

LA SANTÉ DANS TON UNIVERSITÉ

La santé mentale

En collaboration avec



Renseigne-toi sur les troubles
psychiques et leurs idées reçues

On t'aide à y voir plus clair
sur les Troubles du
Comportement Alimentaire

Lutter contre les violences sexistes et sexuelles

En collaboration avec



Apprends à réagir face au harcèlement
de rue et à une intoxication au GHB

**Informe-toi en
t'amusant avec des
tests, des mises en
situation, des jeux
et pleins de
ressources utiles !**

La vie sexuelle et affective

Revois les bases du consentement

Découvre le vocabulaire des IST et les
bonnes conduites à tenir pour les éviter

Le handicap

Fais le bilan de tes connaissances
sur le handicap et ses clichés



**Prévention et
Promotion de
la Santé**

La Fédé B, tu connais ?

La Fédé B, pour Fédération des associations étudiantes de Bretagne occidentale, est une association étudiante qui anime ton campus et défend tes droits et intérêts depuis plus de 25 ans !

Elle est la première organisation étudiante de Bretagne, de par la taille de son réseau, son degré de représentativité mais aussi l'ampleur de ses projets (Pétarades, AGORAé...).

Tu peux la retrouver à Brest, Quimper et Saint-Brieuc.



fedeb.net



contact@fedeb.net



02 98 01 29 36



[@fedeb.net](https://www.facebook.com/fedeb.net)



[@fedebzh](https://www.instagram.com/fedebzh)



6 Avenue Victor
le Gorgeu
29238 Brest



Sommaire

..... Lutter contre les violences sexistes et sexuelles

Mise en situation 1 : harcèlement de rue	p. 6
Correction	p. 42
Mise en situation 2 : intoxication au GHB	p. 8
Correction	p. 45
Ressources	p. 10

..... Le handicap

Les handicaps invisibles	p. 12
Vrai ou Faux	p. 13
Correction	p. 47

..... La vie sexuelle et affective

C'est oui, c'est non ?	p. 14
Correction	p. 49
Les mots crois'IST	p. 16
Correction et ressources	p. 50

..... La santé mentale

Dossier : les troubles psychiques

Qu'est-ce que la santé mentale ?	p. 18
Les troubles psychiques : de quoi parle-t-on ?	p. 20
Quels sont les principaux troubles psychiques ?	p. 21
Quelles difficultés rencontrent les personnes malades ?	p. 25
En tant que proche, quels comportements adopter ?	p. 29
Le rétablissement en santé mentale, ça existe ?	p. 29
A quel.le.s professionnel.le.s s'adresser ?	p. 33
Ressources	p. 35

Zoom sur... les Troubles du Comportement Alimentaire

Qu'est-ce qu'un TCA ?	p. 38
Quels facteurs peuvent favoriser l'apparition de TCA ?	p. 38
Quels sont les signes à surveiller chez soi ou un.e proche ?	p. 39
Comment accompagner un.e proche qui souffre de TCA ?	p. 40
Peut-on se rétablir de TCA ?	p. 40
Ressources	p. 41

Les violences sexistes et sexuelles sont une réalité, notamment en France où **94 000 femmes** sont victimes de viol ou tentatives de viol chaque année, **553 000 agressions sexuelles** sont perpétrées chaque année, **1 femme sur 2** a déjà subi des violences sexuelles ... De même⁽¹⁾, dans le monde : **80% des femmes** ont déjà été victimes de harcèlement sexuel dans les lieux publics. (2)

Revenons ensemble sur deux situations liées aux violences sexistes et sexuelles. Lis les différentes situations ci-dessous et choisis le(s) comportement(s) approprié(s) !

SITUATION 1

PREMIÈRE PARTIE

Il est 22h30, tu vas rejoindre des ami.e.s dans un bar. Tu avances dans la rue, une femme marche sur le trottoir d'en face. Au coin d'un bâtiment, tu aperçois un homme qui s'approche de toi. Il arrive à ta hauteur et te demande si tu as un briquet. Tu réponds que tu ne fumes pas, il décide alors de poser la même question à la femme de l'autre côté de la rue. À cause de la distance qui vous sépare, tu n'entends pas ce qu'elle lui répond. Toutefois, l'homme reste près d'elle et semble lui chuchoter des choses à l'oreille. Il marche juste derrière elle dorénavant.

Que fais-tu ?

- A** Puisqu'il n'y a pas d'agression physique, je me dis que ce n'est pas très grave. Je continue ma route.
- B** Au vu de leur proximité, je me demande s'ils ne se connaissent pas. Et puis, je n'entends pas leur conversation après tout ... Je continue ma route en prenant une rue parallèle.
- C** Le comportement de cet homme ne me semble pas normal et m'inquiète. Je cherche à agir.
- D** J'aperçois au loin une autre personne qui marche sur le même trottoir qu'elleux et arrive dans leur direction : je vais laisser cette personne gérer la situation.

SITUATION 1

DEUXIÈME PARTIE

Tu penses que la situation relève du harcèlement de rue. Tu te décides à agir pour aider cette femme.

Que fais-tu ?

- A** Je me dirige vers cette femme et lui demande mon chemin. Ma présence semble avoir gêné l'homme, qui finit par s'éloigner de nous et reprend sa route.
- B** Je me dirige vers la personne qui marche sur le même trottoir que la femme, et lui demande de m'aider à intervenir.
- C** Je décide de filmer discrètement la scène pendant quelques instants. Je me dirige ensuite vers l'homme et lui dit que je l'ai filmé et que je pourrais le dénoncer.
- D** Je continue de marcher sur le trottoir d'en face. Quelques minutes s'écoulent et l'homme part enfin. Je me rapproche de la femme et lui demande si elle va bien.
- E** Je vais voir l'homme et je lui dis que ce qu'il fait est déplacé et qu'il doit tout de suite arrêter.

Références

- 1** Manuel d'action #NousToutes : En finir avec les violences sexistes et sexuelles, Caroline de Haas
- 2** Sondage mené par L'Oréal Paris et Ipsos en mars 2021 dans 15 pays : International Survey on Sexual Harassment in Public Spaces

Correction p. 42

SITUATION 2

PREMIÈRE PARTIE

La soirée bat son plein et tu décides de sortir en boîte de nuit avec une amie, après avoir bu un verre chez elle. Vous entrez dans la boîte, dansez un peu puis décidez d'aller chercher à boire. Accoudé.e.s au comptoir du bar, vous discutez en gardant vos verres à la main. Tu attends que ton amie finisse sa boisson pour te rendre aux toilettes. Il y a beaucoup de personnes devant toi, donc tu ne sors des toilettes qu'une quinzaine de minutes plus tard. Tu cherches ton amie des yeux mais ne la trouve pas tout de suite : elle danse avec des inconnu.e.s et semble complètement saoule. Tu la rejoins mais n'arrive pas vraiment à t'aligner avec son état : elle est déjà très euphorique, bouscule les gens en dansant et quand tu lui demandes si tout va bien, elle a du mal à être claire. C'est étrange, elle n'a bu que deux verres pourtant ...

Que fais-tu ?

- A** Elle n'a pas dû manger assez avant de venir : l'alcool lui est juste monté rapidement à la tête. Je n'ai pas besoin de m'inquiéter davantage.
- B** Elle ne semble pas en danger immédiat puisque je suis avec elle et que je ne suis pas saoul.e. Et puis, il ne semble pas y avoir autour d'elle d'agresseur.se.s potentiel.le.s. Je vais tout de même la surveiller davantage.
- C** Je ne l'ai jamais vue être saoule aussi rapidement : c'est bizarre. Je l'emmène avec moi s'asseoir dans un coin et j'essaie de mieux percevoir son état général.
- D** Je trouve son état vraiment très étrange. Pour être plus rassuré.e, je nous fais sortir de la boîte.

SITUATION 2

DEUXIÈME PARTIE

Tu as finalement décidé de sortir de la boîte avec ton amie. Son état semble se détériorer rapidement, au point où elle ne tient plus debout sur ses jambes et a de très fortes nausées. Elle arrive à articuler qu'elle veut juste rentrer chez elle pour dormir, que tu peux la laisser : elle appellera un taxi.

Que fais-tu ?

- A** Je suis inquiet.e par rapport à ses nausées qui s'intensifient : j'essaye de la faire vomir, puis j'appelle un taxi qui la ramènera chez elle.
- B** J'appelle immédiatement les secours et reste à côté d'elle.
- C** J'appelle un taxi et vais passer la nuit chez elle afin de surveiller son état.
- D** Vu que je n'habite pas très loin, je la porte jusque chez moi et vais passer la nuit à ses côtés afin de surveiller son état.

RESSOURCES

Pour trouver du soutien ou poser des questions, tu peux contacter de manière
anonyme et gratuite :



Téléphone

- DROGUES INFOS SERVICES : 0 800 23 13 13 7j/7, 8h-2h
- VIOLS FEMMES INFORMATIONS : 0 800 05 95 95 Lundi-Vendredi, 10h-19h
- VIOLENCES FEMMES INFOS : 3919 7j/7, 24h/24

Visio et traduction en langue des signes disponible avec l'application Rogervoice sur smartphone ou via l'icône téléphone en pied de page sur le site



Tchat

- LA POLICE NATIONALE : service-public.fr 7j/7, 24h/24
- ASSO "EN AVANT TOUTE(S)" : commentonsaime.fr 7j/7, 10h-21h



Applications

- THE SORORITY : jointhesorority.com

Application de lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales ainsi que contre toutes les formes de harcèlement perpétrées sur les femmes et les personnes issues des minorités de genre, grâce au réseau des utilisatrices prête.s à aider, soutenir et à agir n'importe où, n'importe quand.

- APP-ELLES : app-elles.fr

Application qui permet d'alerter et de contacter rapidement ses proches, les services d'urgence, les associations et toutes les aides disponibles autour de soi, en cas d'urgence, de détresse ou de danger. Suivi audio et GPS en temps réel, enregistrements et ressources d'aide.



Réseaux sociaux

- SAFEWALK FOR ALL BREST : groupe Facebook privé

Ce collectif ouvert à toutes a pour objectifs de regrouper les trajets en ville, de jour comme de nuit, pour diminuer le sentiment d'insécurité à Brest et lutter contre le harcèlement de rue et les agressions.

- SAFEWALKFRANCE : compte Instagram

Compte Instagram officiel et national du collectif.

- HÉROÏNE 95 : compte Instagram

Collectif féministe sur les violences sexistes et sexuelles qui communique beaucoup sur l'intoxication au GHB en milieu festif.

- NOUSTOUTESORG : compte Instagram

Compte Instagram officiel de l'association #NousToutes, qui lutte contre les violences sexistes et sexuelles en France.

- NOUSTOUTESBREST / NOUSTOUTES29QUIMPER / NOUSTOUTES_22 : comptes Instagram

Collectifs locaux de l'association #NousToutes, qui luttent contre les violences sexistes et sexuelles spécifiquement sur Brest, Quimper et Saint-Brieuc.

- TYSAFE_ASSO : compte Instagram

Association de lutte contre le harcèlement sexuel et les violences dans les lieux publics de Brest Métropole.

RESSOURCES

nous
toutes
.org

#NousToutes est un collectif féministe ouvert à toutes.

Il est constitué d'activistes dont l'objectif est d'en finir avec les violences sexistes et sexuelles dont sont massivement victimes les femmes et les enfants en France.

Position Latérale de Sécurité, en 5 étapes

1^{ère} ÉTAPE

Avant de mettre une personne en position latérale de sécurité (PLS), il faut vérifier qu'elle soit inconsciente sur le dos mais qu'elle respire toujours normalement. Desserrez si vous le pouvez le col, la cravate ou la ceinture. Si elle porte des lunettes, commencez par les lui retirer.



2^e ÉTAPE

Tout d'abord, il faut se positionner à côté (ici à droite) de la personne étendue et vérifier que vous êtes bien stable sur vos deux genoux. Une fois que vous êtes bien installé, prenez, avec votre main gauche, celle du patient. Et appliquez le dos de sa main gauche contre son oreille droite.



