiquer **l'écoute réflexive** en renvoyant à la personne ce qu'elle dit, sans jugement ou commentaire, simplement pour vérifier auprès d'elle qu'on a bien compris ce qu'elle a dit.

Ne jamais donner de conseil ou d'avis non demandé.

En général, on n'écoute jamais les avis qu'on n'a pas soi-même sollicités. Tout l'art est donc d'amener le malade à nous demander explicitement un avis sur les points où on aimerait bien qu'il change et à s'interdire d'en donner un tant qu'il ne l'a pas demandé. Trop souvent on prend pour une demande d'avis une simple interrogation que le malade se fait à lui-même. «Je me demande si je dois faire cela ou plutôt ...».

Ce n'est pas parce qu'il se pose une question et qu'il est indécis, qu'il vous demande votre avis. Il est important d'amener la personne à trouver un intérêt de son point de vue, de prendre le temps de connaître ce qui l'intéresse, de comprendre ce qui la motive dans la vie, de créer un climat de confiance pour qu'elle sollicite un avis sur comment atteindre les objectifs qui la motivent.

Dans la conversation, glisser des phrases comme :

« Tu penses que cela te ferait du bien ? »

« Tu crois que tu vas oser ? »

« Qu'est-ce que tu en penses ? »

Trouver des problèmes sur lesquels il est possible de travailler

Comprendre comment quelqu'un en déni se perçoit lui-même et comprendre ses croyances à propos de ce qui ne va pas dans sa vie est la clé pour le sortir de l'isolement et construire une relation.

En conséquence, vous devez d'abord apprendre ce qu'il pense que le problème est. Comment est-ce qu'il définit le problème, que dit-il qu'il doit résoudre ? Exemple : mon frère n'a jamais admis souffrir de schizophrénie. En revanche, il a pensé qu'être hospitalisé de façon répétitive contre son gré en psychiatrie était un problème important. Sur ce point, je ne pouvais qu'être totalement d'accord avec lui.

On peut éprouver de l'empathie au sujet des sentiments de frustration (à propos par exemple des pressions exercées par autrui pour obtenir la prise de médicaments), au sujet de craintes (d'être stigmatisé, crainte de l'échec...), de sentiments d'inconfort (prise de poids, ralentissement, sentiment d'être moins créatif...), des désirs (de travailler, de se marier, d'avoir des enfants...).

Dans la même situation, on aurait ressenti la même chose. Dire par exemple : « moi aussi je serais en colère, si »...

Il s'agit de mettre à profit toutes les opportunités pour normaliser le vécu du malade (« je ressentirais la même chose si j'étais à votre place »). Il ne s'agit pas de cautionner ce que dit la personne mais bien de lui faire sentir qu'on est en empathie avec elle.

Tout un apprentissage !

Pour amener l'autre à demander conseil puis à l'accepter, il faut différer le plus

possible le conseil, le présenter avec doute, reconnaître qu'on peut se tromper, s'excuser d'avance si ce n'est pas ce qu'il attend, prévenir qu'on peut être en désaccord. Alors seulement la personne va commencer à écouter !

En amenant la personne à avancer dans ses objectifs de vie, en travaillant par petits pas, en la faisant raisonner sur les avantages et incon-vénients de chaque

Le but n'est pas que la personne reconnaisse qu'elle est malade, mais qu'elle perçoive que le traitement peut avoir un intérêt et le prendre !

solution par une approche de type essai/erreur, on parvient à établir un vrai partenariat.

Le but n'est pas que la personne reconnaisse qu'elle est malade, mais qu'elle perçoive que le traitement peut avoir un intérêt et le prendre !

Le docteur Yann HODE, est aussi l'un des traducteurs du livre du Dr Xavier AMADOR, auteur de : « Comment faire accepter son traitement au malade », Ed Retz, 2007.

Cet article a été validé par le Dr HODE et il est publié avec son accord.



31 mars 2009
Pétanque :
Encore de bons résultats

Exploits en pétanque

Vendredi 27 mars 2009, il était prévu bowling mais les joueurs de pétanque ont fait un « coup d'état » : ils ont exigé un entraînement. Ils ont bien fait car le lendemain les résultats furent à la hauteur : Deux de nos équipes sont qualifiées pour la finale du championnat de France (Sport Adapté) de pétanque. Elles iront donc à Millau en Aveyron du 19 au 21 juin 2009, représenter l'Ile de France.

Les lauréats sont : Hervé et Isabelle qui sont arrivés quatrième. Et aussi Denis et l'autre Isabelle, qui étaient déjà champions départementaux et comme ils ont remporté la compétition, ils sont donc champions régionaux.

Journée détente en famille du 20 juin 2009

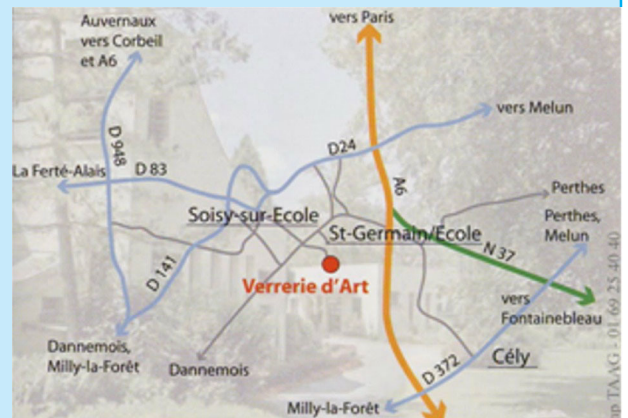
Visite de la Verrerie d'Art de Soisy/Ecole

rdv à 10 heures devant la grille du domaine Le Moulin des Noues - 91840 Soisy/Ecole - Tel : 01 64 98 00 03

Parking en face

Repas en commun à 12 h 30

Auberge des Acacias - 53, route de Fontainebleau - 77930 Cély - Tel : 01 64 38 00 00



DES FAMILLES FACE AU DENI DU HANDICAP PSYCHIQUE

Le déni permanent de malades majeurs atteints de troubles psychiques peut engendrer des situations graves et complexes. En Essonne, quelques familles confrontées à ce déni permanent, ou à un déni à répétition, ont créé en 2007 un groupe de travail qui s'est réuni régulièrement au siège de l'UNAFAM-Essonne à Palaiseau. Ce groupe vous livre ci-dessous un résumé de sa réflexion conduite à partir des difficultés vécues, des observations et des contacts de ses membres, et avec la participation ponctuelle d'un médecin psychiatre et d'une assistante sociale, que nous remercions.

