

LE LIEN

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

2016 / n°60

décembre 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.



Vie affective et sexualité des personnes en souffrance psychique

Synthèse de la conférence du 28 mai 2016

animée par Anne-Gaël Guiol

Psychoses débutantes : L'intérêt d'une prise en charge précoce

Synthèse de la conférence-débat du 24 septembre 2016

animée par Juliette Martin

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

Empowerment, psychiatrie citoyenne, démocratie sanitaire etc... On a vraiment l'impression que même si les troubles psychiques sont toujours bien présents, l'histoire nous rappelle que la façon de les appréhender évolue constamment. En particulier aujourd'hui on a bien pris en compte que la personne en souffrance a les mêmes droits que chacun d'entre nous, et elle peut être non seulement sujet mais aussi participant actif dans la façon de choisir son traitement si elle est bien informée.

Ainsi récemment une personne témoignait que pour son proche le moment du repas n'était pas, comme pour beaucoup d'entre nous, un moment agréable, sinon festif, mais au contraire un moment redouté car pour ce proche c'était le moment de la prise de son médicament qui était cause d'effets secondaires particulièrement désagréables que l'on connaît bien : prise de poids, somnolence etc... Elle ne voulait plus aller prendre ses repas du fait de cette équation simple : repas= médicaments= effets indésirables, donc repas = moment difficile, à éviter. Ayant témoigné de cela à ses soignants il a été décidé que sa prise de médicaments n'aurait lieu qu'un repas sur deux, ce qui en l'occurrence, en adaptant la dose était sans conséquence sur son traitement. Du coup cette personne reprenait goût à se remettre à table, (au moins une fois sur deux). Et si par ailleurs elle comprenait l'effet positif de son traitement, celui-ci redevenait acceptable. Bravo aux soignants de l'avoir entendue et à celle-ci d'avoir osé faire part de son mal-être à prendre ses repas.

On sait bien qu'un chemin de réhabilitation est d'autant plus efficace que la personne comprend son mal et devient acteur de son soin. Loin de nous l'idée de remettre en cause les médicaments ou les traitements proposés par les soignants, ils ont prouvé leur rôle positif dans l'évolution de la maladie. C'est dans le domaine de leur acceptation qu'il faut aussi progresser. On est tous des « sachants », les malades comme les soignants, même si, pour paraphraser un humoriste célèbre, certains le sont plus que d'autres, encore faut-il savoir s'écouter et se comprendre, car la personne en souffrance comme les proches perçoivent certaines choses que le soignant ne peut pas toujours voir. L'utilisateur doit devenir de plus en plus acteur dans l'organisation des soins.

Enfin à l'occasion de la nouvelle année 2017, en cette époque de vœux, je souhaite à tous à une bonne année, je remercie encore une fois tous les bénévoles de l'UNAFAM 21 sans qui notre association ne pourrait assurer les nombreux services qu'elle apporte aux familles. Personnellement je vais continuer en m'efforçant de soutenir au mieux les autres délégations de notre nouvelle grande région et je remercie particulièrement Michel Lioret d'avoir accepté de prendre le relais comme Président Délégué de la Côte d'Or. Je ne doute pas qu'il va encore apporter un souffle nouveau dans toutes nos actions en faveur des familles et de nos proches.

Xavier BAGOT



SOMMAIRE

Vie affective et sexualité des personnes en souffrance psychique
Synthèse de la conférence du 28 mai 2016
animée par Anne-Gaël Guiol psychologue clinicienne
page 4

Psychoses débutantes : L'intérêt d'une prise en charge précoce
Synthèse de la conférence-débat du 24 septembre 2016
animée par Juliette Martin
médecin psychiatre au Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon
responsable du CIPP - Centre d'Intervention Précoce pour Psychose -
page 11

Bibliothèque de l'UNAFAM 21
liste des livres mise à jour le 07/11/2016
page 19

2 poèmes de Mélanie
page 18

Calendrier 2017

(Transcription de toutes les conférences : Gérard DELMAS)

Au sommaire du prochain numéro :

CONFERENCE/DEBAT

Comprendre les troubles bipolaires et se prendre en main
par le docteur **WALLENHORST** médecin psychiatre à Semur-en -Auxois

**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)

Vie affective et sexualité des personnes en souffrance psychique
Synthèse de la conférence du 28 mai 2016
animée par **Anne-Gaël Guiol** psychologue clinicienne

Anne-Gaël GUIOL est psychologue clinicienne depuis 15 ans. Après un parcours professionnel en psychiatrie de secteur, elle a été responsable de plusieurs établissements médico-sociaux accueillant des adultes souffrant de troubles psychiques. Elle dirige actuellement un foyer de vie et pilote un groupe de travail associatif de réflexion et d'actions en faveur de l'accès à une vie affective et sexuelle des personnes en souffrance psychique.

● **Un sujet tabou alors que repli et isolement aggravent les troubles psychiques**

« Sexualité et maladie psychique » est un sujet qui a longtemps été tabou ou vu uniquement sous l'angle pathologique, de la déviance ou du passage à l'acte.

C'est aussi un sujet qui a été assez peu étudié jusqu'à présent. En effet, les recherches en psychiatrie s'orientent plus généralement vers les origines de la maladie, les nouveaux traitements médicamenteux et plus récemment, vers l'insertion et l'intégration sous l'angle de l'accès à l'emploi ou à un logement autonome. Mais la sexualité, la vie affective ou même la parentalité font rarement l'objet de recherches.

Cependant grâce à de nouveaux traitements et à de nouvelles mesures psychosociales, on constate une évolution favorable dans les soins de la maladie psychique. Ainsi avec une vie affective et sexuelle devenant accessible, la qualité de vie des patients s'en trouve améliorée. En effet on sait aujourd'hui que toute évolution favorable des troubles psychiques passe par un enrichissement de la vie relationnelle et sociale alors qu'au contraire repli et isolement aggravent ces troubles.

● **Une aventure sentimentale est plus difficile à vivre avec une maladie psychiatrique**

Toute personne même en bonne santé mentale a besoin d'une bonne dose de courage pour entreprendre une aventure sentimentale. En effet l'interprétation par l'un des signes de l'autre peut s'avérer irréaliste et entraîner de grosses désillusions. La personne aimée peut se voir ainsi

dotée de toutes les qualités qu'elle n'a peut-être pas... De plus une jalousie peut voir le jour sans aucun fondement... Bref avec toute une panoplie de décollages possibles de réalité ! L'amour peut donc être la meilleure chose qui puisse nous arriver mais qui peut aussi devenir une source de souffrance et de profonde remise en question.

Toute personne qui a des troubles psychiques a donc besoin d'une dose de courage supplémentaire pour se lancer dans une telle aventure. Une certaine fragilité est déjà installée, de fausses interprétations ou des idées en dehors de la réalité préexistent déjà.

● **La maladie psychique apparaît généralement à l'entrée dans l'âge adulte**

L'éclosion de la maladie psychique a lieu généralement à l'adolescence ou à l'entrée dans l'âge adulte.

Cette période est difficile car elle correspond à la transformation du corps, à l'apparition des désirs, ou encore à la possibilité physique de concevoir un enfant. C'est aussi le moment où l'on choisit les objets d'une vie autonome d'adulte. Enfin on construit une identité stable d'une part en apprenant progressivement qui on est, ce que l'on veut en matière de relation amoureuse, et d'autre part en affirmant une identité sexuelle, hétérosexuelle ou homosexuelle.

L'apparition d'un trouble psychique, appelée décompensation, intervient donc à cette période de la construction de la personnalité, souvent même avant son achèvement.

Dans le domaine psychique, lorsqu'un sujet est

confronté à une situation affective nouvelle et insupportable, la décompensation est une crise qui marque l'effondrement de ses mécanismes de défense névrotiques qui, avant la crise, suffisaient à compenser de difficiles situations affectives.

● **La maladie psychique diffère la construction de la personnalité**

Une fois émergé de sa maladie psychique et stabilisé, le sujet aura souvent à reprendre le chemin de la construction de sa personnalité à l'endroit même où il l'avait laissé.

Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple d'un homme accompagné dans nos services, âgé de 38 ans aujourd'hui et qui a vécu 20 ans d'allers-retours en psychiatrie. Il a raté toute une tranche de sa vie sans choix d'études, sans choix de travail, sans premières expériences amoureuses ou sexuelles. Allant mieux aujourd'hui, son comportement est celui d'un adolescent de 15 ans, arborant avec originalité vêtements et coupes de cheveux. Il déclare se faire beau gosse et exprime clairement que son but est d'avoir une copine, de s'acheter un scooter et de travailler plus tard. Il ne s'agit pas là de signes d'une déficience ou d'un handicap intellectuel, mais tout simplement d'une longue reprise de toutes les étapes ratées de son parcours de vie interrompu par sa maladie.

