

Bulletin délégation UNAFAM ISERE

Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques
Association reconnue d'utilité publique

SOMMAIRE

1	Edito - Pascal Couzraud
Dossier : Contention et Isolement	
2	Retour de vécu sur la contention
3	Que disent les proches ?
4	Pratiques coercitives en psychiatrie : état des lieux et perspectives de transformation
5	Vers le zéro contention mécanique : le pari du Centre Hospitalier Alpes-Isère
6	Isolement et Contention des malades psychiques : Que dit la loi ?
7	Que nous apprend la réflexion éthique ?
8	Assemblée Annuelle Unafam 38 Calendrier Aide aux Aidants

Chères adhérentes, Chers adhérents,

8000 ! C'est le nombre de patients, qui en France, en 2022 dans une unité de psychiatrie, ont été attachés à leur lit ou à un fauteuil au moyen de sangles ou de bracelets !!

8000 de trop !

Ce qui rend cette pratique d'autant plus dérangeante, choquante, c'est que c'est la Loi qui organise ce mode de recours. Celui-ci est, certes, très encadré mais il permet à des équipes médicales de « penser » apaiser un patient, un de nos proches, en l'utilisant.

Lorsque nous, proches, avons fait connaissance avec le monde de la psychiatrie, de l'hospitalisation, nous n'imaginions certainement pas faire un tel bond en arrière en découvrant, pour certains, cette pratique digne des siècles passés.

Lorsque des soignants pratiquent une action de contention, je suis convaincu que, pour beaucoup, cela génère une sensation de culpabilité, un ressenti de contradiction par rapport à leur mission de « soin ».

Il y a un an, l'Unafam a diffusé un **Manifeste pour l'abolition de la contention en psychiatrie** qui a permis de mettre ce sujet sur la place publique.

Aujourd'hui, des hôpitaux ont décidé d'avoir des actions fortes, comme le Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI). Le Professeur Dondé décrit, dans son article, le processus dans lequel l'établissement s'est engagé avec l'**objectif d'atteindre le zéro contention mécanique dès 2028**.

D'autres établissements continuent d'utiliser la formule de la Loi « réduction des pratiques d'isolement et de contention ». C'est, bien sûr, largement insuffisant !

Dans ce Bulletin, vous allez découvrir le rappel du cadre réglementaire, des témoignages de personnes concernées et de proches-aidants, un focus de la situation au CHAI, un état des lieux des pratiques coercitives en psychiatrie et des perspectives de transformation et ce que la réflexion éthique nous en apprend.

La « bonne nouvelle », que vous avez sans doute déjà vue, c'est que les messages diffusés avec force par la présidente de l'Unafam, Emmanuelle Rémond, ont été relayés par la Ministre de la Santé, Mme Stéphanie Rist, qui a donné une échéance à cette abolition : 2030.

D'ici 2030, le législateur devra abolir les textes législatifs qui organisent ce recours

D'ici 2030, les équipes devront avoir été formées aux dispositifs alternatifs à ce qui n'est pas un soin.

Soyons présents dans les établissements afin d'accompagner cette diminution avant sa disparition dès que possible.

8000 doit devenir 0.

Bonne lecture de ce Bulletin.

Je vous souhaite un été aussi apaisé que possible avec vos proches.

Pascal Couzraud,
Délégué Départemental de l'Unafam

La délégation sera fermée du 27/07/26 au 21/08 inclus mais une permanence téléphonique sera maintenue.

NOUS VOUS DONNONS RENDEZ-VOUS EN SEPTEMBRE POUR NOTRE « RÉUNION DE RENTRÉE » !

Retour de vécu sur la contention

Thomas CORRENOZ

Pair-aidant pour les associations K2 et ENTRELIEN

Représentant des usagers au Centre Hospitalier Alpes-Isère

Il y a des expériences que l'on n'oublie pas. Ce type d'évènement qui nous noue le ventre quand on y repense. La contention mécanique en est une. Je vais vous partager ce que j'ai vécu lors d'une de mes hospitalisations.

C'était durant le week-end. Habitué aux idées noires, mon psychiatre m'avait conseillé d'en parler à un soignant lorsque celles-ci m'envahissaient. C'est ce que j'ai fait. On appelle alors l'interne de garde qui m'évalue.

Je revois ce moment où les infirmiers du SAGI* entrent dans l'unité, quand ils débarquent dans le bureau infirmier. L'interne avait décidé de me mettre sous contention. Le choix qu'on me laisse : consentir et me faire conduire dans ma chambre ou être pris de force. Je me laisse faire par dépit.