Près de 15 000 familles sont adhérentes à l'UNAFAM pour environ 600 000 familles touchées par la maladie psychique en France. Nous faisons partie des familles adhérentes confrontées durablement au déni, bloquées dans la « zone de non-expression de la demande », pour reprendre le schéma présenté lors du 39^{ème} Congrès national de l'UNAFAM *¹. Lorsque l'on est enfin sorti du déni, on oublie peut-être parfois l'immense détresse de ceux qui n'en sortent pas.

Le « déni » dans tous ses états

Qu'est-ce que « le déni » ?

Le dictionnaire « Le Petit Robert » propose les définitions suivantes :

- 1) action de dénier à **dénégation** ou refus de reconnaître l'exactitude d'un fait ;
- 2) refus de rendre justice à quelqu'un, d'être équitable envers lui à **injustice** (à déni de justice) ;
- 3) en psychanalyse : refus de reconnaître une réalité dont la perception est traumatisante pour le sujet à **scotomisation** ou exclusion inconsciente d'une réalité extérieure du champ de conscience (déni de la réalité).

On parle aussi en milieu médical d'**anosognosie**, impossibilité de percevoir la maladie pour cause de dysfonctionnement cérébral, que certains considèrent comme « la racine du problème »*². Etant donné la permanence du déni de nos proches, il nous apparaît comme probable qu'ils soient dans cette situation, cause d'une **intense souffrance**.

Quoi qu'il en soit, ces définitions recouvrent assez bien l'ensemble des situations qui se posent.

Conséquences du déni du malade face à sa maladie.

Lorsqu'il est permanent, le déni engendre pour le malade non hospitalisé :

- pas de suivi médical ; pas de médicament ; donc le plus souvent aggravation des troubles pouvant aller jusqu'à l'automutilation, voire le suicide ;
- isolement par rapport à ses proches et aux tiers ;
- pas de possibilité de travailler ou grosses difficultés dans le travail avec important stress, cause d'arrêts fréquents de travail, voire perte de l'emploi ;
- pas d'incorporation dans les structures de la société ; donc pas d'aide matérielle correspondante ; rejet par la société et marginalisation ;
- refus d'aide dont les conséquences peuvent aller, suivant les situations, jusqu'à l'errance, la clochardisation, ou alors à une HDT ou une HO, avec la mise en détresse des proches confrontés à des situations d'impasse et d'enfer sans cesse renouvelées.

Le malade dans le déni permanent est véritablement la première victime de sa maladie.

La phase de déni vécue par les proches du malade.

Les premiers symptômes apparaissant, les proches qui ne connaissent pas ce type de maladie sont surpris, souvent culpabilisés, puis ne peuvent pas y croire ! D'où confrontations tendues, retard dans la compréhension de ce qu'il faut entreprendre pour celui ou celle que l'on voit devenir dangereusement autre, avec l'inquiétude grandissante qui envahit. Les membres de l'UNAFAM sont en principe

sortis de ce déni, mais combien d'autres proches ne comprennent pas ou refusent encore de comprendre ce qui arrive ?

Le déni des médias et le déni de « Monsieur tout le monde ».

La société connaît encore très mal les souffrances des malades psychiques, dont le handicap n'est pas toujours visible. Quelques émissions radiophoniques ou télévisées traitent du sujet, mais l'image retenue souvent est celle du malade qui fait peur, qui peut être dangereux et qu'il faut interner, voire culpabiliser en cas de délit, d'autant que les médias sont encore trop à l'affût du scandale ou manquent de justesse et de délicatesse dans le traitement des situations.

Or, depuis quelques années, le malade psychique, quelles que soient ses conditions d'hébergement, vit dans la cité. Pour éviter d'avoir peur, la société a tendance à ignorer le malade et sa maladie : cette indifférence la rassure et l'amène à penser que ce n'est pas son problème. Ce faisant, elle accentue l'isolement et l'angoisse du malade.

Face au déni : beaucoup de dysfonctionnements, peu de réponses adaptées

Structures médicales.

Lors de ses études, le **généraliste** aborde peu les maladies psychiques et ne reçoit aucune formation pratique à leur sujet. Il semble également que les **contacts entre bon nombre de médecins généralistes et de psychiatres soient très limités** voire inexistants. Comment orienter un malade psychique ou sa famille en difficulté vers une écoute appropriée si, au départ, les contacts entre généralistes et psychiatres n'existent pas ?

En ce qui concerne les **psychiatres** :

- pourquoi, contrairement à d'autres spécialistes, n'envoient-ils pas un compte-rendu de consultation aux généralistes qui leur ont adressé un patient ?
- pourquoi une majorité d'entre eux refuse-t-elle de se déplacer sur demande de la famille en cas de crise aiguë du proche ?
- comment peuvent-ils laisser aux familles dans leur solitude prendre la responsabilité de demander à leur proche en plein déni de se soigner ?
- leur grande prudence avant de mettre le malade au courant de la pathologie dont il souffre ne retarde-t-elle pas sa prise de conscience ? Il semblerait que l'attitude des médecins anglo-saxons soit différente sur le sujet : un profit peut-il être tiré de leur expérience ? Ou bien cette prudence est-elle le signe d'une recherche d'« alliance » progressive en vue d'un « engagement durable » dans le soin *², ? Mais alors, la famille ne doit-elle pas y être associée étroitement ?

