

LE LIEN

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

2016 / n°59

septembre 2016



Vous faites partie de la solution.

Côte d'Or

Maison des associations

2 rue des Corroyeurs
boîte k 4
21000 Dijon

Tél. 03 80 49 78 45

21@unafam.org

Internet : www.unafam.org
www.unafam21.org

Ecoute-Famille :
01 42 63 03 03

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

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



Dépression périnatale : enjeux d'un diagnostic précoce

par le docteur **Stéphanie Leclercq**

médecin psychiatre du service de pédopsychiatrie du CH de La Chartreuse.

À l'occasion de la semaine d'information sur la santé mentale quelques conférences ont été données par des praticiens du Centre Hospitalier de la Chartreuse ainsi qu'un témoignage d'un usager du GEM de Chenôve

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

UNE ÉCOUTE, UN SOUTIEN :

- un accueil téléphonique de 8h à 20h toute l'année (information, conseils, rendez-vous...) au 03 80 49 78 45
- une permanence-accueil chaque mardi de 14 à 17 h alternativement à la Maison des usagers du CH La Chartreuse et dans la service de psychiatrie du CHU bâtiment Marion avec possibilité d'entretiens sur rendez-vous (03 80 49 78 45)
- quatre groupes de parole mensuels, un groupe de parole bimestriel
- deux rencontres conviviales par an : un repas avant Noël et un pique-nique en juin

DES INFORMATIONS / DE LA FORMATION :

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

DES RÉALISATIONS DESTINÉES A NOS PROCHES MALADES :

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

ÉDITORIAL DU PRÉSIDENT DÉLÉGUÉ DE LA CÔTE-D'OR

Automne : période de reprise pour certains après la parenthèse estivale, mais pour certains seulement car la maladie, elle, ne fait pas de pause, mais aussi période de changements dans l'organisation des soins. Nous gardons l'espoir qu'à l'occasion de ces changements nous continuerons à progresser dans la prise en charge des personnes en souffrance psychique et leur réinsertion citoyenne dans notre société, car il reste tant à faire.

Des signes positifs existent : pose de la première pierre de la future résidence accueil à Saint-Apollinaire, projet entamé depuis de nombreuses années qui va voir sa concrétisation en 2017, exemple de réalisation qui n'aurait pas vu le jour sans la volonté obstinée et le travail de bénévoles ; beaucoup de bons projets et des chantiers innovants de la part des responsables politiques et administratifs de la santé comme l'opération « zéro sans solution » qui a pour ambition de proposer un accompagnement de vie à toutes les personnes souffrant d'un handicap physique et psychique ; également une réflexion au niveau de la région pour améliorer les dispositifs de prise en charge en cas d'urgence psychiatrique, et création d'un groupe de travail pour proposer des pistes visant à favoriser l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et par là-même de faire cesser la stigmatisation à leur égard, etc.

La tâche est grande, elle est l'affaire des professionnels, soignants et travailleurs sociaux, mais aussi de tous les « aidants », parents, amis, collègues, nous sommes tous concernés. Notre association y prendra sa part dans toute la mesure du possible, et nous lançons un appel à toutes les bonnes volontés pour nous rejoindre et nous aider, chacun à la mesure de ses possibilités et de ses capacités. L'UNAFAM est là pour tous les soutenir, participer à leur formation si nécessaire et contribuer ainsi à ces beaux projets pour bien vivre ensemble.

Xavier BAGOT



SOMMAIRE

Dépressions périnatales : enjeux d'un diagnostic précoce

Synthèse de la conférence-débat du 16 janvier 2016 organisée par l'UNAFAM 21

animée par le **Dr Stéphanie Leclercq**

médecin psychiatre au Service Pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de la Chartreuse intervenante à la maternité du CHU de Dijon et dans une unité d'adolescents à Beaune avec la participation de **Marie Gentil**, sage-femme à la Protection Maternelle Infantile
page 3

Quelques conférences à l'occasion de la semaine sur la santé mentale :

page 8

Le sevrage tabagique en santé mentale, c'est possible !

Maux de l'esprit et maux du corps : quelles interactions ?

Le sommeil : une plaie pour nos malades

Les effets secondaires des traitements en psychiatrie

Le Témoignage d'un usager du GEM L'entr'acte

(Transcription de toutes les conférences : Gérard DELMAS)

Au sommaire du prochain numéro :

CONFERENCE/DEBAT

« Vie affective et sexualité des personnes en souffrance psychique »

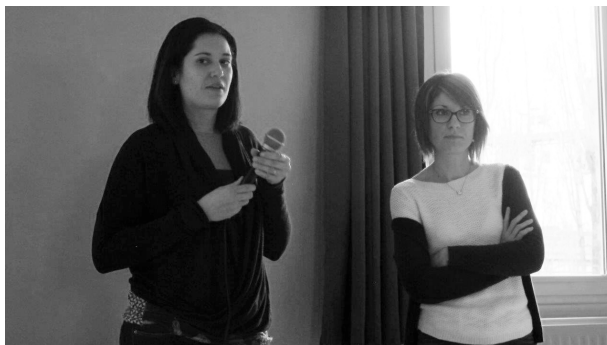
Animée par Anne-Gaël GUIOL

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

www.unafam.org (site national)

www.unafam21.org (site de la délégation de Côte-d'Or)

Dépressions périnatales : enjeux d'un diagnostic précoce
Synthèse de la conférence-débat du 16 janvier 2016 organisée par l'UNAFAM 21
animée par le Dr Stéphanie Leclercq
médecin psychiatre au Service Pédiopsychiatrie du Centre Hospitalier de la Chartreuse
intervenant à la maternité du CHU de Dijon et dans une unité d'adolescents à Beaune
avec la participation de Marie Gentil, sage-femme intervenante à la Protection Maternelle Infantile



L'image idéalisée du bonheur apporté par la naissance d'un enfant est-elle bien réaliste ? Les statistiques montrent que plus de 1 femme sur 10 est affectée par une dépression difficilement détectable et pouvant avoir de graves conséquences sur la santé de l'enfant. Par ses consultations, le Dr Leclercq repère chez les femmes enceintes et les jeunes mères ces signes de dépression et les prend en charge dans un deuxième temps.

Au départ psychiatre pour adultes, le Dr Leclercq est amenée à recevoir en urgence de jeunes mères en état de décompensation dépressive et délirante aiguë. Elle s'interroge alors sur une possible prévention qui éviterait ces violentes situations d'urgence. Devenue intervenante à la maternité, elle est alors en mesure d'envisager des moyens de prévention et d'action dès la grossesse. Elle accueille parents et bébés jusqu'à 18 mois.

