



AFTC Ile-de-France / Paris

Sommaire

Page 1

- Editorial

Page 2

- Elections municipales

Page 3

- Affaire Vincent Lambert

Page 4 - 5

- Travail en milieu ordinaire

Page 6

- Phénomènes délirants et traumatisme crânien
- Deux nouveaux foyers

Page 7

- “ Familles Solidaires ”

Page 8

- Salon des Familles
- La course de la Mouette

Droit à la parentalité

Les personnes handicapées engagées dans un projet de parentalité ou, tout simplement, père ou mère de famille avant leur accident, peuvent avoir besoin d'aide pour élever leurs enfants, les accompagner à l'école, les aider à faire leurs devoirs....

Or, en totale contradiction avec la notion de « projet de vie » qui est au cœur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la parentalité est totalement méconnue de nos institutions et aucune disposition légale n'est prévue pour apporter aux personnes handicapées qui sont, ou souhaitent devenir, parents, un accompagnement approprié.

D'où l'importance historique de la décision prise le 19 novembre de 2013 par la CDAPH de Paris (MDPH) qui a choisi et décidé d'accompagner un couple de personnes handicapées, ayant un bébé, avec l'attribution d'une Prestation de Compensation du Handicap, dont une partie est dédiée à l'accompagnement de leur parentalité.

C'est une première !

Il faut que cet exemple soit suivi et que la législation s'adapte à la réalité des besoins des personnes en situation de handicap. Au-delà du soutien financier, la reconnaissance du « droit à la parentalité », droit fondamental de la personne humaine, par une institution comme la MDPH doit être un premier pas vers l'entière reconnaissance par l'ensemble de la société.

Françoise Foret

L'AFTC Ile-de-France / Paris propose à ses adhérents d'interpeller les candidats aux élections municipales sur la situation des blessés et de leurs familles de leur commune et de s'engager dans une coopération pour promouvoir des solutions locales

Adresse aux candidats aux élections municipales

Permettez-nous une question simple : dans la commune que vous souhaitez administrer, comment comptez-vous prendre en considération les citoyens à part entière que sont les personnes en situation de handicap ? Quelles mesures avez-vous prévues pour les aider à mener une vie la plus digne et la plus normale possible ?

Dans votre commune, des Familles de Traumatisés crâniens et de Cérébro-lésés se battent pour aider les victimes de lésions cérébrales provoquées par des accidents de la vie et de la voie publique en particulier. Ces victimes, majoritairement jeunes, souffrent des séquelles de ces lésions : elles sont souvent incapables de retravailler normalement ; elles ont une vie personnelle et sociale diminuée. Une fois sorties des structures hospitalières, elles ont un besoin permanent de soutien et de stimulation pour reconstruire leur vie dans le cadre de leur famille et de la société. Confrontées à cette situation souvent dramatique, les familles et les proches se retrouvent désemparés. Ils ont besoin d'aide psychologique et d'informations pratiques concernant les établissements qui conviendraient à leur blessé, les allocations auxquelles ils ont droit, les recours juridiques etc...

Vous pouvez agir efficacement en faveur des personnes en situation de handicap dont nous nous occupons.

Qu'envisagez-vous :

- **dans le domaine du logement** : les traumatisés crâniens ont besoin de logements adaptés à la complexité de leurs déficits : immeubles avec présence permanente, foyers au cœur de la ville. Les villes et communautés peuvent agir pour fournir des bâtiments et rendre plus raisonnable le prix du foncier,
- **dans le domaine du transport** : l'impossibilité de se déplacer est un autre drame pour les personnes handicapées. Des systèmes doivent être conçus (tel PAM à Paris) pour répondre à la variété des besoins des individus. Autobus et tout transport public doivent être choisis avec soin pour qu'ils vraiment accessibles aux personnes handicapées,
- **l'accessibilité** des bâtiments et des lieux publics, déjà inscrite dans les textes, doit être menée avec plus de détermination,
- **la prévention des accidents** dont les jeunes sont les principales victimes et leur **sensibilisation aux conduites à risques** doivent être un souci permanent pour les autorités.

