



Bulletin de Liaison

AFTC Ile-de-France / Paris

Sommaire

Page 1

- Editorial

Page 2

- Indemnisation ...

Page 3

- Le Dit du mardi

Pages 4 et 5

- “ Parole des usagers “

Page 6

- Faire confiance à la famille pour la stimulation sensorielle du traumatisé crânien en phase de coma

Page 7

- AFTC Hauts-de-Seine

Page 8

- Handicap : une priorité du quinquennat

Editorial

Après la période estivale, la reprise des activités est enclenchée. Notre AFTC vit une période de restructuration et de réflexion pour faire face aux besoins des blessés et de leurs familles, aux charges de plus en plus importantes, et à la nécessité d'assurer sa présence sur les huit départements d'Ile-de France, territoire vaste et complexe.

D'ores et déjà, ont été mis en place des groupes de travail importants pour l'avenir de l'association dans lesquels se sont investis les membres du Conseil d'administration

Les premiers « chantiers » vont commencer ou sont déjà en route. Ils concernent la révision des statuts de notre association pour favoriser le développement au plus près du terrain, les missions des délégués départementaux, le renforcement de la Commission sociale, l'Inter GEM, l'approche d'une communication modernisée, dont l'évolution du Bulletin de Liaison, la recherche de partenariats et de financements...

Pour cela, nous avons besoin de soutien et de ressources nouvelles. Il paraît essentiel d'ouvrir et de favoriser la participation des adhérents qui, chacun dans son domaine, peut apporter son expérience personnelle et professionnelle, sa motivation, ses idées, ses envies, tout ce qui peut faire grandir notre association pour le bien des blessés et celui des familles.

L'appel aux compétences bénévoles de nos adhérents est destiné à accompagner les actions engagées et soutenir les activités quotidiennes et favorisera la solidarité, chacun participant à la mesure de ses disponibilités et de son intérêt.

Comme chaque année, nous lançons aussi un appel à dons (déductibles fiscalement à 66%) auprès de chacun d'entre nous, en vous proposant de sensibiliser vos proches à la cause de la lésion cérébrale afin de pérenniser notre action.

Pour faire face aux évolutions qui se préparent comme le « virage ambulatoire », la suppression de lits dans le sanitaire, le regroupement d'hôpitaux et autres changements qui risquent d'être lourds de conséquences pour les blessés et leurs familles, l'AFTC IdF / Paris se doit de renforcer sa solidarité, ses engagements et ses actions avec la participation active de ses adhérents d'aujourd'hui et de demain.

Bernadette Filippi
Présidente

Indemnisation ...

... et aide humaine

L'indemnisation des besoins en aide humaine est l'un des postes les plus influents sur le montant de l'indemnisation finale pour les blessés qui « bénéficient » d'un tiers responsable.

Ce poste est toujours sous évalué par les médecins « experts » missionnés par les Compagnies d'assurance, sans que les victimes en aient la moindre conscience. Il est pourtant particulièrement important à la suite d'un traumatisme crânien.

L'aide humaine revêt en effet de multiples formes :

Elle sert bien évidemment à substituer le blessé dans les actes de la vie quotidienne qu'il ne peut plus accomplir,

Mais elle sert aussi à le guider dans les actes qu'il peut réaliser seul en partie seulement ou qu'il ne peut réaliser que s'il est accompagné, à l'inciter pour la réalisation d'actes indispensables qu'il peut accomplir seul mais qu'il omet d'accomplir, à contrôler certains actes qu'il peut accomplir seul mais avec risque d'erreur ou de maladresse, à le stimuler dans la réalisation de certains actes ou activités pour qu'il parvienne à les entreprendre ou à les mener à leur terme avec succès, à veiller pour anticiper et prévenir toute mise en danger de lui-même ou d'autrui, à l'accompagner dans ses déplacements, à le remplacer ou l'assister dans sa gestion administrative et financière, à lui rappeler ses RV importants, etc, etc....

La mise en évidence de tous ces besoins en aide humaine nécessite un travail de réflexion et de préparation important de la part des proches du blessé, qui sont les mieux à même de les décrire dans leurs différentes modalités.

Elle sera toujours renforcée avec profit par un bilan neuropsychologique réalisé par un neuropsychologue formé à l'expertise médicale.

