

N°
13

LE LIEN

Des Familles de l'  Côte-d'Or

UNAFAM Côte-d'Or - Maison des Associations - 2, rue des Corroyeurs Boîte k4 21000 DIJON
Tél. 03 80 49 78 45 - Email : UNAFAM21@aol.com

« Prenez bien soin de vous... »

Ken ALEXANDER

La Section Côte-d'Or de l' Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques vous propose :

↳ Une écoute téléphonique permanente

Pour nous contacter, si vous désirez connaître notre Association, être reçu par un bénévole, trouver un conseil :

un numéro : 03 80 49 78 45

↳ Des Permanences

Elles ont lieu chaque lundi, de 16h à 19h, au bureau 125 de la Maison des Associations, sauf pendant les deux mois d'été.

Elles sont ouvertes à toutes les familles qui recherchent de l'entraide, de l'information, des ébauches de solutions.

Les adhérents de notre Association peuvent également y venir lorsqu'ils désirent des renseignements, lorsque se posent des problèmes, ou pour emprunter un livre à la bibliothèque.

↳ Des Entretiens individuels

Des écoutants spécialement formés sont à votre disposition ; les rendez-vous sont fixés en fonction des disponibilités de chacun.

↳ Les Groupes de Paroles

L'UNAFAM 21 organise chaque mois deux Groupes de Paroles animés par un médecin psychiatre. Ils se tiennent à la Maison des Associations, en principe les 3^{èmes} lundi et mardi de chaque mois. Horaires : de 18h15 à 20h.

↳ Les Réunions des Familles

Six réunions sont programmées dans l'année. Elles sont annoncées dans le " Bien Public " dans la semaine qui précède leur tenue. Chacune est consacrée à un thème qui touche les familles ayant un proche atteint de troubles psychiques.

↳ Le Bulletin de la Section

Le " LIEN " paraît 6 fois par an.
Il est édité par le C.A.T. " Le Goëland " à Chenôve.

↳ La Bibliothèque

Un certain nombre d'ouvrages sur la maladie mentale sont à la disposition des adhérents. Ils peuvent les emprunter pendant les réunions des familles ou lors des permanences.

Ecoute Famille : 01.42.63.03.03

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

*La réalisation de ce numéro a été financée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte-d'Or
Nous l'en remercions vivement.*

LE BILLET DU PRÉSIDENT

A PROPOS DES STRUCTURES POUR HANDICAPÉS PSYCHIQUES...

La fin du mois d'août 2005 nous a apporté la bonne nouvelle : la signature des décrets d'application créant les « Groupes d'entraide mutuelle », dénomination officielle de ce que nous avons appelé jusqu'ici les « clubs ». C'est l'UNAFAM qui les a imaginés, expérimentés (à Bordeaux) et qui a demandé leur généralisation. Leur création est une avancée significative pour les handicapés psychiques vivant dans la cité en particulier ceux qui sont dans la solitude, l'isolement social, voire l'exclusion. Maintenant tout devrait aller très vite...

Parallèlement, il importe de continuer la réflexion sur les structures médico-sociales de Côte-d'Or à la lumière des travaux entrepris lors du premier colloque des responsables de structures de réinsertion / réadaptation de Bourgogne organisé par l'UNAFAM à Dijon le 28 juin dernier.

La situation actuelle peut être résumée ainsi :

Les atouts de la Côte-d'Or. Ce sont les structures « de suite » pour les jeunes : Résidence Icare, Maison Matisse, établissements qui n'existent, sous cette forme, qu'en Bourgogne ; les structures liées à la réinsertion par le travail (ce point fait l'objet d'un long développement dans ce numéro) ; les lieux où sont développées des activités culturelles (le CATTP Bachelard et les nombreux petits ateliers dijonnais) ; La Fédération de Réinsertion et de Réadaptation du CHS qui propose des appartements protégés, des appartements associatifs, des familles d'accueil.

La faiblesse du département. Elle résulte de l'absence 1°) de lieux pour les handicapés psychiques non autonomes, à savoir foyers occupationnels ou familles gouvernantes ou maisons communautaires. ; 2°) de structures pour handicapés psychiques vieillissants ; 3°) d'institutions pour adolescents avec en particulier une unité soins + étude.

Les projets en cours : 1°) le Réseau de réinsertion / réadaptation pour les handicapés psychiques, complémentaire à la création des groupes d'entraide mutuelle, et, nécessaire à l'évaluation 2°) le projet de « familles gouvernantes » dans le nord du département.

Et bien entendu, nous reviendrons sur l'aide aux familles...

En attendant, *portez vous le mieux possible...*

Francis JAN

PS : ce numéro "Visages de la Dépression" ne contient qu'un seul article sur le sujet, mais comme les personnes qui ont assisté à la conférence, celles qui le liront le trouveront passionnant et fondamental. Merci au docteur Capitain...

AU SOMMAIRE
SPECIAL « DEPRESSION »

Page 3 : Les dates à retenir

Page 4 : « Visages de la dépression »
Par le Docteur Capitain.

Page 12 : « la question du travail chez les
handicapés psychiques »
Par Francis Jan, Président délégué de
l'UNAFAM21

Page 15 : La communication du dossier
médical

Page 18 : « La prise en charge des familles
de patients souffrant de troubles
psychiques »
par le Docteur Droulout
(Congrès UNAFAM de Nancy)

**AU SOMMAIRE DU PROCHAIN
NUMERO :**

« LES PSYCHOTHERAPIES »

par Delphine Elbachir, psychologue et
Brigitte Verset psychologue
référente de l'UNAFAM21

**SI VOUS CHERCHEZ UNE INFORMATION SUR
NOTRE ASSOCIATION, SUR LA MALADIE
PSYCHIQUE, AVOIR LES COORDONNEES D'UNE
AUTRE SECTION, UNE ADRESSE INTERNET:**

« www.unafam.org »

**QUELQUES DATES A
RETENIR**

DEBUT OCTOBRE :

**Déménagement de l'UNAFAM21 au
bureau 525 (5^e étage) de la maison
des associations.**

Vendredi 16 septembre :

Mise en place de la Commission Régionale de
Concertation en Santé Mentale
(Représentant de l'UNAFAM : Francis JAN)

Samedi 17 septembre :

Réunion d'information des familles

Samedi 24 et Dimanche 25 septembre :

Grand Dej' au lac Kir DIJON

Samedi 19 novembre :

Réunion d'information des familles de
l'UNAFAM. Thème : « l'hospitalisation sans
consentement » par le Docteur Frédéric
Petit, praticien hospitalier au CHS La
Chartreuse Dijon

Vendredi 25 novembre :

10^e anniversaire du Foyer Icare

Samedi 03 décembre :

Repas des familles de l'UNAFAM

Courant dernier trimestre :

Mise en place du Conseil Départemental
Consultatif des Personnes Handicapées
(CDCPH).

