



L'entraide : La force des familles

En mars 2010, une nouvelle session de formation sera offerte aux parents et proches des personnes atteintes de maladie mentale grave.

Vous avez un membre de votre famille qui souffre d'une maladie mentale grave? Aimeriez-vous en savoir davantage sur sa maladie? Le programme d'éducation « *L'entraide : La force des familles* » destiné aux familles, vous permettra de recevoir une information complète et rigoureuse sur tous les aspects touchant les maladies mentales graves.

Parmi les sujets traités au cours des 10 sessions, figurent :

- Comprendre la maladie mentale, les traitements et le réseau de ressources en santé mentale et communautaire;
- apprendre à vivre avec la maladie mentale;
- encourager votre proche à être fidèle à sa médication;
- améliorer vos habiletés de communication.

De plus, vous obtiendrez à chaque session des documents rédigés dans un langage simple et compréhensible auxquels vous pourrez vous référer au besoin.

À compter du 17 mars prochain, la SQS sera votre hôte pour la diffusion de ce programme **les mercredis soir à compter de 19 h**. Les frais d'inscription sont de 50 \$; cependant, l'inscription est gratuite pour les membres de la SQS. **Vous devez vous engager à suivre le programme complet.**

Pour vous inscrire dès maintenant, détachez le formulaire d'inscription et faites-le parvenir dûment rempli au secrétariat de la SQS ou à info@schizophrénie.qc.ca. Pour plus d'information, n'hésitez pas à consulter notre site web ou à communiquer avec Florence Calandra, conseillère psychosociale au 514-251-4000 poste 3400. Faites vite le nombre d'inscriptions est limité.

Société québécoise de la schizophrénie
7401, rue Hochelaga
Montréal (Québec) H1N 3M5



Formulaire d'inscription

Programme « **L'entraide : La force des familles** »

Nom :	
Ma relation avec la personne atteinte de maladie mentale : Je suis...	
Diagnostic de la personne atteinte :	Date du diagnostic :
Métier/profession (si retraité, spécifier aussi votre fonction antérieure) :	
Téléphone :	
Adresse :	
Ville :	Code postal :
Courriel :	
Signature :	Date :