Nous sommes persuadés que la ville est une unité de bonne taille pour lutter contre l'isolement des individus et pour mettre en œuvre plus de solidarité. Encore faut-il bien connaître les souhaits de ceux qui ont besoin de cette solidarité. Aussi souhaitons-nous que l'engagement profond de l'AFTC Ile-de-France / Paris dans la vie citoyenne et son importance soit reconnu par les prochains élus municipaux que vous serez. Notre association souhaite le développement de partenariats durables avec les mairies et les collectivités territoriales et une coopération reposant sur une **charte locale d'engagements réciproques** .

Journée des Familles

Samedi 21 juin 2014

La Guinguette « Le Martin pêcheur » - Champigny-sur-Marne

Déclarations de France Traumatisme Crânien et de l'UNAFTC à propos de l'affaire Vincent Lambert

- 10 février 2014 -

France Traumatisme Crânien

L'ampleur médiatique et judiciaire de l'affaire Vincent L. à Reims a conduit les membres de l'association France Traumatisme Crânien, à exposer ce qu'une longue expérience professionnelle auprès de ces patients, des données de la science dans ce domaine et une réflexion approfondie dans le domaine éthique, leur ont permis de savoir :

- Une bonne appréciation de l'état clinique, par des examens cliniques et complémentaires répétés et adaptés, est la base de la réflexion. Concernant l'EPR post-traumatique on sait par l'imagerie fonctionnelle et l'électrophysiologie, que ces patients ont des activités cognitives et parfois des îlots de conscience, même si la communication avec eux est réduite voire presque indétectable.

- Les patients en EVC/EPR ne sont pas en fin de vie et ne relèvent pas d'une prise en charge dans des unités de soins palliatifs. Ils sont des patients très lourdement handicapés, totalement dépendants, pris en charge d'abord dans les services de MPR puis dans de petites unités dédiées créées par la circulaire du 3 mai 2002.

- Le cadre législatif permet de répondre à certains questionnements. L'EVC/EPR est une situation chronique où des limitations thérapeutiques peuvent être discutées en cas de complications médicales graves dans le cadre de la Loi Léonetti pour éviter tout acharnement thérapeutique. L'alimentation et l'hydratation, comme les soins d'hygiène et de confort, font partie, pour nous, des soins de base dus à tout patient dans cette situation de stabilité clinique.

- La médecine et en particulier la réanimation permettent depuis 2 à 3 décennies, de maintenir en vie des patients qui auparavant seraient décédés; certains d'entre eux évoluent vers un EVC ou un EPR. On sait depuis peu que des traumatisés crâniens en EPR peuvent, de façon non exceptionnelle, évoluer plus favorablement que prévu, pendant plusieurs années, parfois jusqu'à la récupération d'un état de conscience appréciable, leur permettant de communiquer de façon fiable,

Ces remarques nous conduisent à rappeler les risques inhérents à toute catégorisation, chaque situation étant singulière et devant être traitée au « cas par cas ».

Union Nationale des Associations de Familles de Traumatisés crâniens et Cérébrolésés

Nous aimerions que le débat se déplace un peu sur les questions liées à leurs conditions de vie et à leur projet de vie, plutôt que de ne s'intéresser à ces personnes que lorsqu'un contentieux touchant à la fin de vie constitue un scandale national.

Dans l'affaire Vincent Lambert, nous espérons la confirmation du jugement du tribunal administratif dans la mesure où nous considérons que :

- La nutrition et l'hydratation administrées artificiellement sont des soins d'entretien palliant une déficience, et pas des thérapeutiques actives. Elles ne sauraient être considérées comme un traitement relevant de l'obstination déraisonnable.

- Ce patient n'est pas en fin de vie : il est dans une situation de handicap sévère et de complète dépendance mais son pronostic vital n'est pas engagé à court terme par une pathologie d'évolution terminale.

- La mort provoquée par arrêt de la nutrition et de l'hydratation a pour nous quelque chose d'inhumain. Elle ne relève pas du laisser mourir au sens de la loi mais d'une euthanasie, elle est donc illégale.

- En l'absence de processus fatal à court terme (situation de fin de vie) et de traitement relevant de l'obstination déraisonnable (par exemple le recours à des manœuvres techniques de réanimation au cours d'un épisode critique), l'euthanasie ne peut s'appréhender que sous l'angle d'une vie qui ne vaudrait plus la peine d'être vécue : quelle instance ou quelle juridiction pourrait arbitrer cette question du sens de la vie ?