Services sociaux.

Devant le manque de formation ou la **formation insuffisante des personnels** aux maladies psychiques, nous saluons la parution en février 2008 du **livret** « *L'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique* » « dans le cadre de l'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Le soutien à l'édition et à la diffusion de ce document apporté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est précieux. Reste à toucher **tous** les personnels :

- des services sociaux des communes,
- de tous les services sociaux ou à domicile,
- des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH),
- des services de pré-orientation : ADAPT...
- mais aussi des services liés à la recherche d'emploi : ANPE...

Et que se passe-t-il lorsque la personne dans le déni de son handicap psychique ne se présente pas au rendez-vous des experts et que son dossier revient au

service ? Dans l'état actuel des lois, **les proches ne peuvent faire les démarches** à la place du malade majeur...

Comment alors le plan global proposé par l'UNAFAM peut-il s'appliquer ?

Comment peut s'exercer le « droit à compensation »... « celui d'être protégé de manière spécifique... en permanence, même s'il y a déni de la maladie par le patient » *³?

SAMU-Pompiers.

Le malade dans le déni de sa maladie et le refus de soins peut entraîner une situation de crise aiguë : l'un des moments les plus difficiles à vivre pour la famille qui se trouve dans l'obligation de mettre en place une procédure de HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers). Elle va devoir prendre seule la décision de combiner à domicile la visite d'un médecin pour établir un certificat circonstancié et l'appel au SAMU ou aux pompiers pour effectuer le transport vers les urgences psychiatriques du secteur. Or le médecin n'est pas toujours disponible d'une part et, d'autre part, SAMU et pompiers ne peuvent emmener à l'hôpital, contre son gré et, à plus forte raison, sans avis médical, une personne majeure qui n'est dangereuse que pour elle-même. On se heurte à une **impossibilité juridique**. **Que peut faire une famille ?**

Police et Gendarmerie.

Une personne dans le déni de son trouble psychique peut nécessiter l'intervention de la force publique. Mais a-t-on bien mesuré le facteur aggravant que cette intervention auprès d'une personne malade peut représenter **faute de formation suffisante** ? Cette question se pose d'ailleurs pour les interventions des pompiers, voire du SAMU s'il n'y a pas la présence d'un psychiatre.

Justice.

La Justice nous donne parfois un exemple de déni et nous nous inquiétons de l'impact des détentions lorsque n'est pas bien distingué le cas des malades par

rapport au cas des délinquants. Nous apprécions que l'UNAFAM prenne des positions claires en matière de délits et de condamnations : crimes et délits doivent être jugés comme tels et les victimes reconnues, mais est-il décent que des malades souffrant de graves pathologies psychiques comparaissent devant des tribunaux et soient ainsi exposés à la curiosité des médias et du public ?

Législation fiscale.

La loi reconnaît l'obligation alimentaire entre parents et enfants, ce qui permet de déclarer le versement d'une pension alimentaire au proche que son déni du handicap place dans une situation de précarité extrême. Mais cette obligation et **ce droit ne sont pas reconnus aux frères et sœurs** et autres membres de la famille élargie, qui peuvent pourtant être dans l'obligation morale d'aider leur proche, à la mort des parents en particulier. N'y a-t-il pas là une faille, en face de la reconnaissance des dons à des Associations reconnues d'utilité publique ?

De quoi avons-nous besoin ?

La reconnaissance, par tous, de la souffrance des malades psychiques.

Certes la reconnaissance, par la loi du 11 février 2005 en particulier, de la spécificité de la maladie psychique a permis de franchir un pas considérable, mais cette spécificité doit être vraiment connue et reconnue à tous les niveaux et dans tous les secteurs de la société. L'amalgame malade/délinquant entre autres ne doit plus être possible.

La reconnaissance du rôle des familles.

Elles qui vivent de près les conséquences de la maladie d'un proche doivent être écoutées, leur parole doit être prise au sérieux, alors même que ce proche peut faire illusion le temps d'une consultation avec un médecin ou d'un entretien avec une assistante sociale, un accueillant de

l'ANPE, voire un chef d'entreprise, par exemple...

Il est nécessaire que la famille soit reconnue comme interlocuteur privilégié et partenaire, voire puisse agir à la place du malade. Qu'un appel au secours en pleine nuit, parce qu'il y a eu violence, n'aboutisse au final qu'à de « bonnes paroles » est grave ! Ce n'est qu'un exemple. Qu'un dossier présenté à la MDPH ne puisse être suivi d'aucun effet parce que le « patient » ne s'est pas présenté à l'expert, alors qu'il n'est pas en état de le faire, n'est pas admissible au regard des missions de la MDPH : c'est un autre exemple.

Une formation de tous les personnels des institutions concernées,

en matière de santé, travail, « social », loisir, transport, justice, sécurité et communication...*4.

Cela fait beaucoup de monde, mais permettrait, dans le respect de la personne telle qu'elle est avec ses limites, une reconnaissance plus rapide du soutien adapté dont elle a besoin. Un mouvement se dessine en ce sens ici ou là mais une volonté politique peut l'accélérer et le généraliser.

Nous proposons, par exemple, que :

- dans chaque département, soient organisées des réunions entre médecins généralistes et psychiatres pour traiter particulièrement les maladies psychiques, les problèmes de déni et la détresse des familles, dont la prise en compte est essentielle pour la réussite de ce qui est entrepris en faveur du patient. Le Conseil de l'Ordre des Médecins, très structuré, ne pourrait-il pas aider à la mise en place de tels échanges ?

- la diffusion du « Livret d'initiation » sur le Handicap psychique ne soit pas limitée aux personnels des MDPH, des CCAS et des services sociaux à domicile, mais s'étende aux ANPE/ASSEDIC, à la Police et la Gendarmerie, et bien au-delà...

Le traitement efficace des cas d'urgence.