On m'attache à mon lit, les quatre membres, par de larges sangles.

Je suis dans le noir, seul.

Je crie mais personne ne peut m'entendre.

Il n'y a rien à faire. Je me débats mais je ne peux pas bouger.

Le sentiment d'impuissance est tel que ma tête vrille.

Je ne vois pas le temps qui passe. Est-ce que je suis attaché depuis 10min, 1h ?

Dans ma souffrance, j'ai au moins eu la chance d'être fortement sédaté. Le neuroleptique que l'on m'a forcé à prendre m'endort. Je ne sais pas au bout de combien de temps.

On me réveille pour manger mais sans me détacher. Mon psychiatre apprend finalement la décision et me libère.

Je ne sais toujours pas combien de temps la contention a duré.

J'en ai gardé des séquelles : peur des lieux clos, du noir complet, d'être privé de mes mouvements...

Je me suis désormais engagé dans les institutions pour faire valoir les droits des usagers, nos droits à tous.

Il y a des expériences que l'on n'oublie pas. Ce type d'évènement qui nous noue le ventre.

Le combat contre la contention mécanique est crucial pour la prise en charge des bénéficiaires. Je sais l'opposition que chacun peut avoir sur cette mesure et un travail commun est nécessaire. Les institutions changent, avec notamment un plan de suppression de la contention au Centre Hospitalier Alpes-Isère, obtenu avec la participation des représentants d'usagers.

Comment chacun peut agir ? En transmettant des témoignages. C'est en sortant du silence que la vérité sur cette pratique émerge.

* Service d'Accueil et de Garde Infirmier

« La plupart des personnes pensent que cette pratique n'existe plus ou qu'elle est réservée à des personnes extrêmement dangereuses mais ce n'est pas le cas »

Philippa Motte, pair-aidante, autrice de « Et c'est moi qu'on enferme », dans lequel elle raconte avoir été contentionnée.

« Avec la contention, on crée du traumatisme sur le traumatisme, des blessures qu'il faudra ensuite soigner »

Fabrice, pair-aidant ayant subi la contention

« Dans ce type de moment, on se trouve dans un état psychique paranoïaque avec une énorme peur qu'on nous fasse du mal et on nous enferme et nous contentionne. »

Philippa Motte, pair-aidante.

Isolement et Contention mécanique : Que disent les proches ?

« Comment ne pas penser à la contention, aux chambres d'isolement lorsqu'on met un pied dans la psychiatrie ? C'est une peur qui m'est venue dès que j'ai entendu "urgences psychiatriques", face à l'état délirant de la 1ère phase maniaque de mon fils. Et à l'époque, il a fallu une famille réunie autour de lui, pour maintenir un dialogue constant et éviter une telle violence que constituent l'isolement forcé et la contention. Ce risque, ces pensées, s'ajoutent à la peur légitime que l'on a déjà, de sa souffrance. Il me suffit d'imaginer ce que cela me ferait, cette camisole, pour être contre. Alors oui, je suis contre ces méthodes et pour soutenir le développement d'autres solutions qui respectent la dignité humaine et privilégient les liens et l'alliance thérapeutique entre le proche malade, les soignants et les familles. Je ne peux en dire plus tellement c'est difficile d'imaginer l'horrible situation inhumaine que cela doit être. Et je suis heureuse que mon fils n'ait pas eu à le subir jusqu'à présent. »

Myriam, mère

« Tout comme la stigmatisation, la contention mécanique et l'isolement contribuent à retarder l'accès aux soins de nos proches, car comment penser une hospitalisation, qui ne ferait que rajouter de la souffrance à la souffrance, dans ce moment de vulnérabilité extrême qu'est la crise. »

Michelle, mère

« Il y a plus de 30 ans, notre fille était en « chambre d'isolement ». Après une visite qui s'était bien passée, l'infirmière lui propose de nous accompagner jusqu'à la porte de sortie du service. Elle lui donne un verre d'eau et nous marchons dans le couloir et je ne sais pourquoi, subitement Caro jette le verre à la figure de l'infirmière qui est restée imperturbable.

Nous avons réalisé que les moments que vivait Caro étaient difficiles pour elle. Nous n'avons pas réagi, et n'en avons jamais reparlé. »

Henri, père

« En décembre 2024 mon fils est admis à l'APEX au CHAI, il est encore sous contrainte de soins à la suite d'une précédente hospitalisation ; il s'est présenté librement aux urgences du CHU.