Elle sera également renforcée avec profit dans de nombreux cas par un bilan écologique réalisé par un ergothérapeute formé à l'expertise médicale.

Ce travail préalable à l'expertise médicale sera réalisé de façon plus efficace en collaboration avec un avocat spécialisé, qui le guidera par des questions adéquates, afin que rien ne soit oublié ou négligé.

D'autant plus que celui-ci pourra missionner les médecins conseils, neuropsychologues et ergothérapeutes compétents et accompagner leur travail.

... et aggravation

La reconnaissance des séquelles de traumatisme crânien a considérablement évolué au cours des trois dernières décennies, en partie grâce à l'action de nos AFTC, qui sont parvenues à sensibiliser et à mobiliser les acteurs professionnels et les pouvoirs publics.

Les moyens techniques pour mettre en évidence et mesurer précisément ces séquelles malgré leur « invisibilité » apparente se sont perfectionnés, de sorte que l'indemnisation des victimes de traumatisme crânien est aujourd'hui sans comparaison avec ce qu'elle était autrefois.

De nombreuses victimes ont été indemnisées par le passé par des sommes très modestes pour des séquelles de traumatisme crânien injustement qualifiées alors de « syndrome post-commotionnel », « syndrome post-traumatique », ou « syndrome subjectif de traumatisme crânien ».

Et le traumatisme a continué après l'indemnisation à développer ses effets dévastateurs dans leur vie scolaire, professionnelle, sociale et affective.

Or les séquelles apparues après la conclusion de la transaction définitive avec l'assureur ou le jugement, l'aggravation des séquelles déjà prises en compte dans ce cadre, voire l'aggravation des préjudices liés à une situation nouvelle, peuvent bien souvent faire l'objet d'un nouveau recours en indemnisation dit « en aggravation », même très longtemps après l'accident.

Ce recours « en aggravation » peut offrir de belles surprises, permettant de réaliser des projets/rêves qui semblaient définitivement inaccessibles, et de ré-envisager l'avenir sous un jour plus heureux

... et état antérieur

Le traumatisme crânien frappe parfois des personnes déjà affectées par une maladie ou par un handicap.

Les assureurs utilisent systématiquement ces antécédents, qualifiés d' « état antérieur », pour minimiser considérablement l'évaluation des séquelles du traumatisme crânien, alors que le traumatisme crânien subi par une personne déjà fragilisée a pour elle des conséquences encore plus désastreuses que si elle avait été auparavant parfaitement valide et en bonne santé.

Les Tribunaux désormais acceptent volontiers de prendre en compte l'aggravation de l'état antérieur causé par le traumatisme crânien en sus des séquelles du traumatisme crânien lui-même et de les indemniser ensemble.

Plus encore, la Cour de Cassation a jugé que « lorsque l'accident n'a pas eu pour effet d'aggraver une incapacité antérieure mais a transformé radicalement la nature de l'invalidité, la totalité du préjudice doit être indemnisé » (Cass 1ère Civ, 28 octobre 1997, pourvoi N° 95-17274).

De sorte que c'est l'intégralité du handicap final, toutes causes confondues, qui sera indemnisée par le Tribunal.

L'obtention d'un tel résultat nécessite toutefois un savoir faire particulier.

L'AFTC dispose d'une permanence hebdomadaire d'avocats spécialisés en droit du dommage corporel, formés au traumatisme crânien et engagés aux côtés des blessés, qui est gratuite pour ses adhérents, auprès de laquelle il ne faut pas hésiter à solliciter un avis.

Les rendez vous sont fixés sur simple appel téléphonique auprès du secrétariat de l'association (01 40 44 43 94).

*Marie-Louise Mégrelis
Responsable de l'Accueil des Familles*

AFTC - CRFTC

Séminaire XII

“ Du patient au citoyen blessé,
quelle liberté pour la personne
cérébro-lésée ?

*L'accompagnement de l'hôpital
au domicile”*

Jeudi 16 novembre 2017 à Paris

Inscription auprès du secrétariat

01 40 47 43 94

“ Le Dit du mardi ”

Groupe de parole destiné à des adultes touchés par la cérébro-lésion d'un proche (conjoint, enfant, frère, sœur...), “ Le Dit du mardi ” est libre d'accès et gratuit et il n'est donc pas nécessaire de s'y inscrire. C'est un groupe ouvert, c'est-à-dire qu'il n'y a aucune obligation de participer à chaque séance. Chacun vient quand il veut, quand il peut.