VISAGES DE LA DEPRESSION

Par le Docteur CAPITAIN
Chef de Service au CHS La Chartreuse
Médecin référent de l'UNAFAM 21

1) GENERALITES

Il est difficile de synthétiser ce sujet qui nous semble à la fois familier et énigmatique (on ne comprend pas ce qui se passe).

La "dépression" est un terme passe partout qui est devenu synonyme de trouble mental dans le public.

Dans la littérature médicale, il recouvre des travaux d'inspirations diverses (cognitivo-comportementale, psychanalytique, familiale) et se trouve à l'origine de la psychiatrie biologique.

Or la dépression est à la fois :

- * un état affectif utile et inévitable lors de certaines phases de l'existence ;
- * un symptôme présent dans de nombreuses affections psychiatriques telles que la schizophrénie, la démence ... ;
- * une maladie à part entière dans le trouble bipolaire (PMD) ou dans la dépression chronique qu'on appelle maintenant dysthymie.

Le terme "dépression" recouvre des réalités différentes. Comme pour l'anxiété, l'on parle d'une nébuleuse.

« Il y a entre anxiété et dépression une relation analogue à celle entre la peur et le chagrin » (Aloraham).

Avec la dépression, apparaît une perte, une brisure.

Pour le médecin ou le psychiatre, les problèmes de diagnostic sont de trois ordres :

- * reconnaître une dépression à travers des manifestations "fonctionnelles" diverses ;
- * identifier un syndrome dépressif particulier : la mélancolie, en raison de sa gravité ;
- * évaluer l'intensité du syndrome, sa nature et le risque suicidaire. 60% au moins des suicides sont liés à des dépressions.

Nous voilà au cœur du problème alors que la question de la dépression est très médiatisée et que, compte tenu de sa fréquence, elle est, à juste titre, un des objectifs prioritaires du plan de Santé Mentale et de la Santé Publique.

Le phénomène n'est pas nouveau, mais il prend une acuité particulière dans la société actuelle qui met en avant sa quête du bonheur. Par rapport à cette notion, la dépression fait "tache".

Des descriptions anciennes de cette maladie peuvent être retrouvées dans la bible : Job, le roi Saül... Des personnages célèbres en sont affectés, des artistes comme Styron ("Face aux ténèbres") ou Van Gogh (schizophrène ? bipolaire ? dépressif ?), des hommes politiques aussi.

La dépression en tant que maladie a été isolée au début du XIX^e siècle, après l'époque romantique. Avant on parlait de lypémanie. Elle est définie comme étant un abattement de l'humeur et une perte du goût de vivre. Cette expression a remplacé le terme antique de mélancolie, plus général, dont l'utilisation persiste aujourd'hui, pour qualifier une forme grave de dépression

avec un risque suicidaire majeur et qui s'exprime dans le délire (d'où le nom de psychose), avec par exemple des auto-accusations, des idées d'indignité ou d'incurabilité, non fondées.

La dépression s'inscrit dans une double catégorisation - médicale et culturelle - avec une dimension de psychopathologie sociale qui ressemble parfois à ce qu'on appelait "neurasthénie" à la fin du XIX^e siècle et qui, aux Etats-Unis, était liée au progrès social (Béard).

En France, on parlait de "névrosisme", affection que l'on rattachait à la difficulté de s'adapter à la vie moderne. Dans les années 1930, avec l'attention portée aux maladies professionnelles et aux manifestations de fatigue, est apparu le terme de "surmenage". On parle maintenant de phénomènes de stress, ce qui renvoie à une approche biopsychosociale du problème avec toujours la dialectique entre la constitution du sujet et ses conditions de vie.

En présentant ainsi les faits, on en saisit la complexité. Il faut prendre en considération la constitution biologique du sujet et sa personnalité qui évolue dans un contexte social particulier.

Dans la population générale, la prévalence ponctuelle des troubles de l'humeur, établie à partir d'auto-questionnaires, oscille entre 10 et 20%. Ils se situent au 3^e rang des affections psychiques les plus fréquentes, juste après le recours aux drogues et les troubles anxieux.

Environ 20% des personnes qui consultent en médecine générale le font pour des problèmes de dépression. Entre la moitié et les 2/3 des patients qui sollicitent un psychiatre privé sont déprimés. Le souci

pour le médecin est alors de diagnostiquer une dépression et de ne pas mettre sous ce nom des difficultés de la vie.

Deux femmes pour un homme sont touchées. Des événements comme les règles, les grossesses, la ménopause, ont une incidence. Les femmes jeunes sont particulièrement affectées. Avec l'âge, la fréquence tend à augmenter, surtout chez l'homme (veuvage, divorce).

Les sujets de bas niveau socioéconomique ou vivant en milieu rural sont plus souvent concernés.

Globalement, le risque dépressif est moins important chez les personnes mariées ou vivant en couple. Toutefois, les taux de prévalence les plus bas sont retrouvés chez les individus qui ne se sont jamais mariés alors que les plus hauts affectent les veufs, les séparés et les divorcés.

La prévalence sur toute une vie (comme toutes les données d'ailleurs) est d'interprétation délicate. Si on peut parler de 10% pour la dépression majeure, rares sont ceux qui vont échapper à un syndrome dépressif même s'il ne s'agit que de "déprime".

Il existe :

- des facteurs **prédisposants** qui peuvent être génétiques (et qui sont difficiles à isoler) ou psychologiques (les deuils...),
- des facteurs **précipitants** (événements de vie, maladie organique, facteurs iatrogènes, facteurs puerpéraux (liés à la grossesse)).

2) DEFINITION

Pour Nacht, la dépression est « un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente accompagné d'un sentiment marqué de l'abaissement du

sentiment de la valeur personnelle et d'une diminution non définitive de l'activité psychomotrice ».

Chaque terme de la phrase pourrait être commenté :

- état pathologique,
- souffrance psychologique,
- culpabilité,
- dévalorisation,
- ralentissement.

A partir de cette définition on peut décrire les principaux signes cliniques.

3) LA CLINIQUE

La dépression touche tous les domaines de la vie psychique et surtout la sphère affective.

1° Les troubles de l'humeur

Le sujet est envahi par un sentiment de tristesse pathologique qui va s'exprimer sous différentes formes.

On constate :

- . des manifestations d'angoisse,
- . un désinvestissement affectif de la vie, un désintérêt pour tout, la perte du plaisir (l'anhédonie),
- . une autodépréciation, une dévalorisation, l'impression d'être inutile, et en situation d'infériorité ("ne pas être à la hauteur," "ne servir à rien"). Cela conduit à dramatiser les événements (la misère du monde), à être agressif et irritable, à se sentir coupable, à présenter des attitudes de repli.