Un après-midi, je l'accompagne chez lui lors d'une autorisation de sortie. S'ennuyant au CHAI, il rapporte des figurines à peindre et un PC portable.

Le lendemain, en fin de journée, je reçois un appel d'un n° inconnu : JC me demande de venir. Il est à l'isolement et a été mis sous contention dans la journée.

Le lendemain je demande à voir mon fils. Un infirmier me dit que c'est impossible, qu'il est à l'isolement. J'insiste, disant que j'ai été prévenu la veille par téléphone et que je souhaite des explications car deux jours avant il allait bien

JC s'était emporté contre le psychiatre qui refusait la peinture des figurines parce que les pinceaux sont des armes potentielles, les peintures des poisons, de même, le câble du PC peut servir à étrangler.

Bref, le psychiatre, selon l'infirmier, s'est retrouvé, d'une bourrade, les quatre fers en l'air au milieu du couloir, ce qui justifiait contention et isolement. J'ai demandé à entendre la version de mon fils : il reconnaissait les faits et dénonçait les propos dégradants du psychiatre. Il souhaitait quitter l'hôpital et me demandait de lever la contrainte.

J'ai demandé au préalable l'avis d'un psychiatre.

Finalement, ce samedi, nous avons quitté l'hôpital vers 19h30 après avoir entendu l'interne de garde - seule psychiatre présente - à la fin sa tournée. »

Denis, père de JC

Pratiques coercitives en psychiatrie : état des lieux et perspectives de transformation

Marie-Jeanne RICHARD et Aude DE CORNULIER,

Bénévoles Unafam 38

Représentantes des Usagers au Centre Hospitalier Alpes Isère (CHAI)

« L'isolement et la contention sont **des pratiques de dernier recours**. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre et prise pour une durée limitée ». Depuis La loi de modernisation du système de santé de 2016, les mesures d'isolement et contention sont donc des décisions médicales et non pas des prescriptions. Ces mesures ne sont donc plus considérées comme des pratiques qui soignent mais comme des restrictions de libertés et donc sont soumises à un contrôle d'un juge des libertés.

Malgré cet encadrement, malgré la préconisation de n'utiliser l'isolement et la contention qu'en « dernier recours », le recours à ces pratiques est loin d'être marginal au sein des établissements délivrant des soins en psychiatrie.

Un tiers des personnes hospitalisées sans leur consentement sont mises à l'isolement chaque année, et plus d'un quart d'entre elles font également l'objet de mesures de contention mécanique avec de fortes variations inter-établissements malgré des populations soignées similaires.

L'Unafam demande l'abolition de la contention. En effet, comme l'indique l'OMS, la contention mécanique est une pratique coercitive préjudiciable aux personnes. **Pour les patients** elle pousse à son paroxysme la suspension des droits et libertés fondamentaux inhérente aux soins sans consentement (droit à la dignité, droit à la liberté d'aller et venir, au consentement libre et éclairé...) Elle présente des risques de complications somatiques telles qu'embolies pulmonaires, fausses routes..., potentiellement mortelles. Elle impose des souffrances supplémentaires aux patients, pendant la mesure et souvent après : stress post-traumatique, cauchemars, sentiment de honte, de colère, de désespoir, jusqu'au renoncement aux soins. Elle génère des pertes de confiance dans les soignants et compromet l'alliance thérapeutique. Or un patient qui renonce aux soins s'expose à des rechutes qui peuvent être de plus en plus graves et qui conduisent à des ré-hospitalisations.

Ces mesures coercitives ont également un retentissement sur **les soignants**. La contention mécanique nuit à l'attractivité de la spécialité psychiatrie. Les établisse-

ments peu coercitifs sont des hôpitaux « magnétiques » attirant et retenant les professionnels en faisant des conditions d'exercice un levier d'amélioration de la qualité des soins. De plus la contention est très consommatrice de temps médical par les obligations administratives qui s'y rapportent.

En France, 10 % des 220 établissements de santé autorisés à exercer l'activité de psychiatrie avec des soins sans consentement, déclarent un recours nul à la contention. On peut donc se passer de la contention.

C'est dans ce contexte que le CHAI a initié la démarche « zéro contention pour fin 2027 ». C'est un ambitieux projet que nous soutenons.