● **La maladie psychique favorise les rencontres en milieu psychiatrique,**

Où se font les rencontres amoureuses aujourd'hui ? Dans la population générale, une étude réalisée en 2013 par l'INSERM nous apprend que 25% des femmes et 39% des hommes rencontrent leur premier partenaire sexuel au cours de leurs études, tandis que 15% des femmes et 10% des hommes le font lors de soirées entre amis. Quant aux rencontres entre conjoints, 10% ont lieu au travail, 15% pendant les études et 18% par l'intermédiaire d'amis.

...avec le risque d'y fréquenter plus malade que soi,

Même s'il n'existe pas d'études statistiques à ce sujet, on sait qu'en raison d'arrêts, de pauses dans les études, ou encore d'hospitalisations successives, le cercle des relations d'une personne atteinte de maladie psychique se modifie et se

réorganise autour du milieu psychiatrique. Ainsi de nouveaux liens ne manquent pas de se tisser avec des personnes qui vont mal, voire encore plus mal que soi, et peuvent donc être une source d'inquiétude en raison d'un risque de mauvaise influence et peut-être même un risque de mise en danger.

De plus, dans un couple formé au sein d'une institution psychiatrique, l'état de santé de l'un influe forcément sur celui de l'autre.

...avec l'avantage de rompre une solitude néfaste.

Pendant on sait que l'isolement a un effet très négatif sur la maladie psychique. Il provoque un renforcement des symptômes et une intensification du repli. Aussi de plus en plus de structures ont recours à des pairs aidants. Ils sont en mesure d'apporter un large soutien aux patients comme c'est le cas de Vincent Demassiet, Président de l'Association des entendeurs de voix.

Même si des relations nouées en milieu psychiatrique comportent quelques risques, il est pourtant très important d'en considérer les nombreux avantages. S'opposer à ces relations reviendrait à empêcher une indispensable vie relationnelle qu'elle soit faite d'amour ou de vie sociale tout simplement.

● **Les rencontres se font aussi en dehors du milieu psychiatrique...**

...mais le partenaire du patient doit être informé,

Quand la maladie psychique survient au sein d'un couple, celui qui n'est pas touché n'a pas d'autre choix que de s'adapter à la situation et de suivre son conjoint dans un parcours chaotique, fait de crises, de consultations, de situations d'urgence.

Dans ce cas, le conjoint du patient est forcément informé de toutes ces épreuves partagées. Par contre si le patient qui va mieux fait une rencontre amoureuse en dehors du milieu psychiatrique, se pose la question du dévoilement de son affection. Même si en déterminer le lieu, le moment ou les circonstances est une affaire compliquée, elle s'avère néanmoins indispensable. Une relation stable ne peut pas se construire sans établir une solide base de confiance.

... mais le patient doit être protégé de sa vulnérabilité, mais pas au prix de sa liberté,

Les troubles psychiques peuvent de manière transitoire ou durable mettre la personne qui en souffre en situation de vulnérabilité. En effet des gens mal intentionnés peuvent repérer et abuser de cette vulnérabilité à leur profit. Il va de soi qu'assurer la protection de ces personnes est un devoir.

Cependant cette vulnérabilité d'origine psychique remet forcément en cause la notion de consentement. Alors pour cause d'affection psychique, ne devrait-on réserver ses relations affectives ou sexuelles qu'aux personnes souffrant de la même affection ? Paradoxalement, en voulant trop protéger ces personnes, on les stigmatise, on les enferme dans leur statut de malade, tout en réduisant leur liberté.

Rappelons qu'il est possible aujourd'hui de porter plainte contre quelqu'un qui a eu des relations sexuelles avec une personne reconnue handicapée pour ce seul motif, même si elle a été consentante.

● **Patients et proches doivent pouvoir accepter de revoir leurs idéaux à la baisse**

Que ce soit pour leurs études, pour leur travail ou encore pour leur vie de famille, les personnes souffrant de maladie psychique sont souvent amenées à reconsidérer rêves, idéaux ou encore projets de vie qu'ils avaient pu nourrir avant le début de leur maladie. C'est aussi le cas de leur vie relationnelle et plus particulièrement de leur vie sentimentale. Pour certains même, il peut s'agir d'un véritable deuil de leur idéal de vie.

Soulignons que cette jeune femme a donc accepté de réduire l'écart entre son idéal et la réalité. Mieux, elle envisage un avenir avec cet homme qui la valorise et auprès duquel elle se sent bien, elle se sent mieux. Ainsi les familles tout comme les soignants doivent accueillir ces choix amoureux sans les juger, même s'ils sont loin d'être conformes au genre idéal attendu...

Il est important que la famille aussi fasse ce travail de deuil, extrêmement difficile. L'enfant a été idéalisé, on a rêvé pour lui les plus beaux projets, un avenir brillant et voilà que la maladie lui tombe dessus... Ce lot de désillusions et d'inquiétude ne doit pas rester sans réponse. Il ne faut pas hésiter à se faire aider par des psychologues, par des pairs aidants ou des associations comme l'UNAFAM.

● **La maladie psychique affecte la vie sentimentale...en réduisant l'activité sexuelle,**

Des études étrangères montrent que les relations sexuelles de ces personnes sont moins fréquentes que la moyenne avec leur maladie à l'origine. D'autre part la majorité des personnes vivant en institution n'ont pas de rapports sexuels.

La maladie, surtout dans ses phases aiguës, provoque une baisse de libido qui peut même perdurer. La cause peut en être la maladie elle-même ou les effets secondaires des médicaments. D'autre part une fréquente prise de poids peut altérer le rapport à son propre corps donc le rapport à l'autre et de fait entraver une vie affective et sexuelle épanouie. Chez l'homme les mêmes causes peuvent produire des troubles de l'érection.

Aujourd'hui l'OMS reconnaît le concept de santé sexuelle. La sexualité doit donc être considérée comme une part importante de la vie de tout individu et doit donc à ce titre être prise en compte dans les soins ou l'accompagnement des patients.

...en provoquant l'arrêt de la prise de médicaments soupçonnée d'affecter la sexualité,

Quand leur sexualité est affectée, il est important que ces personnes puissent faire la part des choses entre les effets secondaires de leur traitement et les effets négatifs de la maladie elle-même. Sinon elles risquent de rejeter leur traitement avec tous les risques encourus tels qu'une aggravation des symptômes voire une rechute.

Ces personnes ont besoin que ce tabou soit brisé. Un dialogue portant sur ce sujet doit pouvoir s'instaurer.

...en vivant dans un établissement de santé,

Historiquement, les rapports sexuels entre patients étaient interdits dans les hôpitaux psychiatriques. Jusqu'aux années 80, la mixité n'était même pas encore très courante. Pourtant à l'époque, les hospitalisations étaient très longues et le lieu de soins pouvait devenir le lieu de vie des patients. Cette interdiction des rapports sexuels à l'hôpital était d'autant plus paradoxale que cet interdit a été maintenu même après la mise à disposition de préservatifs lors de l'apparition du sida.

De nos jours, même s'il n'y a plus d'interdit, le sujet reste encore peu abordé. Par défaut de formation, le personnel est réticent, peu qualifié et ne se sent pas habilité à apporter des réponses.

Cependant de plus en plus de groupes de discussion abordent le sujet et lèvent les résistances.

...en vivant dans un établissement médico-social,

De moins en moins de règlements interdisent la sexualité dans les établissements médico-sociaux et c'est une bonne chose. Ce sont des lieux de vie à part entière où les personnes accueillies doivent pouvoir mener la vie la plus normale possible, sexualité incluse.

Il peut cependant s'avérer difficile d'y préserver une indispensable intimité. Même s'ils ont de bonnes raisons pour le faire, nombre de professionnels pénètrent encore à tout moment dans les chambres des résidents sans prévenir.

De plus un droit de visite de personnes extérieures est rarement autorisé pour la nuit. Il reste donc encore bien des réflexions à mener et des ajustements à opérer pour que ces établissements prennent réellement en compte la vie affective et sexuelle de leurs résidents. Des détails apparents comme la mise à disposition de lits simples ou de lits doubles ont toute leur importance.

...En vivant dans un domicile indépendant.

En l'absence de structure d'accompagnement sur place, il est important que le patient puisse aborder ce sujet auprès de son psychiatre, de son médecin généraliste ou encore qu'il puisse s'informer par l'intermédiaire d'autres structures comme les CMP ou les GEM.