3^e ÉTAPE

Ensuite, tout en maintenant la pression contre cette main gauche, relevez, avec votre main droite, la jambe gauche de la personne inconsciente. Puis en appuyant sur son genou gauche, le patient va automatiquement se tourner sur le côté droit grâce à un système de balancier.



4^e ÉTAPE

Après avoir délicatement retiré votre main gauche, de sous la tête de la victime, ajustez sa jambe gauche.



5^e ÉTAPE

Pour éviter que le patient ne perde l'équilibre, le genou gauche doit former un angle droit entre le tibia et la cuisse. Une fois que la personne est en PLS, entrouvrez délicatement sa bouche pour permettre l'écoulement d'éventuels liquides vers l'extérieur et vérifiez régulièrement sa respiration. Enfin, appelez les secours.



Les 6 phrases pour soutenir une victime

1. Je te crois (pour inverser l'isolement)
2. Tu as bien fait de m'en parler (pour la revaloriser)
3. Tu n'y es pour rien
4. C'est lui le coupable (pour remettre la culpabilité au bon endroit)
5. La loi l'interdit
6. Je vais t'aider

LES HANDICAPS INVISIBLES

Le handicap est dit invisible lorsqu'il n'est pas reconnu en tant que tel par les autres. Il ne se voit pas au premier abord comme peut l'être le handicap moteur et son fauteuil par exemple. La situation de handicap est donc le plus souvent mal identifiée par l'entourage qui d'emblée ne comprend pas les difficultés de la personne en situation de handicap lors de tâches considérées comme simples.

B	S	M	U	M	Y	B	D	Y	S	L	E	X	I	E
D	E	U	F	I	B	R	O	M	Y	A	L	G	I	E
É	P	C	A	B	S	J	H	B	E	J	O	A	D	O
P	H	O	V	O	F	K	Q	J	Z	Z	K	V	Y	H
R	R	V	D	A	L	T	O	N	I	S	M	E	S	T
E	T	I	M	C	F	D	I	A	B	È	T	E	P	H
S	U	S	A	A	N	O	S	M	I	E	E	G	R	S
S	L	C	H	É	M	O	P	H	I	L	I	E	A	F
I	U	I	K	X	L	B	D	Z	L	M	Y	W	X	E
O	P	D	R	Z	O	D	Y	S	P	H	A	S	I	E
N	U	O	P	H	R	R	H	M	B	Q	S	X	E	C
Z	S	S	M	V	O	I	E	S	U	R	D	I	T	É
O	P	E	C	A	N	C	E	R	O	S	G	Q	B	U
C	S	C	H	I	Z	O	P	H	R	É	N	I	E	P
P	R	É	P	I	L	E	P	S	I	E	K	E	U	S

Retrouve 16 handicaps invisibles cachés dans le jeu :

- Des maladies chroniques et/ou invalidantes
**diabète, cancer, SEP (sclérose en plaques),
épilepsie, mucoviscidose, hémophilie,
fibromyalgie, lupus**
- Des troubles cognitifs
dyslexie, dyspraxie, dysphasie
- Des handicaps psychiques
dépression, schizophrénie
- Des handicaps sensoriels
surdité, anosmie, daltonisme

Correction p. 48

VRAI / FAUX

- 1 L'origine du mot "handicap" vient du nom du Professeur Andy Kapp, médecin psychiatre autrichien connu pour sa description des déficiences mentales.
- 2 Le pourcentage de handicaps invisibles est de 50%.
- 3 Le pourcentage de handicaps déclarés à la naissance est de 60%.
- 4 Peu de situations de handicaps sont visibles en permanence.
- 5 Le 11 février 2005 a été créée la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap.
- 6 Une Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) est mise en place dans chaque département depuis la loi du 11 février 2005.
- 7 Le quota de travailleur.se.s en situation de handicap obligatoire pour les entreprises de plus de 20 salariés est de 15%.
- 8 Une personne en situation de handicap et qui travaille est systématiquement considérée comme travailleur.se handicapé.e.
- 9 La dyslexie, la dysphasie et la dyspraxie sont des troubles cognitifs spécifiques.
- 10 L'anosmie est la perte partielle ou totale de l'odorat.
- 11 Le lupus est une IST qui devient invalidante sur le long terme.
- 12 La fibromyalgie est une affection chronique caractérisée par des douleurs diffuses persistantes.

Correction p. 47

C'EST OUI, ”

“ C'EST NON ?

9 personnes sur 10 ont subi une pression pour avoir un rapport sexuel. Dans **88% des cas**, c'est arrivé plusieurs fois. **2 femmes sur 3** ont fait l'expérience d'actes sexuels non consentis, avec ou sans pénétration. **53,2% des personnes** ont fait l'expérience d'un rapport sexuel avec pénétration non consentie. (1)

Et si on revenait ensemble sur la notion de consentement ? Lis les différentes situations ci-dessous et choisis le(s) comportement(s) approprié(s) !

SITUATION 1

La soirée est presque finie, tu es fatigué.e et as vraiment envie de rentrer chez toi. Cependant, la fille avec qui tu flirtes depuis plusieurs mois te fait des avances et t'invite à aller dans une des chambres à l'étage. Elle semble visiblement avoir bien bu. Que fais-tu ?

- A** Je fonce : je sais que je l'intéresse vraiment puisqu'on flirte ensemble depuis un moment déjà !
- B** J'hésite mais finalement je me dis que je peux la suivre parce que je suis aussi un peu soûlé.e.
- C** Je refuse ses avances, je vais m'assurer par contre qu'elle rentre en sécurité chez elle.
- D** Comme elle est très insistante, je l'embrasse juste pour la calmer, puis en profite pour la faire rentrer chez elle en toute sécurité.

SITUATION 2

En plein rapport sexuel, tu sens que ton petit ami n'est plus très à l'aise. Le rapport était pourtant consenti. Par ailleurs, c'est même lui qui a initié ce rapport. Que fais-tu ?

- A** J'arrête tout et lui demande s'il va bien, s'il a besoin que l'on arrête.
- B** Je vais jusqu'au bout du rapport : ce n'est pas vraiment le moment pour discuter de ces choses-là. On aura tout le temps d'en parler une fois le rapport fini.
- C** Je continue encore un peu, en attendant qu'il dise quelque chose. S'il ne dit toujours rien, j'arrête et je lui demande si tout va bien.
- D** J'arrête tout et lui demande si tout va bien, s'il a besoin que l'on arrête. Je suis un peu déçu.e cependant de ne pas être allé.e jusqu'au bout du rapport.

Correction p. 49

C'EST OUI,



“ C'EST NON ? ”

SITUATION 3

Tu viens tout juste de te mettre en couple. Ton.ta partenaire t'apprend qu'iel ne veut pas avoir de rapport sexuel avec toi dans l'immédiat. Tu sais pourtant qu'iel en a déjà eu avec ses précédent.e.s partenaires. Que fais-tu ?

- A** Je lui dis que je trouve ça étrange comme comportement.
- B** Je lui dis que je suis vexé.e et que si je ne l'intéresse pas, il fallait le dire avant !
- C** Je lui dis que je comprends mais que j'aurais aimé qu'iel m'en parle avant que l'on se mette en couple.
- D** Je suis un peu étonné.e mais je lui dis que je comprends. Je lui demande s'iel veut qu'on en discute.

SITUATION 4

Lors d'une soirée, tu dances avec une fille qui te plaît beaucoup. Tu as remarqué qu'elle porte une tenue assez légère et courte, et qu'elle danse avec toi de manière de plus en plus suggestive. Que fais-tu ?

- A** J'aimais bien danser avec elle mais je me sens de plus en plus mal à l'aise : je décide plutôt d'aller retrouver mes ami.e.s.
- B** Je me dis que c'est le moment parfait pour initier un rapprochement : je remonte mes mains sous sa jupe.
- C** Je continue de danser avec elle en espérant qu'il se passera quelque chose entre nous : on verra bien comment la soirée évoluera par la suite !
- D** J'amorce un rapprochement en lui demandant si je peux l'embrasser.

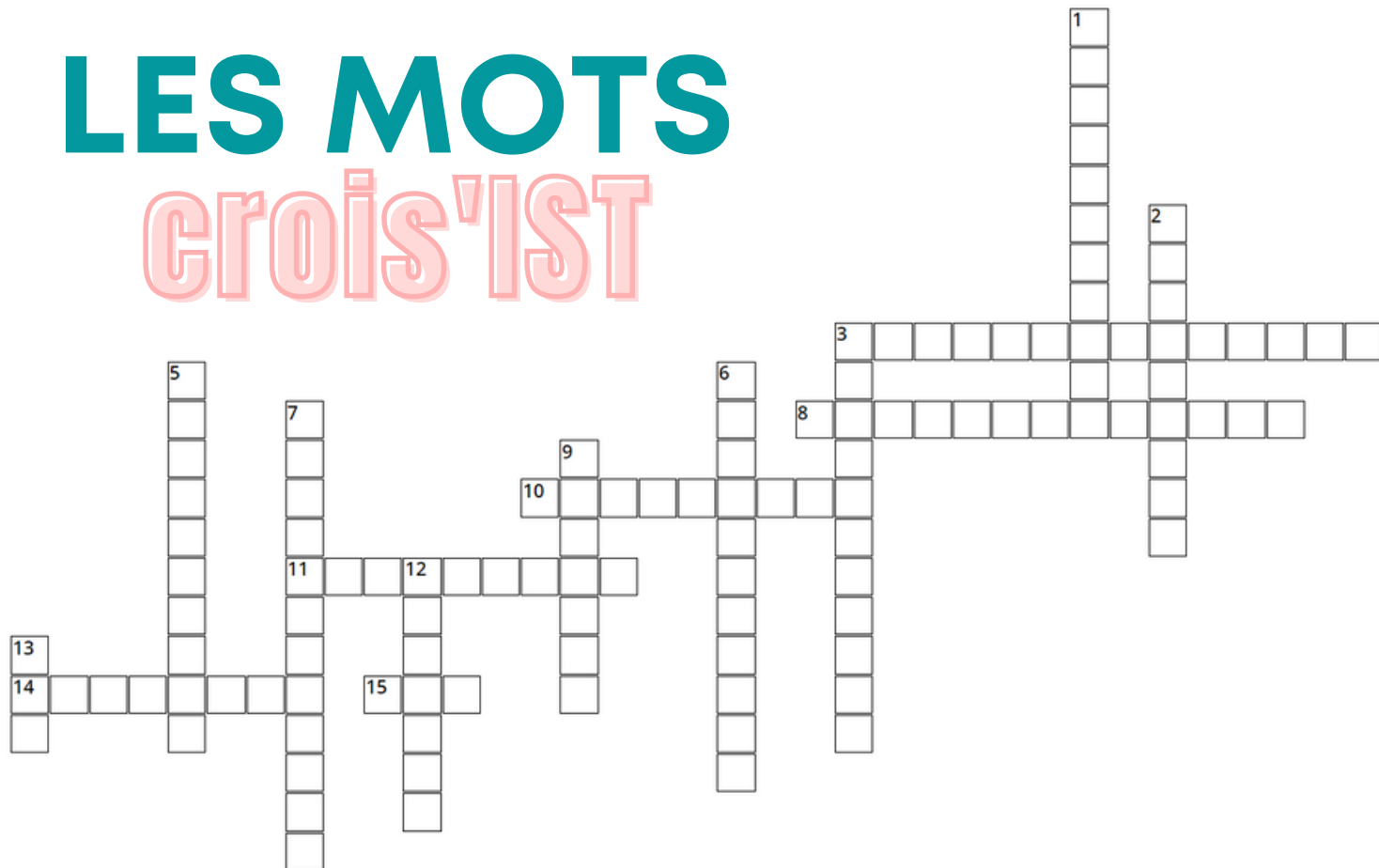
LE MOT DE LA FIN

La notion de consentement est complexe et ne peut pas être uniquement réduite à "non c'est non". Le consentement ne s'applique d'ailleurs pas que dans la vie sexuelle (forcer quelqu'un.e à faire la bise alors qu'iel ne le souhaite pas, revient à faire fi du consentement). Il faut donc s'assurer au quotidien que les personnes qui nous entourent sont à l'aise avec telle ou telle pratique, activité, discussion, ... Pour cela, on ne le dira jamais assez : la communication est la clé !