La coordination d'un vrai dispositif d'intervention officiel, responsable et toujours disponible en cas d'urgence, doit

être mise en place et généralisée sur tout le territoire, avec sa dotation en moyens. Les familles, que le déni de la maladie par un de leur proche met dans une situation intolérable, sauraient à qui adresser leur appel au secours sans attendre que cette situation devienne dramatique.

L'appel au SAMU, dont le personnel serait formé à ce type de pathologie et qui disposerait par secteur d'un psychiatre de permanence pouvant, en réel responsable, coordonner l'intervention à domicile puis le transport du malade, serait sans doute la solution la plus efficace.

Les réseaux de santé mentale, lorsqu'ils existent, ont montré leur utilité *5 mais certains impliquent l'accord du patient (comme en Essonne celui d'Evry); et l'on regrette que cellules d'alerte (en Essonne celle d'Evry), cellules d'intervention d'urgence à domicile, équipes mobiles d'intervention et de coordination ... soient rares et ne puissent pas toujours répondre aux cas d'urgence extrême.

Autres mesures :

- Multiplication des structures d'**hébergement** adapté *6, que l'Unafam soutient déjà.

- **Centres de formation** mieux adaptés aux malades psychiques, car l'intelligence peut rester vive en dépit de la fragilité, au stress en particulier, qui est un grave handicap. L'acceptation de ce handicap pourrait en être facilitée.

- L'attention à une régularité des **ressources**, avec lisibilité de leur attribution.

Qui peut vivre décemment avec certains minima sociaux, d'autant que le montant versé peut varier selon que la personne suit telle ou telle formation, avec tel ou tel stage rémunéré ou non... ce qui peut entraîner une suspension des versements ou des rappels de « trop perçu » suivant les cas ? Comment une personne fragile peut-elle s'y retrouver ?

- La révision des **mesures fiscales**, dans le domaine de l'aide familiale au sens large en faveur d'une personne dans le besoin.

- Nous insistons enfin sur une **information claire de tous les citoyens sur les maladies psychiques.**

Nous souhaitons déjà que l'information soit plus claire de la part des médecins généralistes envers les personnes qui les questionnent sur les troubles ressentis par un de leurs proches.

Mais nous demandons qu'une information plus large soit coordonnée par les pouvoirs publics, au-delà même de la Semaine sur la Santé mentale, afin que l'ensemble des citoyens ait une connaissance objective sur ces pathologies. « *Non, ce n'est pas comme la peste, ça ne s'attrape pas !* ». On peut espérer qu'alors le délai d'acceptation de la pathologie et des soins, donc le déni, sera réduit et que les familles feront l'économie d'une culpabilité destructrice *6.

Bibliographie : voir page suivante

Un appel

Il y a URGENCE à la prise en compte des problèmes liés au déni, permanent ou à répétition, d'un adulte majeur. Plus nous serons nombreux à témoigner de ces problèmes, mieux nous pourrions nous faire entendre.

Vous qui vous sentez concernés par cet article, n'hésitez pas à nous faire parvenir votre propre témoignage à l'adresse suivante :

UNAFAM-Essonne, Groupe de travail et de réflexion sur le déni,

4 rue d'Ardenay, 91120 PALAISEAU.

Courriel : 91@unafam.org

19 mai 2009 - des nouvelles

Bilan de la semaine

Mardi dernier il n'y a pas eu de ping-pong.

Mercredi, nous avons fêté



l'anniversaire de Pascal. Il s'est déguisé en clown. Il avait un costume jaune brillant avec une chemise jaune et une perruque noire. Le groupe pâtisserie avait fait des gâteaux. Sophie, l'ancienne stagiaire est venue...

Travaux : Christophe a coupé un morceau de fer qui dépassait dans l'entrée du club. Maintenant on va pouvoir enduire les murs. Merci, Mika, pour tes encouragements en commentaires de notre article de la semaine dernière... à suivre...

Bibliographie en liaison avec Le déni...

*1 Paris 26-27 janvier 2007 : voir le n° spécial 2006/2007 de la Revue Unafam «Un Autre Regard » pages 3 et 31.

*2 Docteur Xavier AMADOR,
Comment faire accepter son traitement au malade ? (schizophrénies et troubles bipolaires), Ed. RETZ, collection Psychiatrie –Savoir-faire psy-, 2007.

*3 Livre Blanc des partenaires de santé mentale en France, juin 2001, page 37. Voir aussi, dans la loi du 11.2.2005 sur l'égalité des droits et des chances, l'article premier du « droit à la compensation » : *« La personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge et son mode de vie.... Ces réponses adaptées prennent en compte l'accueil et l'accompagnement nécessaires aux personnes handicapées qui ne peuvent exprimer seules leurs besoins. »*

Ce droit est souligné par le Président de l'UNAFAM, Mr Jean CANNEVA, quand il parle de la HDT : *« ...on voit mal comment cette intervention des tiers au moment le plus délicat du point de vue du droit des personnes, celui de l'entrée dans les soins sans consentement, pourrait ne pas être reconnu également en amont et en aval de ces moments d'urgence ! »* (Editorial du n° spécial 39^e Congrès Unafam, Hors série 2006-2007 de « Un Autre Regard »).

*4 Quelques sections départementales de l'Unafam ont engagé des actions à généraliser : *« Dans le Gard, des actions originales vis-à-vis de divers services publics »*, Revue « Un Autre Regard » n° 3-2007, pages 23-24.

*5 Atelier 4 du Congrès Unafam de Nancy, 10-11/6/2005, Revue « Un Autre Regard » n°2/3-2005 page 26 : *« Avec les soignants, face au déni de la maladie »*.

*6 Dossier « Accessibilité et handicap psychique », Revue « Un Autre Regard » n° 4-2007, pages 2 à 8.

Quels soins et quels accompagnements pour les malades psychiques ?

Dans ce cadre, deux manifestations essonniennes méritent d'être relatées.