● Se marier et fonder une famille est un droit pour tous,

La réglementation a été fixée en 2010 lorsque la France a ratifié la Convention relative aux droits des personnes handicapées adoptée par les Nations Unies en 2006. Elle stipule que « se marier ou fonder une famille est un droit reconnu pour tous, y compris pour des personnes qui seraient reconnues handicapées. » De plus être sous curatelle ou même sous tutelle ne modifie pas ce droit, la tutelle n'entraîne pas la privation de l'autorité parentale

...mais le bien-être de l'enfant doit aussi être assuré,

D'un autre côté, c'est l'intérêt de l'enfant qui prévaut à toute décision concernant son éducation. La Convention Internationale des droits de l'enfant de 1989 stipule dans son article 18 que « pour garantir les droits de l'enfant, les états accordent l'aide appropriée aux parents et représentants légaux de l'enfant dans l'exercice de la responsabilité qui leur incombe d'élever l'enfant, et assurent la mise en place d'institutions, d'établissements et de services, chargés de veiller au bien-être des enfants. »

Quel compromis trouver avec la maladie psychique ? Il n'y a a priori aucune raison de refuser aux personnes souffrant de troubles psychiques le droit de donner la vie. Donc la première chose à faire est de reconnaître le désir d'enfant comme une aspiration légitime, donc de le prendre en compte et de l'écouter.

Avoir un désir d'enfant c'est être comme tout le monde, c'est dépasser sa maladie, c'est dépasser son handicap. Même si en final, pour une raison quelconque, la personne renonce à ce projet, le fait de reconnaître son désir comme légitime et d'accompagner sa réflexion, participe à son processus de rétablissement en lui donnant la possibilité et la capacité de se projeter dans l'avenir.

...mais il y a un risque avec la prise de médicaments,

Les femmes enceintes souffrant de troubles psychiques sont classées comme groupe à risque. Ce peut être le risque dû aux effets des médicaments sur le fœtus ou encore des risques de crises ou de rechutes en cas d'arrêt du traitement. Faut-il courir ce risque pour la mère, pour l'enfant ?

...mais il y a le risque de devoir choisir entre quitter son lieu de vie et placer son enfant

Avoir un enfant ne rend pas plus autonome. Au contraire, le besoin de soutien devient encore plus fort.

Le problème est que la réglementation actuelle ne prévoit pas qu'un établissement, médico-social par exemple, puisse accueillir de façon permanente l'enfant d'un résident. Cela signifie que garder son enfant pourra impliquer de quitter son lieu de vie. Pourtant quand on désire un enfant, ce n'est pas pour qu'il soit placé et élevé par d'autres.

Une étude réalisée par le Conseil Départemental du Val d'Oise a montré que sur les 125 personnes reconnues travailleurs handicapés du département, tout handicap confondu, 25 étaient parents. Une enquête complémentaire a montré que 50% des enfants ayant des parents reconnus handicapés ne vivaient pas avec eux.

...pourtant assumer l'éducation d'un enfant est possible dans un environnement favorable

Une thèse présentée par Marc Boily en 2009 à l'Université Laval au Québec portant sur l'exercice parental chez les personnes souffrant de troubles psychiques, montre que les facteurs environnementaux sont essentiels dans la réduction ou l'accroissement des risques :

« - Des parents souffrant de troubles mentaux sont à priori en mesure de satisfaire les besoins de leur enfant.

- Si des difficultés se présentent, elles peuvent n'être que ponctuelles.

- Ce qui fera la qualité de leur prise en charge, ce seront leurs ressources financières et matérielles, la taille de la famille, l'âge des enfants, le soutien de leurs proches, un réseau social et des services en place.

- Le facteur de protection le plus important est le réseau social. Les mères qui en bénéficient sont plus présentes auprès de leurs enfants et développent une relation mère-enfant plus positive.

- Pour répondre aux attentes, aux questions, aux responsabilités et aux besoins particuliers de ces nouveaux parents, il faut mettre en place des groupes de soutien et des programmes d'intervention.

- L'adhésion à un groupe de pairs apporte et partage l'expérience de tous les participants. »

Ajoutons que vu l'importance de l'environnement, la famille aura aussi sa part de décision sur l'opportunité d'une maternité, d'autant plus que c'est bien avant la naissance que devront être mises en place des stratégies préventives et thérapeutiques d'accompagnement.

...mais quel est le risque de transmission héréditaire de la maladie psychique ?

Il existe des études françaises concernant la

transmission héréditaire de la schizophrénie.

Sur 1% de la population qui en souffre, chez les adultes dont 1 parent est malade, 7% des enfants risquent de développer une schizophrénie. Si les deux parents sont malades, 27% des enfants risquent de développer une schizophrénie. Cette probabilité passant à 50% entre vrais jumeaux prouve que le phénomène n'est que partiellement héréditaire.

...pourtant assumer l'éducation de ces enfants est possible avec accompagnement, adaptation et information

Les enfants nés de mères psychotiques sont identifiés comme à haut risque par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1975. C'est-à-dire qu'ils justifient de mesures d'accompagnement et de prévention.

L'enfant court trois risques :

- risque de développer une maladie mentale en partie héréditaire

- risque quant à son développement

- risque lié aux souffrances auxquelles l'enfant est confronté lors d'un épisode aigu de ses parents

...mais il importe que la mère reste en contact avec son enfant,

Même si un enfant éprouve des difficultés à vivre auprès d'un parent souffrant d'une vulnérabilité mentale ou d'un trouble psychopathologique, il est important que la mère garde son enfant.

« Cependant la maladie psychique du parent ne doit pas compromettre la sécurité physique, psychique et morale de l'enfant. Pour cela il faut que ce contact soit supportable et adapté à l'enfant, selon son âge et sa maturité. »

D'après " Les enfants de parents malades mentaux " par Yves-Hiram Haesevoets

...mais il importe que l'enfant soit mis au courant de la maladie de sa mère,

« Selon son âge et sa maturité, il importe que l'enfant soit mis au courant de la maladie de sa mère, de ce qu'elle signifie et de ce qu'elle implique. Avec ses impondérables et ses crises probables, la maladie du parent est un fait réel. Confronté ainsi à

cette dure réalité, pour éviter que son imagination le fasse fantasmer, l'enfant doit pouvoir se forger son opinion et s'en ouvrir à d'autres. Ainsi guidé par ses intuitions et son sens de l'observation, l'enfant comprendra que son parent est psychologiquement fragile avec même parfois des attitudes bizarres. L'enfant mis en confiance nouera alors une relation plus sereine avec son parent. »

D'après "Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale - Regard sur la parentalité" par Sarah Coté-Delisle

...et les relations entre cette parentalité particulière et l'enfant peuvent aussi être harmonieuses.

« J'ai toujours su que je n'étais pour rien dans ce qui arrivait à ma mère. D'ailleurs, nous discutons ouvertement de ses crises, bien que cela réanimait chez elle de vives émotions. Nous trouvons même la capacité de rire de certaines anecdotes survenues durant ces périodes de moindre lucidité. Nos échanges représentaient un véritable baume, un pur moment de complicité. En somme, ce passé peu banal m'a façonné sans pour autant nuire à mon développement. J'affirmerai l'avoir vécu avec résilience »

Il est intéressant d'entendre pour une fois le point de vue de l'enfant, celui dont on dit partout qu'il faut défendre ses intérêts.

« Les personnes atteintes de troubles mentaux vivent la parentalité comme une expérience positive, ma mère en témoigne. Son rôle de parent l'a plus d'une fois aidée à retomber les deux pieds sur terre. Or bien que la maladie mentale d'un parent ne soit pas sans conséquence sur l'enfant, ce parent ne doit pas pour autant être privé du droit d'exercer son rôle parental. Au contraire il importe plutôt de mettre en œuvre des stratégies d'aide efficaces qui répondent véritablement aux besoins de chacun des membres de la famille et de l'entourage. »

Extrait de "Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale - Regard sur la parentalité" par Sarah Coté-Delisle

● Des progrès sont à venir avec le développement des unités de périnatalité

Le regard de la société évoluant, il est plus facile aujourd'hui de multiplier les contacts entre enfants et personnes atteintes de troubles psychiques. Il

devrait en être de même du regard que porte la société sur cette parentalité particulière.

Avec l'amélioration des traitements et l'efficacité grandissante des thérapies proposées, ces patients de mieux en mieux soignés pourront plus facilement vivre comme tout le monde, satisfaire leur envie de couple et de vie de famille. Encore faudra-t-il que les moyens et les structures suivent. Il existe bien en France quelques unités de périnatalité mais elles sont encore en nombre insuffisant. Citons le Groupe soutien mère-enfant de l'hôpital de Pontoise ou encore le Service hospitalier mère-enfant de moyen séjour du Vésinet.

*** QUESTIONS ET ÉCHANGES ***

- Un tabou propre à la France ? Malgré l'importance du sujet dans l'intérêt des malades, la France a pris un gros retard en matière d'information et de formation, loin derrière les pays scandinaves, le Canada, ou encore la Belgique.