En phase maximale, une anxiété majeure envahit toute la personnalité. La douleur morale qui en résulte est atroce.

Parmi la gamme des affects autour de la dépression, on peut citer :

Le chagrin, l'affliction, la désolation, le tourment, la peine (sans que celle-ci soit toujours exprimée clairement), d'autres sentiments comme l'ennui, la lassitude, la morosité, le spleen, la langueur, la nostalgie, un sentiment de vide et de dégoût, le désespoir, la solitude...

2° Les troubles intellectuels

Ils se manifestent par un ralentissement et une diminution de l'efficacité intellectuelle. La personne a l'impression de perdre la mémoire. Il y a syncope de la pensée ou monodéisme (prédominance d'une seule idée). La capacité d'attention diminue et le sujet est dans l'impossibilité de décider, de faire un choix. Mais contrairement à ce qui se passe dans un cas de démence, il n'existe pas de détérioration intellectuelle, et les troubles sont réversibles.

3° Le ralentissement de l'activité motrice

On retrouve souvent un comportement amorphe et de retrait, la tendance à rester couché (clinophilie), l'absence de volonté (aboulie), tout semble difficile, insurmontable.

4° Les symptômes somatiques

Ils sont un motif de consultation.

a) *Les troubles du sommeil* qui sont la cause d'une grande fatigue.

Une des premières façons de traiter la personne déprimée est de soigner ces troubles. On peut retrouver différentes formes d'insomnie et en particulier le réveil précoce vers 3 heures du matin avec des ruminations.

b) Des manifestations fonctionnelles variées :

. L'anorexie (le sujet ne peut pas avaler, il n'éprouve aucun plaisir à manger); l'amaigrissement est parfois important.

. Les troubles cardio-vasculaires : les douleurs précordiales, les palpitations.

. Les troubles respiratoires : dyspnée (difficulté à respirer), oppression, asthme nocturne.

. Les troubles digestifs et les problèmes urinaires.

. La baisse de la libido : impuissance, frigidité.

. Des douleurs diverses :

→ les céphalées (maux de tête), vertiges, acouphènes,

→ des douleurs vertébrales,

→ des somatisations.

Il n'existe pas de dépression purement intellectuelle. La dépression est une décompensation psychosomatique globale. En même temps qu'il s'intéresse au psychisme, le médecin doit s'occuper du corps : une dépression peut être en relation avec une affection somatique.

4) LES FORMES CLINIQUES

1° L'accès mélancolique

Il concerne les dépressions les plus graves en relation avec les troubles bipolaires, lors de la phase "basse" de cette affection, caractérisée par des comportements d'autoaccusation, des idées d'indignité et d'incurabilité qui sont délirantes. On parlait avant de dépression endogène.

2° Les dépressions réactionnelles (dites névrotiques)

Elles apparaissent avec l'intervention d'un élément exogène. Ce sont des troubles de l'adaptation liés à des traumatismes affectifs, c'est une manière de réagir affectivement à certains événements ressentis comme personnellement traumatisants.

a) Les facteurs déclenchants sont des événements de la vie.

. d'ordre psychologique : les déménagements, la mise à la retraite ou une promotion (la crainte du changement), les problèmes d'argent (la peur de manquer), les poursuites judiciaires (la personne a l'impression d'être déshonorée), l'insécurité, les liaisons extra-conjugales, les réconciliations etc...

. d'ordre biologique : des désordres durant l'adolescence à la puberté, au moment d'un accouchement, au cours de la vie génitale, à la ménopause.

b) La clinique

Il s'agit plus souvent de femmes jeunes qui ne manifestent pas de douleur morale particulière mais qui vivent avec un sentiment de frustration, un manque, avec une anxiété latente. Ces personnes sont fatiguées, hypocondriaques et font état de plaintes diverses.

c) La relation avec l'entourage

Si le mélancolique est dans une attitude de repli, le névrosé sera plutôt dans une démarche de demande d'aide, de soutien affectif. L'aide ne viendra pas d'une réponse brève ou d'une prescription immédiate de médicaments mais plutôt d'une écoute attentive.

d) Les tentatives de suicide

Toutes les difficultés en relation avec la névrose - l'angoisse, la peur de l'échec, un manque d'affirmation - peuvent conduire à des tentatives de suicide après des frustrations ou quand le sujet est dans une situation d'impasse personnelle.

e) La structure sous-jacente de la personnalité

Dans la névrose, quand il s'agit d'un tempérament à tendance hystérique, les problèmes seront liés à l'identité du sujet : suis-je un homme, une femme, quel rôle dois-je tenir ? Pour un caractère obsessionnel, ce sera la pensée qui sera érotisée, et la mort très présente.

3° Les dépressions chroniques ou dysthymies

Elles concernent des personnes déprimées presque en permanence depuis plus de deux ans. Les signes de la dépression sont moins importants mais les périodes de rémission s'étendent sur deux mois au plus dans l'année. Cet état de dépression chronique, ou personnalité dépressive, est un mode d'organisation à la vie, défensif et restrictif (le sujet s'impose des limites). Ce type d'affection est souvent une séquelle de la dépression majeure avec des troubles du sommeil résiduels et une sensibilité à l'angoisse, une plus grande émotivité.

Le concept de double dépression

Sur une dépression chronique peut venir se greffer une dépression grave qu'il convient de prendre au sérieux et qui demande un traitement spécifique.

4° Les dépressions symptomatiques d'une affection organique ou psychiatrique

Les affections organiques

Une dépression peut être le révélateur, le signe précurseur d'une maladie d'où l'importance d'un examen somatique complet de la part du médecin.

Notons :

- . Les troubles neurologiques (sclérose en plaques ...),
- . Les troubles vasculaires,
- . Les tumeurs,
- . La tuberculose...

Les affections psychiatriques

Des phénomènes dépressifs se rencontrent :

- . Chez les personnes schizophrènes ; on parle de dépression atypique.
- . Chez les personnes délirantes, notamment dans les périodes qui précèdent ou suivent les épisodes de délire.
- . Dans la démence ou la pseudo démence c'est-à-dire cette situation où le sujet âgé perd la mémoire, a tous les signes de déficit intellectuel et pour lequel un traitement antidépresseur est efficace (les capacités intellectuelles reviennent pour un temps).

5° Les comorbidités (c'est-à-dire les autres maladies associées)

Ce sont :

- . L'anxiété. Il y a très peu de dépression sans angoisse.
- . Les dépendances, notamment aux médicaments, à l'alcool, aux drogues. Souvent les déprimés ont une appétence aux médicaments mais les liens entre l'alcool et la dépression sont aussi importants,

(dépression à l'arrêt d'une intoxication alcoolique).