Prévenir ces dépressions est un enjeu de taille pour la mère, les parents, mais aussi pour l'enfant qui, dans sa première année de vie, jette les bases de sa construction psychique. Sans action, cet enfant sera marqué par des troubles de l'enfance et de l'adolescence qui l'affecteront une fois sur deux.

La naissance

La naissance est un moment de crise

Dans notre société, l'enfant c'est le bonheur, c'est même un facteur d'épanouissement personnel. Il est même devenu un lien de filiation définitif dans un couple, plus fort que le mariage. Pourtant la naissance d'un enfant est un moment de crise, donc de fragilisation des parcours de vie, pouvant entraîner l'apparition de troubles psychopathologiques. Il existe de nombreuses idées reçues sur la question comme par exemple croire que la naissance d'un enfant peut guérir une dépression. Même chez des femmes dépourvues de troubles psychiques, la grossesse peut-être une épreuve, une source d'angoisse.

Dans l'année qui suit la naissance de son enfant, toute femme a deux fois plus de risque d'être

hospitalisée en milieu psychiatrique. La naissance d'un enfant n'est donc pas obligatoirement un moment de grand bonheur. Souvent ces femmes se sentent isolées, fatiguées, avec l'impression de ne pas être à la hauteur, avec l'angoisse de faire du mal à leur enfant.

Les troubles psychiques qui suivent la naissance apparaissent souvent tardivement. Alors que les séjours en maternité sont de 3 jours en moyenne, une psychose puerpérale par exemple apparaît 10 à 15 jours après l'accouchement. Les femmes se retrouvent à ce moment-là seules avec un bébé qui dépend complètement d'elles, dans une société assurant de moins en moins de transmission maternelle par la famille. De plus la femme subit la pression de la société qui lui impose d'être à la hauteur de la tâche, de faire le maximum pour son bébé.

La naissance peut provoquer un burnout

Le modèle dit biopsychosocial représente le stress à un moment donné sous la forme d'une balance avec d'un côté du fléau le poids des contraintes que subit toute personne, et de l'autre côté, un ensemble de ressources qui contribuent à la faire aller bien. Ces ressources bénéfiques peuvent concerner des activités, des loisirs, une vie sociale, etc.

La naissance d'un enfant bouleverse cet équilibre : fini le sport, le tabac, l'alcool, fini aussi le temps libre avec ce bébé qui sollicite une attention permanente, aggravée par un allaitement. Si on ajoute la pression que se met la mère elle-même en voulant exceller dans son rôle, si en plus elle est seule, en proie à des difficultés financières, dans une situation sociale précaire, on imagine bien que le poids de toutes ces contraintes fait basculer le fléau de la balance du côté du stress, favorisant ainsi la survenue d'une dépression.

Pathologies psychiques de la maternité

Psychose puerpérale : peu fréquente et bien soignée

Très rare en affectant 0,2% des femmes, cette dépression peut s'accompagner de délire, de confusion ou d'hallucinations. Bien détectée et bien prise en charge, cette pathologie ne sera pas traitée ici.

Dépression postnatale : fréquente et pouvant amener au suicide

Fréquente à 13% des femmes et difficile à détecter, la dépression postnatale se manifeste dans la 6ème semaine suivant l'accouchement. Ainsi à Dijon, sur 5000 accouchements par an, on compte 600 dépressions post-natales, dont 90 présentent des situations à risque.

Une dépression post-natale est due à une période de grand changement et de chamboulement émotionnel. Elle peut affecter gravement la relation affective mère-bébé. Si la mère assure bien les tâches matérielles, elle néglige par contre la relation affective. Si cet état dure plusieurs mois, l'enfant pourra souffrir de troubles de l'attachement, d'une insécurité affective, d'un « mal d'amour » qui pourra le marquer toute sa vie. La perte de sommeil ou une angoisse qui perdure peuvent être des signaux d'alerte.

10% des femmes vivent une dépression atypique. Elles se sentent isolées, perdues, elles ne sollicitent pas d'aide, elles mettent leur famille en grand désarroi. Le film « Un heureux événement » retrace de façon plus légère le parcours d'une femme vivant cette forme de dépression.

Des antécédents comme des difficultés relationnelles avec l'entourage peuvent accroître les risques. C'est aussi le cas de femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance. Même guéries, ce temps de grossesse ravive chez elles de douloureux souvenirs.

Développement de la dépression post-natale

Une évolution à risque pour les parents

60% des femmes affectées vivent leur premier épisode dépressif. Il dure de 3 à 6 mois mais il peut être réduit grâce à une prise en charge basée sur le dialogue, la dédramatisation, un appui de la Protection Maternelle Infantile qui assure des visites à domicile.

Comme les dépressions connaissent un taux de récurrence important, les grossesses suivantes devront être particulièrement surveillées.

Quand une mère ne va pas bien, le père est amené en général à prendre le relais et à assumer les besoins créés par cette situation. Cependant il renvoie l'image que, contrairement à elle, lui, il y arrive. Ainsi quand la mère va mieux, un nouvel équilibre est à trouver dans le partage des tâches, ce qui peut entraîner des difficultés dans le couple, jusqu'à son éclatement, surtout dans l'année qui suit la naissance de l'enfant. Une fois que la mère a repris la situation en main, il est fréquent que le père déprime à son tour. Un suivi prolongé du couple est donc important.

Une évolution à risque pour l'enfant

Après la naissance, il se met en place un processus d'attachement du bébé à sa mère d'une durée de 9 mois. Si la mère est déprimée et anxieuse pendant cette période, le bébé va construire un attachement avec une mère absente, soucieuse, pas dans le plaisir. Il en résulte dans la construction affective et psychique du bébé qu'aimer c'est angoissant et que le monde extérieur est plutôt dangereux et stressant.

Ainsi c'est avec beaucoup de stress et d'angoisse que ces enfants ou adolescents se sépareront de leurs parents, exploreront le monde ou créeront de nouveaux liens d'attachement.

En plus des troubles de l'attachement, ces enfants pourront présenter des retards psychomoteurs ou du développement cognitif.

Certains comportements de la mère affectent son enfant

Comme le regard de son enfant lui est douloureux, une mère déprimée aura tendance à l'éviter. Plus tard cet enfant ne verra pas d'intérêt à chercher le regard de l'autre.