- Les médicaments peuvent avoir des effets secondaires importants, pas toujours prévisibles, agissant différemment d'une personne à l'autre. Ainsi il arrive que le meilleur traitement ne soit obtenu qu'après plusieurs ajustements, avec des effets sur la vie sexuelle. Quand une baisse de libido a pour effet un arrêt de la prise de traitement, les soignants doivent pouvoir expliquer qu'il peut s'agir aussi d'un effet somatique de la maladie elle-même.

- Les professionnels des GEM peuvent intervenir indirectement sur le sujet en organisant des groupes de parole constitués de volontaires motivés souhaitant s'informer ou partager leurs expériences.

- Les personnes qui souffrent de troubles psychiques transmettent à leurs parents leur anxiété et leurs angoisses, ce qui génère un climat de défiance peu propice aux échanges de fond. Les parents sont si préoccupés et si désorientés que souvent ils ne prennent pas conscience que leurs propres souhaits ou désirs peuvent être très éloignés des attentes ou des préoccupations de leur enfant. C'est donc plutôt aux professionnels d'aller chercher la parole auprès d'eux, de dire ce qu'il faut faire, de recueillir ce dont ils ont besoin,

ce qui peut les aider, de leur offrir cet espace où ils peuvent s'exprimer en toute liberté. De quel droit nous, adultes parents d'enfant souffrant de troubles psychiques, pouvons-nous intervenir dans sa vie ? En complément du travail des soignants, le rôle essentiel que nous avons à jouer n'est-il pas plutôt d'assurer une présence, une vie affective, une relation d'amour avec nos enfants ?

* COMPLÉMENTS D'INFORMATION *

- Les enfants de parents malades mentaux par Yves-Hiram Haesevoets

http://www.psy.be/famille/ensemble/enfants-parents-malades-mentaux_5.htm

- Thèse de Marc Boily :

Sur Google rechercher « these marc boily » - sinon aller à l'adresse :

https://www.google.fr/search?q=th%C3%A8se+marc+boily&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=NxmdVvCgLIGLU6rvpcAN

- Revue :

Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale - Regard sur la parentalité par Sarah Coté-Delisle, Bulletin Le Partenaire, volume 15, N°1-2007



Anne-Gaël GUIOL



Abbaye d'Auberive photo : Bernard Béros

Psychoses débutantes : L'intérêt d'une prise en charge précoce

Synthèse de la conférence-débat du 24 septembre 2016

animée par **Juliette Martin**

médecin psychiatre au Centre Hospitalier de la Chartreuse de Dijon
responsable du CIPP - Centre d'Intervention Précoce pour Psychose -

Des recherches cliniques menées depuis une dizaine d'années montrent qu'un diagnostic précoce de la maladie schizophrénique, suivi d'une prise en charge rapide, favorisent une évolution plus favorable vers un rétablissement. En effet après l'apparition des premiers symptômes de la maladie, il existe une période critique de 3 à 5 ans pendant laquelle tout retard de traitement diminue les chances d'un pronostic favorable. La prise en charge précoce d'un jeune patient présentant un trouble psychotique constitue donc un véritable enjeu de société.

Le CIPP est une structure ambulatoire intersectorielle créée en 2015 et située au Centre Hospitalier La Chartreuse à Dijon. Le CIPP offre une prise en charge pluridisciplinaire et précoce qui comprend des avis spécialisés, des bilans approfondis et des soins de réhabilitation à destination de jeunes adultes. Ce service est en plein développement.

● La schizophrénie est une affection grave qu'il faut pouvoir prévenir

La prévention en santé publique, c'est agir en amont des troubles et assurer une prise en charge précoce

En 2012 le Ministère de la Santé élaborait un Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 dont l'objectif affiché était de prévenir et de réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques. Il y est mentionné : La prévention en santé publique, c'est d'abord agir en amont des troubles afin d'en réduire l'incidence. Prévenir c'est ensuite permettre le repérage des troubles et faciliter l'accès aux soins pour des prises en charge précoces et adaptées afin de préserver au mieux le devenir de la personne.

Les premières descriptions de la schizophrénie parlaient de démence précoce. Cet aspect très pessimiste et très négatif a longtemps imprégné la psychiatrie, empêchant tout progrès en matière de prévention et de prise en charge précoce.

Conscient du retard pris par la psychiatrie en ce domaine, un praticien australien, le Docteur Mc Gorry, crée en 1990 les premiers services dédiés à une prise en charge spécifique des troubles psychotiques débutants et ouvre ainsi la voie vers une évolution positive de la maladie.

La schizophrénie en chiffres montre la gravité

de cette affection

- La 8ème maladie la plus invalidante au monde selon l'OMS,
- 0,7% de la population mondiale est affectée,
- 600 000 personnes en France sont affectées, et 10 000 nouveaux cas apparaissent chaque année,
- 1,1% de la dépense nationale de santé est consacré à cette maladie,
- 10 ans d'espérance de vie sont perdus en moyenne, surtout par un défaut d'accès aux soins,
- 50% des patients tentent de se suicider et 10 à 15% en meurent.

C'est au cours du premier épisode psychotique que les passages à l'acte sont les plus fréquents :

- 49% sont des tentatives de suicide,
- 54% sont des automutilations,
- 38% sont des agressions.

La violence est une manifestation minoritaire de la schizophrénie

L'image de la violence associée à la schizophrénie portée par la société et les médias est complètement fautive. Plus de 90% des patients n'ont jamais été violents. Avec 14 fois plus de risque de subir une violence que d'en commettre une, ce sont plutôt eux qui vont souffrir de la violence des autres.

Trop de patients échappent encore à des soins qui pourraient les rétablir

11% seulement des patients se rétablissent alors que les 2/3 pourraient l'être. Ceci prouve à quel

point il est nécessaire de développer ces prises en charge spécifiques.

- **Les symptômes de la schizophrénie se sont récemment enrichis des troubles cognitifs**

Les symptômes classiques de la schizophrénie sont de trois types

1- Des symptômes positifs qui s'ajoutent à un comportement dit normal.

70% des patients présentent un SPR ou Symptôme de Premier Rang. Il se traduit par des hallucinations, un syndrome d'influence, des pensées imposées, une diffusion de pensées, un vol de pensées, des perceptions délirantes.

2- Des symptômes négatifs qui sont en retrait par rapport à un comportement dit normal.

On note un appauvrissement affectif et émotionnel du patient avec une mise en retrait entraînant son incapacité fonctionnelle.

3- Des symptômes de désorganisation amenant le patient à une incapacité à construire un discours, à avoir un comportement ou un ressenti cohérents.

De nouveaux symptômes par troubles cognitifs permettent de mieux affiner le diagnostic

4- Les symptômes de troubles cognitifs sont de plus en plus utilisés car 85% des patients atteints de schizophrénie présentent des troubles cognitifs et la totalité des patients ont un fonctionnement cognitif diminué par rapport à celui qu'ils avaient avant le début de la maladie. Ces troubles cognitifs sont essentiels car ils vont permettre de prédire un handicap fonctionnel du patient, c'est-à-dire ayant un effet négatif sur son quotidien, sur son emploi, ses études, son autonomie, sur ses liens sociaux.

Ils sont d'apparition précoce et des études montrent qu'ils sont souvent, avec les symptômes négatifs, les premiers symptômes à apparaître dans les troubles psychotiques. Il faut donc y prêter attention car ils peuvent expliquer chez un jeune son retrait social ou son déclin scolaire par exemple.

Ils ne sont pas spécifiques. Chaque patient a son profil cognitif propre qui devra être spécifié dans son bilan personnalisé.

- **La détection des troubles cognitifs ouvre une nouvelle voie pour la prise en charge précoce**

La neurocognition est essentielle à la gestion

des activités de la vie quotidienne et professionnelle.

La **neurocognition** ou **cognition froide** concerne surtout l'attention sélective qui est fréquemment altérée. C'est elle qui permet de se remettre rapidement à une tâche en cours après un moment de distraction. Ce symptôme se manifeste par l'incapacité de suivre une conversation ou encore un film dans sa totalité. Ainsi le patient aura tendance à s'isoler en ne voyant plus personne ou en n'allant plus au cinéma.

La neurocognition concerne aussi la mémoire sous toutes ses formes, les fonctions exécutives telles que inhibition, flexibilité, initiation, planification, hiérarchisation des actions, et aussi la vitesse de traitement.

La cognition sociale regroupe les opérations mentales concernant les interactions sociales avec les autres

Lorsqu'elle est affectée, la cognition sociale ou cognition chaude, est très invalidante pour la qualité de vie avec les répercussions suivantes.