1 Manuel d'action #NousToutes : En finir avec les violences sexistes et sexuelles, Caroline de Haas

LES MOTS

crois'IST



VERTICAL

1. **L'IST la plus fréquemment diagnostiquée**, causée par une bactérie appelée *Chlamydiae trachomatis*.
En 2018, les personnes avec un utérus âgées de 15 à 24 ans représentaient près des $\frac{3}{4}$ des cas.
Dans 60 à 70% des cas, cette infection est asymptomatique, sinon elle est susceptible de provoquer une infection uro-génitale ou ano-rectale.
Si elle n'est pas guérie par antibiotiques, elle peut être à l'origine de stérilité chez les personnes avec un utérus.
2. **Cette IST est provoquée par un virus très contagieux (VHB) qui se transmet par rapports sexuels non protégés, par voie sanguine**, mais aussi dans de rares cas par la salive.
Dans 80% des cas, cette IST est asymptomatique. Sinon, elle peut causer une fatigue importante, des nausées, une altération de l'état général, voire même atteindre le foie et **causer un cancer du foie ou une cirrhose**.
Environ 90% des personnes infectées vont s'en débarrasser naturellement sans traitement, avant le stade de maladie chronique. Il existe des traitements appropriés pour inactiver le virus mais la guérison totale est rare. Il existe un vaccin pour une protection à vie.
3. **C'est le moyen incontournable pour se protéger de la plupart des IST** lors de pénétrations (on dit qu'il est interne ou externe) ou de pratiques bouche/sexe et bouche/anus (sous forme de digue dentaire). Attention cependant : certaines IST exigent une plus grande protection. En effet, les zones infectées et contaminantes peuvent parfois ne pas être entièrement couvertes par cette protection (dans le cas de l'HPV par exemple). De plus, certaines IST peuvent se transmettre par d'autres voies que les relations sexuelles non protégées (sang, ...).
5. **Aussi appelée blennorragie, gonorrhée, ou encore surnommée "chaude-pisse"** dans le langage populaire, il s'agit d'une infection des organes génito-urinaires par une bactérie : **le gonocoque**.
Pour les personnes avec un vagin, l'infection est asymptomatique dans 70% des cas. Sinon, elle peut provoquer des brûlures ou encore un écoulement jaune ou verdâtre avec une odeur nauséabonde au niveau de la verge, du vagin ou de l'anus.
La guérison se fait par traitement antibiotique.
6. Dès que l'on apprend que l'on a été infecté.e par une IST, **c'est ceux avec qui nous avons eu des rapports sexuels ou un contact à risque que nous devons informer** immédiatement. Cela leur permettra d'être traité.e.s à temps et d'éviter de nous réinfecter ou de contaminer d'autres personnes.
7. **C'est ce que l'on dit lorsqu'une personne porteuse d'une IST infecte d'autres personnes**. Cela peut avoir lieu lors de relations sexuelles non protégées, que ce soit par pénétration vaginale, anale, par un contact bouche/sexe, bouche/anus ou encore par caresses sexuelles, par voie sanguine ou bien par transmission de la mère à l'enfant.

Correction p. 50

9. **Il ne faut pas hésiter à lui demander un test de dépistage des IST.** Sinon, il est aussi possible de prendre rendez-vous gratuitement dans un centre de dépistage gratuit (CeGIDD), un Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) ou encore un centre de PMI.
12. **C'est pour continuer à en avoir qu'il faut s'informer sur les IST et se faire dépister** régulièrement et en cas de rapport à risque.
13. **Autrefois appelées MST (Maladies Sexuellement Transmissibles), ce sont des infections** dues à des bactéries, virus et parasites, **transmises principalement lors de relations sexuelles.** Attention, ces infections n'ont souvent pas de symptômes visibles : on peut donc être infecté.e sans le savoir et les transmettre ! Par ailleurs, contracter ce type d'infections peut augmenter le risque de contracter d'autres infections du même type.

HORIZONTAL

3. **Aussi appelés HPV, c'est une famille de virus très fréquents** et souvent bénins.
On estime qu'environ 80 % des personnes sexuellement actives seront infectées par ces virus dans leur vie.
Le plus souvent, l'infection guérit en quelques mois grâce à l'immunité naturelle, sans aucune manifestation inflammatoire. Mais dans 10 % des cas, les virus peuvent persister et sont accompagnés par l'apparition de petites verrues ano-génitales (condylomes), voire de **cancers (notamment du col de l'utérus)**.
Dans ce cas, des médicaments ou des traitements physiques ou chirurgicaux sont nécessaires. Des vaccins contre les types de HPV les plus courants et dangereux sont également efficaces.
8. **Cette IST est causée par un virus appelé herpès simplex virus : HSV.** Le.a partenaire qui transmet le virus peut être porteur sain, c'est-à-dire ne présenter aucun symptôme. Cependant, **une fois contracté, le virus reste dans l'organisme et peut réapparaître** à tout moment de manière épisodique sous forme de crise.
Ce virus touche majoritairement les personnes avec un vagin.
Cette IST est caractérisée par l'apparition de petites vésicules douloureuses sur les organes sexuels.
Le traitement repose sur la prise d'antiviraux, qui peuvent seulement réduire la durée et l'intensité de la crise. Ils ne permettent pas de guérison totale.
10. **Pour s'assurer de ne pas être infecté.e par une IST, c'est important d'en faire régulièrement,** en complémentarité avec l'usage du préservatif ou carré de latex lors d'un rapport sexuel. Ce test peut se faire de plusieurs manières : par prise de sang, par frottis vaginal, prélèvement urétral ou par prélèvement urinaire. Parfois les symptômes apparents suffisent à détecter une IST.
Il est également primordial que tous les partenaires en fasse s'ils ne souhaitent plus utiliser de préservatif entre eux.
11. **Ce sont les signes visibles et anormaux qui peuvent accompagner une infection liée à une IST.** Les principaux signes visibles sont des brûlures, des irritations, des écoulements, des odeurs suspectes, des boutons, verrues ou rougeurs au niveau des organes sexuels ou de l'anus. Des douleurs au bas-ventre ou bien survenant lors de rapports sexuels ou en urinant sont aussi des signes à surveiller.
14. **Cette IST est due à la bactérie Treponema Pallidum (ou tréponème pâle) et se transmet par rapports sexuels non protégés ou par voie sanguine.**
C'est une **maladie ancienne** qui a été décrite pour la première fois en 1530.
Cette IST peut être asymptomatique et passer inaperçue tandis que la bactérie continue de se développer malgré tout dans l'organisme. Les manifestations cliniques évoluent au fil du temps en trois stades, le dernier stade étant potentiellement fatal. Le tout premier symptôme à observer est l'apparition d'un chancre, qui ressemble visuellement à un aphte ou de l'herpès mais est indolore.
Cette IST peut être guérie avec un traitement antibiotique.
15. **Cette IST est due au Virus Immunodéficient Humain qui se transmet lors de rapports sexuels non protégés, par voie sanguine ou encore de la mère à l'enfant. On dit que l'on est séropositif.ve lorsque l'on porte le virus.**
Les principaux modes de contamination des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2020 en France étaient les rapports hétérosexuels entre personnes cisgenres (53%) et les rapports sexuels entre hommes cisgenres (42%).
L'infection par le virus comprend trois grandes phases dont les deux premières peuvent ne pas provoquer beaucoup de symptômes si ce n'est de la fièvre, des douleurs et de la fatigue. Cependant, le virus détruit graduellement le système immunitaire du corps humain et abaisse ses défenses contre les agents pathogènes jusqu'à arriver au **stade évolué de Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA)**. A ce stade, on ne meurt pas du SIDA mais de maladies opportunistes que l'on n'arrive plus à soigner.
Les multithérapies, traitements qui associent plusieurs médicaments antirétroviraux, permettent aujourd'hui de bien vivre avec le virus et peuvent même d'abaisser la charge virale (la quantité de virus dans le sang) à zéro, empêchant ainsi sa transmission. Il existe également un Traitement Post-Exposition (TPE) pour les personnes ayant été exposées à un risque de transmission du virus, permettant de réduire le risque de contamination. Attention toutefois, ce traitement n'est pas à prendre à la légère et doit être commencé le plus tôt possible, c'est-à-dire qu'il faut se rendre aux urgences de l'hôpital au mieux dans les 4 heures et au plus tard dans les 48 heures après le rapport.

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

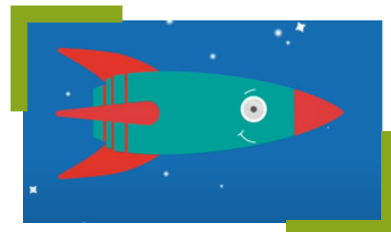
QU'EST-CE QUE LA SANTÉ MENTALE ?¹

La santé mentale est une composante de notre santé aussi importante que la santé physique. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme suit : **"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".**

Mais alors, qu'est-ce que la santé mentale ? Qu'est-ce qui l'influence ? Pour l'expliquer, découvrons ensemble le cosmos mental !

Le **cosmos mental** est constitué de plusieurs éléments :

- **Une fusée** (c'est nous) qui navigue dans le cosmos mental. L'objectif de la fusée est de garder le cap, en suivant la voie lactée de "l'équilibre psychique", celui qui nous permet de nous sentir bien.
- **Deux systèmes planétaires** en mouvement permanent avec leurs satellites qui gravitent autour et qui les nourrissent :



→ **Le système planétaire "obstacles" :**
tout ce qui aura une influence négative sur notre santé mentale.

→ **le satellite "obstacles individuels" :** ce qui peut agir négativement sur la fusée et qui est propre à l'individu comme le déni, la dévalorisation, le repli sur soi-même, ...

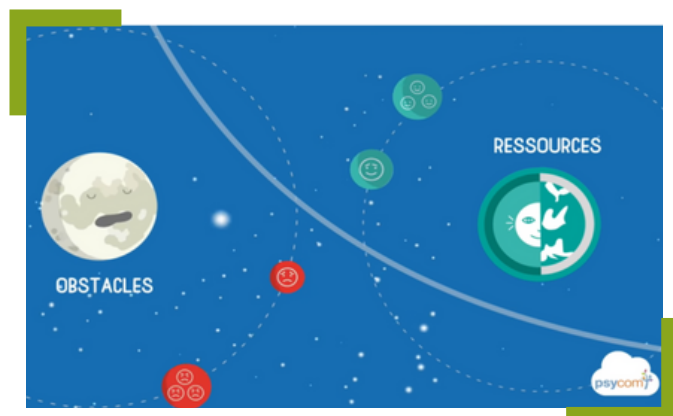
→ **le satellite "obstacles collectifs" :** les influences négatives extérieures à l'individu comme l'exclusion, la précarité, un milieu stressant, ...

→ **Le système planétaire "ressources" :**
les ressources qui nous accompagneront tout au long de notre vie.

→ **le satellite "ressources individuelles" :** la capacité à demander de l'aide, à reconnaître ses émotions, ...

→ **le satellite "facteurs externes" :** un environnement familial bienveillant, un accès aux soins facile, la reconnaissance des autres, ...

- **Des astéroïdes "accidents de parcours"** qui gravitent autour de la fusée et peuvent la percuter de manière violente et imprévisible, la faisant alors dévier de la voie lactée : un licenciement, une séparation, le deuil, la guerre, ... Si au moment du choc, la planète "obstacles" est plus grande que la planète "ressources", la fusée aura plus de difficultés à revenir sur la voie lactée. C'est ce qui explique que face à une même situation, deux individus ne réagiront pas de la même manière.



DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

- **Des comètes "faits"** qui gravitent également autour de la fusée et peuvent entrer en collision avec elle de manière violente et imprévisible : une maladie, un handicap, un secret de famille, ... Mais à la différence des astéroïdes qui percutent la fusée puis continuent leur route dans le cosmos, les comètes vont quant à elle s'accrocher à la fusée et ainsi devenir un poids à porter pour tout le reste du voyage. Il peut arriver que cette comète transforme la fusée en lui permettant de développer de nouvelles compétences pour faire face à cette difficulté. Ce fardeau de départ peut donc devenir une force et renforcer la planète "ressources".
- **Des étoiles filantes "événements de vie"** qui traversent régulièrement la fusée et l'influencent : les relations amicales, professionnelles, amoureuses, ... Ces étoiles filantes peuvent avoir une influence négative ou positive sur la fusée et sur les 2 systèmes planétaires, en fonction de leur nature et de l'état général de notre cosmos.
- **Les balises "signaux d'alerte"** qui représentent les signaux qui nous aident à mesurer le thermostat de notre santé mentale et celle des autres : l'isolement, la tristesse, les insomnies, la dépréciation constante, des prises de risque, ... Plus ces balises durent dans le temps et perturbent notre vie quotidienne, plus elles méritent d'être écoutées. Si plusieurs balises sont dans le rouge, c'est sûrement le signe que notre santé mentale mérite une attention particulière. Nous pourrions alors puiser dans la planète "ressources", afin de retrouver le chemin d'un équilibre psychique satisfaisant.



Tous ces facteurs auront donc une influence sur la taille des deux planètes ainsi que sur la trajectoire de la fusée dans la voie lactée. Chaque personne est en permanence à la recherche d'un équilibre entre les ressources qu'elle peut mobiliser pour se sentir bien, et les obstacles qu'elle rencontre dans son existence.

1 Cette partie a été rédigée à partir du kit Cosmos mental® de Psycom

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

LES TROUBLES PSYCHIQUES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

LE SAVAIS-TU ?

"1 français.e sur 5 connaît à un moment de sa vie un trouble psychique. Les jeunes sont en première ligne : dans plus de 70% des cas, les premiers signes apparaissent entre 15 et 25 ans." (1)

Les troubles psychiques sont des troubles graves, par leur intensité et leur fréquence. Ils résultent de pathologies psychiatriques comme les schizophrénies, les troubles bipolaires, les dépressions sévères ou d'autres pathologies, dont les manifestations affectent durablement la vie d'une personne. Ces maladies se manifestent de différentes façons à tout âge, et se déclarent souvent à l'adolescence ou chez le jeune adulte. Il n'est pas toujours aisé de repérer et de comprendre ce qu'il se passe car les manifestations en sont durables ou épisodiques : périodes de crises, de stabilisation, de rémission peuvent se succéder, variables et imprévisibles. La consommation de drogue ou d'alcool ne peut seule expliquer ces symptômes.

Ces troubles ont des retentissements dans tous les aspects de la vie et nécessitent un accompagnement adapté et un traitement pharmacologique.

Voici des signes qui doivent nous alerter :

- **Idées délirantes et hallucinations** : Troublent la faculté de penser, la perception que l'on a de soi et de la réalité, ...
- **Perturbation de la communication, des émotions et de la relation à l'autre** : Entraîne solitude, renfermement et angoisses, ...
- **Grande difficulté à organiser le quotidien** : Entraîne isolement, marginalisation, parfois l'incurie (un manque d'application, une négligence extrême), ...
- **Déni de son état** : Conduit à masquer la maladie, à refuser toute évaluation, à refuser toute médication, ...
- **Mauvaise perception de la réalité, des attitudes des autres** : Entraîne une hypersensibilité au stress et à l'extérieur, une humeur changeante qui peut passer brutalement du calme à la tension, des comportements inadaptés, ...

Le repli sur soi, l'absence de communication, un comportement suicidaire, un état de détresse, la disparition du sens critique, certains troubles du comportement, de la pensée et des émotions... sont autant de signes qui doivent nous alerter.



Vrai ou Faux ?

"Depuis la loi du 11 février 2005, les troubles psychiques sont inclus dans la définition du handicap."

Vrai ! Le handicap psychique, dont l'origine est dans les troubles psychiques, est bien inscrit dans la définition du handicap : "Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé...".
Attention : le handicap psychique est différent du handicap mental qui concerne le fonctionnement intellectuel, et donc une déficience intellectuelle.

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

QUELS SONT LES PRINCIPAUX TROUBLES PSYCHIQUES ?

LES TROUBLES PSYCHOTIQUES

Le trouble psychotique est un terme général utilisé pour décrire un problème de santé mentale qui se caractérise par une perte du contact avec la réalité. Apparaissent alors d'intenses perturbations dans la pensée, les émotions et le comportement.

Les troubles psychotiques sont moins fréquents que d'autres troubles psychiques. De nombreux troubles peuvent être marqués par des épisodes psychotiques, notamment les schizophrénies, la dépression psychotique, les troubles bipolaires (qui peuvent se caractériser par une dépression ou une manie psychotique), le trouble schizo-affectif et les troubles psychotiques induits par une drogue.

MYTHE : "La schizophrénie est un dédoublement de la personnalité."

RÉALITÉ : Il ne faut pas confondre le diagnostic de schizophrénie et celui de Trouble Dissociatif de l'Identité TDI (ou trouble de la personnalité multiple). **Les troubles schizophréniques n'engendrent pas un dédoublement de la personnalité.** Ce sont des troubles qui recouvrent des symptômes très variables d'une personne à l'autre et pour une même personne au fil du temps. Il n'y aurait donc pas une schizophrénie mais plusieurs. Les troubles schizophréniques peuvent se caractériser par une altération de la perception et de la pensée associée à des symptômes dits positifs et négatifs.

→ **La désorganisation de la pensée** consiste en un relâchement des liens entre idées, émotions et attitudes. La pensée devient floue, discontinue. Le discours de la personne peut paraître illogique et difficile à suivre, ses comportements peuvent paraître étranges et ses émotions peuvent se manifester sans rapport avec la situation (exemple : rire dans une situation triste). La personne peut également exprimer en même temps des sentiments contraires.

→ **Les symptômes dits positifs** surviennent "en plus". Ils s'ajoutent au fonctionnement habituel de la personne en modifiant sa perception de la réalité : la personne voit, entend, sent ou ressent des choses qui n'existent pas pour son entourage, à-travers des pensées délirantes (exemple : l'impression que les émissions de télévision ou de radio s'adressent à elle directement ou encore que sa pensée est devinée ou commentée) ou des hallucinations (exemple : sensations de brûlures, de piqûres ou encore la personne entend des voix ou voit des choses).

→ **Les symptômes dits négatifs** viennent "en moins". Ils retirent quelque chose au fonctionnement habituel de la personne. Ils se traduisent par un désinvestissement de la réalité, un repli social progressif, une modification des capacités de penser, de parler et d'agir, une diminution des réactions émotionnelles, et des troubles cognitifs (difficultés de concentration, d'attention, de mémoire et capacités d'abstraction).

600 000 personnes souffrent de schizophrénie en France et 1% de la population dans le monde, toutes cultures et tous milieux confondus.⁽¹⁾

¹ collectif-schizophrenies.com

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

MYTHE : “Les personnes atteintes de troubles dépressifs sont paresseuses et manquent de volonté pour aller mieux.”

RÉALITÉ : L'existence confronte à des difficultés, des conflits, et des frustrations qui provoquent parfois tristesse, découragement et lassitude. Ces épisodes peuvent faire penser à tort à une dépression. Le soutien de proches ou de soignant.e.s peut aider à surmonter cette tristesse, cette “déprime” sans qu'il ne soit nécessaire de recourir à un médicament antidépresseur. **Dans la dépression profonde**, contrairement à la “déprime”, **l'humeur et le mal-être varient peu d'un jour à l'autre ou selon les événements de vie.**

→ Les symptômes qui peuvent être associés sont une humeur dépressive, de la tristesse, une perte d'intérêt et d'énergie, des troubles de l'appétit (avec perte ou prise de poids), des troubles du sommeil (perte ou augmentation), un ralentissement ou une agitation psychomotrice, un sentiment d'infériorité, une perte de l'estime de soi, un sentiment de culpabilité inappropriée, des difficultés de concentration, des idées noires, des pensées de mort, des comportements suicidaires, ...

Plusieurs de ces **symptômes doivent être présents toute la journée et presque tous les jours**, durant au moins deux semaines. Ils ne doivent pas apparaître ou disparaître en fonction des circonstances de la vie. Selon la durée, la sévérité et le nombre de symptômes, on parlera d'épisode dépressif léger, moyen ou sévère.

En France, on estime qu'en 2017, 10% de la population de 18-75 ans a eu un épisode dépressif caractérisé, tel que défini dans les classifications internationales. ⁽¹⁾

MYTHE : “Les personnes atteintes de troubles bipolaires changent tout le temps d'humeur : elles sont en forme et dans l'heure qui suit, elles sont très mal.”

RÉALITÉ : Les troubles bipolaires sont des troubles de l'humeur. Lorsqu'ils ne sont pas traités, ils se caractérisent par **l'alternance de phases d'excitation dites “maniaques” ou “hypomaniaques”, de phases dépressives et de périodes d'humeur normale.** L'intensité, la fréquence et l'alternance entre ces phases sont variables d'une personne à l'autre. Toutefois, **ces périodes durent en général quelques jours ou quelques semaines, ce qui distingue le trouble bipolaire des sautes d'humeur**, lesquelles peuvent survenir d'un jour sur l'autre ou plusieurs fois par jour.

→ **L'épisode maniaque semble être l'opposé de l'épisode dépressif :** la personne pourra manifester une humeur expansive, une augmentation de l'estime de soi, de l'irritabilité et sera débordante d'énergie, et ce durant au moins quatre jours consécutifs. La personne pourra alors ressentir le besoin de parler constamment, fourmiller d'idées, avoir besoin de moins d'heures de sommeil (exemple : se sentir reposée après trois heures de sommeil) et prendre des risques qu'elle ne prendrait pas en temps normal. La personne peut avoir des idées grandioses et perdre complètement le sens des réalités, c'est-à-dire devenir psychotique. Un épisode maniaque moins grave est appelé un épisode hypomaniaque.

L'OMS place les troubles bipolaires au 6ème rang mondial des handicaps. Ils touchent entre 1 et 2,5% de la population française. ⁽²⁾

1 Léon C., Chan Chee C., du Roscoät E. ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre Santé 2017. BEH 2018

2 Fondation fondamentale rapport 2018

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

MYTHE : "Les problèmes d'anxiété sont réservés aux personnes émotives."

RÉALITÉ : L'anxiété est présente chez tous les individus. Souvent ressentie comme désagréable, elle apparaît en réponse à un danger ou une situation potentiellement inquiétante. Elle peut cependant **devenir problématique lorsqu'elle devient trop intense ou envahissante au point de perturber le quotidien**. Cette anxiété peut alors prendre la forme d'un trouble anxieux (Trouble Anxieux Généralisé (TAG), attaque ou trouble panique, phobies) ou d'un Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC).

→ **Le Trouble Anxieux Généralisé (TAG)** est un **état d'anxiété permanente et de soucis excessifs**. Cette anxiété n'est pas liée à un objet ou à une situation précise. Il s'agit d'une inquiétude excessive de moments de la vie quotidienne que la personne a du mal à contrôler. Les symptômes associés peuvent être la tension motrice, l'hypervigilance (difficultés de concentration, irritabilité, ...) et des troubles associés (sueurs, nausées, tremblements, ...).

→ **L'attaque de panique** consiste en la survenue brutale d'une peur intense, d'un sentiment de mort ou de catastrophe imminente, de perte de contrôle de soi. Ces crises peuvent être spontanées et sans cause apparente, ou survenir en réaction à un événement traumatisant, une prise de toxiques (alcool, tabac, cannabis ou autre drogue), ou encore être associées à une maladie physique ou psychique, en lien avec la prise ou le sevrage de certains médicaments. Les symptômes associés peuvent être des palpitations, des tremblements, des sensations de "souffle coupé", de bouffées de chaleur, des sentiments d'irréalité ou de détachement de soi, ...