On peut s'interroger sur une comorbidité avec la schizophrénie. Une dépression, au sens plein du terme, chez un schizophrène signifierait que celui-ci pourrait accéder à l'idée de perte, c'est-à-dire qu'il posséderait un moi suffisamment fort pour se différencier d'autrui, qu'il ne serait plus dans une relation fusionnelle avec l'autre. Même le phénomène rencontré dans la mélancolie où la perte de l'objet se confond avec la perte de soi ne peut être rapproché de l'éclatement (du moi) dans la schizophrénie. Le traitement de ces patients schizophrènes qui ont des troubles dépressifs ne passe pas uniquement par l'administration d'un antidépresseur mais très certainement par un accompagnement adapté.

6° Les formes partielles ou particulières

Il s'agit de :

. La dépression masquée ou l'équivalent dépressif. Il existe toujours des signes discrets.

. La dépression hostile avec irritabilité, agressivité.

. L'hyperactivité, l'agitation.

. La dépression souriante.

. Les dépressions récurrentes brèves pour lesquelles existe un risque de suicide.

. Les dépressions saisonnières qui ont à voir avec l'horloge biologique de la personne (les douleurs aux changements de saisons). Certaines sont susceptibles d'être traitées par lux- thérapie.

. Les dépressions résistantes.

Elles concernent un malade qui avec un traitement bien conduit continue à être

déprimé. Un trouble de la personnalité mais également un dérèglement organique lié par exemple à un dysfonctionnement de la thyroïde en sont parfois la cause.

5) L'EVOLUTION DES DEPRESSIONS

Un événement important peut provoquer une dépression. Si le trouble disparaît dans les six mois, on peut considérer qu'il n'entraînera aucune effraction psychique, ne laissera aucune trace.

La durée d'une dépression majeure est d'environ deux ans. Elle s'installe progressivement, va faire son chemin. Les progrès pour en sortir seront lents. Elle laissera quelques séquelles comme les troubles du sommeil ou des signes d'émotivité.

Lorsque l'affection perdure, les séquelles seront plus importantes (troubles du sommeil, émotivité). Le risque d'un suicide ou d'une tentative de suicide est à prendre en compte, les rechutes seront possibles d'où la nécessité de consulter un médecin aux premiers symptômes.

6) LES TRAITEMENTS

Deux pratiques sont utilisées :

. En ambulatoire avec le soutien des proches.

. L'hospitalisation, quand il y a un risque de tentative de suicide ou lorsqu'il faut éloigner le patient de sa famille.

Il faut s'assurer des capacités de l'environnement.

1° La Chimiothérapie

Il existe actuellement un débat sur le bien fondé de prescrire, dans certains cas, des

notamment en cas de tentative de suicide, doit être faite avec précaution et l'on doit se demander si l'intéressé bénéficie d'un accompagnement suffisant.

Parmi les anciennes molécules, l'*Anafranil* reste l'antidépresseur standard car il agit sur les trois médiateurs chimiques de la dépression : la dopamine, la sérotonine et la noradrénaline. Les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés sont la sécheresse buccale, la constipation, la prise de poids.

Plus récents, les antisérontoninergiques sont représentés par le *Prozac*, le *Déroxat*, le *Séropram*, le *Zoloft* et le *Norset*...

Chez les personnes âgées, ces médicaments peuvent avoir des effets ioniques (perte de sodium, déshydratation).

Le *Prozac* et le *Déroxat* provoquent parfois des effets extra-pyramidaux (tremblements, rigidité...).

L'amélioration de l'état du patient apparaît au bout de 15 jours avec comme premiers résultats une diminution de l'anxiété.

2° La sismothérapie (les électrochocs)

Elle se pratique sous anesthésie générale.

Elle est préconisée dans le cas de dépression sévère, de mélancolie notamment.

On constate parfois quelques pertes de mémoire après l'intervention.

3° La stimulation électromagnétique trans-cranienne

Cette pratique, connue surtout aux Etats-Unis, est peu réalisée en France.

4° La psychothérapie

Son rôle est d'accompagner, d'apporter un soutien au malade. Avec la chimiothérapie, c'est le grand traitement de la dépression.

Il existe plusieurs formes de psychothérapie.

a) *Les psychothérapies d'inspirations psychanalytiques* qui s'adressent plutôt aux pathologies réactionnelles.

b) *Les psychothérapies cognitives* dont le but est de changer les distorsions de la pensée ; l'idée étant que le trouble de base est un trouble de la pensée qui tend à transformer les signes que reçoit le patient dans un sens négatif. (Le sujet a ainsi une propension à ne voir d'autres solutions que celles qu'il imagine).

c) *La psychanalyse*. Le texte fondamental de Freud "Deuil et Mélancolie" rapproche la dépression du phénomène de deuil. Au cours du travail d'analyse des personnes déprimées, on trouve souvent un deuil non fait.

7) LES CONSEILS POUR AIDER UN DEPRIME

La logique dépressive fait que le malade refuse les soins, mais sa souffrance est intense. L'objectif est d'essayer de l'amener à suivre un traitement. La partie est gagnée quand il reconnaît sa pathologie.

Pour que l'entourage puisse aider, il faut :

. Etre assez ferme sans être agressif car la personne déprimée est très vulnérable. Un suivi bien conduit assurera un cadre de vie et permettra de positiver certains actes.

- . Savoir accompagner le travail psychique.
- . Connaître les indicateurs psychologiques de la dépression : l'anxiété, la culpabilité et l'ambivalence des sentiments (l'opposition haine/amour par exemple).
- . Savoir recevoir l'agressivité -un déprimé n'admet pas la bonne humeur de ses proches, (mécanismes d'envie)- et donc tenir le coup.
- . Surveiller l'observance du traitement mais aussi le comportement du malade (risque suicidaire).
- . Contrôler ses propos, prendre sur soi et maîtriser sa propre agressivité.

Accompagner un déprimé demande de faire preuve de fermeté mais aussi de compréhension, d'empathie. C'est essayer de maintenir cette petite lumière qu'est l'espoir. Quand la guérison est là, il est important que le sujet prenne conscience des possibilités de rechutes et puisse en reconnaître les signes précurseurs.

Pour compléter ce qui vient d'être exposé, voici les conseils issus de l'ouvrage « Je suis déprimé mais je me soigne » de H. LOO et H. CUCHE.