Plus d'une centaine de personnes ont découvert “ Le Dit du mardi ”, certaines étant venues une fois, d'autres plusieurs fois, et d'autres encore depuis sa création. En moyenne, la fréquentation varie de 5 à 8 personnes.

Quand on vient pour la première fois, cela est difficile, on a du mal à s'exprimer, à parler de son blessé, de soi, et petit à petit, après quelques séances, on se rend compte que l'on n'est plus tout seul, que l'on partage les mêmes difficultés, des souffrances qui sont comprises. Nous parlons le même langage,

Que peut apporter ce groupe de parole ? Une écoute, un échange, de l'aide, de la compréhension, un partage, sans aucun jugement.

Le groupe fonctionne un mardi par mois depuis huit ans sous la « houlette » de Patricia de Colasson, psychologue clinicienne qui a permis à tous de pouvoir s'exprimer. Elle souhaite aujourd'hui mettre fin à sa participation active. Nous la remercions pour son écoute, sa bienveillance et son professionnalisme.

Mais “ le Dit du mardi ” ne s'arrête pas, nous savons qu'il a son utilité, et nous accueillerons en septembre Eva Tazopoulou, psychologue clinicienne, auteure de « *Evaluation de la qualité de vie après un traumatisme crânien des personnes cérébro-lésées* » qui animera les prochains groupes.

Prochaines dates de réunion

26 septembre : Les vacances ?

17 octobre – 14 novembre – 12 décembre :

**Thèmes à choisir par les participants
avec Eva Tazopoulou.**

**L'accueil est assuré par Alexandra Beaufilets
06 84 19 78 70**

*Chantal Fassiaux
Participante à ce groupe*

“ Parole des usagers ”

A propos de deux exemples d'accueil et du “prendre soin”

1/ Réflexions adressées à des RU / CDU d'un établissement hospitalier, suite au courrier de la nièce d'une personne hospitalisée en phase terminale de cancer et dont la famille “à fleur de peau”, et noire comme elle le dit, a vécu très douloureusement la situation.

Le questionnement suscité par ce premier cas a permis de se replonger dans un livre acquis en 2007 afin de comprendre, sous tous ses aspects, le rôle essentiel des aides-soignantes, ces personnes omniprésentes au chevet des patients en milieu hospitalier (Guide AS Aide-soignant de J. Gassier - K. Le Neurès - E. Peruzza, Tout en 1, modules du DPAS 1 à 8, c% Elsevier Masson). Tout y est déjà traité de ce qui nous interpelle aujourd'hui et il y est longuement question de ce quotient relationnel (QR), corollaire indispensable du soin, outre un module consacré à « Relation - Communication ». On y relève à propos de « Accueil et information du patient et de son entourage » que **l'accueil est un soin à part entière** et que trois lettres en constituent la «règle d'ORR» : Orienter, Renseigner, Respecter.

Principes : écouter, être positif, être disponible, être vrai dans son comportement, comprendre (avec empathie), respecter, accompagner. De plus, indiquer les jours et passages des différents personnels est préconisé : cela fait bien sûr partie des recommandations globales.

Dans le cas de la tante de Melle XX, il est clairement dit que la patiente est en phase terminale de cancer et que la famille, totalement désorientée, aimerait avoir des nouvelles pour, cela est concevable, entourer au mieux leur proche et se préparer, pour elle-même aussi, à cette issue fatale. Mais, dans cette perspective, elle ne voudrait pas que leur parente souffre inutilement et que, dans une situation conflictuelle, elle n'appréhende avec trop de peur la suite des événements. Cependant, que faire sans information ? Comment agir dans la difficulté voire le manque de communication ?

Cette nièce, qui a fait aux aurores un trajet de plus de 4 heures pour se rendre au chevet de sa tante, écrit que : «... Une soignante blonde répond un peu énervée... Oui, monsieur, votre fille est venue me voir il y a 5 mn et c'est non, désolée, on ne peut pas vous dire. Prenez le numéro du médecin et appelez-le...».

Il n'y a pas eu de faute du personnel MAIS il est certain qu'un des soignants présents aurait pu prendre quelques instants pour expliquer à cette jeune femme que l'on avait bien compris le problème, son attente un peu longue et que l'on allait très vite s'occuper d'elle.