Quand bien-même notre société évoluerait vers ce recours à une mort choisie, cela ne réglerait en rien la question posée par les personnes en EVC/EPR qui vivent en équilibre, une fois passé le cap de l'urgence, et ne sont plus en capacité d'exprimer leur volonté. Qui pourra juger à leur place de l'inutilité de cette vie ?

Travail en milieu ordinaire

L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), dont le principe a été posé en 1987 puis conforté par la loi de 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », a imposé aux employeurs du milieu dit « ordinaire » d'au moins 20 salariés, privés ou publics, l'emploi à temps plein ou partiel de personnes handicapées à hauteur de 6 % de leur effectif total ou, à défaut, le paiement d'une pénalité au Trésor Public (AGEFIPH, FIPHFP).

Depuis 2005, de grands efforts ont été faits par de nombreuses entreprises et administrations pour gérer dans leurs organisations les conséquences de cette obligation, en concertation avec les syndicats pour les plus grandes d'entre elles, souvent avec le concours des acteurs institutionnels et de prestataires spécialisés. L'augmentation des ratios d'emploi de travailleurs handicapés (TH) dans le milieu ordinaire traduisent des progrès quantitatifs certains. Il demeure néanmoins de larges ombres au tableau : le taux de chômage des travailleurs handicapés atteint des sommets inégalés et c'est dans l'emploi que s'exercent principalement les discriminations en matière de handicap.

Qu'en est-il des personnes TC/CL considérées aptes ou travaillant en milieu ordinaire de travail ? La problématique de l'emploi des travailleurs handicapés TC/CL s'inscrit dans celle des travailleurs handicapés en général et il est difficile aujourd'hui de l'appréhender dans sa spécificité en raison de la carence d'informations statistiques ou qualitatives sur les difficultés qu'ils rencontrent dans leur recherche d'emploi, leur intégration, leur maintien et leur évolution dans l'emploi. Cette problématique se complique par ailleurs de la grande variété des cas : TC en emploi, sans reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), qui découvrent longtemps après leur accident les difficultés cognitives qui en résultent mais n'osent pas en faire état de peur de rentrer dans une spirale de déclassement, TC en emploi, victimes d'un accident, du travail ou non, TC accidentés jeunes qui, après un parcours de reconstruction « héroïque », ont pu mener à bien leur scolarité et leurs études à des niveaux divers, entre brevet professionnel et bac + 5, puis se positionnent sur le marché du travail à la recherche d'un emploi, TC « errants » de CDD en CDD ou CDI interrompus pour « inaptitude », TC non identifiés comme tels, avec ou sans RQTH, qui ont réussi à trouver un emploi et à s'y maintenir, à un niveau de compétence égal ou inférieur à leur qualification...

Ainsi, faute d'informations chiffrées ou synthétiques sur l'insertion professionnelle des TC/CL en milieu ordinaire pour connaître les obstacles ou les difficultés qu'ils rencontrent, il convient de procéder de façon « qualitative », en s'appuyant sur des cas individuels et des témoignages.

Tout d'abord, il importe de se demander en quoi la problématique d'insertion professionnelle des TC se distingue de celle des TH en général, quelle est sa spécificité. Et bien sûr, nous le savons bien, les aspects « invisibles » du handicap sont au cœur de cette spécificité ! La diversité des troubles cognitifs, invisibles ou peu visibles, leur incompréhension par le collectif de travail, compliquent l'intégration dans le milieu de travail. Pour limiter les risques ou les aléas, il paraît donc indispensable, tant en accès qu'en maintien dans l'emploi, de chercher à connaître les difficultés potentielles susceptibles de surgir dans le cadre de la prise de fonction ou à l'occasion de l'accomplissement des missions du poste, ou plus positivement de rechercher la bonne adéquation entre le travailleur et le poste de travail. Evidence indispensable à rappeler car elle demande l'attention de tous, lors du recrutement notamment, mais aussi tout au long du parcours professionnel : préparation, réflexion, dialogue, support externe (accompagnement), attention interne (tutorat), collaboration entre l'entreprise et le médecin du travail...