Les méthodes utilisées par les hôpitaux qui ne recourent pas à la contention sont détaillées dans l'étude PLAID-care⁽¹⁾. Cette étude montre que des pratiques alternatives existent. Elles s'appuient notamment sur :

- Des modes d'organisations « vertueuses »: équipes interprofessionnelles soudées, activités régulières et variées proposées aux personnes hospitalisées
- Le suivi renforcé des personnes hospitalisées sans leur consentement dont le profil les expose davantage au risque d'être soumises à des mesures d'isolement et de contention.
- L'écoute de la personne concernée afin d'établir avec elle, et avec les aidants de son choix, un plan de prévention contenant ses directives anticipées en psychiatrie écrit en amont de la crise ou de la décompensation.
- L'importance de garantir des effectifs suffisants et stabilisés au sein des services psychiatriques. Il s'agit d'éviter d'arriver à un seuil critique de professionnels en-deçà duquel le temps disponible pour la relation de soins devient insuffisant
- Le déploiement de formations appropriées (ex formation à la désescalade)

L'Unafam soutient le « **plan d'action zéro contention mécanique** » au CHAI établi par les groupes de travail du 18 mars composés de soignants, d'usagers et de familles.

 **L'Unafam demande l'abolition de la contention**

Vers le zéro contention mécanique : le pari du Centre Hospitalier Alpes-Isère

Pr Clément DONDÉ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef du Pôle hospitalo-universitaire Sud de psychiatrie

Commission soins sans consentement et des droits des usagers

Centre Hospitalier Alpes-Isère

La contention mécanique, c'est-à-dire l'attachement physique d'un patient à son lit ou à un fauteuil à l'aide de sangles ou de bracelets, est l'une des pratiques les plus controversées de la psychiatrie moderne. Pour les usagers qui l'ont subie et leurs familles qui en ont été témoins, la contention mécanique laisse bien souvent des traces profondes : humiliation, perte de dignité, traumatisme. Pour les soignants eux-mêmes, son utilisation génère un malaise croissant. Pourtant, en France, elle reste encore trop fréquemment utilisée.

Les données scientifiques sont désormais sans appel : la contention mécanique ne soigne pas. Elle n'apaise pas l'intense détresse psychique qui peut survenir chez une personne hospitalisée, mais l'aggrave souvent. Des études internationales montrent qu'elle augmente le risque de traumatisme psychologique, qu'elle fragilise la relation de confiance entre le patient et l'équipe soignante, et qu'elle peut entraîner des complications physiques graves. Pourtant, des pays comme la Finlande, les Pays-Bas ou l'Italie, et même certains hôpitaux psychiatriques français, ont prouvé qu'il est possible de soigner sans contention, même dans les situations cliniques les plus difficiles.

En France, cette prise de conscience gagne du terrain. En 2026, dans le cadre des priorités de la Grande cause nationale qu'est la santé mentale, **Mme la ministre de la santé, Stéphanie Rist, déclare que « nous devons aller vers le zéro contention en 2030 ».** C'est un signal fort. **Au Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI), nous avons choisi de ne pas attendre 2030 :** notre ambition est d'atteindre le zéro contention mécanique dès 2028.

Pour y parvenir, nous avons travaillé de manière collective, en regroupant personnes concernées, proches, soignants, médecins et administrateurs, pour élaborer **un plan d'action structuré en six axes.** **Le premier axe concerne la culture d'équipe :** nous voulons que la question « si je n'avais pas la contention, comment ferais-je ? » devienne un réflexe partagé par tous les soignants. **Le deuxième axe porte sur la formation :** chaque membre du personnel sera formé aux techniques de désescalade, c'est-à-dire aux façons

de désamorcer verbalement une situation d'agitation avant qu'elle ne s'emballe, et au droit des patients à ne pas être contraints sans raison médicale justifiée.

Le troisième axe repense l'accueil à l'arrivée en hospitalisation. L'accueil est un moment crucial, souvent négligé, qui peut prévenir bien des crises s'il est préparé, chaleureux et personnalisé, avec l'implication précoce des proches et des pair-aidants. Les pair-aidants sont des personnes ayant elles-mêmes vécu un trouble psychiatrique, formées pour accompagner d'autres patients ; elles transmettent ainsi un message d'espoir dès l'accueil. **Le quatrième axe agit avant la crise :** activités proposées sept jours sur sept, espaces de vie ouverts, maintien du lien avec les soignants de ville, parce que l'ennui et l'isolement sont des facteurs directs de détresse psychique. **Le cinquième axe agit pendant**

la crise : un soignant dédié, en tête-à-tête exclusif avec le patient en difficulté (ce que nous appelons le « 1 pour 1 »), des espaces d'apaisement avec lumière douce et matériel sensoriel, des alternatives concrètes à la contrainte. **Le sixième axe agit après la crise :** un entretien systématique avec

l'usager dans les vingt-quatre heures suivant tout épisode difficile, pour le comprendre ensemble et éviter que cela ne se reproduise. Ce plan a déjà été présenté et approuvé unanimement aux principales instances de l'établissement.