- La théorie de l'esprit est la capacité à attribuer des intentions à autrui tout en comprenant qu'elles diffèrent des nôtres.

- Le traitement émotionnel correspond à la capacité de reconnaître ses propres émotions ainsi que celles des autres par la parole ou l'expression du visage. Le patient affecté aura tendance à percevoir chez son interlocuteur de la colère ou du mépris sans raison, ce qui le détournera encore plus des autres.

- Le style attributionnel mesure la tendance de tout un chacun à s'attribuer la cause de tout ce qui arrive. Par exemple des personnes déprimées s'attribuent la responsabilité de leurs malheurs. Par contre le style attributionnel externe fait rejeter la responsabilité sur les autres. Entre les deux un style attributionnel normal sait prendre en compte un contexte et des circonstances.

- La perception sociale ou connaissance sociale est principalement altérée quand la maladie débute tôt. Elle mesure l'aptitude à s'impliquer dans une situation sociale vécue.

La métacognition est la clé d'un diagnostic précoce des troubles psychotiques

La métacognition c'est la pensée de sa propre pen-

sée, l'aptitude à faire le récit de soi, à se raconter. C'est aussi l'insight, la façon dont on perçoit sa maladie, sa souffrance ou son besoin de soins. Plus les processus métacognitifs sont altérés, plus l'insight est altéré et plus il est difficile de convaincre les patients de se soigner, d'accepter un traitement, voire même de leur faire reconnaître qu'ils sont en difficulté.

Puisque ces troubles métacognitifs apparaissent très tôt avec la maladie, les troubles psychotiques pourront donc être soignés dès leur apparition mais à la condition que la prise en charge ait bien eu lieu.

- **Les psychoses débutantes doivent être prises en charge au plus vite**

Une psychose débutante est définie par la manifestation conjuguée de deux moments critiques

Le premier moment d'une psychose débutante est la phase de prodrome qui correspond à un changement de comportement de la personne par des signes que l'on peut par erreur chez un sujet jeune, attribuer à une crise d'adolescence. Le second moment débute avec le premier épisode psychotique et se poursuit pendant 5 ans.

C'est pendant ces deux moments de la maladie qu'il faut opérer une prise en charge pour éviter une évolution défavorable de la maladie.

- **Une prise en charge précoce est un enjeu majeur pour le jeune adulte qui construit sa vie**

La fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent une phase critique de développement. Les projets de vie s'élaborent, la personnalité achève de se développer. C'est donc l'acquisition même de l'autonomie de la personne qui se trouve menacée par une entrée dans la maladie à ce moment-là. La fin des études, la vie sentimentale, la vie sociale pourront en être gravement affectées. L'entrée dans la maladie d'un adolescent se produit souvent à la première étape du cycle de sa vie, au moment crucial où il doit quitter sa famille d'origine et donc faire face seul à des tâches de plus en plus ardues.

Généralement la première décompensation de la schizophrénie touche davantage les garçons entre 18 et 25 ans que les filles, souvent à un âge plus tardif pour elles. Plus la première crise sera tardive,

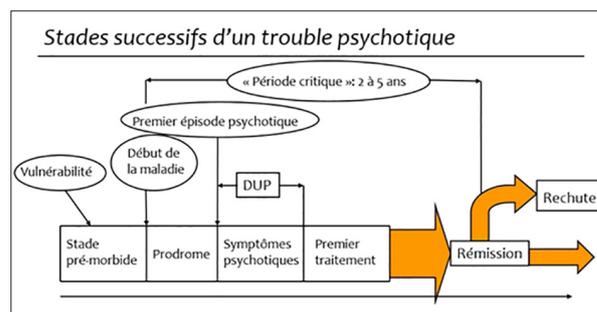
moins la construction de la personnalité et le projet de vie en seront affectés et donc plus la maladie sera facile à traiter.

*Décompensation : Dans le domaine psychique, lorsqu'un sujet est confronté à une situation affective nouvelle et insupportable, la **décompensation** est une crise qui marque l'effondrement des ses mécanismes de défense névrotiques qui, avant la crise, suffisaient à compenser de difficiles situations affectives.*

- **Phases évolutives de la schizophrénie débutante au cours du temps**

- 1- **Le stade pré-morbide de la psychose correspond à une période de vulnérabilité sans symptôme significatif**

Même si elle ne présente aucun symptôme, une personne peut faire l'objet d'une fragilité personnelle d'origine biologique ou génétique, qui pourra la faire basculer dans la maladie psychotique lorsqu'elle sera soumise à un stress important. Ce stade peut durer 15 ans.



- 2- **Le stade prodromique de la psychose correspond au début de la maladie mais sans symptômes caractéristiques**

La phase prodromique correspond à l'apparition de premiers symptômes dits aspécifiques du trouble psychotique et s'achève avec l'apparition du premier épisode psychotique aigu.

La difficulté du diagnostic est qu'il n'existe pas de signe annonciateur capable de faire suspecter un début de psychose. Des atteintes cognitives sont présentes mais elles sont difficiles à mettre en évidence.

Face à ces symptômes et devant une plainte floue de leur patient, les médecins généralistes, peu formés sur le sujet en général, prescrivent un anxiolytique ou un antidépresseur sans rien régler.

Les symptômes qui se manifestent lors de la phase

prodromique et décrits ci-dessous ne permettent pas de diagnostiquer une psychose à coup sûr.

- Des symptômes pseudo-névrotiques, qualifiés à posteriori, se manifestent par de l'anxiété, de l'irritabilité, de la colère, des TOC, des troubles du comportement alimentaire. Comme ces troubles rappellent ceux de l'adolescence, ils peuvent faire négliger un diagnostic de psychose.

TOC ou Trouble Obsessionnel Compulsif : Envie irrépressible de gestes ou d'actes mentaux répétitifs.

- Des symptômes thymiques se manifestent par une alternance de surexcitation et de dépression de forme atypique.

Dépression atypique : les personnes qui souffrent de dépression atypique sont capables de faire face au monde extérieur et de donner l'impression que tout va bien. Elle se sentiront alors très bien pendant un moment lors de l'annonce d'une bonne nouvelle mais aussi très mal lors de la moindre contrariété ou critique. L'humeur d'une personne atteinte de dépression atypique va donc varier en fonction des événements récents bons ou mauvais auxquels elle doit faire face.

- Des troubles de la volition qui rendent le sujet peu volontaire et apathique.

Volition : la volonté est une faculté, tandis que la volition est l'acte concret et particulier qu'effectue la volonté dans une situation donnée. Autrement dit, avoir la volonté, c'est vouloir faire quelque chose, mais sans la volition, elle ne sera pas réalisée effectivement.

- Une méfiance pathologique et une sensibilité qui font basculer ces personnes dans un isolement social avec une forte intériorité et une culture prononcée du secret qui fait qu'elles ne se dévoilent qu'en de rares occasions. Elles peuvent aussi se fâcher avec leurs amis et devenir belliqueuses.

3- Le premier épisode psychotique

Ce premier épisode psychotique est un coup de tonnerre dans un ciel serein... et est constaté chez 75% des patients. Ce premier épisode psychotique se manifeste souvent par des gestes auto-agressifs et des premières tentatives de suicide qui se renforcent par la suite. Moins fréquemment, il peut prendre la forme d'une bouffée délirante aiguë brutale. C'est actuellement un objet de recherches.

4- Le stade DUP (Duration of Untreated Psychosis) ou période de psychose non traitée, correspond au développement de la maladie qui reste pourtant sans soins

D'une durée trop longue jusqu'à 2 ans, c'est la

période pendant laquelle le malade présente des signes psychotiques francs comme des bouffées délirantes, un retrait pathologique mais sans qu'il bénéficie ni d'un traitement médicamenteux ni d'un suivi. Or on sait que plus cette durée s'allonge, plus le pronostic sera sévère et moins l'évolution de la maladie sera favorable.

Plus l'intervention sera précoce, plus cette phase DUP sera courte, meilleure sera la confiance en soi, meilleure sera l'adhésion au traitement et plus on aura de chance d'aller vers une amélioration.

Ceci a même fait l'objet d'une campagne choc de prévention au Royaume Uni qui déclarait qu'en cas de problème à votre véhicule vous serez dépanné en moins d'une heure, alors qu'en cas de problème psychique, il se peut que vous restiez sans aide pendant 18 mois ! Obtenez donc de l'aide au plus vite !

5- Le premier traitement doit intervenir au plus tôt pendant la période critique

On sait qu'il existe une période critique de 3 à 5 ans pendant laquelle il faut commencer la prise en charge. Par exemple, on sait qu'après 5 ans d'évolution de troubles cognitifs, on pourra toujours agir sur la maladie mais les résultats seront moins fonctionnels et moins bons.