Le ressenti, quel qu'il soit, étant une VRAIE RÉALITÉ, outre une blessure importante, des regrets de la part de la direction auraient sûrement été bienvenus. Ce n'est qu'une suggestion...

Peut-être aussi qu'un appel aux RU/CDU, en toute liberté et en pleine humanité, rien que pour leur transmettre compassion et regrets, aurait apporté quelque baume à cette souffrance ?

Il serait éminemment souhaitable de reprendre les fondamentaux pour les (ré)apprendre voire simplement les rappeler au plus grand nombre (on oublie vite dans l'engrenage du quotidien !) pour éviter que de telles situations ne se reproduisent.

On sait que l'incertitude, l'angoisse, la peur de l'inconnu et l'incompréhension devant de tels événements sur lesquels il n'y a guère de maîtrise tendent à engendrer la colère, l'agressivité.

Aux dernières nouvelles, la famille, très entourée ce jour-là, venait de perdre son proche.

La tante de Melle XX est, elle, décédée le lendemain.

2/ Retour à domicile après une hospitalisation de près de 5 mois liée à une dissection carotidienne haute et massive chez un homme de 40 ans - Difficulté d'accès à l'information de l'épouse - Décision unilatérale de retour à domicile - Aucune mise en place d'aides en amont.

Lors d'une permanence à la commission médico-sociale de l'AFTC, une épouse XX nous a contactés d'abord par téléphone, elle est ensuite venue au siège. Plus tard, je me suis rendue tant à l'hôpital qu'au domicile de cette famille (45 m² pour un couple et 3 enfants de 18, 7 et 5 ans). Monsieur XY avait été victime à la fin de 2016 d'une dissection aortique massive haute qui l'a plongé dans un coma d'un mois avec un œdème cérébral si important qu'il a nécessité une large craniectomie de décompression.

Malgré cela, la PIC (pression intracrânienne) a continué d'être élevée et l'hydrocéphalie apparaissait plutôt "débordante". Par ailleurs, XY est hémiparétique, non continent, aphasique, il doit se déplacer en fauteuil manuel même s'il peut prendre ses repas lui-même, avec toutefois une certaine surveillance.

Madame XX a sollicité l'AFTC car elle venait d'apprendre que son mari allait quitter l'hôpital 15 jours après pour un retour à domicile avec une rééducation en hôpital de jour (HDJ) 3 fois par semaine prévue dans un centre de rééducation parisien.

Il convient de se rappeler que le domicile est minuscule, nullement adapté et que rien n'était mis en place pour le recevoir dans les meilleures conditions de sécurité et de soins. De plus, Madame XX ne savait pas ce qu'il y avait dans le dossier médical car elle n'y a pas eu accès et qu'on ne lui en avait pas fait de copie malgré ses demandes.

Je suis donc allée avec Madame XX voir l'assistante sociale (AS) et le médecin traitant, M. XY devant alors quitter les lieux à la fin de la semaine et nous étions un mardi. Le dossier MDPH venait tout juste d'être déposé à la Maison des Solidarités par l'épouse, avec les besoins d'aide exprimés tels que j'ai pu les définir avec elle, en accord avec son mari (qui comprend et répond par des signes ou des mimiques). Sans aucun secours de la part de l'AS hospitalière.

La pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale fut aussi évoquée pour le milieu de la semaine, ce qui aurait ainsi permis de gagner quelques jours afin de trouver les auxiliaires de vie ad hoc (une plaquette commerciale avait juste été remise à cet effet à Madame XX par l'AS), d'organiser les plannings de tous en fonction des besoins à domicile de Monsieur XY, sachant que sa femme est la seule à travailler à l'extérieur pour faire vivre la famille. Lui était « homme au foyer ». Lueur à l'horizon ? Eh bien : NON !

Le samedi matin suivant, à 9 heures, Madame XX m'appelle pour m'annoncer que l'hôpital venait de la joindre pour lui dire de venir chercher son mari et qu'on s'apprêtait à le descendre au rez-de-chaussée. SANS dossier médical, SANS prescription d'IDE afin de faire les piqûres, SANS prescription pour acheter des protections, SANS prescription de transports, SANS... SANS...