LES VINGT REGLES D'OR POUR VIVRE AVEC UN DEPRIME

- * Ne pas nier l'évidence : il est malade.
- * Savoir qu'il va guérir.
- * Ne pas s'énerver de sa lenteur.
- * Comprendre que son irascibilité est liée à son état.
- * N'être pas soupçonneux parce qu'il est mieux (ou moins mal) le soir.
- * Ce qui est bon pour vous ne l'est pas nécessairement pour lui.
- * Le stimuler n'est pas le bousculer.
- * Accepter de ne plus recevoir d'amis pendant un temps.
- * Ce n'est pas parce qu'il ne parle pas du suicide qu'il ne le fera pas.
- * Etre présent mais pas pesant.
- * Un déprimé ne s'oppose jamais à sa guérison.
- * Ne pas lui faire de chantage affectif, toujours mal ressenti.
- * Lui rappeler que "ça" va guérir.
- * Participer au traitement sans faire d'autoritarisme.
- * C'est dur pour vous mais tellement plus pour lui.
- * Ne pas se croire coupable de son état.
- * Savoir interroger le médecin après accord du déprimé.
- * Vous réserver un peu de temps pour vous, car c'est "dur à supporter".
- * Limiter les erreurs : c'est vous laisser guider par le bon sens et l'affection.
- * Garder confiance.

EN CONCLUSION

On retiendra que la dépression est une affection fréquente. Elle s'exprime de manières diverses et constitue pour le sujet et ses proches une "expérience" douloureuse difficilement communicable. Elle entraîne souvent une réorganisation de la personnalité qui peut être bénéfique pour le sujet.

Le risque suicidaire ne saurait être minimisé et il existe presque toujours une possibilité de rechute à court, moyen ou long terme de même qu'un risque de passage à la chronicité correspondant à une forme d'adaptation ou d'évitement de l'effondrement.

L'idée de guérison peut être évoquée en sachant qu'il ne s'agit pas, comme en médecine d'ailleurs, d'un retour complet à un ancien fonctionnement mental souvent idéalisé.

LA QUESTION DU TRAVAIL CHEZ LES HANDICAPES PSYCHIQUES

Par Francis JAN

Président-Délégué de l'UNAFAM21

Cet article fait suite à la première rencontre des responsables de structures de réinsertion /réadaptation pour handicapés psychiques de Bourgogne qui s'est tenue à Dijon le 28 juin 2005. (Lire dans ce numéro « Le Billet du Président »).

Dans le domaine du travail destiné aux handicapés psychiques, nous avons toujours à l'esprit qu'en Côte-d'Or, nous étions un peu plus favorisés qu'ailleurs. Je pense qu'après ce colloque, nous allons encore pouvoir améliorer cette position.

Pourquoi ?

1°) La Côte-d'Or...

a, dans ce domaine, trois structures qui de mon point de vue sont indispensables :

- ARDOR pour les handicapés psychiques non autonomes. Cette structure paraîtra certainement étonnante aux non cote-d'oriens, mais pour nous elle "va de soi".

ARDOR dépend de la Fédération de réadaptation / réinsertion du CHS. Constatation d'importance : le travail pour les personnes non autonomes, *cela peut marcher*, si certaines conditions sont réunies. Il faut notamment que la structure échappe au secteur marchand. La pression qui s'exerce sur la personne y reste inférieure à celle constatée dans le milieu aménagé (protégé), qui doit prendre en compte les contraintes commerciales, et à fortiori, à celle rencontrée en milieu ordinaire où interviennent des obligations liées au salariat, à la nécessité d'avoir une rentabilité ... Une pression moins forte augmente la sécurité psychique de la personne, réduit l'angoisse...

- LES ATELIERS LE GOELAND pour le travail des handicapés psychiques autonomes dans le milieu du travail "aménagé" (petite digression : nous préférons, et de loin, l'expression "aménagé" à celle de "protégé". Il ne s'agit pas seulement d'une question de sémantique, c'est une contribution pour faire

changer le regard que chacun porte sur le handicap psychique).

- CHALLENGE EMPLOI pour le travail des handicapés psychiques autonomes dans le milieu ordinaire.

2°) La Bourgogne...

dispose au Foyer des Boisseaux de Monéteau (89), affilié à l'UNAFAM, d'une structure de réadaptation sociale *et socio-professionnelle* (les personnes de Côte-d'Or peuvent, jusqu'à ce jour, en profiter). En attendant l'article que nous ne manquerons pas de faire dans "Le Lien", rappelons qu'il existe dans cet établissement les « Ateliers de la Vouivre » qui, avec trois pôles d'activité, *(ré)apprennent le travail* : informatique, blanchisserie, ébénisterie. Ils ne dépendent pas du secteur marchand, et peuvent permettre de bâtir un projet professionnel.

C'est aussi lors de la rencontre de juin que Marc Mysik, directeur des Boisseaux, a confirmé ce que les familles ressentaient : de nombreux jeunes atteints de maladie psychique sont eux-mêmes demandeurs d'une réinsertion dans le domaine du travail.

3°) Le Docteur PETIT...

nous a dit, toujours au cours de ces rencontres de juin : « *C'est tout au long du parcours de la personne que doit être envisagée la problématique du travail et non pas comme un aboutissement ultime* ».

Cette remarque est fondamentale car elle nous permet de faire une volte face conceptuelle que nous étions quelques uns à pressentir.

En effet, si l'on dit « seuls 10 à 12 % des handicapés psychiques sont aptes au

travail », c'est nous qui le décrétons... Or que nous disent les handicapés psychiques, ou plutôt un grand nombre d'entre eux ? « Nous voulons travailler aussitôt sortis du CHS ».

En mettant la personne au centre du projet, c'est sa parole qui nous guide (je veux, je ne veux pas), et cela change complètement les perspectives. En effet, il nous appartiendra de créer les structures qui conviennent aux différents états de la personne : non autonomes (d'où ARDOR comme une évidence), autonomes vers le milieu aménagé, autonomes vers le milieu ordinaire, *en n'oubliant jamais que l'état d'une personne souffrant de psychose est évolutif (vers le "haut", vers le "bas")* et qu'il faudra donc en tenir compte dans le mode d'organisation.

4°) Les familles...

ont un point de vue qui peut se résumer rapidement ainsi : « l'inactivité de mon enfant est préjudiciable à son état et aggrave sa maladie ». Ce qui me semble parfaitement exact. Et donc, pour la famille, l'une des solutions est « qu'il faudrait qu'il se mette à la recherche d'un travail... » C'est passer sous silence un certain nombre de questions qui constituent un préalable à toute initiative : Est ce que la famille a pris en compte les demandes du proche ? Est ce qu'elle sait s'il est en mesure de travailler et si oui dans quel lieu, dans quel milieu, dans quelle structure ?