I - La projection du film « Vies de fous » à Brétigny/Orge.

Pour coller au thème de la 20^{ème} SISM et permettre l'instauration d'un débat nous avons présenté le film « Vies de fous », coréalisé par Samuel Luret et Jean - Thomas Ceccaldi, pour Canal +. En décrivant le parcours de différents patients ce documentaire permet en effet d'explorer l'univers de la psychiatrie et de dresser un état des lieux du système de prise en charge actuel.

Le 17 mars, dans la grande salle du Ciné 220 de Brétigny-Orge, 130 personnes au moins ont répondu à notre invitation. Parmi elles, un seul médecin, de nombreux acteurs des secteurs sociaux et associatifs, des adhérents et bénévoles de l'Unafam, le conseiller général du canton (chargé de la prévention et de la santé au Conseil Général), et quelques édiles de la ville. Notre présence en ce lieu était en effet une réponse à l'invitation de la municipalité qui a souhaité associer l'Unafam aux manifestations prévues dans le cadre de la « Semaine de lutte contre les discriminations » qu'elle a organisée concomitamment à la SISM.

Avant la projection, Bernard Decaux, maire de Brétigny/Orge, a souligné que la lutte contre les discriminations et le travail sur le handicap résultaient d'une volonté farouche de la municipalité, Elisabeth Petit, adjointe aux solidarités, en étant, au quotidien, la cheville ouvrière. A titre d'exemple, il a ensuite rappelé les efforts qui ont été faits pour parvenir à l'implantation du foyer géré par l'ALVE, « Le chêne à 4 oreilles », maintenant tout à fait intégré dans la vie locale, ce qui constitue une belle récompense pour la municipalité et pour l'ALVE.

A l'issue de la projection, grâce à la participation du Dr Y. Harchi, chef du pôle psychiatrie de l'hôpital général de Melun, qui est présenté à plusieurs reprises dans le film dans son rôle de soignant, un débat a pu s'instaurer.

Sans surprise, il fut surtout question :

- **de la stigmatisation des malades psychiques**, les schizophrènes étant trop souvent considérés par les médias comme des criminels potentiels alors que la prévalence des actions violentes qui leur sont imputables est très faible,

- **des difficultés de la psychiatrie publique, évoquées à plusieurs reprises dans le film** ; selon le Dr Harchi, qui exerce depuis longtemps au sein d'hôpitaux généraux : ... « Depuis 1995, 40000 lits ont été fermés et pas loin de 20 000 postes d'infirmières ont été supprimés, ... Au niveau des personnels, des postes de médecins sont gelés et les infirmières, quand elles partent, ne sont souvent pas remplacées parce qu'il n'y en a pas en nombre suffisant... »,

- **du manque de structures d'accompagnement social et d'hébergement, en aval de l'hôpital** ; selon le Dr Harchi, le placement institutionnel de certains patients est souvent problématique dans le 77. Heureusement, il semble qu'une structure va s'ouvrir dans le secteur de Melun, en septembre prochain, grâce à l'action conjointe du Conseil général, et de l'ALVE. En termes d'aval, l'Essonne est très riche par rapport à la Seine et Marne où il n'y a pas encore de maison de type ALVE...

Et pourtant, selon des parents de malades essonniens stabilisés, il manque encore des places de ce type en Essonne car tous les foyers récemment ouverts sont complets. Pour J-C. Matha, président délégué de l'Unafam Essonne, 4 maisons de l'ALVE en Essonne c'est sans doute insuffisant, mais il faut tout de même reconnaître le travail

très positif de J. Guedj au sein du CG à ce sujet. Pour autant, il est vrai que l'Unafam souhaite vivement que d'autres réalisations voient le jour en Essonne.

- des difficultés créées par les situations de crise ; pour Elisabeth Petit, adjointe au maire de Brétigny en charge des solidarités, « c'est vrai qu'il est parfois difficile, au niveau local, malgré une coopération étroite avec le CMP, d'obtenir des soins pour des malades en danger. Néanmoins, il existe à Brétigny une structure semblable à la cellule d'alerte d'Evry pour le traitement des urgences, grâce à une coopération entre différents acteurs (Mairie, CMP, Commissariat d'Arpajon, Pompiers et SOS MEDECINS), ce qui permet de régler certains problèmes ».

Selon J-C. Matha, il y a peu de communes en Essonne qui ont mis en place un tel dispositif. C'est pourtant une nécessité dans toutes les villes un peu importantes, mais cela a du mal à se mettre en place. Y aura-t-il une évolution avec le rapport COUTY ?

- de l'incidence, sur l'organisation psychiatrique, des lois en cours de préparation (HPST - dite aussi loi Bachelot et future loi santé mentale en cours de rédaction sur la base du rapport COUTY) ; selon Michel Pouzol, conseiller général de Brétigny, la loi Bachelot suscite certaines inquiétudes, qu'il s'agisse de la gouvernance de l'hôpital, de la tarification à l'acte ou de la représentation des usagers ; quant au rapport COUTY il y a de grandes incertitudes pour certains points, voire des signes négatifs comme la volonté de « criminaliser » la psychiatrie par exemple. Pour le Dr Harchi, le rapport COUTY préconise la mise en place d'une nouvelle organisation territoriale, mais il ne fait pas état des moyens associés, notamment des personnels qui seront affectés au sein des différentes entités prévues. Son incidence sur la loi santé mentale, en cours de rédaction, suscite beaucoup d'interrogations et d'inquiétudes de la part des acteurs du soin.

Pour conclure la séance et répondre à la demande de plusieurs participants, J-C. Matha a rappelé que le documentaire « Vies de fous », soumis à des droits d'auteur, ne peut être projeté que dans un cadre strictement privé. Ce n'est donc que dans ce contexte qu'il sera possible d'organiser de nouvelles projections en Essonne si des demandes sont exprimées.