On peut opérer une remédiation cognitive à tout moment, mais si on arrive à repérer ces signes de psychose et à les prendre en charge, le pronostic fonctionnel sera meilleur tout comme l'adhésion aux soins.

• Des programmes de recherche et de développement dédiés aux psychoses débutantes se développent très inégalement dans le monde

Les programmes en développement

Nous avons vu à quel point il est important de détecter chez des sujets, jeunes surtout, des signes avant-coureur de psychose débutante, sachant que plus la prise en charge sera tardive et plus les chances de rétablissement se feront rares.

Une multitude de programmes spécifiquement dédiés aux psychoses débutantes ont vu le jour à travers le monde depuis le début des années 90 sous l'impulsion du Dr Mc Gorry en Australie. Les pays modèles sont le Royaume-Uni, le Danemark, la Suisse. Un retard de 15 à 20 ans a été pris par la France.

● **Le caractère essentiel d'une prise en charge précoce est qu'elle soit rapide et personnalisée pour ne pas entraver le rétablissement**

Limiter le caractère traumatisant de la première prise en charge psychiatrique

Ces premiers contacts qui se font parfois dans l'urgence et la violence peuvent être traumatisantes pour le patient. Il est important de ne pas créer de troubles supplémentaires.

Établir une relation psychothérapeutique de qualité

Il faut éviter qu'un sentiment de peur s'installe en mettant le patient en confiance.

Engager la famille dans la prise en charge dès le début des soins

Il faut recevoir rapidement et régulièrement les familles pour en faire des collaborateurs en confiance qui fourniront de précieuses informations. La famille doit être écoutée et prise en charge également.

Offrir une psychoéducation concernant la maladie.

Il faut rendre le patient expert de sa maladie. On combat mieux ce que l'on connaît bien.

Mettre en place un traitement antipsychotique adapté précoce

Il sera à dose minimale efficace en début de traitement sur la base d'une décision médicale partagée, réévaluée et négociée avec le patient. La durée d'un traitement va de 1 à 2 ans.

Prévenir et diminuer la stigmatisation et le traumatisme

Il faut tenir compte de la mauvaise estime de soi et de la tendance à l'auto stigmatisation que présente le patient. Il faut l'aider à retrouver l'envie et le pouvoir de faire.

Stimuler et faciliter une réintégration rapide et meilleure

Elle sera d'autant plus efficace qu'elle sera adaptée à chaque cas en respectant envies et besoins. Sinon les conséquences négatives pourront être multiples

- La réhabilitation sera plus lente et moins complète,
- Le pronostic fonctionnel sera moins bon,
- Le risque de dépression et de suicide sera élevé,

- Le développement psychologique et social sera limité,

- Le soutien familial et social pourrait être perdu,
- Des perturbations dans les fonctions parentales pourraient apparaître,

- Une interruption des études et du travail pourrait se produire,

- Un abus de drogues pourrait se produire,

- Des hospitalisations sous contrainte pourraient s'avérer nécessaires,

- La confiance en soi pourrait être perdue.

● **On ne parle pas de guérison ou de rémission d'une psychose mais d'un rétablissement**

Le rétablissement d'une psychose passe par une redéfinition de soi même

Les personnes rétablies acceptent et dépassent le challenge de l'incapacité.

Une personne qui est rétablie, même si elle peut encore présenter quelques symptômes positifs, a procédé à une redéfinition d'elle-même. Bien au delà d'une simple adaptation à sa pathologie, elle se sent mieux par rapport à sa maladie. Elle a réussi à s'accepter et à se prendre en charge, à bien vivre avec ses limites et ses invalidités, sans avoir encore besoin d'un important suivi médical.

Le ressenti du patient, composante subjective et fondamentale du rétablissement, a fait l'objet de témoignages dont celui de Polo Tonka dans son livre Dialogue avec moi-même.

Le Pr Philippe Jeammet, accompagné de Polo Tonka, est venu présenter une conférence le 18 mars 2015 intitulée Schizophrénie, pathologie mentale ou pathologie des émotions ? Cette conférence a été transcrite dans la revue de l'UNAFAM Le Lien n°56 de septembre 2015.

Le rétablissement d'une psychose passe par 5 stades d'évolution avec des thérapies propres

Même si le rétablissement est un processus long et dynamique impliquant un grand nombre d'étapes, on peut néanmoins distinguer 5 stades pendant lesquels le patient passe du désespoir au bien-être.

- Stade moratoire

Qu'est-ce qui m'arrive ? Je suis fichu... Les symptômes sont reconnus, les soins et le suivi démarrent.

- Stade conscience

Le patient commence à accepter sa maladie. Un combat commence contre les symptômes les plus invalidants comme les hallucinations ou des formes de dissociation grâce à l'action d'une psychoéducation et d'une Thérapie Comportementale et Cognitive (TCC), associées au traitement médicamenteux.

- Stade Préparation

Le patient commence à retrouver de l'espoir et des envies. Outre les médicaments, il est soigné par des TCC, de la Remédiation Cognitive, de l'Entraînement aux Compétences Sociales (ECS).

- Stade reconstruction

Le patient commence à se prendre en main, compte moins sur les traitements, agit et recherche des activités qui favorisent son rétablissement. Il est en mesure de suivre des formations ou de s'impliquer dans de nouvelles activités.

- Stade croissance

Le patient ressent une forme de bien-être associé à la redéfinition de soi.

Les traitements de la schizophrénie par thérapies cognitives et neurocognitives ont été largement abordés par le Dr Briki lors de sa conférence du 24 mai 2014 Remédiations cognitives et schizophrénie.

Cette conférence a été transcrite dans la revue de l'UNAFAM Le Lien n°54 de décembre 2014.

Le rétablissement d'une psychose passe par une démarche personnelle

On constate que le rétablissement ne passe pas seulement par des soins, mais aussi et surtout par des activités ordinaires, obtenues par une longue démarche personnelle et exigeante. Soignants et parents auront donc un rôle très positif en laissant émerger cette démarche personnelle, en l'encourageant et en la favorisant à tout prix.

Selon le Dr Deegan : C'est en acceptant ce que nous ne pouvons faire ou être, que nous commençons à découvrir qui nous pouvons être et faire.

C'est réussir le passage de l'état «**Je suis schizophrène**» à l'état «**J'ai une schizophrénie**». Il exprime une prise de distance avec la maladie, donc une possibilité d'action sur elle.

Pour ne pas briser une confiance affaiblie chez le malade et un sentiment de stigmatisation éprouvé par le patient et sa famille, la sémantique à utiliser est importante. Plutôt que de dire un **patient schi-**

zophrène et prendre en charge, on préférera dire **un patient souffrant de schizophrénie et prendre en soins**.

● Les outils de la prise en charge précoce sont multiples et pluridisciplinaires

Un prise en charge efficace est pluridisciplinaire

Le parcours de soins va engager aussi bien des moyens humains tels que personnel soignant et l'entourage que des moyens techniques tels que consultations, soins médicamenteux, thérapies, formations et activités diverses.

Une prise en charge efficace est pilotée par un référent qui coordonne les intervenants dédiés

Vu la variété des disciplines engagées, une coordination s'avère indispensable. Ce rôle est confié au «case manager» qui va suivre étroitement le patient, le guider, le conseiller et servir d'interface avec tous les partenaires intervenant dans son parcours ou son projet, qu'ils soient médicaux, sociaux ou autres.

Dans ce cas le médecin se recentre sur sa spécialité médicale et délègue au case manager sa responsabilité de coordination et de suivi général du patient. Le succès de cette organisation passe par une forte cohésion de l'équipe soignante.

Une prise en charge efficace passe par une décision médicale partagée et personnalisée avec le patient.

Loin du patriarcat où le médecin savait et le patient faisait, le médecin privilégie à présent la négociation avec son patient et établit avec lui un contrat de santé.

Une prise en charge efficace passe par l'utilisation des Thérapies Comportementales et Cognitives ou TCC

Les résultats obtenus par les TCC sont très bons, surtout dans la prise en charge des premiers symptômes comme les angoisses. Par ses nombreux exercices et tâches diverses à accomplir, le malade est directement impliqué dans la prise de conscience de sa maladie et dans ses soins. Les TCC sont en général prescrites en complément des autres psychothérapies.

Une prise en charge efficace passe par des soins de réhabilitation sur mesure

- Un bilan des compétences

Les soins de réhabilitation commencent par un bilan des compétences préservées et des compétences fragilisées et altérées de la personne, de façon à restaurer ses déficits en priorité.

- Un programme initial de psychoéducation

Au premier stade de la maladie, la psychoéducation consiste à apprendre au patient à bien connaître l'affection dont il souffre. Il peut ainsi mieux se familiariser avec ses symptômes, les identifier et évaluer l'action des médicaments qu'il prend.