→ **Le trouble panique** est la répétition d'attaques de panique, de survenues spontanées et inattendues.

→ **Les phobies** sont l'expression d'une peur irraisonnée, intense et spécifique à un animal, un objet ou une situation. Les phobies sont très fréquentes, c'est leur intensité et leur retentissement sur la vie de la personne qui peuvent les rendre problématiques. Les phobies s'accompagnent de conduites d'évitement de l'objet ou de la situation, et/ou de conduites qui rassurent. La personne a conscience du caractère absurde de sa peur et en souffre.

→ **Le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC)** se manifeste par des pensées dérangeantes, répétitives et incontrôlables, appelées obsessions, qui causent une forte anxiété. Pour diminuer la souffrance qui en résulte, les personnes développent des comportements répétitifs, ritualisés, irraisonnés et irrépressibles appelés compulsions ou rituels, qui portent souvent sur le nettoyage, la vérification, la répétition d'actes ou de pensées, le rangement, le comptage ou encore l'accumulation.

Les troubles anxieux concernent entre 15% et 21,6% de la population en France âgée de 15 à 85 ans. (1)

MYTHE : "Les troubles addictifs et les troubles psychiques n'ont rien à voir."

RÉALITÉ : Les troubles addictifs regroupent les troubles liés à l'utilisation d'une substance tels que : **l'alcoolisme, les toxicomanies, le tabagisme, ainsi que les addictions comportementales** (exemple : jeux d'argent, jeux vidéos, internet, sexe, les achats compulsifs, ...). Plus on consomme un produit fréquemment ou à des doses toxiques, plus on en subit les conséquences. Il faut distinguer la dépendance (l'addiction) et l'usage nocif ou l'abus de substance.

J.-P. Lepine, I. Gasquet, V. Kovess et al, "Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique", ESEMeD / MHEDEA 2000

1 Leray E., Camara A., Drapier D., Riou F., Bougeant N., Pelissolo A., Lloyd K.R., Bellamy V., Roelandt J.L., Millet B., "Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France : Results from the "Mental Health in General Population" Survey (MHGP)", European Psychiatry 26, 2011

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

→ **La dépendance** est un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques, survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, associés à : un désir puissant de prendre la substance, une difficulté à contrôler la consommation, une poursuite de la consommation malgré les conséquences nocives, un désinvestissement progressif des autres activités et obligations quotidiennes au profit de cette substance ou encore une tolérance accrue.

→ **L'usage nocif** est un mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable pour la santé physique et/ou psychique.

Les addictions les plus répandues sont le tabac (nicotine), l'alcool et le cannabis. **Les personnes atteintes de troubles psychiques ont beaucoup plus de risque de développer des troubles addictifs**, car de nombreuses personnes consomment de l'alcool ou des drogues pour soulager leurs émotions négatives. Une consommation excessive ou encore l'arrêt brutal de consommation peuvent contribuer à développer un trouble psychique ou l'exacerber. Par exemple, la consommation de cocaïne peut provoquer un épisode de trouble psychotique avec de la paranoïa ou encore de l'anxiété.

La fréquence de la consommation de tabac chez les patient.e.s schizophrènes varie entre 60 et 90 % des sujets selon les études contre 23 à 30 % en population générale.(1)

MYTHE : "Les troubles des conduites alimentaires sont des caprices alimentaires."

RÉALITÉ : Les Troubles des Conduites Alimentaires ou Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) n'ont pas seulement trait à la nourriture, au poids, à l'apparence ou à la volonté : ce sont des maladies graves et potentiellement mortelles. Ils s'expriment par des **perturbations notables du comportement en termes d'alimentation** (alimentation insuffisante ou excessive et/ou qualité des aliments inadaptée et/ou rythme et modalités de prise alimentaire perturbés). Les TCA sont souvent associés à une altération de la perception de son apparence, de ses formes corporelles ou encore de son poids. Les personnes souffrant de TCA peuvent tout aussi bien se présenter en **déficit pondéral, être en surpoids ou se situer dans la plage de poids considérée comme normale**.

→ **L'anorexie mentale** peut se définir par une restriction volontaire de nourriture, un amaigrissement et l'arrêt des règles (aménorrhée) pour une personne menstruée. La personne peut également subir des crises de boulimie.

→ **La boulimie** se caractérise par des épisodes récurrents et fréquents d'ingestion disproportionnée d'aliments accompagnés d'un sentiment de perte de contrôle et suivis d'un comportement visant à compenser l'excès, par exemple purge (vomissements, laxatifs, ...), jeûne ou exercice physique excessif.

→ **L'hyperphagie boulimique** correspond à de la boulimie mais sans recours à des stratégies extrêmes de perte de poids pour compenser.

Les TCA concernent particulièrement les femmes : entre 0,5% et 4% des femmes européennes seraient concernées par une anorexie mentale, la boulimie touche environ 6 filles pour un garçon parmi les 11-20 ans et l'hyperphagie boulimique concerne environ 2 fois plus de femmes que d'hommes.(2)

1 Dervaux A. & Laqueille X., "Tabac & schizophrénie : aspects épidémiologiques et clinique" 2007, L'encéphale, 2008

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). "Epidemiology of eating disorders in Europe : prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors". Current opinion in psychiatry

2 ameli-sante.fr : Troubles du comportement alimentaire : anorexie et boulimie, 2016

White A., Kavanagh D., Stallman H., Klein B., Kay-Lambkin F., Proudfoot J., Drennan J., Connor J., Baker A., Hine E., Young R., "Online alcohol interventions : a systematic review.", Journal of Medical Internet Research, 2010

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

MYTHE : "Traumatisme et état de stress post-traumatique c'est la même chose."

RÉALITÉ : Certains événements, dans notre existence, peuvent produire un traumatisme. **Le traumatisme peut se définir comme une expérience dans laquelle nos capacités de défense psychiques ne sont pas suffisantes.** Parmi les événements susceptibles de provoquer un traumatisme, on retrouve : un accident de la route, une maladie grave, le fait d'être témoin d'un geste suicidaire, un inceste, un viol, des maltraitements psychologiques et/ou physiques, du harcèlement, un attentat, ... Dans le trouble de stress post-traumatique, trois types de symptômes sont souvent présents :
→ **Des souvenirs vifs de l'événement qui s'imposent à la personne** ("flashbacks"), des cauchemars. Elle revit la scène, avec les images, les bruits ou les odeurs : les sensations physiques sont fortes.
→ **L'évitement des pensées, des situations, des personnes** qui pourraient rappeler l'événement.
→ **Le sentiment d'une menace permanente**, qui peut se manifester par un état de qui-vive, une hyper-vigilance, une réaction de sursaut au moindre bruit inattendu.
Quand ces manifestations persistent après plusieurs semaines et perturbent de manière importante le quotidien, il peut s'agir d'un trouble de stress post-traumatique. Il n'est jamais trop tard pour parler des événements traumatisants que l'on a vécu et agir sur les symptômes de stress post-traumatique.



Vrai ou Faux ?

"Seulement 30% des personnes atteintes de troubles psychiques en cumulent plusieurs la fois."

Faux ! Une étude menée aux États-Unis a permis de montrer que 79% des personnes atteintes de troubles psychiques en cumulaient plusieurs à la fois. Il n'est pas rare, par exemple, qu'une personne souffrant de troubles anxieux soit également atteinte de dépression. Les termes "double diagnostic", "comorbidité" et "concomitance" sont employés pour désigner la survenue de plus d'un trouble psychique chez une personne.⁽¹⁾

1 Organisation mondiale de la santé, "Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs", 2011

QUELLES DIFFICULTÉS RENCONTRENT LES PERSONNES MALADES ?

LE SAVAIS-TU ?

"La stigmatisation relève d'une dévalorisation de la personne, c'est le fait d'étiqueter une personne en raison d'une de ses caractéristiques que l'on remarque (couleur de peau, genre, handicap, ...). La discrimination est le fait de traiter de manière défavorable une personne en fonction d'un critère (sexe, origine, handicap, âge, ...) et dans une situation précise (accès à un emploi, un service, un logement, ...). En France, comme dans d'autres pays, les discriminations sont punies par la loi."

→ **La stigmatisation** : Le fait d'avoir un trouble psychique peut être considéré par certain.e.s comme très négatif, voire dégradant. Par exemple, il existe une profusion de termes utilisés dans le **langage familial** pour parler des personnes atteintes de troubles psychiques : dingues, malades mentales, folles, toquées, cinglées, timbrées, détraquées, ... Ces termes participent à la **diffusion de stéréotypes** tels que "les personnes atteintes de troubles psychiques sont dangereuses, violentes et peu fiables", alors qu'en réalité elles sont le plus souvent victimes de violences qu'agresseuses. Ces clichés sont déshumanisants car ils ne donnent pas d'informations sur ce que ces personnes traversent et s'éloignent de la réalité. De plus, le handicap résultant d'un trouble psychique n'étant pas forcément visible, ces personnes peuvent également être considérées à tort comme des personnes faibles, paresseuses, égoïstes, peu coopératives, qui manquent de volonté, cherchent à attirer l'attention ou pas réellement malades.

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

Beaucoup de préjugés sur les troubles psychiques sont également **véhiculés par les médias**, que ce soit au cinéma (exemple : la schizophrénie dans Black Swan ou Fight Club qui est un dédoublement de la personnalité, les hôpitaux psychiatriques représentés comme des prisons pour les détraqué.e.s, ...), dans les séries ou encore dans les articles de presse et les reportages, dont la plupart des sujets sur les troubles psychiques sont liés à des faits de violence. **Par ailleurs, la France se classe parmi les pays du monde qui stigmatisent le plus les patient.e.s atteint.e.s de schizophrénies.**⁽¹⁾

La stigmatisation fait souffrir la personne qui la subit. Peut-être même plus que le trouble en lui-même, comme souligné dans une étude britannique : **"Les personnes vivant avec des troubles disent souffrir davantage de cette stigmatisation que des symptômes mêmes de la maladie"** ⁽²⁾. La stigmatisation s'étend à leurs proches et au monde de la psychiatrie dans son ensemble. Les établissements tels que les hôpitaux psychiatriques, ainsi que les individus qui y travaillent, sont mal considérés par une grande partie de la société. **Pour 69% des personnes interrogées pour le baromètre Unafam 2021, la maladie de leur proche est représentée de façon stigmatisante et anxiogène dans les médias.**

→ **L'auto-stigmatisation** : Les personnes atteintes de troubles psychiques peuvent **intégrer la stigmatisation et les discriminations dont elles sont victimes**, commençant ainsi à croire les commentaires négatifs qu'elles entendent à leur sujet et suscitant une faible estime de soi. Cela peut aussi leur donner le sentiment qu'elles ne sont plus des personnes à part entière, elles ne se définissent qu'au-travers de leur maladie.

Or l'auto-stigmatisation amène la personne à se limiter dans des activités importantes pour elle. Par exemple, elle va renoncer à postuler à un emploi bien qu'elle possède les qualifications requises, estimant que d'autres seront bien plus compétent.e.s pour le poste. La chercheuse Stéphanie Park a identifié de nombreuses conséquences à ce phénomène : l'isolement social, les attitudes de retrait et l'inhibition (c'est à dire une grande timidité), la tendance à se dénigrer, le sentiment de honte, de culpabilité, l'attente permanente d'être mis.e à l'écart et rejeté.e, la perte de l'espoir d'une guérison, ... ⁽³⁾

→ **Le retard au diagnostic** : Selon l'OMS, les troubles psychiques apparaissent majoritairement entre 15 et 25 ans ⁽⁴⁾. De fait, lorsque les troubles psychiques apparaissent à cette période de la vie, ils peuvent avoir des répercussions sur les études des jeunes adultes, leur entrée dans la vie active, leur capacité à établir des relations sociales essentielles, y compris conjugales, et la constitution d'habitudes telles que la consommation d'alcool ou d'autres drogues. C'est la raison pour laquelle **il est primordial de déceler les problèmes tôt et de veiller à ce que la personne bénéficie de la prise en charge et de l'aide dont elle a besoin**. Par ailleurs, plus elle tarde à se faire aider et à obtenir un soutien, plus son processus de rétablissement peut être difficile.