Dans la réalité que trouve-t-on ? Du côté de la personne cérébro-lésée en recherche d'emploi, des difficultés à cibler les postes adaptés tant à son projet professionnel qu'à ses capacités effectives, un manque de confiance et des hésitations à déclarer sa RQTH, par crainte d'être écarté. Des difficultés également à exprimer la réalité du handicap « invisible ». Tout cela générant une accumulation de non-dits préjudiciables à terme dans l'emploi : l'absence de mesures spécifiques d'intégration ou d'un aménagement de la fonction (accessibilité cognitive) mène au stress et au burn out ...

Du côté de l'entreprise, une méconnaissance du handicap en général par le collectif de travail et plus encore du handicap « invisible », un manque d'investissement sur la compréhension des incidences fonctionnelles du handicap invisible, une réduction du questionnement ou de la réflexion sur le handicap à ses seuls aspects matériels - mobilité, aménagement matériel de poste -, un manque de temps ou d'intérêt pour se donner les moyens de réussir l'intégration.

Lorsque les difficultés ou les dysfonctionnements surviennent, on rencontre bien souvent un rôle purement « gestionnaire » de la DRH, et de la mission handicap quand elle existe, des stéréotypes négatifs en matière de productivité, bien ancrés dans les esprits du management et du collectif de travail, qui contribuent à développer un climat de travail destructeur.

Entre les deux, le médecin du travail, maillon incontournable de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire, est le recours en cas de difficulté : il se montre généralement disponible à la personne handicapée et offre son écoute avec empathie. Il peut être amené à jouer un rôle d'intermédiation avec la DRH pour favoriser l'adéquation du TC et du poste de travail. L'efficacité de son intervention trouve cependant sa limite dans la souveraineté de l'employeur sur son organisation. Ainsi son influence s'avère dans la pratique moindre dans les situations d'insertion de nouveaux collaborateurs TC que dans les cas de maintien dans l'emploi après accident.

Son intervention gagnerait à se produire plus en amont, avant l'embauche ou avant l'entrée effective de TC dans l'entreprise, pour instaurer une réflexion sur l'adéquation cognitive et pour contribuer à préparer son accueil par le collectif de travail. En situation de difficulté ou de crise, le médecin du travail n'a souvent d'autre issue que de prononcer « l'inaptitude au poste », solution « salvatrice » à court terme pour la personne handicapée en détresse mais solution de facilité pour l'entreprise car elle aboutit la plupart du temps à se séparer du collaborateur.

Ces constats, tirés d'expériences et de témoignages réels, mériteraient d'être précisés et quantifiés pour contribuer à sortir de leur isolement les personnes TC/CL qui ont souffert ou souffrent encore de pratiques qui ont pour effet de les démoraliser ou marginaliser voire exclure du milieu ordinaire de travail. Cela permettrait également d'aider à faire prendre conscience de la marge de progrès qui reste à accomplir pour réussir l'insertion professionnelle de personnes handicapées par TC/ CL.

Il est néanmoins possible, d'ores et déjà, de soutenir plusieurs axes de progrès.

- Information, formation, communication : il apparaît hautement souhaitable de faire progresser la connaissance du handicap « invisible », des implications fonctionnelles qu'il recouvre, des solutions et des méthodes qu'il convient de mettre en pratique pour réussir l'insertion dans le travail et l'environnement de travail, ceci afin de diminuer les réserves ou les peurs qu'il suscite chez le collectif de travail et son encadrement.

- Accueil, bienveillance, souplesse : la réussite de l'intégration de TC/CL en milieu ordinaire est fréquemment fonction du climat de travail, de l'attention portée à la prise de fonction et de l'attitude du collectif de travail, l'ensemble contribuant à susciter la confiance, élément clé de la qualité et de la productivité du travail.

- Adéquation consensuelle des capacités au poste et/ou aménagement : le TC/CL devrait approfondir sa réflexion sur ses capacités réelles par rapport à ses compétences théoriques, l'employeur devrait appréhender les postes offerts à des personnes handicapées TC-CL après analyse fonctionnelle au regard des spécificités du handicap invisible, avec un aménagement « raisonnable » de la fonction dans les cas où cela s'avère nécessaire.