Une mère déprimée porte peu. Son bébé y perdra en tonicité et sera plutôt d'un naturel mou.

Une mère déprimée et anxieuse qui ne supporte rien, aura sa sensibilité particulièrement exacerbée par les pleurs de son bébé. Celui-ci par réaction aura tendance à se faire oublier. Ainsi le calme excessif d'un bébé n'exprimant pas de besoins peut être un signal d'alerte.

Une mère déprimée et ralentie construira des enfants se rappelant sans cesse à son bon souvenir. Ce sont des enfants qui pleurent beaucoup, qu'on ne peut pas poser, qui sollicitent énormément, qui sont très agités à 1 ou 2 ans.

Une mère déprimée parle peu à son bébé, car elle n'y prend pas de plaisir. Pourtant c'est en prononçant et en mettant des mots sur ce que le bébé ressent, des mots comme « tu es triste » « tu as faim » « tu n'es pas content » que les adultes transmettent à l'enfant leur indispensable vocabulaire des émotions.

Les conséquences pour l'enfant peuvent être à moyen et à long terme

Ces bébés auront tendance à investir davantage dans la fonction motrice en marchant dès 10 mois au lieu des 12 à 18 mois classiques.

Chez les garçons de 5 ans on pourra constater un retard intellectuel se manifestant par une moindre créativité et une relation plus distante avec l'enseignant.

Adolescents et adultes, ces enfants seront souvent en recherche d'un attachement affectif qui en même temps sera pour eux une importante source d'angoisse.

Certaines études vont encore plus loin en corrélant

des pathologies telles que troubles de l'humeur, troubles anxieux et phobiques, hyperactivité et instabilité, troubles de l'apprentissage, conduites addictives, personnalités pathologiques...

Traitements de la dépression postnatale

D'après ce qui précède, on voit à quel point il est très important d'accompagner des parents qui pourraient présenter des difficultés psychiques à cette période très particulière de leur vie et ainsi empêcher ces répercussions négatives voire dramatiques dans le développement de leur enfant.

Dépression post-natale légère

Des femmes plus épuisées que déprimées et éprouvant un grand sentiment de solitude peuvent être amenées à consulter. Dans ce cas des conseils appropriés, une consultation à la Protection Maternelle Infantile, la rencontre d'un psychologue peuvent suffire à enrayer cette dépression. Un accompagnement et une parole déculpabilisante peuvent suffire.

Dépression post-natale modérée

En cas d'insomnie complète, de pleurs quotidiens, d'un isolement complet, un traitement antidépresseur peut être prescrit. Faut-il alors interrompre l'allaitement, lien affectif unique et irremplaçable entre la mère et son bébé ? Dans l'intérêt de la mère, il est important de bien étudier la question, d'autant plus que certaines molécules sont compatibles. La création même d'un réseau reliant famille et professionnels concernés joue ici un rôle positif primordial.

Dépression post-natale sévère

Soit en raison d'une dépression antérieure de la mère, soit parce qu'elle souffre de trouble bipolaire, ces femmes sont orientées vers un psychiatre.

Il existe à Dijon une unité de consultation « Père-mère-bébé » qui accueille ces familles avec un double regard portant sur l'état maternel mais aussi sur toutes les interactions en jeu.

Les mères peuvent être au besoin hospitalisées, mais sans leur bébé, faute de structure adaptée en Bourgogne.

Questions

Quel rôle peut jouer l'entourage familial ?

De prime abord il doit s'assurer qu'une prise en charge de la mère est bien effective.

Aide, assistance et soulagement, père inclus, seront toujours les bienvenus.

Il faut éviter de vouloir prodiguer des conseils qui, pris pour des jugements, pourraient être mal acceptés.

Comment les mères sont-elles informées ?

Pendant la grossesse sont prévus un « Entretien prénatal précoce » obligatoire qui permet d'aborder les aspects hors du champ médical, ainsi qu'une « Préparation à la parentalité », avec une « Préparation à la naissance ».

Des visites postnatales à domicile sont possibles, dans la mesure où les praticiens de santé concernés sont sensibilisés au problème. C'est l'objet du « Réseau périnatal de Bourgogne » et des colloques organisés pour les professionnels.

Il existe d'autres sources d'information pour le public :

- L'association « Trois petits points » avec son site Internet <http://www.3petitspoints-asso.fr/>
- Un livret en vente

Quelles seront les conséquences pour l'enfant d'une mère souffrant de troubles psychiques ?

Le trouble bipolaire apparaît très souvent chez la femme à l'occasion d'une naissance. L'enfant va s'imaginer dans son vécu qu'il est à l'origine de la maladie de sa mère et porter cette culpabilité. Cette construction perturbée de sa personnalité, ajoutée

à sa vulnérabilité génétique, pourra le fragiliser davantage lorsqu'il aura à affronter son adolescence. La prévention est donc primordiale.

Même s'il n'est pas bon de séparer une mère de son enfant, en cas d'épisode maniaque aigu, il est préférable de l'hospitaliser 10 jours et qu'elle revienne chez elle stabilisée avec un traitement. Sinon une mère qui traîne sa dépression pendant des mois aggravera les conséquences pour son enfant.

Une femme souffrant de troubles psychiques n'abandonne jamais son enfant. Elle veut souvent le garder à tout prix sans avoir bien conscience des énormes difficultés auxquelles elle devra faire face. Des femmes en aide médicale à la procréation font souvent une dépression sévère à la naissance. Complètement investies dans le projet de leur vie, ces mères vivent un affrontement entre leur idéal et une réalité pas toujours conforme à leurs attentes.

Page d'accueil du site « 3 petits points » : <http://www.3petitspoints-asso.fr/>





À l'occasion de la semaine d'information sur la santé mentale quelques conférences ont été données par des praticiens du Centre Hospitalier de la Chartreuse ainsi qu'un témoignage d'un usager du GEM de Chenôve

Dans les pages qui suivent on trouvera successivement :

- Le sevrage tabagique en santé mentale, c'est possible !
- Maux de l'esprit et maux du corps : quelles interactions ?
- Le sommeil : une plaie pour nos malades
- Les effets secondaires des traitements en psychiatrie
- Le Témoignage d'un usager du GEM L'entr'acte



Le sevrage tabagique en santé mentale, c'est possible !