Pourtant, pour un bon nombre de personnes, une longue période peut s'écouler entre le début du trouble psychique et le moment où elles bénéficient d'une prise en charge et d'une aide adaptées. **Pour 90% des répondant.e.s du baromètre Unafam 2021, il a fallu une crise, voire plusieurs (72%) pour qu'un diagnostic soit établi**. Plus préoccupant encore, pour plus des 2/3 d'entre eux, malgré une prise en charge médicale, aucun diagnostic n'a été posé.

Ainsi, en France, seulement 32,6% des personnes atteintes de troubles psychiques ont reçu l'aide de professionnel.le.s ⁽⁵⁾. La stigmatisation et l'auto-stigmatisation, la méconnaissance des troubles psychiques et leur prise en charge, le manque de moyens humains et financiers (la recherche en santé mentale en France ne bénéficie que de 4,1% du budget alloué à la recherche en santé ⁽⁶⁾), l'altération des facultés de raisonnement et des processus rationnels de prise de décision dans le cadre de certains troubles psychiques, sont autant de facteurs expliquant ce retard au diagnostic.

- 1** Etude internationale Thornicroft, Lancet 2009 avec la WPA (Fédération Mondiale de la Psychiatrie); La France se situe parmi les pays plus stigmatisants des 27 étudiés, loin derrière tous les grands pays européens
- 2** Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination, 2016
- 3** Internalized stigma in schizophrenia: relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life, 2013
- 4** Organisation mondiale de la santé, "La santé mentale : renforcer notre action", Aide mémoire, n°220, septembre 2010
- 5** Caisse nationale d'assurance maladie, "La "Cartographie", Une analyse médicalisée des dépenses remboursées par l'assurance maladie sur la période 2012-2016", version juillet 2018
- 6** Etude FondaMental – URC-Eco "ROAMER : A Roadmap for Mental Health Research in Europe"

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

→ **L'isolement social** : Le rejet de la part de la société, de la famille ou encore des ami.e.s en raison souvent d'une méconnaissance des troubles psychiques. Par ailleurs, les micro-agressions quotidiennes, c'est-à-dire une répétition de propos, commentaires ou remarques qui se voudraient insignifiants (exemple : surnommer quelqu'un.e le.a schizo, le.a bipo, dire que l'on fait une dépression juste parce que l'on est triste le temps d'une journée, utiliser le terme "évasion" pour parler d'une sortie sans autorisation d'un hôpital psychiatrique, ...), rappellent constamment à la personne qu'elle sort de la norme et/ou que son expérience n'est pas valide. L'auto-stigmatisation peut aussi être à l'origine d'une attitude de retrait de la part des personnes atteintes de troubles psychiques.

→ **Le refus d'accès à un service** (exemple : l'inscription à un club de sport refusée), **un droit** (exemple : refus d'exercer son droit de vote en période d'hospitalisation), ou **un bien** (exemple : l'achat d'une maison ou un prêt bancaire refusés).

→ **La difficulté à l'embauche** : En France, les troubles psychiques sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêt de travail. **Par ailleurs, moins de 20% des personnes vivant avec un trouble psychique travaillent actuellement.** (1) Pourtant, l'amélioration des traitements et de la qualité de vie permettent à un grand nombre de personnes de travailler en milieu ordinaire. Cette difficulté d'accès à l'emploi vient donc surtout des discriminations faites à l'embauche : beaucoup pensent notamment qu'il est risqué d'embaucher une personne atteinte de troubles psychiques car elle ne sera pas fiable ou sera violente, alors qu'en réalité, il n'y a pas de corrélation statistique prouvée entre diagnostic psychiatrique et passage à l'acte violent. D'ailleurs, lorsque les personnes ne vont pas bien, elles ont plutôt tendance à s'isoler et à s'absenter. La volonté également de certains malades de travailler à mi-temps afin de concilier traitements lourds et emploi peut poser problème à l'embauche.

On peut de même prendre l'exemple avec les études : un.e enfant avec des troubles du comportement se retrouve scolarisé.e à la maison, faute d'un accompagnement adapté à ses besoins dans le système scolaire ordinaire. **Par ailleurs 67% des personnes interrogées par le baromètre Unafam 2021 n'ont pas pu terminer leurs études ou formation.**

→ **Des logements inadaptés et/ou inaccessibles (2)** : Le logement en soi est une question complexe mais lorsque l'on souffre d'un trouble psychique, le sujet est encore plus délicat pour plusieurs raisons :

- Habiter en autonomie ne va pas forcément de soi quand on souffre d'un trouble ou d'un handicap psychique. En fait, selon le baromètre que réalise l'Unafam chaque année, 89% des malades n'ont pas accès à des logements adaptés à leurs besoins réels. Évidemment ces besoins sont très variables selon les typologies de troubles psychiques. Par exemple, une personne en dépression peut avoir du mal à entretenir son intérieur ou encore à gérer sa consommation d'alcool. Certaines maladies rendent quasiment impossible la vie en autonomie (comme lorsque l'on souffre du syndrome de Diogène qui se traduit par l'accumulation de déchets et l'impossibilité de jeter). Souffrir d'un trouble psychique suppose aussi parfois que l'on a du mal à s'approprier un lieu, le symboliser et se le rendre agréable, donc à s'y ancrer ; jusqu'à parfois devenir sans domicile fixe (1/3 des personnes à la rue souffrent de troubles psychiques d'après l'Unafam).
- Il existe des formes d'habitats qui permettent une autonomie tout en assurant un suivi médico-psychologique et social : les Maden dans le Finistère en sont un exemple (Maison d'accueil, d'accompagnement et d'entraide mutuelle). C'est un mode d'habitat pérenne qui conjugue logement individuel et temps d'échanges collectifs, avec un accompagnement. Cependant, il n'en existe que trois dans le Finistère, elles sont donc bien entendu complètes. D'autres maisons d'accueil et structures mixtes existent mais en nombre insuffisant. Les logements adaptés sont souvent excentrés, notamment loin des services et des soins, ce qui est également problématique.
- Le problème est souvent aussi économique : les personnes atteintes de troubles psychiques ont moins accès à l'emploi et donc moins de moyens. Or les logements adaptés ou moins chers sont souvent isolés et peu accessibles en transports en communs, ce qui complique donc davantage la recherche d'emploi.

1 Baromètre Unafam 2021 disponible sur unafam.org

2 Cette partie a été rédigée à partir de l'émission de RADIO EVASION avec le GEM de Quimper et l'Unafam 29 du 24/01/2022 disponible sur radioevasion.net

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

→ **Des pratiques dégradantes dans certains hôpitaux psychiatriques⁽¹⁾** : L'hospitalisation à temps plein peut s'accompagner d'atteintes plus ou moins graves à la dignité et aux droits des patient.e.s : pyjama obligatoire, chambres sans douche et sans télévision, absence de visites extérieures, ... La situation s'est aggravée avec les mesures sanitaires liées à la propagation de la COVID 19 avec par exemple l'enfermement à clé de patient.e.s jour et nuit pour les protéger de la propagation du virus ou encore la difficulté de l'accès au vaccin contre la COVID 19 et au pass sanitaire.

De plus, le personnel soignant adopte parfois des méthodes généralisées à toutes les patient.e.s dans ces établissements tandis que le soin est très personnel, en particulier en psychiatrie : des mesures au cas par cas sont donc plus adaptées. Le manque de moyens financiers et humains explique en partie ces pratiques : la France a notamment perdu plus de 7 lits de psychiatrie pour 10 000 habitants entre 2006 et 2017, d'après les chiffres d'Eurostat.

→ **Une mauvaise prise en charge des troubles somatiques** : Il y a une différence de traitement qui est faite dans le milieu médical entre les personnes atteintes de troubles psychiques et les personnes qui n'en ont pas. Prenons un exemple :

Une personne se présente aux urgences d'un hôpital pour de fortes douleurs au ventre. A l'accueil, l'infirmier reconnaît, au tremblement de ses bras et à la raideur de sa démarche, certains effets secondaires des médicaments neuroleptiques. Il lui demande si elle est suivie pour un trouble psychique. A la suite de sa réponse affirmative, il refuse de la prendre en charge pour ses douleurs, pourtant physiques, et l'oriente vers les urgences psychiatriques. En effet, puisque c'est un.e patient.e atteint.e de troubles psychiques, l'infirmier a attribué à tort ce mal de ventre à sa maladie psychique : il est parti du principe qu'il s'agissait d'un délire de la personne dû à son trouble et qu'elle n'a donc pas véritablement mal au ventre. Par conséquent, le.a patient.e va attendre plus longtemps pour avoir un examen et recevoir des soins, ce qui peut le.a mettre en danger.

Les personnes atteintes de troubles psychiques éprouvent également des difficultés majeures pour avoir accès à un médecin traitant alors qu'elles bénéficient d'une carte de priorité.

→ **Les actes de violence** : Toute discrimination est une violence contre la personne atteinte de troubles psychiques. Elle ne peut pas se sentir à sa place dans une société qui pose sur elle un regard négatif et qui la pointe du doigt, cela engendre de la souffrance physique. De plus, plusieurs études convergent pour souligner la survictimisation des personnes souffrant de troubles psychiques graves : elles sont **7 à 17 fois plus fréquemment victimes de violences que la population générale⁽²⁾**. Il s'agit d'actes de divers types : du harcèlement au viol, à la maltraitance et à la violence physique, en tous lieux y compris l'hôpital. Leur vulnérabilité particulière conduit ces personnes à ne signaler que rarement les atteintes dont elles sont victimes, en particulier en institution ou dans le milieu familial. A contrario, **seulement 3% à 5% des actes violents sont commis par des personnes atteintes de troubles psychiques.** (2)

→ ...

1 Cette partie a été rédigée à partir de l'article de Le Figaro "Soigner avec dignité : alerte sur les pratiques dégradantes dans les hôpitaux psychiatriques", de Marie-Liévane Michalik, datant du 19/06/2020, disponible sur lefigaro.fr

2 Haute Autorité de Santé, "Audition publique – Recommandations de la commission d'audition Dangers psychiatriques : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur", Mars 2011

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

EN TANT QUE PROCHE, QUELS COMPORTEMENTS ADOPTER ?

Les troubles psychiques sont très déroutants pour la personne qui vit avec ces troubles et pour son entourage. Cela peut entraîner une incompréhension de part et d'autre, de l'inquiétude voire de la peur ou encore de la colère qui ne sont jamais bonnes conseillères. **L'objectif, c'est de contribuer à un climat et des relations apaisés pour tout le monde.** Voici les bons comportements à adopter :

ÉVITE

- De contredire brutalement la personne
- De dénigrer sa façon de voir
- D'imposer ton interprétation ou de chercher à lui prouver qu'elle a tort
- De faire des commentaires ou critiques ironiques
- De minimiser les angoisses, les phobies
- De faire preuve d'agacement
- De couper la parole
- De donner trop d'informations à la fois
- De faire des reproches
- De hausser la voix
- De menacer, de se confronter

EFFORCE-TOI

- De créer un climat rassurant
- De répéter calmement
- De comprendre et d'admettre que sa perception est différente de la tienne
- De prendre en considération la souffrance de la personne
- D'établir une relation de confiance
- De reconnaître qu'il n'y a pas de mauvaise volonté
- De faire preuve de patience
- D'accepter sa lenteur
- De comprendre l'agressivité liée à l'énervement
- De comprendre qu'il s'agit d'une défense contre l'angoisse
- De valoriser toute initiative positive

N'oublie pas qu'il s'agit de troubles qui engendrent une grande souffrance : le.a malade a besoin de soins et d'attention !

LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE, ÇA EXISTE ?