- Progressivité encadrée de la prise de fonction : paliers et effet cliquets ont des mécanismes opérants avec les personnes victimes de TC-CL, la pression et la performance de croisière seront d'autant mieux tenues que le parcours d'initiation et de formation à la fonction aura été organisé par étapes et suivi régulièrement, mais n'est-ce pas là un mode applicable à tous ?

- Accompagnement externe et tutorat interne: l'insertion professionnelle à long terme sera incontestablement confortée par un suivi personnalisé du TC-CL en dehors de l'entreprise et une relation privilégiée avec un tuteur dans l'entreprise.

L'OETH s'est inscrite désormais dans le milieu ordinaire de travail, qui dans l'ensemble a réalisé de grands progrès dans l'embauche de travailleurs handicapés. Beaucoup reste certainement à faire comme l'illustrent les chiffres du chômage des personnes handicapées. Certaines organisations qui satisfont les ratios d'emploi légaux, des grandes entreprises notamment, se tournent maintenant vers les aspects qualitatifs de l'emploi de TH : 6 à 8 ans après la loi de 2005, comment se passe réellement l'insertion des personnes handicapées ? Pour l'entreprise mais aussi pour les personnes elles-mêmes.

On ne peut que s'en réjouir pour les TC/CL car si l'on ignore le bilan quantitatif les concernant on a conscience que si l'obligation d'emploi est nécessaire elle n'est pas suffisante et qu'elle demande à être complétée par une obligation dans l'emploi. Peut-être est-ce le sens de la directive européenne d'égalité de traitement dans l'emploi de 2000 dont la loi de 2005 est la transposition française ?

Jean-Michel Laborde

« Phénomènes délirants et traumatisme crânien »

Colloque France Traumatisme Crânien et UNAFTC

Paris - 13/12/2013

La maladie mentale se définit comme une incapacité plus ou moins marquée à maintenir un contact normal avec la réalité extérieure (humains et monde matériel). Dans de nombreux cas, cette incapacité s'accompagne de la construction d'un monde imaginaire : idées fixes, délires, hallucinations,... qui détermine le comportement du patient.

Ces manifestations de « dé-réalité » présentées par les psychiatres intervenant au colloque signent l'univers de la psychose dont les symptômes sont décrits en détail dans le DSM IV (2013). Très sommairement, on constate des troubles dans :

- le discours : le sujet vit dans un système mental flou, mal organisé et souvent trop systématisé. Sa construction se fonde sur des perceptions ou des interprétations des faits qui restent inaccessibles au raisonnement logique.

- le comportement : celui-ci peut être influencé par un extérieur fantasmagorique ; influences malfaisantes, visions, voix, etc..Le style de vie est particulier ou bizarre avec beaucoup de ritualisation. Il peut prendre la forme d'un repli mais aussi d'excès vers l'extérieur : hyperactivité, désinhibition, tendances destructrices,...

Dans la description des psychoses (le pluriel est de rigueur tant la variété des troubles évoqués est immense), bien des familles retrouvent ce qu'elles ont à vivre avec leurs blessés.

Faut-il donc conclure qu'une psychose plus ou moins prononcée s'est développée à la suite d'une lésion cérébrale ? Aucune étude médicale n'apporte des preuves indiscutables dans ce sens. On n'a pratiquement rien publié sur des cas de délire chez des patients traumatisés crâniens. Pourtant une idée assez partagée est qu'un délire serait une forme de compensation, voire une solution pour le patient. Mais à quel problème ?

Au-delà de la théorie, des questions pratiques se posent aux psychiatres : en face d'individus dont ils savent qu'ils souffrent de déficits neurobiologiques dus à un accident, doivent-ils tenir compte des phénomènes focaux, c'est-à-dire des effets prévisibles de certaines lésions, en particulier celles du lobe frontal, qui peuvent provoquer des amnésies ou des tendances à la confabulation ou des délires de déni. Mais le peuvent-ils ?

Le colloque de FTC ne permet pas de répondre aux inquiétudes de tant de familles de traumatisés crâniens : doit-on traiter les blessés qui ont des comportements délirants avec la même approche et les mêmes prescriptions que des malades mentaux classiquement répertoriés comme tels ? Cette absence de réponse est pourtant un drame permanent pour beaucoup de familles.