Synthèse de l'intervention du 17 mars 2016

réalisée par le **Dr Souad Maach**

Médecin généraliste addictologue au Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon

Depuis plus de 5 ans le Dr Maach réalise des consultations en sevrage tabagique pour les patients hospitalisés ou suivis. Si la nocivité du tabac est de notoriété publique, il est bon de savoir qu'arrêter de fumer est possible à condition d'avoir recours à une stratégie rigoureuse faite de substituts nicotiniques mais aussi de beaucoup de psychologie.

Notons deux messages importants qui ne peuvent qu'encourager tout candidat à l'arrêt : il n'est jamais trop tard pour arrêter et une rechute n'est jamais un échec.

POURQUOI ARRÊTER DE FUMER ?

Le tabagisme menace gravement la santé

Chaque année, le tabac est à l'origine de 73000 décès par an en France et de 5 millions dans le monde. C'est la première cause de décès dit évitable. 1 fumeur sur 2 décède d'une maladie liée au tabac et le tabac provoque une diminution de l'espérance de vie de 8 ans en moyenne. Le tabac provoque 33% des cancers chez l'homme et 10% chez la femme. 90% des cancers du poumon et 50% des cancers de la vessie sont liés au tabac. 80% des infarctus du myocarde précoces avant 45 ans surviennent chez les fumeurs. Le tabagisme passif concerne 3000 à 5000 décès par an dont 2/3 par maladie cardiovasculaire.

Le tabagisme touche particulièrement les sujets atteints de maladie psychiatrique

Alors que la population générale compte 30% de fumeurs, on compte 80% de fumeurs chez les personnes suivies pour schizophrénie ou pour un état psychotique chronique. Chez les personnes suivies pour dépression sévère et trouble bipolaire, on compte plus de 60% de fumeurs. Il s'agit là d'une forte dépendance avec peu de motivation pour arrêter. Chez ces sujets, les rechutes sont plus fréquentes que la moyenne et le tabagisme est leur première cause de mortalité.

La fumée de cigarettes émet 4000 substances toxiques dont 50 sont cancérigènes

- **Le monoxyde de carbone** est responsable des problèmes cardiovasculaires tels qu'infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs. Il provoque aussi des essoufflements.
- **Les goudrons** sont responsables de cancers touchant le colon, toute la sphère ORL, la vessie, le pancréas et les seins.
- **Les irritants** tels que acétone, phénol, acide cyanhydrique provoquent une diminution des capacités respiratoires. C'est la bronchite chronique avec un premier stade fait de toux et de crachements. À un stade d'évolution avancé, cette affection peut nécessiter un apport d'oxygène dans la journée.
- **La nicotine** provoque la dépendance au tabac. Si elle procure instantanément plaisir, détente, stimulation intellectuelle, elle est aussi un coupe-faim, un antidépresseur, elle augmente le pouls et la tension artérielle.

QUAND ARRÊTER DE FUMER ?

Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer

Il y a toujours un bénéfice à arrêter même après des dizaines d'année de tabagisme. Après l'extinction de la dernière cigarette :

- Après 20 mn la tension et le pouls reviennent à la normale.
- Après 48H saveur et odeur commencent à revenir.
- Après 1 an le risque d'infarctus du myocarde est diminué de moitié et le risque d'accident vasculaire cérébral est celui d'un non-fumeur.
- Après 5 ans le risque de cancer du poumon diminue de moitié.
- Après 10 à 15 ans l'espérance de vie d'un fumeur devient celle d'un non-fumeur.

Pourquoi est-il si difficile d'arrêter ?

Bien qu'informés des risques encourus, les fumeurs ont du mal à arrêter car ils sont soumis à de multiples dépendances :

- **Une dépendance de plaisir** : la nicotine libère de la dopamine dans le cerveau, faisant éprouver une sensation de plaisir, mais qui pour se maintenir exigera de plus en plus de tabac.

- **Une dépendance de manque** : après un long moment sans fumer, un fumeur ressent un manque critique et devient irritable, agité, insomniaque. Il va donc fumer à nouveau pour annuler ces effets indésirables.

- **Une dépendance psychologique** : elle est due aux effets psychoactifs de la nicotine. Plus forte que celle de l'alcool, du cannabis ou des drogues de synthèse, cette dépendance est même comparable à celle de la cocaïne ou de l'héroïne. Elle varie beaucoup d'un fumeur à l'autre. Arrêter de fumer provoque un sentiment de malaise, effet que l'on cherchera donc à annuler, installant ainsi un cercle vicieux de dépendance.

- **Une dépendance environnementale et comportementale** : l'envie de fumer peut être liée à des circonstances ou des lieux particuliers, comme des moments de convivialité, sous une pression sociale, lors d'une pause-café par exemple.

COMMENT ARRÊTER DE FUMER ?

Le **Service d'aide au sevrage tabagique du Centre Hospitalier de La Chartreuse**, ouvert en 2010, a accueilli 84 personnes en 2015, des patients suivis ou non, hospitalisés ou non.

La consultation initiale permet de démarrer un sevrage dans les meilleures conditions

- L'entretien initial d'évaluation est l'occasion d'un diagnostic complet

Lors de ce premier entretien est examiné de près le passé tabagique du patient, ses tentatives antérieures de sevrage, ses motivations à l'arrêt, ses craintes comme un manque ou une prise de poids, ses antécédents personnels à d'autres addictions telles que le cannabis ou l'alcool.

L'entourage familial, amical et social est examiné de près. Informé du projet du patient, il pourra lui apporter des encouragements bienvenus et respecter quelques règles de comportement à son égard.

- La pesée pour détecter une prise de poids ultérieure

Le patient est pesé et reçoit des conseils de diététique. Il s'agit de prévenir une éventuelle compensation par une prise alimentaire anarchique.

- Le test de Fagerström pour mesurer la dépendance à la nicotine

Le besoin en nicotine du patient est évalué à partir d'un questionnaire. Les 6 réponses obtenues servent à établir le dosage nécessaire des substituts nicotiniques qui lui seront administrés.

- Le CO-testeur mesure l'imprégnation en monoxyde de carbone

Cette mesure du monoxyde de carbone a une double fonction. D'une part elle renseigne sur la façon de fumer, certains fumeurs tirant plus que d'autres. D'autre part cette mesure est une aide précieuse à sa motivation car le patient pourra vérifier ses progrès en suivant concrètement la diminution de son taux.

- Le traitement de la dépendance physique se fait par des dérivés substitutifs

Le patient reçoit sa dose de nicotine sous forme d'un patch de 21 et 14 mg pour

commencer et calmer son manque. Ce traitement est de 6 mois en moyenne.