On peut se rétablir d'un problème de santé mentale comme on se rétablit d'un problème physique. Le rétablissement dans le contexte du trouble psychique fait référence aux expériences vécues par la personne à mesure qu'elle accepte et surmonte le défi de sa maladie. Il s'agit de trouver un équilibre dans son quotidien, qui tienne compte de ses vulnérabilités, tout en s'appuyant sur ses forces, ses ressources et ses capacités. Il n'existe pas une manière unique de définir le rétablissement en santé mentale, même s'il est défini souvent comme : **"[...] une manière de vivre une vie satisfaisante remplie d'espoir et productive malgré les limitations résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets dévastateurs du trouble psychique."** (1)

Se rétablir n'est donc pas synonyme de guérir. Selon ses besoins, la personne rétablie d'un trouble psychique peut continuer à bénéficier de soins tels qu'une psychothérapie, à prendre un ou des médicaments, ... Le trouble est toujours présent, mais il n'empêche pas la personne de faire des projets. Vivre avec des symptômes, connaître parfois des rechutes, participe à la construction du parcours de rétablissement.

De nombreux facteurs peuvent contribuer au rétablissement :

1 Anthony W.A, "Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s.", Psychosocial Rehabilitation Journal, 1993

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

→ **L'espoir en un avenir ouvert** : La survenue d'un trouble psychique rend le futur compliqué à envisager pour la personne concernée. Certains de ses projets sont remis en question. L'espoir en un avenir ouvert, dans lequel la personne conservera la possibilité de faire des choix, est essentiel pour permettre une évolution positive de son état psychique.

→ **L'acceptation de la maladie** : Accepter la maladie est souvent considéré comme la première étape dans la reconstruction de l'identité de la personne, après le diagnostic. Cela consiste, dans un premier temps, à considérer le trouble psychique comme une expérience parmi d'autres. Et ensuite à prendre conscience que, si on ne peut pas le faire disparaître, on peut avoir une prise sur lui et sur les symptômes.

→ **La reconnaissance en tant que personne et non une maladie** : La personne qui reçoit un diagnostic psychiatrique ne se résume pas à ses symptômes, ni à sa maladie. Avant d'être un.e patient.e, iel est une personne. Son problème de santé est un élément parmi d'autres, dans ce qui compose son identité : la personne est un.e employé.e, un.e ami.e digne de confiance, un.e adepte de la randonnée en montagne, un.e musicien.ne ou un.e croyante et elle est, en plus, concernée par un trouble psychique.

→ **Le pouvoir d'agir par soi-même** : Chaque personne doit pouvoir agir par elle-même, et pour elle-même. La personne qui se rétablit augmente petit à petit le niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle qu'elle exerce sur les événements de sa vie et sur son environnement.

→ **Le contrôle sur les symptômes** : En gagnant du pouvoir d'agir, la personne augmente aussi son contrôle sur les symptômes liés au trouble. Ainsi, de nombreuses personnes en cours de rétablissement racontent qu'elles développent des stratégies personnelles pour être moins perturbées par l'anxiété, les rituels des TOC ou encore les hallucinations auditives. Certaines personnes qui entendent des voix par exemple, ont pris l'habitude de fixer un moment précis dans la journée au cours duquel elles se rendent disponibles pour leur répondre. Cela leur évite de s'interrompre dans leurs activités le reste du temps.

→ **L'engagement dans des actions qui ont du sens** : Gagner du pouvoir d'agir permet aussi à la personne de se lancer dans des projets qui ont du sens pour elle. Pour l'un.e, cela consistera à rejoindre une association comme bénévole, pour un.e autre, à participer au balisage de chemins de randonnée sur sa commune. Or, s'engager dans une action valorisée par d'autres permet de retrouver un statut social. Cela apporte aussi un sentiment d'appartenance à une communauté.

→ **L'entraide** : Les personnes qui témoignent de leur rétablissement évoquent fréquemment une ou plusieurs rencontres "significatives" dans leur parcours. Il peut s'agir d'un.e pair.e qui vit aussi avec un trouble psychique, d'une rencontre amicale, d'un membre de la famille qui se révèle être un solide soutien, d'un.e professionnel.le de la santé mentale. "C'est-à-dire qu'au moment où ils allaient s'abandonner à la maladie, quelqu'un a cru en eux, a espéré 'pour eux'", explique Elie Peneau, dans sa thèse de médecine soutenue en 2014.

→ **Des portes auxquelles frapper** : Pour se rétablir, la personne peut s'appuyer sur différents lieux et structures ouverts à ceux qui vivent avec un trouble psychique.

On peut se rétablir d'un trouble psychique, peu importe le diagnostic. Le trouble psychique affecte les personnes de différentes manières et le processus de rétablissement varie d'une personne à l'autre. L'un des fondements du rétablissement est l'espoir. Les attitudes et les idées reçues de la société à l'égard des troubles psychiques ont également un impact considérable sur la maladie d'une personne et son rétablissement.

De manière plus générale, échanger avec des personnes faisant elles-mêmes l'expérience du rétablissement, c'est-à-dire des pair.e.s ou des pair.e.s-aidant.e.s, est une aide précieuse. Iels peuvent transmettre l'espoir d'une vie satisfaisante après ou avec la maladie et permettre de sortir de l'isolement en partageant des expériences équivalentes.

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

➔ Zoom sur le Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) "Au Petit Grain" à Brest

Le GEM "Au Petit Grain" est une **association qui permet aux personnes en souffrance psychique et/ou isolées de se réunir** dans une maison servant de lieu d'accueil. Cette association, **non médicalisée**, donne la possibilité à ses adhérent.e.s de **ressaisir leur place dans la société, d'avoir une voix et de se reconnaître dans les autres et leur parcours**.

De nombreuses activités variées sont proposées chaque semaine telles que de la relaxation, des pilates, du sport adapté, des ateliers d'écriture, des ateliers bandes dessinées, des sorties cinéma, théâtre ou concert, des mini séjours à l'extérieur, des expositions, du jardinage, des jeux de société, ... Ces activités sont dispensées par des intervenant.e.s extérieures, des bénévoles ou bien des adhérent.e.s au GEM. Le GEM a même lancé son propre groupe de musique : le "GEM's Band" composé de plusieurs adhérent.e.s. Des repas collectifs sont également proposés afin de renforcer le lien entre les membres du GEM. Des aides sociales, ainsi que la trésorerie du GEM permettent aux adhérent.e.s précaires de bénéficier de tarifs réduits dans le cadre d'activités payantes, et donc de pouvoir participer à des activités auxquelles iels ne pourraient pas avoir accès autrement.

En plus des activités proposées, **le lieu d'accueil joue un rôle central dans le fonctionnement du GEM**. C'est un **espace de convivialité, bienveillant et sans jugement**, dans lequel les adhérent.e.s peuvent se retrouver pour discuter et échanger autour d'un café ou d'un repas. Il y réside un véritable esprit de famille qui permet de trouver du soutien dans les moments difficiles.

Les adhérent.e.s sont actrices du bon fonctionnement du lieu d'accueil et des différents projets mis en place au GEM, en proposant leurs idées qui seront ensuite débattues en réunion. **Iels sont aussi au coeur de la vie associative du GEM** en se présentant au Conseil d'Administration, à l'Assemblée Générale, aux réunions avec les partenaires du territoire, en faisant partie du bureau, ... Des animatrices sont également présentes en soutien, que ce soit pour écouter, orienter, encadrer, animer ou pour aider dans la gestion associative.

Le GEM offre donc un cadre sécurisant à ses adhérent.e.s, leur permettant finalement de s'ouvrir vers l'extérieur, créer du lien social, tenter de nouvelles choses, acquérir un grand nombre de compétences au niveau associatif et de savoir-faire qui servent au quotidien. Par ailleurs, de nombreux.ses adhérent.e.s se côtoient dorénavant en dehors du GEM ou dans le cadre de bénévolat extérieur. Le système de bénévolat associatif, à contrario du monde du travail, est un modèle qui permet également aux adhérent.e.s de prendre le temps d'apprendre et de gagner en compétences sans aucune pression. Enfin, le GEM participe grandement à la **déstigmatisation des troubles psychiques**, en particulier auprès des intervenant.e.s extérieur.e.s et des partenaires du GEM. De même, des stagiaires et des volontaires en service civique décident fréquemment de s'investir au sein du GEM.

Six GEM existent dans le Finistère, dont quatre sur Brest, la liste des GEM en France est consultable sur psycm.org. Tous les GEM étant différents, il est primordial de trouver celui dans lequel on se sent le plus à l'aise. Pour autant, du lien social peut aussi se créer entre les adhérent.e.s de différents GEM car des activités en commun sont proposées régulièrement.

GEM "Au Petit Grain"

192, rue commandant Drogou - 29200 Brest

aupetitgrain.psb@croix-rouge.fr

@aupetitgrain : page Facebook

02 98 01 25 06

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

Le mouvement défendant l'idée de rétablissement a été largement porté, d'abord aux Etats-Unis et plus récemment en France, **par des personnes vivant avec un trouble psychique**. Toutefois, le manque de moyens et de places en France ralentit le développement de la réhabilitation psychosociale. Ainsi, 63% des aidant.e.s ont déclaré pour le baromètre Unafam 2021 que leur proche ne bénéficie pas d'un projet personnalisé de soins de réhabilitation psychosociale. Ces soins devraient pourtant être introduits très tôt dans le parcours, comme le sont les soins de réadaptation (rééducation) fonctionnels pour les personnes atteintes d'un handicap physique afin d'en minimiser les conséquences.

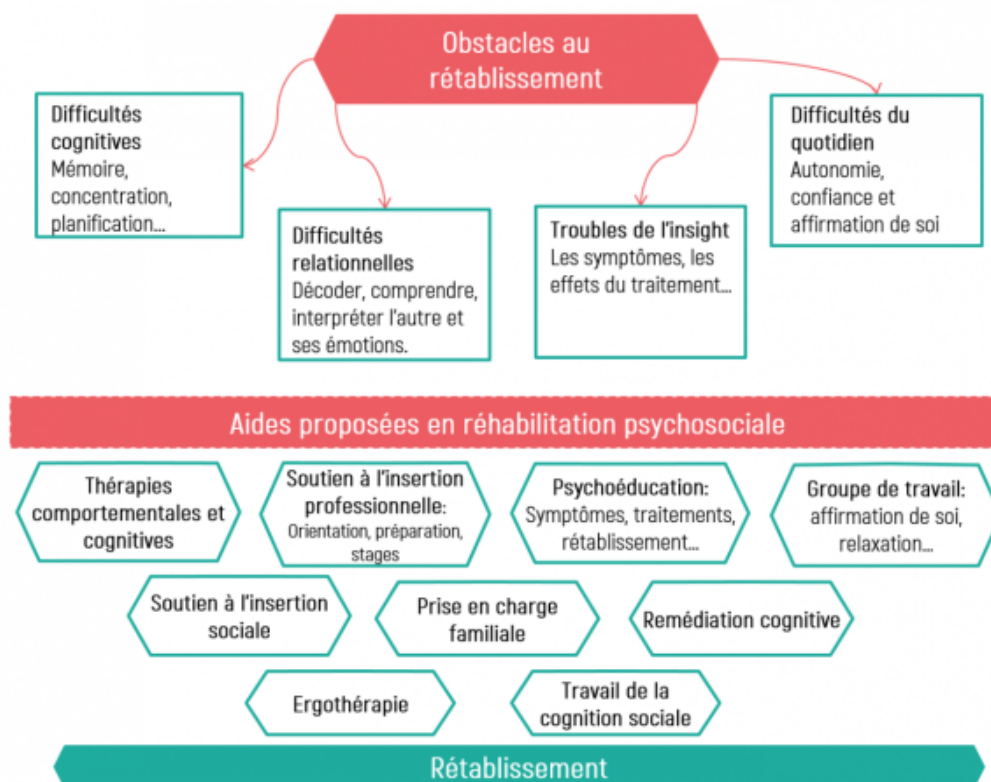
L'expression **réhabilitation psychosociale** ⁽¹⁾ renvoie à un ensemble de procédés visant à aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à se rétablir. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi). La réhabilitation s'appuie sur les objectifs et les ressources propres de la personne, afin de l'aider à mener à bien ses choix de vie en tenant compte de ses symptômes et d'éventuels handicaps associés.