Jean Foret

Ouverture de deux nouveaux foyers

L'association ETAI, gestionnaire d'établissements médico-sociaux, va ouvrir courant mai 2014 un FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) à Villejuif (Val-de-Marne).

Il accueillera en internat (35 places) et en accueil temporaire (7 places) des personnes adultes (de 18 à 60 ans) atteintes de cérébro-lésions, d'origine toxique (syndrome de Korsakoff...), vasculaire (AVC...) ou dues à des traumatismes crâniens liés à des accidents de la voie publique ou autres.

Début 2015, l'association AEDE prévoit l'ouverture d'un FAM à Cesson (Seine-et-Marne), auquel notre association a apporté son concours. Sa particularité sera d'accueillir non seulement des personnes atteintes de pathologies type Alzheimer jeunes, mais aussi des adultes victimes de lésions cérébrales acquises, à partir de 40/45 ans en internat (7 à 14 places).

Si vous êtes intéressé, il convient dans les deux cas :

- d'entreprendre au plus tôt les démarches nécessaires auprès de la MDPH de votre département pour obtenir une notification d'orientation vers un FAM, si vous ne l'avez pas encore,
- de faire acte de candidature dès que possible. Pour cela vous pouvez vous adresser par mail au secrétariat de l'AFTC, qui vous indiquera la marche à suivre (secretariat.aftcidfparis@wanadoo.fr).

“ La finance solidaire au service des logements accompagnés ”

Sur ce thème s'est tenue, le 7 décembre 2013, notre Assemblée Plénière. Jean Ruch, président de l'AFTC Alsace et dirigeant de “ Familles Solidaires ” présentait une alternative pour la création de lieux de vie.

La philosophie

En 2012, confrontées à l'absence de réponses adaptées en nombre suffisant pour assurer l'accompagnement et la prise en soins de leurs proches, huit familles et amis de personnes cérébro-lésées ont accepté d'investir 180 000 € dans la création d'un fonds d'investissement solidaire au profit de la création de logements accompagnés adaptés aux personnes cérébro-lésées sur le territoire national.

Ces pionniers ont accepté le risque de créer une nouvelle forme de solidarité entre eux, pour permettre à d'autres de trouver des réponses là où ils n'ont pas toujours trouvé de relais pour s'occuper de leurs proches. L'idée étant d'« éviter que d'autres rencontrent le même parcours du combattant que nous avons dû affronter il y a vingt ans »

Aucune des familles initiatrices du concept n'a d'intérêt direct dans les projets immobiliers de la société. Pourtant elles partagent toutes la conviction qu'ensemble il est plus facile de faire face à ce cataclysme familial de l'accident. Leur proximité avec des associations de familles telles que les AFTC d'Alsace et de Lorraine leur ont permis de tenir et d'imaginer un nouveau quotidien, là où leur proche ne serait jamais « ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre »

FAMILLES SOLIDAIRES est une entreprise solidaire au sens de l'article L3332-17-1 du Code du Travail. Ses actions ne sont pas négociables sur un marché réglementé tel que la Bourse. Les niveaux de rémunération de la société sont encadrés par le Code du Travail. Actuellement la société est en gérance bénévole et n'a donc pas de salariés.

La gouvernance de la structure s'appuie sur des principes de Responsabilité Sociétale de l'Entreprise. Les familles actionnaires et la dirigeance de la société ont toutefois comme souci majeur de rechercher constamment l'équilibre économique de l'activité pour permettre l'essor de ce concept de finances solidaires, en vue de la réalisation du projet de FAMILLES SOLIDAIRES.

Les objectifs

- Financer des solutions de logements adaptés à destination de personnes handicapées suite à une cérébrolésion acquise (traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, tumeur cérébrale).
- Soutenir ainsi des porteurs de projets locaux dans le développement de solutions logements.
- Accompagner ces porteurs de projets locaux dans la recherche d'offres immobilières et dans l'adaptation de ces appartements, maisons, immeubles, à leur projet d'accueil de personnes en situation de handicap.
- Proposer des logements de qualité, sur la base de loyers accessibles à tous, que le locataire soit titulaire des minimas sociaux ou de revenus plus confortables.
- Utiliser les bénéfices liés aux projets existants pour générer d'autres projets sur d'autres territoires.
- Contribuer à la solidarité entre familles, en organisant l'investissement au travers de la société FAMILLES SOLIDAIRES et en offrant un cadre juridique sécurisant.