Une stratégie rigoureuse assure le succès du sevrage

- Une stratégie d'évitement pour limiter les tentations

On conseille au patient de veiller à ne pas se mettre dans des situations à risque telles que fréquenter des fumeurs, recevoir des personnes qui fument, boire de l'alcool qui donne envie de fumer, remplacer le moment du café qui donne envie de fumer par du thé ou du chocolat.

- Des stratégies cognitives qui renforcent la volonté

Elles consistent à bien avoir conscience qu'une envie est toujours passagère, qu'il faut se sentir fier de ses progrès, qu'il faut s'auto-encourager au jour le jour, qu'il est bon se répéter tous les avantages à s'arrêter, sans oublier les avantages financiers.

- Des stratégies comportementales qui freinent les envies

Au quotidien il sera bon d'avoir des activités brèves et agréables, de s'occuper les mains et l'esprit, d'avoir des activités physiques. Aux moments critiques où l'envie de fumer est forte, comme après un repas, se laver les dents tout de suite. Prendre un comprimé sublingual ou une gomme peuvent être une bonne solution.

Les consultations de suivi s'enchaînent selon un processus bien établi

Quelques jours suivant la consultation initiale, le taux de monoxyde de carbone est repris de façon à ajuster la posologie des substituts nicotiniques.

Pour motiver le patient dans sa démarche, un entretien se déroule à chaque consultation de façon à vérifier et à conforter sa motivation.

S'en suivent des consultations régulières avec rappel des risques du tabac, mesure du taux de monoxyde de carbone, analyse des résultats du cycle antérieur, rappel des bénéfices du sevrage. Il est important de rassurer le patient sur ses craintes de l'arrêt, de lui prodiguer des conseils diététiques personnalisés.

Le rythme du suivi est adapté cas par cas. Ce suivi valorise les progrès accomplis, analyse les difficultés, et anticipe les rechutes. En déterminant à l'avance dans quelles circonstances un risque de rechute est prévisible, il est plus facile de prévoir une stratégie de recours pour affronter ces moments-là.

En résumé :

Un patient apprécie toujours d'avoir arrêté de fumer.

Il n'est jamais trop tard pour arrêter.

L'arrêt du tabac peut être obtenu en plusieurs étapes.

Une rechute n'est pas un échec, c'est une expérience qui va servir pour la suite.

Il faut toujours soutenir et encourager une première volonté de sevrage tabagique.

Même si elle ne réussit pas tout de suite, il est important d'entreprendre la démarche.

Adrien témoigne du succès de cette démarche

Avant, soigné à La Chartreuse depuis plusieurs années, Adrien avait tenté plusieurs fois d'arrêter de fumer, seul, mais sans succès.

En novembre 2015, motivé par sa mère, par les économies potentielles qu'il pourrait faire et par son état de santé, Adrien entreprend une démarche avec Dr Maach à La Chartreuse.

Aujourd'hui il en tire les bienfaits : il fait des économies significatives, il ne tousse plus le matin, il dort mieux, il se sent mieux et... il est très fier de lui, fier d'avoir réussi ce parcours.



Maux de l'esprit et maux du corps : quelles interactions ?

Synthèse de l'intervention du 17 mars 2016

réalisée par le **Dr Isabelle Royer**

Médecin interniste au Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon

Si les patients souffrant de troubles psychiques sont sujets aux mêmes maladies que la population générale, ils sont pourtant plus exposés que les autres à certains troubles. La négligence de leurs problèmes physiques, dits somatiques, entraîne chez eux une surmortalité attestée par de nombreuses études. Avant 35 ans il s'agit de suicides ou d'accidents, puis vers 50 ans apparaissent des maladies cardiovasculaires et des cancers, avec pour effet une espérance de vie réduite de 10 à 15 ans.

Au carrefour entre psychiatrie et médecine générale, cette médecine somatique propre au milieu psychiatrique permet de bien prendre en charge et de mieux soigner ces patients atypiques.

Des pathologies plus fréquentes

Chez les patients souffrant de troubles psychiques, les **maladies cardiovasculaires** apparaissent en raison de surpoids, d'obésité, de diabète, de troubles lipidiques ou encore de tabagisme. Ces patients ont souvent des difficultés alimentaires et des troubles du comportement alimentaire qui les privent d'une nourriture saine et équilibrée. Ce peut-être aussi pour des raisons économiques ou suite à un isolement social.

La prise de médicaments psychotropes provoque fréquemment **un surpoids, des troubles lipidiques** et un **diabète**.

Le tabac cause des **maladies pulmonaires** et cardiovasculaires et peut être à l'origine de nombre de **cancers**.

Ajoutons à cela des **problèmes buccodentaires**, des **troubles du sommeil**, des **infections**, des **maladies sexuellement transmissibles**, des **addictions** à l'alcool ou à d'autres substances.

Pourquoi une exposition particulière ?

- **Altération du schéma corporel** : ces patients n'entendent pas toujours les signaux envoyés par leur corps, comme par exemple un signal de satiété qui peut être non ou mal perçu.

- **Isolement social et privation de soins** : ces patients ont tendance à rester chez eux, avec le risque de ne même pas sortir pour aller chez le médecin. Ceci est aggravé par un ralentissement psychomoteur venant de leur trouble psychiatrique ou de leur traitement.

- **Manque d'informations sur les risques encourus** pourtant indispensables au patient et à son entourage.

- **Préjugés ou idées fausses du personnel soignant** : cette méconnaissance des troubles psychiques pourra altérer la relation avec les patients. En effet ceux-ci expriment souvent leurs symptômes sous une forme inhabituelle.

Un premier piège pour le soignant consiste à mal interpréter les symptômes en les

mettant trop vite sur le compte de la maladie psychique.

Un deuxième piège pour le soignant consiste au contraire à multiplier les explorations cliniques sans voir qu'il s'agit là peut-être de manifestations corporelles d'un trouble psychique qui pourrait être enrayé par un aménagement du traitement ou encore une psychothérapie.

Nécessité d'une prise en charge spécifique

Ces expositions particulières nécessitent donc l'intervention d'un personnel médical formé et expérimenté, bénéficiant du savoir-faire médical spécifique à la maladie psychique.

Même en l'absence de symptômes exprimés, il sera donc important d'opérer un **examen clinique systématique**, d'abord en début d'hospitalisation, puis par la suite par des bilans de dépistage réguliers.