Quant aux auxiliaires de vie indiquées par l'AS, à qui on avait expressément demandé d'être au domicile à 7 h 30 pour préparer Monsieur XY avant son départ pour l'HDJ, elles arrivaient entre 9 h 30 et 10 h, ce qui empêchait l'épouse de partir travailler à l'heure. La MDPH avait pourtant réussi l'exploit d'accorder les heures en URGENCE (moins d'une semaine).

Affolement, découragement, colère, douleur pour tous, y compris les enfants. Plus rien n'allait, la maisonnée partait à la dérive, on s'enlisait dans le désespoir. Madame XX a alors fait venir de l'étranger (en Europe, tout de même) la mère de son mari qui a ainsi abandonné son travail et tout son environnement pour apporter son aide. Mais il était hors de question qu'elle s'occupe de la toilette intime de son fils, laquelle reste donc du ressort de l'épouse.

Madame XX continue tant bien que mal son travail de femme de ménage. Elle attend un logement social accessible et sécurisé qui tarde un peu. Mais surtout, elle ne veut plus qu'une auxiliaire de vie, peu ou mal formée, peu compétente et peu aimable, pénètre chez elle.

Jusqu'à quand tiendra-t-elle ? Vers qui se tourner ? Qui l'entendra ? Et, les enfants ?

Des courriels furent envoyés tous azimuts pour alerter ceux qui auraient pu intervenir, ne serait-ce que pour limiter les ardeurs du « je te pousse dehors » de l'établissement. Peu de retour des institutionnels mais des avancées sensibles grâce à l'association !

Et, pourtant, les textes en vigueur n'autorisent pas à sortir quasi manu militari un malade de l'hôpital si sa famille n'est pas d'accord et encore moins si rien n'est prêt pour l'accueillir à domicile avec toute l'aide et toute la sécurité requises.

À ce jour, XY parvient à marcher chez lui, la parole revient et un déménagement est annoncé.

*Michèle de Préaudet
missy2preaudet@orange.fr*

FORUM DES AIDANTS 94

Vendredi 6 octobre - 9 h à 17 h
Maison des Arts et de la Culture
Place Salvador Allende - Créteil

*L'AFTC 94 tient un stand et
participe à la table ronde*

Faire confiance à la famille pour la stimulation sensorielle du traumatisé crânien en phase de coma

Les patients traumatisés crâniens vivent dans la plupart des cas un parcours long marqué par une phase de coma qui les prive de leur capacité relationnelle. De multiples études ont montré que la stimulation sensorielle de ces patients pouvait hâter le processus de régénération cérébrale, améliorer la fonction neurologique au réveil et diminuer le temps de séjour en unité de soins intensifs.

Une équipe iranienne de l'hôpital universitaire d'Isfahan s'est interrogée sur une possible différence d'efficacité de ce processus de stimulation lorsqu'il est assuré par des proches du patient.

Pour cela, ils ont procédé à la mise en place d'une étude en double-aveugle randomisée dont le but est de prouver que les stimulations sensorielles prodiguées par la famille sont plus efficaces que celles dispensées par des soignants dans l'amélioration du niveau de conscience chez les patients traumatisés crâniens dans le coma.

Les patients inclus dans cette étude (cohorte de 90 patients divisés en trois groupes) étaient hospitalisés pour la prise en charge d'un traumatisme crânien avec un score de Glasgow situé entre 5 et 8 lors de la prise en charge initiale. Les patients, en majorité des hommes, étaient âgés de 18 à 65 ans et souffraient d'hémorragie cérébrale isolée.

Les trois groupes (expérimental, contrôle et placebo) suivaient trois stratégies différentes de stimulation sensorielle.

Dans le groupe expérimental, la famille dispensait des stimulations diverses suivant un déroulement précis à raison de deux séances de 30 à 45 minutes par jour : 20 minutes de stimulation auditives (se présenter, énoncer la date et l'heure...), 10 minutes de stimulation tactile, 15 minutes de massage puis une conversation affective (nouvelles des proches...).

Dans le groupe contrôle, le même protocole était suivi mais assuré par des soignants (avec possibilité de visite familiale selon les habitudes de service) ; alors que dans le groupe placebo, le patient ne bénéficiait d'aucunes autres stimulations que celles créées par les soins courants (avec possibilité de visites de proches également).