On voit poindre ici un besoin **fondamental** : le **dispositif d'évaluation** dont devrait bénéficier chacune des personnes en situation de handicap psychique : évaluation de l'autonomie psychique, de l'autonomie individuelle, de la capacité à travailler... Il faut que la personne puisse présenter un

projet, que les différents acteurs du secteur médico-social puissent mettre en œuvre leur savoir-faire, dans chacun de leur domaine, afin que ce projet puisse réussir. C'est à ce moment précis que doit intervenir la notion de **RESEAU**.

4°) Le réseau...

est certes un carnet d'adresses mais aussi le lieu où l'ensemble des institutions sanitaires et sociales, les associations d'usagers et de familles ... se parlent et s'efforcent de mettre en œuvre tout ce qui permettra la réussite des projets des personnes handicapées psychiques... Dans le cadre du réseau peut intervenir le **Centre d'Evaluation**, à l'exemple de ce qui a été créé dans le département de l'Isère (le REHPI).

Ajoutons à cela que le Réseau sera absolument nécessaire à l'horizon des groupes d'entraide mutuelle (clubs), lorsqu'il s'agira de convaincre les handicapés psychiques en non demande de venir dans ces clubs...

Il faut, en Côte-d'Or, réactiver notre réseau, tel que nous en avons jeté les bases il y a un an et que différentes vicissitudes ont freiné... Mes efforts porteront sur ce point dès la rentrée.

5°) Les partenaires...

L'UNAFAM seule n'est rien (ou peu de chose). Sans partenaires, que ce soit pour porter les projets, ou pour créer des organismes gestionnaires, aucune chance de concrétiser... Dans le domaine spécifique de la réinsertion par le travail, quels sont nos partenaires ? J'en pointerais essentiellement quatre :

- L'UDIP (Union Départementale pour l'Insertion des Personnes (sous entendu handicapées)) encore une spécificité côte-d'orienne. Cette association regroupe l'AFPA (formation professionnelle), certaines mutuelles, les directeurs de CAT (y compris celui du Goéland), l'AD PEP (j'en reparle plus bas) et bien entendu, mais depuis peu seulement l'UNAFAM21. L'UDIP a pour mission de présenter et suivre des projets dans le domaine du travail des personnes en situation d'handicap.

- Le responsable du PDITH, à savoir le Plan Départemental pour l'Insertion des Travailleurs Handicapés (le nom parle de lui-même).

- L'AD PEP21. A priori, on peut se poser la question : qu'est ce que l'AD PEP21 (Association Départementale des Pupilles de l'Enseignement Public) vient faire dans notre histoire ? C'est la deuxième PEP de France pour le nombre de ses réalisations en faveur des personnes en situation de handicap, que ce soit dans le domaine du social, du travail ou de l'étude... Et l'AD PEP21 est l'association gestionnaire de Challenge Emploi.

Nous devrions retrouver l'AD PEP21 dans la question des études des handicapés psychiques, (projet qui ne fait que débiter).

- RESACOR

Il s'agit du REseau de SAnté de Côte-d'OR, comprenant notamment les Réseaux " Alcool ", " Toxicomanie " " Tabac ", " Santé Sociale "... RESACOR nous apportera son savoir faire, son professionnalisme si nous arrivons à développer le réseau " Réinsertion / Réadaptation des Handicapés Psychiques ".

A tous ces partenaires, il est absolument vital que nous puissions présenter la singularité de la maladie et du handicap psychiques, car nous le savons bien, les organisations à mettre en place pour ce type d'handicap sont particulières : CAT spécifiques, nécessité de l'accompagnement dans le milieu ordinaire, conséquences de l'état évolutif qui font passer, par exemple, une personne du milieu aménagé vers le milieu ordinaire, ET INVERSEMENT etc.

6°) Les « petits » plus qui méritent notre attention...

Nous avons trois structures pour le travail des handicapés psychiques : c'est très bien. Si nous voulons éviter les trop grandes périodes d'inactivité, si nous voulons favoriser le passage d'une structure à l'autre en fonction de l'état de la personne, il est indispensable que des liens, plus ou moins formalisés, existent entre ces trois structures.

Il nous paraît également souhaitable d'inventer un dispositif souple d'organisation, de réservation de places pour chacune d'entre elles...

Nous pensons enfin que le travail des personnes non autonomes doit être développé et diversifié... A ce sujet, j'ai l'expérience de jeunes adultes souffrant de psychose et non autonomes mais qui ont très bien réussi un travail de vendangeurs pendant la saison : avec cet exemple, doit être creusée la problématique du travail ordinaire, même intense, sur une *courte période*.

Pour le travail en milieu aménagé, nous soutenons que 35 places dans un CAT destinés aux handicapés psychiques, est insuffisant pour la Côte-d'Or...

Toujours dans le milieu aménagé, je pose la question, sans avoir de réponse toute prête, de la perspective pour la personne travaillant au CAT de la préparer au passage dans le milieu ordinaire...

Enfin, pour Challenge Emploi, il nous faut à tout prix, arriver à trouver un financement stable qui permette d'assurer la pérennité de cette structure.

En résumé :

La question de la réinsertion par le travail est fondamentale pour les handicapés psychiques. Ce qui importe est de savoir si la personne veut ou ne veut pas travailler. Si elle ne veut pas travailler, que l'on puisse lui proposer son intégration dans des lieux offrant des activités culturelles, des clubs.... Si elle veut travailler, que l'on puisse évaluer ses capacités pour savoir dans quel secteur elle pourra s'insérer : ARDOR, CAT, milieu ordinaire, d'où l'intérêt du réseau et de son centre d'évaluation. Qu'elle puisse enfin passer relativement rapidement d'une structure à l'autre en fonction de son état.

CONSULTATION ET COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Cet article est extrait du numéro 56 de "La Lettre", bulletin de la section de l'UNAFAM Paris, que nous remercions vivement pour avoir accepté sa publication dans notre journal.

TEXTES DE REFERENCE

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique.

Qui peut demander la communication du dossier médical détenu par un professionnel de santé ?

- La personne concernée,
- son ayant droit en cas de décès de cette personne,
- la personne ayant l'autorité parentale,
- le tuteur,
- ou le médecin qu'une de ces personnes a désigné comme intermédiaire.

(Art. 11, loi 4 mars 2002 ; Art. L. 1111-7 et L. 1111-8 du CSP (Code de la Santé Publique) ; Art. 1, décret n° 2002-637).

Quand peut-on demander la communication du dossier médical ?

- Pendant ou hors hospitalisation.

A qui adresser la demande et sous quelle forme ?

- au professionnel de santé ou à l'hébergeur,
- au chef de l'établissement hospitalier, *(sous pli recommandé avec A.R.)*.

Fournir une photocopie de la pièce d'identité du demandeur ou tout document attestant de la qualité de représentant légal ou d'ayant droit.

(Art. 1, décret n° 2002-637).

Quel est le délai de communication du dossier médical ?