Le sommeil : une plaie pour nos malades

Synthèse de l'intervention du 17 mars 2016

réalisée par **le Dr Jean-Claude Girod**

Psychiatre au Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon

Les patients vivant avec des troubles psychiques ne cessent de se plaindre de leur manque de sommeil. La surmédicalisation dont ils font souvent l'objet n'arrange pas la situation. Et pourtant un défaut de sommeil est à l'origine de plus d'une centaine de maladies.

Après une période dominée par la psychanalyse qui s'intéressait essentiellement à l'interprétation des rêves, l'étude du sommeil et de ses troubles fait à présent l'objet d'analyses rigoureuses et scientifiques.

Le Dr Girod intervient à l'Unité du sommeil de La Chartreuse.

• Le manque de sommeil provoque un déséquilibre affectant l'intégrité psychique et somatique

Par manque de données épidémiologiques sérieuses en France, des statistiques anglo-saxonnes et nordiques nous apprennent que :

- L'insomnie multiplie par 2 le risque de faire une **dépression** dans les 6 ans à venir.
- L'insomnie chronique multiplie par 2 le risque de **suicide** et d'**alcoolisme**.
- Les grandes pathologies du sommeil affectent les grands cycles physiologiques du corps avec pour conséquence un risque très important **d'accidents cardiaques et cérébraux**.

• Le manque de sommeil affecte particulièrement les personnes vivant avec une affection psychique

Les patients souffrant de dépression ne dorment pas bien à 80%

Un sommeil normal est marqué en début de nuit par un **sommeil lent profond**, important pour la réparation tissulaire et la récupération. Puis s'enchaîne en deuxième partie de nuit le **sommeil paradoxal**, le sommeil du rêve, important pour les apprentissages.

Une personne souffrant de dépression éprouve de grandes difficultés à s'endormir.

Une personne souffrant de dépression a un sommeil paradoxal trop précoce. On peut même considérer qu'il s'agit là d'un vrai marqueur de la dépression.

Les patients souffrant de schizophrénie ont des troubles du sommeil constants.

- En général les patients atteints de schizophrénie ont un **rythme veille-sommeil décalé**. Ils vivent la nuit, s'endorment au petit matin et se réveillent dans la journée. Pour les équipes soignantes qui encadrent ces patients, il s'agit là d'un vrai casse-tête. Plutôt que de leur donner des médicaments, il faut essayer de les recaler pour qu'ils puissent bénéficier d'une vie sociale plus cohérente. La pratique d'une activité physique et du sport donne des résultats intéressants.

- Certains patients peuvent même vivre une **attaque de panique nocturne**. Ces personnes angoissées, qui ont eu du mal à s'endormir, se réveillent brutalement en milieu de nuit. Elles éprouvent une sensation de mort imminente, une oppression insupportable, des palpitations avec sueur, allant jusqu'à les mener dans un service d'urgence.

Les patients autistes doivent faire l'objet d'une attention particulière.

- La complexité des troubles du sommeil chez une personne autiste impose d'établir, avant tout traitement, un agenda de sommeil précis sur plusieurs semaines.

Les pathologies secondaires de ces patients aggravent leurs troubles du sommeil.

- Les troubles alimentaires occasionnent des troubles du sommeil extrêmement importants, amplifiés par les variations de poids de ces personnes.

- Une dépendance alcoolique retarde l'endormissement, abrège le sommeil lent profond et le temps de sommeil global. L'alcool provoque souvent un rebond du sommeil paradoxal avec une agitation nocturne caractéristique. S'ajoute un syndrome d'apnée du sommeil fait de pauses respiratoires qui se manifeste chez 29% de ces patients.

Il est important de détecter cette forme d'addiction avant d'entreprendre tout traitement contre l'insomnie. En effet elle peut se voir aggravée par une médication mal adaptée.

• Les prescriptions de médicaments contre l'insomnie doivent être bien ciblées

- Les médicaments psychotropes sont trop prescrits en France. On constate que les Allemands par exemple prescrivent beaucoup moins que nous avec un différentiel de 85%.

Un gros travail de formation est à mener pour changer ce regard fataliste des médecins traitants sur le l'insomnie en général, ce qui éviterait de trop nombreuses impasses thérapeutiques.

- Les médicaments hypnotiques provoquent un sommeil lent léger seulement. Il ne pourra donc en aucun cas remplacer un sommeil réparateur fait de sommeil lent profond et de sommeil paradoxal. Rappelons qu'une bonne activité physique apporte ce sommeil profond indispensable.

- Les médicaments antidépresseurs donnent de bons résultats dans 60% des dépressions mais ont pour inconvénient de décaler le sommeil paradoxal.

- La méthadone utilisée comme traitement de substitution à la dépendance de l'héroïne ou d'autres opiacés provoque de longues apnées respiratoires de 60 à 80s.

• Valable pour tous : une bonne hygiène de vie assure un meilleur sommeil

- Exercer une activité physique régulière
- Pas d'écran avant de s'endormir...

La lumière bleue de l'éclairage par leds des écrans diminue la production de la mélatonine. C'est la sécrétion de cette hormone qui contribue au déclenchement du sommeil. Sa sécrétion est inhibée en présence de lumière et est par contre stimulée dans la pénombre.

- Et la sieste ?

Les bienfaits d'une petite sieste après le repas entre 13H et 15H sont reconnus. Personnellement, le Dr Girod a opté pour des « siestes flash » de 5 mn.



Les effets secondaires des traitements en psychiatrie

Synthèse de l'intervention du 17 mars 2016

réalisée par le **Dr Florence Beye**

Pharmacien hospitalier au Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon

Les personnes vivant avec des troubles psychiques doivent être soignées par des médicaments dont les effets secondaires peuvent être importants. Cependant si ceux-ci sont bien pris en compte au début et tout au long du traitement, si toutes les précautions sont prises, le traitement s'avèrera bénéfique par rapport à ses inconvénients.

• La prescription des médicaments

La prescription d'un médicament doit tenir compte de ses effets secondaires

Un **effet secondaire** est la réaction non souhaitée qui peut suivre la prise d'un médicament à la dose recommandée. Si le patient dépasse la dose qui lui a été prescrite, on parle alors d'intoxication. Toute décision thérapeutique d'un médecin est dictée par le **rapport bénéfice / risque du traitement**. Il mesure l'effet thérapeutique recherché par rapport à l'apparition d'effets secondaires.