Cette formation peut également s'appliquer à son entourage car une prise en charge efficace passe aussi par l'implication des familles.

On utilise généralement le **programme TIPP** ou Traitement et Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques. Il consiste en des fiches au dessin et au titre accrocheurs avec un petit texte qui décrit un problème et propose des solutions permettant de lancer la discussion. Ce jeu favorise l'adhésion du patient aux soins.

- Des bilans, des objectifs et des programmes personnalisés avec de la remédiation cognitive

Ces programmes demandent un investissement personnel. Ils ne seront donc efficaces que si le malade est volontaire et engagé dans cette voie.

Sa motivation se mesure au départ par son implication dans les 3 à 4H de bilans pluridisciplinaires indispensables, à savoir un bilan clinique, un bilan de vie quotidienne, un bilan neurocognitif et un bilan cognitions sociales.

L'étape suivante consiste à définir quelques objectifs précis par patient, par exemple accroître sa concentration pour qu'il puisse suivre un film jusqu'à la fin, ou encore réussir à faire ses courses. Une fois les résultats de bilans pluridisciplinaires acquis et les objectifs thérapeutiques définis, on détermine quel type de programme de remédiation ou de formation sera le mieux adapté au patient.

Les programmes de remédiation cognitive font encore l'objet de réticences injustifiées dans le milieu médical, mais qui ont tendance à s'amenuiser depuis 2 ans. Ces programmes ne remplacent pas mais complètent les suivis classiques en apportant des résultats concrets et mesurables comme l'amélioration de la qualité de vie, des fonctions déficitaires, de l'estime de soi et de l'adaptation sociale et

professionnelle. La remédiation cognitive nécessite la présence d'un neuropsychologue indispensable à l'établissement du profil personnel du patient.

● En conclusion, la prise en charge précoce des psychoses a une efficacité prouvée

Des statistiques portant sur des prises en charge d'une période de 18 mois à 2 ans donnent les résultats suivants :

On observe une diminution à la fois des symptômes, des rechutes, des hospitalisations, des comportements agressifs, des troubles secondaires, de la consommation de toxiques, du coût des soins.

On observe une augmentation de l'observance aux prescriptions, de la qualité de vie, des interactions sociales et de l'intégration professionnelle.

Il est important de rappeler le rôle fondamental joué par la DUP, cette période critique pendant laquelle malgré l'apparition du premier épisode psychotique incontestable aucun traitement n'est appliqué.

Plus cette période sera longue et plus le pronostic de rétablissement sera menacé.

La prise en charge précoce de jeune patient présentant un trouble psychotique constitue donc un véritable enjeu.

QUESTIONS DU PUBLIC

- Le CIPP de La Chartreuse peut accueillir des patients en provenance de tous les secteurs. L'infirmier faisant office de case manager étant seul, il limite ses déplacements à la région dijonnaise.

- Le CIPP de La Chartreuse, depuis novembre 2015, a reçu 73 patients âgés de 18 et 35 ans, issus de tous les milieux sociaux.

- Le CIPP de La Chartreuse compte 1 médecin à mi-temps, 1 infirmier, 1 neuropsychologue, 1 ergothérapeute à temps partiel et 1 infirmière à temps partiel.

- Le CIPP de La Chartreuse a pris en charge des patients dont 16 % travaillent en milieu ordinaire, et 25% en milieu protégé. L'idéal serait de bénéficier des services d'un job coach en mesure de faire le lien entre le milieu professionnel et le milieu sanitaire. Comme au Centre de réhabilitation Nicolas

Franck de Lyon, ce concept est en cours de développement.

- Concernant cette prise en charge, les règles imposées par la MDPH sont trop rigides et inadaptées au handicap psychique qui doit pouvoir s'adapter à des situations pouvant évoluer rapidement dans le temps

- Que faire en tant que parent quand on a chez soi un jeune de 25 ans qui se prive de sommeil, qui passe ses journées dans une chambre sans ménage assis devant son écran, qui a abandonné ses études, qui néglige ses soins corporels et qui ne reconnaît pas son mal-être ?

Si cette situation de renfermement avec déni dure depuis plusieurs années, il y a un moment où, même si c'est violent, il faut envisager une intervention extérieure, comme celle du SAMU. Que ce soit dû à une addiction aux écrans ou à un syndrome de claustrophobie à domicile, il faut absolument casser ce cercle vicieux.

COMPLÉMENTS

Téléchargement des articles parus dans le Lien :

- Aller sur le site de UNAFAM 21 : <http://www.unafam21.org>

- Clic dans le Menu général : Ressources

- Clic sur 1 La revue : le lien

- Clic sur sommaire N°56 septembre 2015 [ou sommaire N°54 septembre 2014]

- Clic sur Cliquer ICI pour lire le LIEN N°56

- Sélectionner votre dossier d'enregistrement sur votre ordinateur

- Clic sur le bouton Enregistrer

> La revue est à présent dans ce dossier au format .pdf

Téléchargement du guide CIPP de La Chartreuse :

- Aller sur le site du Centre Hospitalier La Chartreuse : <http://www.ch-lachartreuse-dijon-cotedor.fr>

- Clic sur TELECHARGEMENTS

- Clic dans la rubrique L'OFFRE DE SOINS sur Guide du CIPP

- Sélectionner votre dossier d'enregistrement sur votre ordinateur

- Clic sur le bouton Enregistrer

> Le document est à présent dans ce dossier au format .pdf



Docteur Juliette Martin

2 poèmes de Mélanie

Des fleurs de saison

Ouvrez la porte ce jour d'automne...

Ouvrez la porte de votre cœur...

Si vous le voulez, j'ai plein de clés

qui savent les ouvrir ...

Si vous le voulez,

J'ouvrirai la porte de votre cœur...à tout prix...

Sans titre

La peau frissonne

pour un petit chaton qui

éveille ses jolis yeux.

Le soleil est beau,

la vie est rose,

et les deux mélangés sont la couleur

de l'amour violet.

Soleil et vie ensemble se marient

dans le désir...

Quand on aime, on ne le fait pas toujours exprès.



Sculpture de Marc Petit Musée d'Auberive Photo : B.Béros

**BIBLIOTHEQUE DE L'UNAFAM 21
LISTE MISE A JOUR LE 07/11/2016**

NOM DE L'AUTEUR	TITRE DU LIVRE	THEME
ÄIT Ali LESIEUR	Guide pratique pour l'insertion et le maintien des personnes handicapées psychiques	Insertion professionnelle
ÄIT Ali LESIEUR	Maladies psychiques et vie sociale	Maladies psychiques et vie sociale
ALEXANDRE Stéphane	Le coupe ongles	Schizophrénie
ALVERY Marie GABERT Hélène	J'ai choisi la vie Être bipolaire et s'en sortir	Maladie bipolaire
AMADOR Xavier	Comment faire accepter son traitement au malade (schizophrénie et bi polaires)	Traitement
ANDRE Christophe	Je médite jour après jour	Méditation de pleine conscience
AUBRY Gwenaëlle	Personne	Schizophrénie
BAPTISTE René	Reconnaître le handicap psychique	Diagnostic
BARBILLOTTE Florence	Obscure clarté	Schizophrénie
BARRE- TROCHERY Nicolas	Accompagner la personne avec schizophrénie	Schizophrénie
BARRON Judy et Jean	Moi l'enfant autiste	Autisme
BELANGER Martin	Moi, Martin Bélanger, 34 ans, schizophrène	Schizophrénie
BENOIT Jean-Claude	Schizophrénies au quotidien	Schizophrénie
BENOIT Jean-Claude	Patients, Familles et Soignants	Entretiens familiaux
BESANCON Marie-Noëlle	On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux	Psychiatrie citoyenne
BOTTERO Alain	Un autre regard sur la schizophrénie	Schizophrénie
BRIFFAUT, CARIA, FINKELSTEIN,...	La Dépression En savoir plus pour en sortir	Dépression
CALIFE Anne	Tant mieux si je tombe	Schizophrénie
CHRISTIANE F.	Moi Christiane F. 13 ans, droguée, prostituée	Drogue
COLUCCI M. DI VITTORIO P.	Franco Basaglia : portrait d'un psychiatre intempestif	Portrait de psychiatre
CORCOS Maurice PHAM-SCOTTEZ Alexandra SPERANZA Mario	Troubles de la personnalité borderline à l'adolescence	Maladie borderline
CUNNINGHAM Darryl	Fables Psychiatriques	Témoignage d'un soignant
CYRULNIK Boris	Les âmes blessées	Autobiographie