II – Présentation du film « URGENCES » à Savigny-sur-Orge.

Le 18 mars, à la MJC de Savigny-sur-Orge, le CMP G07 a organisé une soirée publique d'échanges autour du film « URGENCES » de Raymond Depardon.

Ce film, sorti en 1987, est un reportage très réaliste sur les « urgences psychiatriques » et il montre, avec une grande rigueur, plusieurs situations traitées à l'Hôtel Dieu de Paris. Filmés en plans uniques, avec le souci de faire oublier la caméra, ce film présente avec une grande pudeur les drames et la grande souffrance vécus par les patients hospitalisés. Un film qui « prend aux tripes ».

Le débat organisé par l'équipe des soignants du CMP a permis ensuite des échanges très riches. Deux thèmes ont notamment suscité l'intérêt des participants : le consentement d'un malade en grande souffrance à se soigner et le suivi d'un patient, sur le long terme.

Devoir recourir à une hospitalisation sous contrainte (HDT) pour amener une personne affectée par des troubles psychiques à se soigner est en effet une situation souvent très difficile à vivre par ses proches. Pour autant, le souci que peut avoir parfois un médecin de ne pas précipiter les choses, en différant une demande d'hospitalisation sous contrainte pour éviter sa relative « violence » ou pour instaurer une relation dans la durée avec le malade, est parfois aussi difficile à comprendre par les proches.

Bravo à l'équipe du G07 et merci pour cette initiative très enrichissante à laquelle ont participé des bénévoles de l'Unafam.

Errata à propos de la RQTH...

Dans le bulletin d'information 01/09, page 10, nous avons indiqué que la RQTH dépend du taux d'incapacité permanente. Cette assertion est en réalité inexacte car le code du travail ne fait jamais état d'un taux d'incapacité pour caractériser la RQTH. Selon l'article L 5213-1 du dit code : *« est considéré comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ».*

Concrètement, il faut donc retenir que l'attribution de la RQTH n'est aucunement liée au taux d'incapacité permanente.

Pour autant, il faut savoir que le principe actuellement en vigueur prévoit qu'une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé soit désormais engagée à l'occasion de l'instruction de toute demande d'attribution ou de renouvellement de l'AAH, laquelle, par contre, est bien conditionnée par la fixation du taux d'incapacité (règles fixées respectivement par l'article L821-1 et suivants du code de la sécurité sociale et l'article L241-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles).

S'agissant de l'AAH, il faut noter que son montant mensuel est de 666,96 € à compter du 1er avril 2009 et qu'il sera porté à 681,63 € à compter du 1er septembre prochain.

Appel au bénévolat

Nous recherchons, pour assurer la réalisation de notre bulletin d'information, des personnes capables :

- d'utiliser un logiciel de mise en page (FrameMaker, InDesign, PageMaker, Publisher...),
- d'illustrer certains articles par des croquis, dessins, graphiques, ...

Faites-nous savoir rapidement si vous pouvez nous aider. Merci d'avance.

NOS RANDONNEES EN ÎLE-DE-FRANCE

Regard d'une mère de malade sur cette activité

Les randonnées que l'Unafam-Essonne propose régulièrement à ses adhérents représentent autant d'occasions de se détendre avec un objectif partagé, la découverte de notre région, son patrimoine culturel et naturel, son histoire. C'est aussi l'occasion pour les randonneurs de mieux se connaître, d'échanger des points de vue et des idées, et de s'enrichir mutuellement de leurs savoirs et de leurs émerveillements.

Les bienfaits que nous y trouvons, nous les parents ou amis de personnes handicapées psychiques, s'étendent à nos enfants eux-mêmes lorsqu'ils participent avec nous à cette activité. Je peux en témoigner à propos de mon fils S..., atteint de schizophrénie, âgé aujourd'hui de 37 ans, qui vit chez nous, (ses parents), qui est accueilli trois fois par semaine à l'hôpital de jour de Ste Geneviève-des-Bois, qui de temps à autre bénéficie d'un hébergement temporaire dans les Maisons de l'Alve, et qui, peu à peu, s'intègre aux activités du GEM Intersection qu'il apprécie particulièrement.

Le groupe des marcheurs est hétérogène puisqu'il rassemble les parents des personnes handicapées, majoritaires, quelques proches, amis et connaissances, voisins et quelques-uns de nos fils et filles atteints par le handicap psychique, ceux qui vivent dans leur famille, ou bien dans des logements indépendants. S S... participe volontiers aux randonnées, c'est d'abord parce qu'il sait qu'il sera bien accueilli par le groupe de parents, mais c'est aussi parce qu'il apprécie de rencontrer d'autres jeunes, semblables à lui et objectivement proches de lui, du fait de leurs parcours souvent comparables dans l'univers de la psychiatrie. Le groupe de parents sait en effet comprendre, écouter, regarder, encourager, respecter la personne en situation de handicap psychique, et l'aider avec douceur et patience.

Le matin de la randonnée, S..., qui aime tant se réfugier sous sa couette ou s'enfermer dans sa chambre, qui craint le monde extérieur et les situations nouvelles, que le désir d'agir a quitté, qu'il faut tirer, pousser, encourager chaque jour, qui trouve mille prétextes pour ne pas sortir, une petite fièvre, une grosse fatigue..., se lève d'un bond, se prépare,



se rase, s'habille, s'équipe avec de bonnes chaussures et un sac à dos, sans qu'il soit nécessaire de le stimuler.

L'envie de randonnée l'habite, c'est son projet, un vrai projet voulu et non subi, contrairement à certaines activités de type occupationnel qu'on lui propose et qu'il qualifie d'activités pour classes maternelles qu'il accepte sans enthousiasme mais qui ne l'incitent pas à l'action.

En arrivant au lieu du RV, il est accueilli, et retrouve un garçon comme lui qui participe d'habitude aux randonnées.