Les réalisations

FAMILLES SOLIDAIRES investit dans divers types de logements :

- appartements ou maisons en colocation permettant à 4 ou 5 personnes de vivre en colocation,
- appartements regroupés, par exemple sur un palier d'immeuble ou dans de petits ensembles,
- appartements individuels.

Un premier projet est engagé sur le territoire de Strasbourg : un appartement de 150 m² en rez-de-chaussée dans un immeuble en autopromotion. Il est composé de 4 chambres de 13 m², 2 salles de bain adaptées, 1 séjour de 41 m², 1 cellier de 3 m², plus un espace de travail pour les Auxiliaires de Vie Sociale et un jardin semi-privatif de 63 m². Les locataires bénéficieront également d'un accès aux espaces communs (terrasse sur le toit, buanderie, atelier de réparation...).

Salon des Familles

“ *Le Dit du Mardi* ” - 14 h à 15 h 30

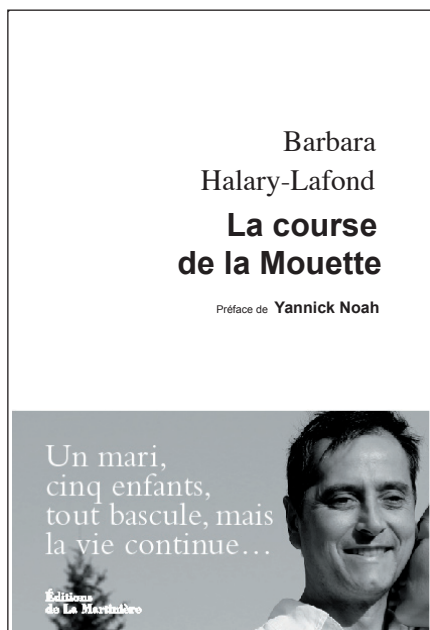
animé par Patricia de Colasson, psychologue clinicienne

La Note Bleue - 10 rue Erard - 75012 Paris (Métro : Reuilly Diderot)

Responsable du Salon : Chantal Fassiaux - 06 80 30 43 59 - chantal.fassiaux@sfr.fr

Planning

Dates	Thèmes
4 février	Vie amoureuse après un TC : quelles questions pour les proches ?
4 mars	Aidant familial : une place spécifique pour les proches
1 ^{er} avril	L'accompagnement à domicile par les professionnels
6 mai	Le regard des autres
26 mai	Les médiations artistiques dans l'accompagnement des personnes cérébro-lésées <i>animée par Pascale de Potter « Au fil de Soi »</i>
3 juin	Témoigner d'une expérience de vie auprès d'un traumatisé crânien grave : Pour qui ? Pourquoi ? <i>Barbara Halary vient nous parler de son livre: « .La course de la Mouette »</i>
17 juin	Déjeuner en commun puis Bilan avec P. de Colasson



Une adhérente de l'association témoigne

Cinq enfants, les copains, le sport et le boulot... Barbara et Jean-Louis croquaient la vie à pleine dent. Leur allure était difficile à suivre, comme leur foulée.

Un banal accident de scooter à 20 km/h : Traumatisme crânien. Trente-six heures après l'hospitalisation d'urgence le couperet tombe : état neurologique végétatif. Tout s'arrête mais tout doit continuer aussi, malgré l'injustice, la colère, l'incompréhension.

Le sportif accompli, surnommé « la Mouette » sur les courts de tennis, va déjouer les pronostics, sortir du coma, réapprendre, aveugle désormais, les gestes du quotidien. Ses enfants vont devoir grandir avec ce papa différent.

Barbara Halary-Lafond nous livre le récit d'une femme qui use de toute son énergie pour lutter contre le pessimisme des médecins au nom de la survie du mari, le père adoré.

Pour nous contacter

Courrier : A F T C IdF / Paris
Boite 7
96 rue Didot - 75014 Paris

Téléphone : 01 40 44 43 94

Télécopie : 01 40 44 43 58

E-mail : aftc.idf@wanadoo.fr