Ces effets secondaires varient d'un individu à l'autre selon l'âge, selon des facteurs génétiques ou encore selon des pathologies associées telles que insuffisances rénales, hépatiques ou pathologies cardiaques. Dans ce cas, les médicaments étant éliminés principalement par le rein ou par le foie, il faudra porter une attention toute particulière à leur prescription.

Des effets secondaires peuvent être dus à la mauvaise gestion de la prise des médicaments

- **Un médicament doit être bien conservé.** Il ne doit pas être exposé à la chaleur ou à l'humidité. Au besoin il doit être conservé au réfrigérateur. De mauvaises conditions de conservation peuvent l'altérer, diminuer son effet thérapeutique voire même provoquer

des effets indésirables.

- **Un médicament doit être bien pris.** Par exemple pour certains médicaments une consommation concomitante d'alcool ou une exposition au soleil peuvent entraîner des effets indésirables.

- **Le nombre de médicaments pris simultanément doit rester limité.** Plus on prend de médicaments et plus il y a risque d'interactions entre eux, donc plus d'effets secondaires possibles.

Initiation d'un traitement psychotrope

- **Un médecin doit bien informer son patient de son nouveau traitement.** Tout patient doit connaître les avantages thérapeutiques attendus du traitement prescrit, mais il doit aussi être informé des effets secondaires possibles, et comment y faire face. Mieux informé, le patient sensibilisé repérera mieux la survenue d'effets indésirables, les rapportera mieux à son médecin qui pourra alors les prendre en charge plus facilement et plus efficacement.

- **Un patient doit bien informer son médecin de toutes ses pathologies associées et sur tous ses médicaments déjà prescrits.** Grâce à cette liste exhaustive, le psychiatre va pouvoir analyser les avantages et les inconvénients de tout l'arsenal thérapeutique dont il dispose et l'adapter au mieux à la pathologie et au profil de son patient.

Suivi d'un traitement psychotrope

- **Un traitement adapté** est un traitement dont le bénéfice est reconnu par le patient et son entourage. Le ressenti du patient est primordial. Si le bénéfice n'est pas supérieur aux inconvénients, le patient ne prend plus son traitement et se prive donc des effets thérapeutiques qui lui sont pourtant nécessaires.

- **L'évaluation du traitement** consiste à évaluer l'effet thérapeutique attendu et à rechercher des effets secondaires. Selon le résultats obtenu, le traitement pourra faire l'objet d'un ajustement. S'il est possible de réduire les effets secondaires tout en conservant l'efficacité thérapeutique, la posologie sera réduite. Si cela s'avère impossible, le médecin pourra choisir de changer de stratégie thérapeutique avec un autre médicament ou encore d'ajouter un médicament correcteur destiné à atténuer les effets secondaires.

Les effets secondaires des médicaments psychotropes

Il est difficile de faire un tableau précis car les effets secondaires dépendent souvent de la classe du médicament, des posologies administrées et des patients qui les reçoivent.

Ces effets sont par contre identiques qu'ils soient administrés par voie orale ou par injection quand on souhaite une action prolongée.

Les neuroleptiques ou antipsychotiques

- **La sédation**, très fréquente, est un ralentissement physique ou psychique du patient avec une impression de fatigue. Il lui est fortement déconseillé de conduire une automobile ou une machine.

- **Autres effets secondaires** : une raideur des mouvements pendant la marche, des tremblements, des mouvements involontaires sur le visage, une salivation excessive, une sécheresse de la bouche ou des yeux, de la constipation, de l'hypotension quand on se met debout, des difficultés à uriner, une augmentation de l'appétit avec une attirance pour le goût sucré provoquant une prise de poids, des troubles hormonaux, des troubles de l'impuissance et de la libido, des coups de soleil.

Les antidépresseurs

Constipation, bouche sèche, tachycardie, rétention urinaire, somnolence, troubles cardiaques, nausées, vomissements, diarrhées, hypersudation, maux de tête, agitation, insomnie, vertiges, tremblements, hypotension, prise de poids, confusion, fièvre, troubles sexuels.

Les normothymiques

Somnolence, maux de tête, prise de poids, tremblements, troubles de la vue, troubles cutanés.

Les anxiolytiques et les hypnotiques

Ces traitements sont en général bien tolérés.

Somnolence en début de traitement, pertes de réflexes, pertes de mémoire, risque d'accoutumance avec augmentation des doses pour maintenir l'efficacité, donc utilisation prolongée à éviter.

Les médicaments correcteurs des effets secondaires

Ils sont surtout utilisés en complément des traitements à base de neuroleptiques et d'antidépresseurs

- **Raideur des membres** : les antiparkinsoniens
- **Hypotension quand on se met debout** : un conseil comme se lever doucement avant de prescrire un médicament.
- **Constipation** : des conseils d'alimentation avec un régime riche en fibres, de l'activité physique, boire davantage avant de prescrire un laxatif.
- **Sécheresse de la bouche** : un conseil de boire souvent non sucré par petites quantités et penser à une bonne hygiène de la bouche pour prévenir les mycoses, avant de prescrire un médicament.
- **Sécheresse oculaire** : appliquer des larmes artificielles.



Le témoignage d'un usager du GEM L'entr'acte

Synthèse de l'intervention du 17 mars 2016

réalisée par **Sébastien Dimka**

Président de l'association GEM L'Entracte de Chenôve

Gérés par la Mutualité Française et subventionnés par l'ARS, Les Groupes d'Entraide Mutuelle sont des lieux d'accueil conviviaux où des personnes en situation de fragilité ou de souffrance psychique peuvent se retrouver, s'entraider, organiser des activités, tisser des liens entre elles et avec l'extérieur.

Pour découvrir en images le GEM de Chenôve :

<http://www.dijon-sante.fr/reportage/decouvrez-lassociation-gem-entracte-chenove/>

« Bonsoir tout le monde. Je m'appelle Dimka Sébastien, je suis le Président de l'association GEM L'Entracte de Chenôve. Je suis d'origine africaine. Je suis arrivé en France à l'issue de mon mariage en 97 et à cette époque tout allait bien.

Puis un jour tout a basculé. Le stress, des angoisses, des voix sont venus perturber ma vie. Au départ ça a été un véritable choc, je ne comprenais pas ce qui m'arrivait. J'étais terrifié, ces hallucinations auditives m'envahissaient complètement. Elles étaient insultantes, avec des questions, des commentaires, des chuchotements, des voix, partout... Au début je croyais que ça allait passer comme ça, mais je me trompais. 3 mois plus tard, je continuais à avoir des angoisses. Je refusais de consulter un psychiatre à l'époque parce que je me disais que je n'étais pas fou. C'est 3 mois plus tard que je me décide à demander de l'aide.