Si ce dernier n'est pas venu, S... qui est tellement absent au monde en général, s'en inquiète. Ou bien, si celui qu'il nomme son camarade semble aller moins bien, S... y est sensible et je vois qu'il s'en aperçoit et montre une attention bienveillante.

Au cours de la balade, S... côtoie des marcheurs sans leur parler, ou bien il marche seul, devant ou au milieu du groupe. Ce repli apparent sur lui-même cesse à certains moments, lorsqu'il rejoint

un petit groupe en train d'écouter les explications fournies par le guide. A ce moment, sans doute parce qu'il se sent accueilli et reconnu, il réagit à ce qui vient d'être dit, pose des questions, fait des remarques pertinentes et souvent amusantes et pleines d'humour.

Pour quelques instants, avant de replonger dans son for intérieur, il revient dans le monde réel, ici et maintenant, et il parle à d'autres personnes que celles qui appartiennent à son univers familial. Un jour, alors que nous marchions ensemble, lui et moi, sa mère, il m'a même dit : « C'est mieux quand nous marchons avec les autres ».

Après une randonnée, S... me redemande parfois les noms des lieux que nous avons découverts ou visités et je constate que cette activité présente un intérêt certain pour lui et qu'il en retire un bénéfice visible : gain d'énergie, capacité à sortir de sa chambre et de lui-même, retour momentané au réel, rencontres au sein d'un groupe social ouvert et diversifié, sérénité, bien-être...

Au-delà de ces observations personnelles, je pense que ces randonnées sont à même de créer de nouvelles occasions de rencontre pour de jeunes adultes handicapés psychiques de l'Essonne, en dehors de leur cadre familial habituel et des lieux de soins et d'accueil spécifiques, avec comme perspective de les conduire à une meilleure acceptation de la maladie des autres et de la leur.

Finalement, en écrivant ces quelques lignes, j'ai voulu simplement attirer l'attention des parents sur les bienfaits potentiels de cette pratique pour nos enfants.

Et pour conclure, je dis à l'Unafam : continuons, ça en vaut la peine !

Incroyable : On a vu les statistiques de notre blog un américain nous a lus. S'il revient nous lui disons «Yes, you can !»



PROPOSITIONS DE RANDONNEES

dimanche 27 septembre : Les secrets de Ballancourt-sur-Essonne, balade le long des berges des étangs de Vert le Petit

- **Rendez-vous** : à 14h, Place de l'église
- **Accès** : en RER D, station Ballancourt-sur-Essonne, par la route D191
- **Durée** : 3h
- **A découvrir** avec commentaires :
l'église Saint-Martin, le lavoir du 19^e siècle, le château de Saussay
le chemin le long des berges des étangs, lieu de prédilection des pêcheurs, vous y découvrirez leurs cabanes.

dimanche 18 octobre : Balade en forêt de Fontainebleau

- **Rendez-vous** : à 10h, sur le parking du «Carrefour du Bas Bréau».
- **Accès** : aller à Barbizon (par l'autoroute A6 : sortie Fontainebleau). A Barbizon, continuer la grande rue, et poursuivre dans la forêt, en direction du Bas Bréau. Le parking se situe à environ 1,5 km du village, à côté d'une buvette forestière « la caverne ».

ATTENTION : terrain rocheux et accidenté, chaussures de randonnées indispensables.

- **Durée** : 3h, fin de la balade vers 13h, avec pique-nique si le temps le permet (à prévoir) ;
- **A découvrir** : gorges et plâtrières d'Apremont, possibilité de visiter le village pittoresque et de boire un pot, pour ceux qui le souhaitent
En cas de week-end pluvieux, **téléphoner à Mme Boursier : 06 99 42 94 24**

dimanche 15 novembre : Traversée nord-sud de PARIS (tronçon sud 1^{ère} partie) La saga de la rive gauche, le Paris gallo-romain, la montagne Sainte Geneviève, la rue Mouffetard :

- **Rendez-vous** : 10h30 sur le parvis de Notre Dame au pied de la statue équestre de Charlemagne
- **Accès** : RER Saint Michel-Notre Dame (ligne B et C) ; **Durée** : 3h
- **Déjeuner** : au restaurant pour ceux qui le souhaitent
- **A découvrir** avec commentaires :
square René-Viviani ombragé par le plus vieil arbre de Paris, église Saint Julien-le Pauvre, église Saint-Séverin (palme d'or à l'art gothique, voir la «palmeraie»), la montagne Sainte Geneviève (la sainte vénérée des Parisiens), vues sur le Panthéon (édifice religieux ou civil ?), église Saint-Etienne-du-Mont, l'animation de la rue Mouffetard.

Pour plus d'informations : Nicole Bourdoncle : 06 80 13 58 50
Philippe Richard : 01 64 90 09 01

AGENDA

18 juin 2009 : Psychiatrie et art : «Musique et cognition»

conférence et discussion le Dr Lionel Waintraub de 12h à 13h (accueil à 11h45) dans le cadre du Séminaire du jeudi de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale du service du Pr Rouillon - sous l'égide de L'Institut Fédératif de Recherche Broca-Sainte-Anne (J. Epelbaum)
Lieu : Grand amphithéâtre de la CMME,
100 rue de la Santé 75014 Paris.
www.centreetudeexpression.com

10 septembre 2009 : «Les différents aspects des manifestations anxieuses au cours des troubles bipolaires de l'humeur»

par le Dr François Chauchot (Hôpital Sainte Anne), organisé par l'association ARGOS.à 20h - Lieu: FIAP - 30 rue Cabanis 75014 Paris

Renseignements: 01 69 24 22 90

8 octobre 2009 : «Gènes et environnement dans les troubles bipolaires»

par le Pr Marie-Odile Krebs (Hôpital Sainte Anne), organisé par l'association ARGOS à 20h - Lieu: FIAP - 30 rue Cabanis 75014 Paris

Renseignements: 01 69 24 22 90

patricia.bronet@sfr.fr

Ce calendrier est celui repris sur le site de l'Unafam national. Il est mis à jour régulièrement en fonction de l'actualité. N'hésitez pas à le consulter :

www.unafam.org

Chronique du Groupe d'Entraide Mutuelle «Intersection»

Club de personnes ayant rencontré la psychiatrie, qui souhaitent s'entraider, se changer les idées, ne pas rester seules, partager des activités sportives, des loisirs et des bons moments. Enfin, apporter un peu de joie.