Ce plan n'est pas un vœu pieux. C'est une stratégie concrète, portée par l'ensemble de la direction et des équipes du CHAI. Nous le devons aux bénéficiaires de soins et à leurs familles, qui ont le droit d'être soignés dans leur dignité. Nous le devons aux soignants, épuisés par des pratiques dont ils savent qu'elles ne correspondent plus à ce que la médecine contemporaine exige. Contraindre mécaniquement n'est pas soigner. Il est temps, au CHAI, de jeter les sangles, pour de bon. Car le zéro contention n'est pas seulement un chiffre à atteindre : c'est un cap pour transformer en profondeur nos pratiques, en passant progressivement d'une logique de contrainte à une logique thérapeutique de prévention et de relation.

Au Centre Hospitalier Alpes-Isère (CHAI), notre ambition est d'atteindre le zéro contention mécanique dès 2028.

Isolement et Contention des malades psychiques : Que dit la Loi ?

Michèle LECLERCQ

Bénévole Unafam 38, Présidente de la CDSP *

1



Principes généraux

- Restrictions aux libertés individuelles adaptées, nécessaires et proportionnées
- Dignité respectée
- Réinsertion recherchée



2

Dernier recours

- Uniquement en hospitalisation complète sans consentement
- Pour prévenir un dommage immédiat ou imminent
- Décision motivée d'un psychiatre
- Surveillance stricte
- Tracée au dossier médical

3

Durées



Isolement :

12h max,
renouvelable jusqu'à 48h
2 évaluations / 24h

Contention :

6h max,
renouvelable jusqu'à 24h
2 évaluations / 12h

4

Renouvellement exceptionnel

- Possible par décision du médecin
- Information immédiate du tribunal judiciaire
- Information d'un proche identifié dans le respect du secret médical
- Le juge peut mettre fin à la mesure d'office

5



Contrôle du juge

- Saisine avant 72h d'isolement ou 48h de contention
- Décision sous 24h
- Nouvelle mesure interdite pendant 48h après mainlevée sauf éléments nouveaux

6



Traçabilité et contrôle

- Registre obligatoire numérique
- Mentionne psychiatre, patient, âge, mode d'hospitalisation, dates/heures, durée, surveillants
- Rapport annuel transmis aux instances

Isolement et Contention des malades psychiques : Que nous apprend la réflexion éthique ?

Isabelle POT,
Bénévole Unafam 38,
Commission éthique nationale

L'ANESM* définit l'éthique comme une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées.

La réflexion éthique est nécessaire dès lors qu'il y a conflit de valeurs.

Or, dans la contention, la sécurité, la liberté et la dignité entrent en conflit et soignants, proches, se retrouvent dans un dilemme éthique...

Sécurité – En ayant pour but d'assurer la sécurité du patient, de son entourage et éventuellement celle des professionnels de santé qui le prennent en charge, le médecin ne prescrit pas un soin.

Liberté, autonomie – La contention prive le patient de sa liberté et de son droit fondamental de citoyen d'aller et venir.

Et si nous nous référons aux valeurs de l'Unafam, deux valeurs sont en jeu et souvent mises à mal :

« Le respect de la personne vivant avec des troubles psychiques : elle doit être considérée comme un citoyen

à part entière et accéder à tous ses droits. »

« La coopération entre tous les acteurs : l'Unafam considère que le partenariat entre l'entourage familial, les soignés, les soignants, les acteurs sociaux et médicaux sociaux, les acteurs de la cité est indispensable dans le parcours du soigné ».

La loi est très précise sur ses conditions d'application et concerne les sujets évoqués ici.

Comment appliquer la loi dans les situations actuelles de pénurie de moyens ? Paul Ricœur nous invite à la créativité : « L'éthique consiste à inventer les comportements justes et appropriés à la singularité des cas ».

Portons nos regards sur ces lieux inventifs qui ont trouvé des solutions...