J'ai consulté un psychiatre et nous avons essayé des traitements ensemble pendant plusieurs années. Pendant toutes ces années-là il n'y a pas eu d'amélioration : je continuais à entendre des voix, je vivais avec et j'avoue que c'était terrible. Au bout de dix ans il n'y avait pas de changement, les hallucinations étaient toujours là.

J'ai consulté un autre psychiatre qui m'a proposé un autre traitement avec de la paliperidone en essai thérapeutique, un antipsychotique de nouvelle génération. 3 mois plus tard, ce fut un changement radical : je me mis à entendre moins de voix et à me sentir mieux. Mais en même temps j'étais fatigué, je manquais de sommeil, j'avais des migraines, terribles, intenses qui m'envahissaient. Je croyais que c'était ces différents traitements qui me causaient tous ces problèmes.

Un jour, alors que j'étais sur mon lieu de travail, je suis agent de sécurité dans les magasins, je n'ai plus supporté ces douleurs dans ma tête. C'était terrible, c'était une douleur incroyablement forte. J'ai appelé le SAMU qui a envoyé un médecin et qui m'a consulté sur place. Il m'a posé des questions, il m'a demandé si j'avais des maux de tête, j'ai dit oui, il m'a demandé si j'étais fatigué, j'ai dit oui, si je ronflais, j'ai dit oui, et tout de suite il m'a envoyé dans le service de pneumologie au Bocage pour passer les tests de l'apnée du sommeil. Tout de suite ils ont constaté que je faisais des apnées du sommeil et ils ont décidé de me mettre sous un appareil. Dès le lendemain le changement a été radical. Avant j'étais toujours épuisé, fatigué, je ne pouvais plus marcher, mais après une journée avec l'appareil, je me suis senti mieux, j'avais même envie de courir...

Aujourd'hui mon hypothèse est que le traitement antipsychotique n'était pas très efficace parce que j'avais un problème d'apnée du sommeil. Le cerveau ne fonctionnait pas, je ne sais pas, je n'en sais rien, mais c'est ce que je pense. Les insomnies, migraines, fatigues pouvaient sembler être les effets secondaires de la maladie psychique. Mais quand le médecin des urgences m'a pris en charge, il m'a vu comme un patient de la psychiatrie mais il a fait attention aux symptômes physiologiques avant tout. Du coup j'ai été soigné sous un autre angle.

Au GEM nous avons vu une personne qui avait des douleurs au cœur et qui suivait un traitement pour les angoisses. Mais après plusieurs crises, elle a dû partir aux urgences pour un AVC. Ce que je veux dire ici c'est que nous, les patients en psychiatrie, on doit être pris en charge comme des personnes à part entière, parce qu'on n'a pas que des problématiques psychiatriques. On peut avoir aussi les symptômes des autres maladies. Nous avons besoin d'être entendus dans notre globalité. Oui nous souffrons de troubles psychiques, mais nous avons besoin de nous sentir pris au sérieux quand nous souffrons d'autres maux.

Mon combat en tout aura duré 18 ans pour trouver une bonne médication sur le plan psychique. Aujourd'hui mon psychiatre me dit que je suis stable, je vais mieux, et c'est vrai parce que je le sens. Donc je continue mon traitement et je suis appareillé. Par contre ça c'est pour la vie, je sais pas, pour l'instant il n'y a pas de solution, il me faut continuer avec l'appareil et avec mon traitement. Ce qu'il me faudrait peut-être maintenant pour aller encore mieux, c'est un travail pour me valoriser. Merci. »

UN NUMÉRO À RETENIR

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

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

03 80 42 48 23

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

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

Prochaines réunions :

- ▶ vendredi 7 octobre 2016
- ▶ vendredi 4 novembre 2016
- ▶ vendredi 2 décembre 2016

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

GROUPES DE PAROLE 2016

GROUPE 1 LUNDI 14H30-16H30 Mme ELBACHIR	GROUPE 2 MARDI 18h30-20h30 Mme BERT	GROUPE 3 MARDI 15H – 17 H Mme JOLY	GROUPE 4 MARDI 18H – 20H Mme BERT	GROUPE 5 MARDI 18H 30 – 20H 30 Mme VIVIN
23 MAI	17 MAI	3 MAI	10 MAI	31 MAI
20 JUIN	14 JUIN	7 JUIN		28 JUIN

NOUVEL HORAIRE **Mardi 18H – 20H**

12 SEPTEMBRE	13 SEPTEMBRE	6 SEPTEMBRE	27 SEPTEMBRE	20 SEPTEMBRE
10 OCTOBRE	4 OCTOBRE	4 OCTOBRE		18 OCTOBRE
7 NOVEMBRE	15 NOVEMBRE	8 NOVEMBRE	29 NOVEMBRE	22 NOVEMBRE
12 DECEMBRE	6 DECEMBRE	6 DECEMBRE		13 DECEMBRE

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

RÉUNIONS DU BUREAU en 2016 **(le mercredi de 14h00 à 16h30)**

7 septembre
19 octobre
7 décembre

RÉUNIONS DÉTENTE **Repas : 3 décembre 2016**

RÉUNIONS DES FAMILLES

samedi 24 septembre de 10h à 13h
samedi 19 novembre de 14h à 18h

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

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

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

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

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

Marie-Noëlle Besançon

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

BULLETIN D'ADHÉSION 2016

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



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

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

Cotisation

☐ Foyer non imposable	14 €	Joindre un justificatif
☐ Adhérent actif	62 €	Si vous payez un impôt sur le revenu, le reçu fiscal que vous recevrez vous permettra de bénéficier d'une réduction d'impôt de 66 % de votre adhésion. Chaque membre bénéficie du même accueil mais peut choisir de contribuer à hauteur différente aux actions de l'UNAFAM et de la délégation dont il dépend.
☐ Adhérent souscripteur	100 €	
☐ Adhérent donateur	250 €	
☐ Adhérent bienfaiteur	400 €	

DÉDUCTION FISCALE
(Voyez au verso)

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

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

Date..... / /

SIGNATURE ►

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom

Prénom

Adresse

Code postal Ville

Date de naissance :

Téléphone :

E-mail :

☐ Je souhaite recevoir la Lettre de la Présidente (lettre interne mensuelle envoyée par e-mail)

☐ Je souhaite recevoir en toute confidentialité la documentation legs en faveur de l'Unafam