12 mai 2009 : Une semaine à Intersection, projet de séjours et travaux
Coup d'oeil sur la semaine

Le samedi 2 mai, nous avons pétanqué au parc de la Châtaigneraie. La semaine s'est déroulée selon le programme prévu : Mardi matin ping pong et l'après midi jeux de société et blog. Mercredi pâtisserie, jeudi matin entraînement de foot et l'après midi accueil au local mais sans l'atelier photo. Le 8 mai était férié. Le lendemain samedi nous n'avons pas été aux puces de Montlhéry car il pleuvait. Le dimanche c'était la randonnée à Pierrefitte dans la vallée de la Juine. Il y avait des pentes et Guy a eu peur de sauter à certains endroits escarpés... A suivre sur : <http://intersection91.canalblog.com>



Groupe de parole

Vous avez besoin d'échanger avec d'autres proches de malades psychiques ?

Vous avez besoin d'un espace qui vous est réservé pour parler de vous ?

Nous vous proposons le groupe de parole, temps de pause, qui vous permettra d'exprimer vos émotions et aussi de réfléchir à de nouvelles attitudes à adopter face à la maladie de votre proche.

Nous pouvons vous accueillir, tous les premiers samedis de chaque mois, de 14h30 à 16h30, à Palaiseau.

Nous envisageons également d'ouvrir, à la rentrée de septembre, un autre groupe en soirée, sans doute le mercredi, dans les locaux de notre antenne de Savigny-sur-Orge.

Prochains ateliers PROSPECT : 23/24 octobre et 06/07 novembre 2009

Pour ces deux activités, vous pouvez vous inscrire dès à présent auprès de Mme Paulze- Ribault Tél **01 64 46 96 21**



3 mars : ...Pendant la réunion du blog on a discuté d'un système d'entraide pour s'aider les uns les autres dans différents domaines : le bricolage, la peinture, le jardinage, la cuisine, etc. Romain nous a parlé d'un système d'échanges de service en fonction des compétences de chacun. C'est une idée à creuser. Par exemple une annonce : Sébastien peut donner des cours de maths niveau 6ème à terminale...

PERMANENCES

(sauf vacances scolaires et mois d'août)

Pour y rencontrer nos bénévoles, prenez rendez-vous au **01 64 46 96 21**

(en cas d'absence laissez un message sur le répondeur)

BRETIGNY-sur-ORGE

CCAS 29 rue E. Branly
Mercredi 10h - 12h

SAVIGNY-sur-ORGE

4 av. Charles de Gaulle
Lundi 14h - 16h
Mercredi 16h - 18h

(RDV possible hors permanences)

ETAMPES

Maison de l'habitat
1, rue du Coq
Mercredi de 10h - 12h

Les ULIS

centre municipal de santé
rue Brie
Mardi 17h - 19h
Samedi 9h - 11h

PALAISEAU

4 rue d'Ardenay
Voir ci-dessous

MENNECY

CCAS
avenue de la Jeannotte
tous les jours sur RDV
sauf le mardi

EVRY

Centre de santé des
Epinettes
allée de la commune
Vendredi 14h - 16h

Une psychologue peut recevoir les familles, sur rendez-vous, à Palaiseau

REPRESENTATIONS INSTITUTIONNELLES de l'Unafam en Essonne

* Conseil Départemental Consultatif pour les Personnes Handicapées (CDCPH)

-> J. C. MATHA - J. LEFEVRE

* MDPH de l'Essonne:

- Commission Exécutive

-> Ph. HARGOUS

- Commission des Droits et de l'Autonomie (CDA)

-> C. M. HUILIZEN

* Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP)

-> D. PRIOLET

* Conseil d'administration et/ou CRUCQ :

- Hôpital B. Durand à Etampes

-> J.C. MATHA et J. RAMEL

- Hôpital F. Manhès à Fleury-Mérogis

-> Y. FOUQUET - P. BREMARD

- Hôpital de Longjumeau

-> A. GENEST

- Hôpital d'Orsay

-> C. LOOTENS

- Clinique Bel air de Crosne

-> P. ROYAUTÉ

- Hôpital Sud-Francilien

-> M. HUILIZEN

- Clinique Château de Villebouzin de Longpont-sur-Orge

-> M. HUILIZEN/P. BREMARD

- Clinique de l'Abbaye de Viry Chatillon

-> P. BREMARD

* Conseil d'administration UDAF

-> P. BREMARD et M. HUILIZEN

* Caisse Primaire d'Assurance Maladie

-> M. HUILIZEN et C. LOOTENS

U.N.A.F.A.M. Section de l'Essonne

Horaires d'ouverture du siège (hors jours fériés)

* **uniquement sur rendez-vous**

Lundi	Après-midi 14 h 30 - 17 h 00
Mardi	14 h 30 - 17 h 00
Mercredi	14 h 30 - 17 h 00
Jeudi	14 h 30 - 17 h 00
Vendredi	14 h 30 - 17 h 00*

Président délégué

Jean-Claude MATHA

Vice-Président : Jean LEFEVRE

Secrétaire : Christine LAMBLIN

Trésorier : Jean LEFEVRE

Membres : Ph. HARGOUS - J. DYBAL

Le bureau se réunit chaque 1^{er} mercredi du mois à 17h au siège,

4 rue d'Ardenay - PALAISEAU.

Les bénévoles responsables d'une activité ou d'une représentation sont plus spécialement invités à y participer, ainsi que les adhérents qui souhaitent y intervenir.