CYRULNIK Boris	Mourir de dire la honte	Psychologie
CYRULNIK Boris G. Jorland	Résilience : connaissances de bases	Résilience
CYRULNIK Boris	Un merveilleux malheur	Résilience
DAMORSIO Antonio	L'erreur de Descartes	Neurologie
DANTIN Lionel	Vaincre les TOC	TOC
DARBOIS Marcelle	De la souffrance à l'amour	Schizophrénie
DE BEAUREPAIRE Christiane	Non-lieu - un psychiatre en prison	Psychiatrie en prison
DE VIGAN Delphine	Rien ne s'oppose à la nuit	Maladie bipolaire
DELBARD Mireille	Itinéraires d'insertion	Insertion
DESJOURS Christophe	Recherches psychanalytiques	Recherche
DUFIEF Véronique	La souffrance désarmée	Maladie bipolaire
EMMANUELLI Xavier	Out l'exclusion peut-elle être vaincue ?	Exclusion
ESCAIG B	Que sait-on, que ne sait-on pas sur les troubles psychiques	Troubles psychiques
FOURCADE J.M.	Les personnalités limites, tous borderlines ?	Maladie borderline
FROSSARD Claire	Petite oursonne et son papa	Livre pour enfant de personne malade
GARDOU Charles	Au nom de la fragilité	Fragilités humaines
GARDOU Charles	Pascal, Frida, Kahlo et les autres	Vulnérabilité
GAY Christian GENERMONT Jean-Alain	Vivre avec des hauts et des bas	Maladie bipolaire
GAY Christian COLOMBANI Marianne	Manuel de Psychoéducation – Troubles bipolaires	Maladie bipolaire
GINDER Claire SORBARA Frédéric	Mon humeur enfin stable	Absent ?
GOURION D GUT-FAYAND	Vivre et comprendre les troubles schizophréniques	Schizophrénie
GRANGER Bernard NAUDIN Jean	La schizophrénie Idées reçues sur une maladie de l'existence	Schizophrénie
GRANIER Emmanuel	Idées noires et tentatives de suicide	Psychothérapies comportementales
GREWBERG Michael	Le jour où ma fille est devenue folle	Dépression
GRIVOIS Henri	Parler avec les fous	Absent ?
GUICHARD Jean-Pierre	Vivre et comprendre les troubles bipolaires	Maladie bipolaire
HACHET Pascal	Ces ados qui fument des joints	Cannabis et Adolescence

HANTOUCHE Elie	Le journal de Léa	Troubles bipolaires, TOC
HAUSWALD Grégory	L'adolescence en poche Comprendre et aider nos adolescents	Psycho-sociologie
HEFEZ Serge BANTMAN B.	Un écran de fumée	Drogues
HUERRE P. MARTY Fr.	Cannabis et Adolescence « Les liaisons dangereuses »	Cannabis et Adolescence
JACQUET Bénédicte	Je vis avec la schizophrénie	Schizophrénie
LABRECHE Marie-Sissi	Borderline	maladie borderline
LANGLOIS Richard	Le fragile équilibre Témoignage d'espoir et réflexions sur le trouble bipolaire	Maladie bipolaire
LAPORTE Dominique	Mon fils, schizophrène	Schizophrénie
LAUVENG Arnhild	Demain j'étais folle Un voyage en schizophrénie	Schizophrénie
LAZARTIGUES Alain LEMONNIER E.	Vivre et comprendre les troubles autistiques	Autisme
LECOMTE Jacques	Guérir de son enfance	Maltraitance psychologique
LELORD François ANDRE Christophe	Comment gérer les personnalités difficiles	Psychothérapie
LELORD François	Contes d'un psychiatre ordinaire	Témoignages de psychiatres
LELORD François ANDRE Christophe	La force des émotions	Psychothérapie
MAIGNE Renaud	Un monde idéal perdu La pensée aux frontières de l'infini	Bipolarité
MARZANO M.	Légère comme un papillon	Anorexie
MESSIDOR Expérience de	Une voie de rétablissement pour les personnes en situation de handicap psychique	Rétablissement
NEVEU Rémi (Préface du Dr Jean COTTRAUX)	Faire face aux TOC Troubles Obsessionnels Compulsifs	TOC
NORGER Anne-Marie	La Borde : le château des chercheurs de sens	Vie quotidienne
OLIE J. Pierre	Guérir la souffrance psychique	Souffrance psychique
OLIVIER Chloé & Allan	Psy-causes Psychiatrie Plaidoyer pour une autre approche	Schizophrénie
OURY Jean DEPUSSE Marie	A quelle heure passe le train	Témoignages de psychiatres
OURY Jean ROULOT Danielle	Dialogues à La Borde	Témoignages de psychiatres
POIRE Anne	Histoire d'une schizophrénie Jérémy- sa famille- la société	Schizophrénie
ROBERT Michel	Autobiographie d'un psychotique	Psychose
ROUSSEAU Laurence	Vivre sereinement avec son trouble bipolaire	Maladie bipolaire
ROUSSELET Anne-Victoire	Mieux vivre avec la schizophrénie	schizophrénie

SASSOLAS Marcel	Quels toits pour les personnes souffrant de troubles psychotiques	logement
SASSOLAS Marcel	La psychose à rebrousse-poil	Psychose
SAUCIER Jocelyne	Il pleuvait des oiseaux	Roman
SCELLES Régine	Liens fraternels et handicap	Fratrie
SECHEHAYE M.A.	Journal d'une schizophrène	Schizophrénie
SEKSIK Laurent	Le cas Edouard Einstein	Schizophrénie
SORBARA Frédéric GINDRE Claire	Mon humeur enfin stable	Bipolarité
SUEL Lucien	La patience de Mauricette	Santé mentale
TINÉ Caroline	Le fil de Yo	Roman
TOBIN Catherine	Les schizophrénies	Schizophrénie
TONKA Polo	Dialogues avec moi-même	Schizophrénie
UNAFAM	Comment soigner votre adolescent	Adolescents
UNAFAM	Droit-Justice et Psychiatrie	Droit
UNAFAM	Etre parents d'adolescents aujourd'hui ?	Adolescents
UNAFAM	Frères et sœurs face aux troubles psychotiques	Fratrie
UNAFAM	Préparer le devenir du malade psychique (n°1)	Préparer le devenir du malade psychique
UNAFAM	Préparer le devenir du malade psychique (n°2)	Préparer le devenir du malade psychique
UNAFAM	Vivre avec un malade psychique	Vivre avec un malade psychique
UNAFAM	Votre adolescent vous inquiète	Adolescents
VALENTINI Caroline	Le jour où ma tête est tombée dans un trou	Schizophrénie
VAN MEER RIGO	Vivre avec la schizophrénie	Schizophrénie
VIGOURT Catherine	Un jeune garçon	Drogue
VINCENT Jean-Didier	Voyage extraordinaire au centre du cerveau	Connaissance du cerveau
WALLENHORST Thomas	Développer son intelligence	Intelligence
WALLENHORST Thomas	L'alcool-dépendance : un chemin de croissance	Alcool-dépendance
WALLENHORST Thomas	Le meilleur est en moi	Absent ?
WIAZEMSKY Anne	Je m'appelle Elisabeth	Témoignage
ZARIFIAN Edouard	La force de guérir	Psychologie

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 6 janvier 2017
- ▶ vendredi 3 février 2017

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

GROUPES DE PAROLE 2017

GROUPE 1 LUNDI 14H30-16H 30 Mme ELBACHIR	GROUPE 2 MARDI 18H 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
16 JANVIER	10 JANVIER	10 JANVIER	24 JANVIER	10 JANVIER
13 FEVRIER	7 FEVRIER	JEUDI 16 FEVRIER		7 FEVRIER
13MARS	7 MARS	7 MARS	21 MARS	7 MARS
10 AVRIL à 14H	4 AVRIL	4 AVRIL		4 AVRIL
15 MAI	16 MAI	2 MAI	30 MAI	9 MAI
19 JUIN	13 JUIN	6 JUIN		6 JUIN

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

CALENDRIER PREVISIONNEL 2017

Réunions des familles - Conférences :

- samedi 14 janvier
- mars (SISM)
- samedi 20 mai
- samedi 23 septembre
- samedi 25 novembre

Réunions détente :

- Après midi champêtre : en juin (à préciser)
- Repas : 2 décembre 2017

Bureau (14 h à 17h) :

- Mercredi 25 janvier
- Mercredi 1er mars
- Mercredi 26 avril
- Mercredi 14 juin
- Mercredi 13 septembre
- Mercredi 25 octobre
- Mercredi 13 décembre

“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		
<input type="checkbox"/> Foyer non imposable	14 €	Joindre un justificatif
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Adhérent souscripteur	100 €	
<input type="checkbox"/> Adhérent donateur	250 €	
<input type="checkbox"/> 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