- Si les informations médicales remontent à - 5 ans : dossier transmis au plus tard sous 8 jours et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures.
- Si les informations médicales remontent à + 5 ans : dossier transmis au plus tard sous 2 mois et au plus tôt après un délai de réflexion de 48 heures.

(Art. L. 1111-7 du CSP ; Art. 1, décret n° 2002-637).

Quelles sont les modalités de consultation du dossier médical ?

Consultation gratuite, sur place, à la date et à l'heure convenues suite à demande écrite (*se munir d'une pièce d'identité*), accompagné ou non d'une tierce personne de son choix. Par défaut, l'hôpital peut mettre un médecin à disposition.

(Art. 2, décret n° 2002-637 ; Art. R. 710-2-1 du CSP).

Quelles sont les modalités de communication du dossier médical ?

- sur place : le demandeur repart avec la photocopie du dossier,
- ou envoi postal au nom du demandeur,
- ou envoi postal au médecin désigné par le demandeur.

(Art. 2, alinéa 1, décret n° 2002-637).

Quel est le coût de l'expédition ?

Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation. *Le coût de la photocopie ne doit pas excéder le montant de la reproduction.*

(Art. L. 1111-7, du CSP ; Art. 2, décret n° 2002-637).

Cas particulier - Personne hospitalisée sans consentement

La demande peut être faite par un tiers, à titre exceptionnel, en cas de risque d'une gravité particulière.

Si le détenteur l'estime nécessaire, le tiers (*représentant légal*) peut être invité à désigner un médecin intermédiaire de son choix.

En cas de refus du tiers, le détenteur saisit la CDHP (Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques), qui peut également être saisie par l'intéressé.

L'avis de la CDHP s'impose au demandeur comme au détenteur.

(Art. L. 1111-7 du CSP; Art. 5, décret n° 2002-637; Art. L. 3223-1 du CSP).

Quelles sont les possibilités d'accès au dossier médical pour les ayants droit d'un défunt ?

La demande doit être motivée :

- connaître les causes de la mort,
- et/ou défendre la mémoire du défunt,
- et/ou faire valoir leurs droits.

Tout refus d'accès doit être motivé (*volonté du défunt ou autres motifs*). Un refus d'accès ne fait pas obstacle à la délivrance d'un certificat médical.

(Art. L. 1110-4 du CSP; Art. 7, décret n° 2002-637).

Le médecin traitant peut-il accéder aux informations relatives à l'hospitalisation de son patient ?

Dans le cas où le praticien qui a prescrit l'hospitalisation demande communication du dossier, cette communication ne peut intervenir qu'après accord du patient, de la personne ayant l'autorité parentale ou du

tuteur, ou de ses ayants droit en cas de décès.

Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant à l'exécution du service public hospitalier sont tenus d'informer par lettre le médecin désigné par le malade hospitalisé ou par sa famille de la date et de l'heure de l'admission et du service concerné. Ils l'invitent en même temps à prendre contact avec le service hospitalier, à fournir tous les renseignements utiles sur le malade et à manifester éventuellement le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier.

En cours d'hospitalisation, le chef de service communique au médecin désigné dans les conditions ci-dessus et qui en fait la demande écrite, toutes les informations relatives à l'état du malade.

(Art. 9, décret n° 2002-637 ; Art. R. 710-2-4 du CSP ; Art. R. 710-2-6 du CSP).

Comment le patient est-il susceptible de connaître l'existence de son droit d'accès ?

Les conditions d'accès aux informations de santé mentionnées à l'article L. 1111-7 ainsi que leur durée de conservation et les modalités de cette conservation sont mentionnées dans le livret d'accueil prévu à l'article L. 1112-2. Ces informations sont également fournies au patient reçu en consultation externe ou accueilli au service des urgences.

(Art. 9, décret n° 2002-637 ; Art. R. 710-2-9 du CSP).

LA PRISE EN CHARGE DES FAMILLES DE PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHOTIQUES

ENQUÊTE SUR L'INFORMATION ET LA SATISFACTION DES FAMILLES ADHERENTES A L'UNAFAM AQUITAINE

Résumé de la communication effectuée
par le Docteur T. DROULOUT au 38°
Congrès de l'UNAFAM de Nancy

La famille est un partenaire incontournable dans la prise en charge de la schizophrénie. Pourtant l'instauration de ce partenariat par des interventions spécifiques reste rare, et ce, malgré des bénéfices clairement établis (en particulier sur le taux de rechute) et des recommandations officielles.

Nous avons adressé un questionnaire sous forme d'une enquête postale anonyme aux 441 familles adhérentes à l'UNAFAM de la région Aquitaine afin de réaliser un état des lieux de l'information et des aides apportées aux proches de patients souffrant de troubles psychotiques par les professionnels de santé.

Nous avons ainsi effectué une évaluation de la satisfaction de ces familles. Secondairement nous avons recherché s'il existait une influence de la durée d'évolution des troubles, du lieu de vie des patients et du type de soutien proposé sur l'information et la satisfaction de ces familles.

Le taux de réponse à l'enquête a été de 60,5%, les répondants étant pour 90% des parents. Les patients étaient pour 2/3 des

hommes âgés en moyenne de 38 ans, 1/3 vivant au domicile du répondant. 90% des familles connaissaient le diagnostic de leur proche qui était celui de trouble psychotique dans 77% des cas. 95% des patients avaient déjà été hospitalisés, en moyenne cinq fois. Les familles étaient en majorité insatisfaites des informations reçues. 93% d'entre elles rapportaient avoir des contacts avec les soignants lors des hospitalisations, et ceci à leur initiative dans 75% des cas. En dehors des hospitalisations, 62% des familles déclaraient avoir des contacts avec les soignants mais seulement 25% s'étaient vues proposer une aide. 60% des familles bénéficiaient toutefois d'un soutien, 40% par l'UNAFAM, 25% par des consultations avec le psychiatre de leur proche. L'ancienneté du trouble n'avait quasiment aucune influence sur l'information et la satisfaction des familles. Si les patients vivent seuls, les familles avaient tendance à moins connaître le diagnostic, et étaient 2 à 3 fois moins satisfaites de l'information délivrée. Les familles bénéficiant d'un soutien quel qu'il soit étaient globalement plus satisfaites et mieux informées.

EN CONCLUSION : notre enquête montre un manque de communication et d'information entre les familles et les professionnels de santé et ce, malgré une demande majeure de la part des familles, compte tenu de la souffrance clairement exprimée que représente l'accompagnement d'un proche à travers la maladie schizophrénique.

Les résultats de cette enquête soulignent donc la nécessité d'instaurer des partenariats avec les familles et de favoriser la diffusion des interventions familiales dans la pratique courante.