Le critère de jugement principal était le niveau de conscience apprécié par le score de Glasgow et le CRS-R (*coma recovery scale revised**). Ces paramètres étaient évalués avant et après chaque séance de stimulation du premier au septième jour d'hospitalisation.

Un niveau de conscience plus élevé après 7 jours pour les patients « stimulés » par leurs proches.

Au final, l'analyse des résultats montre qu'après sept jours de stimulations sensorielle et affective, le niveau de conscience des patients inclus dans le groupe expérimental était plus haut que celui des patients des groupes contrôle et placebo. En effet, le score de Glasgow des patients du groupe expérimental passait de 5,3 (SD 0,6) à J1 à 9,1 (SD 2,1) à J7 ($p > 0,001$) alors que ce même score, pour le groupe placebo, variait de 5,1 (SD 0,3) à J1 contre 7,2 (SD 1,1) à J7 ($p > 0,001$).

Concernant, le CRS-R, le groupe expérimental passait de 5,4 (SD 0,8) à 11,9 (SD 3,7) ($p > 0,001$) tandis que le groupe placebo voyait ses résultats évoluer de 5,1 (SD 0,8) à 9 (SD 2) ($p > 0,001$).

Même si un plus grand échantillonnage aurait été appréciable afin de solidifier les données statistiques de cette étude, cette dernière a le mérite de délivrer un message d'importance en réaffirmant la place prépondérante des familles auprès de leurs proches lors d'une hospitalisation en unités de soins intensifs malgré les obstacles existants et souvent opposés à cette pratique.

Maxime Sassale

Journal International de Médecine

Références

Salmani F et coll. : The effects of family-centered affective stimulation on brain-injured comatose patients' level of consciousness : A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2017; 74: 44–52.

* « *Échelle de récupération du coma* » - Echelle allant de 0 à 23, composée de 6 items parmi lesquels : fonctions auditives, visuelles, motrices, oromotrice/verbale, communication et éveil.

AFTC Hauts-de-Seine

Le 9 septembre dernier, « **Vitaville 2017** » accueillait les associations de Courbevoie.

Enregistrée sur la commune, notre association y participait, fidèle comme chaque année, pour y présenter ses actions et tout particulièrement celles concernant la prévention des accidents aux côtés de notre partenaire de la Sécurité routière.

Une action de sensibilisation des parents et des enfants avec distribution de récompenses pour ceux qui portent un casque à vélo ou en patinette.

Soulignons l'intérêt de ces contacts privilégiés avec les autres associations de défense du handicap et de la rencontre avec des élus de la ville présents à cette journée.

Sans GEM à proximité, il est bien difficile de se retrouver pour les personnes cérébro-lésées du département.

Pour palier ce manque, Marie-Paule Mansour, déléguée départementale, a pris l'initiative de mettre en place un **Groupe de parole pour personnes cérébro-lésées** à Puteaux La Défense.

L'animateur du groupe sera Pierre Milh, ex-directeur du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale de la Fédération APAJH Levallois.

Emmanuelle Pigeon, qui vient de créer « Nouvelle Vague », un cabinet dédié aux médecines alternatives issue de l'association Les vagues de l'océan, met à disposition un espace d'accueil pour ce premier groupe.

L'objectif de ces rencontres : partager, échanger, s'entraider, se reconstruire pour avancer dans ses projets.

Bravo à cette initiative informelle basée sur la volonté des blessés de se reconstruire et d'avancer avec le soutien de ce nouveau groupe !

Véronique Signori

Notre association s'est inscrite pour bénéficier du microDON des Hauts-de-Seine qui aura lieu les vendredi 17, samedi 18 et dimanche 19 novembre 2017, dans des magasins Franprix ou Monoprix du département.

Vous avez dit " microdon " ? : microDON est une entreprise sociale agréée solidaire

Lors du week-end de collecte (17,18 et 19 novembre), les associations sont invitées à aller à la rencontre des citoyens de leur ville pour collecter des dons dans un point de vente.

Notre association doit donc mobiliser des bénévoles pour intervenir dans un magasin particulier : le Monoprix de Nanterre (rue Maurice Thorez, non loin du RER Nanterre-Ville et de la MDPH).