« La réflexion éthique est nécessaire dès lors qu'il y a conflit de valeurs. Or, dans la contention, la sécurité, la liberté et la dignité entrent en conflit. »

*ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Isolement et contention - Ressources utiles

(1) **PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. PLAID-Care: research into the reduced use of coercion in France.** Saetta Sébastien^{1,2,3}, Coldefy Magali⁴, Degry Julien⁵, Lanquetin Jean-Paul³, McCardell Anaïs⁶, Moreau Delphine^{7,8}, Mougeot Frédéric^{1,2}, Quenum Yvonne³, Ropers Perrine⁷, Rohr Loïc^{3,10}, Rostirolla Daria¹, Velpry Livia⁶, 11 *L'Encéphale* Volume 49, Issue 4, August 2023, Pages 433-436

Isolement et contention en psychiatrie : pourquoi de telles différences entre établissements ? Éclairages croisés par des analyses mixtes. Coralie Gandréa, Sébastien Saettab, Esther Tuitou-Burckardc, Magali Coldefya, en collaboration avec Anis Ellinid, Charlie Bourine et le consortium Plaid-Care*. Questions d'économie de la santé N°306 - mars 2026.

Retour sur l'Assemblée Annuelle de notre délégation

Michelle P., bénévole Unafam 38



rents, co-construits, fondés sur la confiance, la pair-aidance, la médiation et le respect du rythme du patient. Edouard Bourdon nous rappelait « qu'un dialogue ce n'est pas deux monologues » et Marie-Jeanne Richard que « les proches sont ceux qui étaient là avant et qui seront là après ».

Le débat sera retransmis sur la plateforme « [Films et handicap](#) », site de référence sur le handicap, grâce à Michel Szempruch et nous l'en remercions.

L'après-midi, les familles ont pu réfléchir ensemble autour d'une problématique, dans les ateliers de co-développement ou partir à la découverte d'une nouvelle approche du soin avec la présentation de l'Open Dialogue.

Nous étions nombreux à nous retrouver à St Egrève, malgré les fortes chaleurs, samedi 20 juin, pour suivre la table ronde sur la 'Place des familles dans les soins psychiatriques' avec la participation d'Edouard Bourdon, Directeur du CHAI, Virginie Lagier, Directrice adjointe à l'ESMPI, les Dr Francine Spitz, praticien hospitalier au CHAI et Dr Lee Aderet, cheffe de Pôle à l'ESMPI et en tant que médiatrice, Marie-Jeanne Richard, ancienne Présidente de l'Unafam.

Le débat a mis en lumière une volonté forte et partagée de **reconnaître les familles comme partenaires** des soins psychiatriques, tout en soulignant les obstacles : manque de moyens, culture professionnelle encore en transition, cadre politique contraignant. Les intervenants ont convergé vers une vision : **soins ouverts, transpa-**



Un grand merci à nos partenaires qui ont « accepté de se soumettre aux questions » après des échanges qui ont suscité un vif intérêt auprès des familles.

Bravo à chacun d'entre vous - proches, partenaires, bénévoles et Vinciane, notre salariée - votre présence et votre énergie ont vraiment donné vie à cette journée .

Nous vous donnons rendez-vous pour notre prochaine **Journée de Rentrée en septembre**.

La date vous sera communiquée dans notre Lettre du mois de septembre.

"crédit photo Michel Szempruch »

Calendrier Aide aux Aidants : sept à déc 2026

Inscription : isere@unafam.org ou 04 76 43 12 71

Groupes de parole 'ouverts' Famille

Lundi 07 septembre, lundi 05 octobre et jeudi 26 novembre de 18 h 30 à 20 h/20 h 30	Grenoble
Mercredi 09/09, lundi 28/09, mercredi 04/11, mercredi 16/12, de 18h00 à 19h30	Voiron

Formations

Journée d'information sur la dépression résistante - Samedi 26/09	Grenoble
Journée d'information sur les troubles psychiques - Samedi 3/10	Voiron
Mieux accompagner un proche souffrant de troubles anxieux - Samedi 10/10	Grenoble
Mieux accompagner un proche souffrant de troubles de schizophrénie - Samedi 7/11	Grenoble
Atelier d'entraide PROSPECT - Samedi 14, Dimanche 15 et samedi 21/11	Bourgoin
Adapter sa communication avec un proche souffrant de troubles bipolaires - Samedis 21 et 28/11	Voiron
Journée d'information Les difficultés psychologiques de l'enfant et de l'adolescent - Samedi 5/12	Grenoble