Un NUMERO à RETENIR

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

Alors, n'hésitez pas à contacter l'UNAFAM21, ou si le problème se pose pendant la nuit ou si la situation vous paraît grave, si elle semble présenter un caractère d'urgence, vous pouvez vous adresser 24h/24h au Service d'Accueil du CHS, au :

03 80 42 48 23

Le GROUPE de PAROLES du DOCTEUR WALLENHORST A SEMUR-EN-AUXOIS

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

Prochaines réunions :

- Vendredi 7 octobre 2005
- Vendredi 4 novembre 2005
- Vendredi 2 décembre 2005
- Vendredi 6 janvier 2006

14h00, service Psychiatrie du Centre Hospitalier de Semur-en-Auxois.

14 principes pour " faire face " de Ken Alexander

1. **Sachez** que la schizophrénie n'est pas une maladie rare. Elle paraît l'être mais c'est parce qu'on n'en parle pas. Même au sein de la population australienne pourtant réduite, il y a environ un demi million de gens qui, comme vous et moi, devront faire face à la maladie dans leur famille immédiate.
2. **Apprenez** autant de choses que vous le pouvez, aussi vite que vous le pouvez à propos de la schizophrénie : ses causes, son évolution, son devenir.
3. **Prenez garde** aux ravages de la culpabilisation. Ils peuvent détruire vos chances de faire face, **pour toujours**. Ils peuvent vous détruire. Eradiquez-les grâce aux connaissances nouvelles qui vous montrent que la cause de la schizophrénie **ne réside pas** dans les proches.
4. **Recherchez** des soignants qui soient **efficaces**. Choisissez les en fonction de leur nature compatissante, de leur capacité à informer, de leur vif désir de vous prendre comme **allié**, et de leur aptitude à s'assurer que vous recevez une formation assez complète pour comprendre la schizophrénie et l'affronter.
5. **Contactez** « un groupe de parole » de familles confrontées à la schizophrénie.
6. **Acceptez** qu'avec une maladie aussi complexe que la schizophrénie, nos réactions naturelles instinctives se révèlent souvent être un guide peu fiable pour affronter cette maladie et s'occuper du malade. Nous les proches, **avons besoin de formation**.
7. **Apprenez à connaître** les origines de la pression, cette pression toujours grandissante, à laquelle nous les proches sommes sujets.
8. **Prêtez une grande attention** aux besoins des autres membres de la famille.
9. **Prenez garde** que le sacrifice personnel sans limite et inconditionnel au profit d'une personne atteinte de schizophrénie est fatal à l'efficacité des soins et de l'aide.
10. **Soyez conscients** que passer beaucoup de temps avec une personne atteinte de schizophrénie peut faire empirer la situation.
11. **Maintenez et établissez** des relations amicales, des activités et des loisirs, particulièrement ceux qui vous tiennent hors de chez vous.
12. **Recherchez** une indépendance appropriée pour votre proche et vous-même.
13. **Ne soyez pas surpris** que finalement c'est cette capacité à changer, à regarder les choses différemment, qui distingue les proches qui arriveront à faire face de ceux qui ne le pourront pas.
14. **Prenez bien soin de vous**.

DATES À RETENIR EN 2005

Samedi 12 mars 14h : Réunion des Familles	Mardi 21 juin : Groupe de Paroles n°2
——— SEMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ———	
Lundi 14 mars à 20h15 : Conférence-débat à la Maison des Associations : "Le passage à l'âge adulte"	Samedi 25 juin 14h : Réunion des familles
Mardi 15 mars à 20h30 : Soirée au cinéma "Eldorado"	Lundi 12 septembre : Bureau de la Section de l'UNAFAM 21
Jeudi 17 mars à 20h30 : Conférence-Débat : salle des Jacobines à Dijon : "Prévention et Adolescence"	Samedi 17 septembre 14h : Réunion des familles
Lundi 21 mars : Bureau des sections de l'UNAFAM 21 Groupe de paroles n°1	Lundi 19 septembre : Groupe de paroles n°1
Mardi 22 mars : Groupe de paroles n°2	Mardi 20 septembre : Groupe de paroles n°2
Lundi 18 avril : Groupe de paroles n°1	Lundi 17 octobre : Groupe de paroles n°1
Mardi 19 avril : Groupe de paroles n°2	Mardi 18 octobre : Groupe de paroles n°2
Mercredi 27 avril 20h30 : Conférence-débat salle des Jacobines à Dijon " Les dépendances : cannabis, tabac, alcool "	Lundi 24 octobre : Bureau de la section de l'UNAFAM 21
Lundi 9 mai : Bureau de la Section de l'UNAFAM 21	Lundi 14 novembre : Groupe de paroles n°1
Lundi 23 mai : Groupe de paroles n°1	Mardi 15 novembre : Groupe de paroles n°2
Mardi 24 mai : Groupe de paroles n°2	Samedi 19 novembre 14h : Réunion des familles
Samedi 4 juin : Après-midi détente	Samedi 3 décembre 19h : Repas des familles
Lundi 20 juin : Bureau de la Section de l'UNAFAM 21 Groupe de paroles n°1	Lundi 12 décembre : Groupe de paroles n°1
	Mardi 13 décembre : Groupe de paroles n°2
	Lundi 19 décembre : Bureau de la Section de l'UNAFAM 21

BULLETIN D'ADHÉSION à envoyer à : UNAFAM - 12 Villa Compont 75017 PARIS

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Individuel * (52 €) | <input type="checkbox"/> Individuel ou assimilé non imposable à l'IR ** (13 € minimum) |
| <input type="checkbox"/> Souscripteur (90 €) | <input type="checkbox"/> Bienfaiteur (244 €) |
| <input type="checkbox"/> Donateur (168 €) | |

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

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

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Sans affectation particulière (entraide, formation, défense des droits) d'un montant de : _____ € |
| <input type="checkbox"/> Pour la recherche, d'un montant de : _____ € |
| <input type="checkbox"/> Autre affectation souhaitée : _____ € |

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

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

Date : _____ **Signature :** _____

M., Mme, Mlle - NOM : _____

Adresse : _____

Code Postal et Ville : _____

Année de naissance : _____

Celle de la personne malade : _____

Prénom : _____

Profession (ou ex) : _____

Téléphone : _____

e-mail : _____

Je suis : Membre de sa famille (lien de parenté : _____) Ami Professionnel médico-social
 J'ai connu l'UNAFAM : par relation par les médecins par les médias par internet

(*) Une première adhésion après le 1^{er} juillet peut donner lieu à une réduction de 50 % de la cotisation à titre individuel ou assimilé.
 Par assimilé entendre les personnes morales sans salariés, les couples ou les familles habitant à la même adresse.

(**) Joindre un justificatif.