L'entreprise microDON fournit aux bénévoles des cartes de dons. Celles-ci se présentent sous forme de flyers dotés d'un code barre. Le client peut passer la carte de don en caisse et ainsi faire un don fixe de 3 euros. 100 % des dons sont reversés à l'association...

La carte présente le projet spécifique de l'association, en l'occurrence notre AFTC. Elle est un support de don et de communication et le client peut repartir avec cette carte de don.

microDON nous aide aussi à motiver les clients sur le lieu de vente avec un kit d'animation et nous forme à ce type d'intervention.

C'est l'occasion de mieux nous faire connaître et de soutenir des projets locaux et régionaux.

Que tous ceux qui peuvent donner un peu de leur temps (minimum deux heures le week-end du 17, 18,19 novembre) se fassent connaître au secrétariat auprès de Donatienne. Nous aurons besoin de plus de 10 personnes chaque jour pour assurer des rotations.

Alors à vos marques, partez !

*Marie-Paule Mansour
Déléguée Hauts-de-Seine*

« Handicap : une priorité du quinquennat »

Extrait du compte-rendu de la communication présenté par Sophie Cluzel, secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées, lors du Conseil des ministres du 7 juin 2017.

« 12 millions de Français sur 65 millions sont touchés par le handicap. Nous voulons changer le regard de la société sur le handicap, vaincre les appréhensions et lever les obstacles; relever le défi d'une société accessible, fraternelle et solidaire, qui facilite la vie au quotidien au lieu de segmenter.

C'est cet objectif qui a guidé la décision de placer le secrétariat d'Etat chargé des personnes handicapées auprès du Premier ministre.

L'action du Gouvernement partira des besoins individuels et de l'expertise des personnes en situation de handicap, ainsi que de leurs proches, pour bâtir des solutions collectives, et non l'inverse, en décloisonnant et simplifiant.

D'ores et déjà, le Gouvernement met tout en œuvre pour apporter des solutions garantissant une rentrée scolaire fluide pour les enfants concernés en septembre 2017. Parallèlement un chantier de rénovation de l'accompagnement sera lancé pour apporter des réponses aux ruptures de parcours : tous les enfants qui en ont besoin devront avoir accès à l'accompagnement adapté leur permettant une scolarité et un accès aux activités périscolaires ou extrascolaires comme les autres.

Le Gouvernement définira rapidement les modalités de mise en œuvre de l'engagement du Président de la République de revaloriser l'allocation adulte handicapé de 100 euros par mois.

Des incitations à l'embauche des personnes handicapées, parmi lesquelles le déploiement effectif des services d'emploi accompagné, seront mises en œuvre afin de favoriser leur emploi effectif. L'embauche des personnes en situation de handicap ne doit plus être perçue comme une contrainte, mais comme une opportunité pour faire vivre la société du travail pour tous, voulue par le président de la République.

En matière de transports comme en matière de logement, c'est l'amélioration de la vie quotidienne de chacun qui doit être poursuivie. Ainsi, pour renforcer la mobilité, 100 % des trajets accessibles doivent être identifiés et cartographiés. Le plan d'investissement transports pourra être mobilisé en appui de l'amélioration de l'accessibilité.

De même, dans le champ du logement et de la construction, l'objectif d'accessibilité fixé par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées doit être réaffirmé. En outre, les logements adaptés doivent être systématiquement identifiés et l'accessibilité précisée pour faciliter les recherches. Le développement des habitats inclusifs doit être favorisé en levant les obstacles administratifs. Les bailleurs sociaux devront identifier les logements adaptés, et rendre cette liste transparente pour favoriser le logement des demandeurs en situation de handicap.

Enfin, pour lutter contre l'usure sociale et la détresse des familles, il faut être particulièrement attentif aux conditions de travail des accompagnants et à la qualité de vie des aidants familiaux. Le Gouvernement s'attachera à mettre en œuvre les nouveaux droits annoncés par le Président de la République.»

AFTC Ile-de-France / Paris

Assemblée plénière

**“ Le rôle des familles en matière
de protection des majeurs ”**

Samedi 25 novembre à Paris

Pour nous contacter

Courrier : AFTC IdF / Paris

8 rue Maria Helena Vieira da Silva
75014 Paris

Téléphone : 01 40 44 43 94

Télécopie : 01 40 44 43 58

E-mail : aftc.idf@wanadoo.fr