La plupart des symptômes induits par les troubles psychiques peuvent être stabilisés avec des traitements médicamenteux. Cependant, certaines difficultés persistent souvent :

- **Des difficultés cognitives** : mémoire, attention, fonctions exécutives, lenteur de traitement, ...
- **Des difficultés de cognition sociale** : décoder, comprendre, interpréter les autres, leurs émotions, s'affirmer dans différentes situations, ...
- **Des troubles de l'insight** : Difficultés à comprendre sa maladie, reconnaître les symptômes et les effets du traitement, ...
- **Une perte d'autonomie**

Tous ces troubles sont importants et peuvent entraver le processus de rétablissement. Des troubles cognitifs peuvent gêner la reprise d'une activité professionnelle car il est difficile de travailler si l'on n'arrive pas à retenir les consignes ou à arriver à l'heure par exemple. Le but de la réhabilitation psychosociale est de réduire l'impact de ces difficultés pour favoriser le rétablissement.

Une évaluation est toujours la base d'un parcours de réhabilitation, celle-ci permettant de proposer une prise en charge adaptée et personnalisée à la situation rencontrée par la personne.



¹ Cette partie a été rédigée à partir du site internet : centre-ressource-rehabilitation.org. Le schéma en est également tiré.

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

A QUEL.LE.S PROFESSIONNEL.LE.S S'ADRESSER ?



Vrai ou Faux ?

"35% des personnes souffrant de troubles psychiques ont été hospitalisées plus de 5 fois."

Vrai ! Ce chiffre est issu du baromètre Unafam 2021. Il montre que les équipes mobiles, qui vont à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie, pour être au plus près de leurs besoins, sont encore trop peu nombreuses. Pourtant, le développement de plus d'équipes mobiles pourrait permettre de réduire les réhospitalisations et le taux de suicide.

Lorsque nous rencontrons des problèmes de santé mentale, nous pouvons faire appel à des professionnel.le.s formé.e.s pour nous soigner ou nous accompagner dans notre rétablissement. Certain.e.s exercent dans un cabinet en ville, d'autres dans des services ambulatoires, à l'hôpital, dans une clinique, ou dans d'autres structures publiques, privées ou associatives.

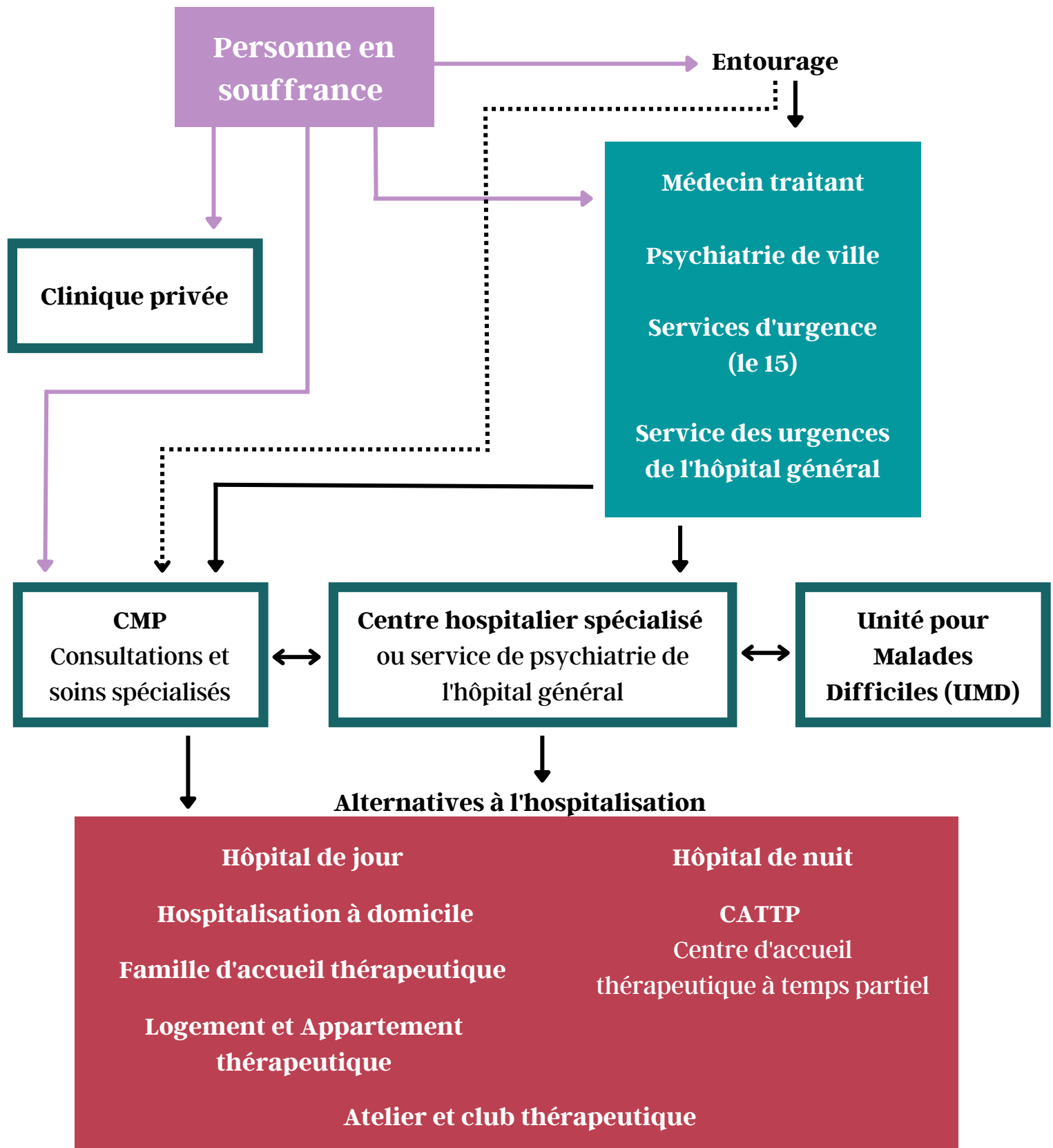
Bien souvent, les interventions de ces professionnel.le.s de la psychiatrie sont complémentaires. **Chacun.e apporte un soutien de nature différente et c'est leur combinaison qui favorise le rétablissement.** La plupart des services publics de psychiatrie regroupent un ensemble de professionnel.le.s dans une équipe que l'on qualifie de pluridisciplinaire.

Voici une liste de différents types de professionnel.le.s que l'on peut être amené.e.s à rencontrer :

- **Assistant.e de service social** : Iel aide la personne qui connaît des difficultés sociales à retrouver son autonomie et facilite son insertion (logement, droits, travail, ressources financières, ...).
- **Art thérapeute** : Iel encourage les capacités créatrices de la personne.
- **Cadre de santé** : Dans un service de psychiatrie, iel encadre une équipe de soins et planifie les soins.
- **Educateurice spécialisé.e** : Iel conseille et accompagne la personne dans ses activités au quotidien pour l'aider à devenir autonome.
- **Ergothérapeute** : En psychiatrie, l'ergothérapeute aide la personne à acquérir ou récupérer la plus grande autonomie possible dans son quotidien.
- **Infirmier.e** : Iel assure le suivi médical de la personne et lui apporte aussi un soutien psychologique.
- **Infirmier.e de pratique avancée** : Iel se situe entre le psychiatre et l'infirmier.e.
- **Médiateurice de santé pair.e** : Iel a vécu un trouble psychique et s'en est rétabli.e, iel utilise donc ses connaissances et son expérience personnelle pour aider ses pair.e.s.
- **Neuropsychologue** : Iel repère les déficits liés aux fonctions cognitives (la mémoire, l'attention, ...) et met en évidence les capacités préservées de la personne.
- **Orthophoniste** : Iel est spécialiste des troubles du langage, à l'oral ou à l'écrit.
- **Pair.e-aidant.e** : Iel s'investit dans l'entraide en santé mentale, après un parcours personnel lui ayant permis.e de se rétablir.
- **Psychanalyste** : Iel propose une thérapie par la parole, durant laquelle la personne en analyse est par exemple allongée sur un divan pour parler.
- **Psychiatre** : Iel est médecin et peut poser un diagnostic, prescrire des médicaments, des traitements non-médicamenteux, des examens et des soins, décider d'une hospitalisation et rédiger des certificats médicaux.
- **Psychologue** : Iel est spécialiste des pensées, des émotions et des comportements humains.
- **Psychomotricien.ne** : Iel est un.e professionnel.le paramédical, spécialiste des problèmes de geste, de maîtrise du mouvement et d'image du corps.
- **Psychopraticien.ne** : Iel est spécialiste en Gestalt thérapie, en hypnose éricksonienne, en thérapie brève selon l'école de Palo Alto, ...
- **Psychothérapeute** : Iel est spécialisé.e en psychothérapie, le.a psychothérapeute peut être psychiatre, médecin non psychiatre, psychologue ou psychanalyste, ayant complété si nécessaire sa formation initiale.
- **Sophrologue** : Iel est spécialiste de techniques agissant à la fois sur le corps et le mental, comme les techniques de respiration, de décontraction des muscles et de relaxation.
- **Thérapeute** : Thérapeute est un nom qui désigne l'ensemble des soignant.e.s, il ne correspond à aucun diplôme ni à aucune compétence précise.
- ...

DOSSIER : LES TROUBLES PSYCHIQUES

L'articulation des soins en psychiatrie peut différer grandement d'une personne à l'autre. Toutefois, voici le schéma général qui fait le bilan des dispositifs d'accompagnement récurrents en psychiatrie pour une personne adulte.



Cet article a été rédigé en soutien avec l'Unafam 29 et à partir des ressources proposées par Psycom ainsi que le manuel des Premiers Secours en Santé Mentale (sauf mentions spécifiques).



→ L'Unafam (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques), association reconnue d'utilité publique, accompagne l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques depuis 1963. Elle se décline sur tout le territoire national et en particulier dans chaque département.

Dans le Finistère et les Côtes d'Armor, l'association a des points d'accueil à Quimper, Brest, Morlaix, Carhaix, Châteaulin et Guingamp. Écouter, soutenir, former, défendre les droits des personnes concernées et de leur famille ainsi que lutter contre les préjugés sont les missions auxquelles s'attèlent 2000 bénévoles. Avec 15000 adhérent.e.s et 300 points d'accueil, l'Unafam propose un accompagnement par des pair.e.s, pour briser l'isolement et permettre de retrouver la force d'avancer.

unafam.org

service écoute familles : 01 42 63 03 03

Points d'accueil dans le Finistère et les Côtes d'Armor :

- BREST : 06 74 94 09 21 - 29@unafam.org
- QUIMPER et CHATEAULIN : 07 88 17 72 32 - unafam29.quimper@gmail.com
- MORLAIX : 06 30 67 41 74 - unafam29.morlaix@gmail.com (point DOC avec ouvrages et revues sur la santé mentale)
- CARHAIX : 06 41 46 35 93 - unafam29.carhaix@gmail.com
- GUINGAMP : 06 26 13 60 41 - 22@unafam.org (ou aide par téléphone à Saint-Brieuc : 07 74 25 55 49)



→ Psycom est un organisme public d'information, de communication et de lutte contre la stigmatisation sur la santé mentale. Il se mobilise depuis 25 ans pour combattre les idées reçues sur les troubles psychiques. Il diffuse gratuitement, partout en France, des brochures d'information, propose un site ressource pour les expert.e.s et le grand public et travaille en réseau avec les actrices de santé mentale (des professionnel.le.s aux associations d'usager.e.s, en passant par les chercheur.se.s et les personnes concernées).

psycom.org



**Premiers Secours
en Santé Mentale
France**

APPRENDRE À AIDER

Le programme de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) a été conçu en 2000 à Canberra (Australie) par une éducatrice et usagère en santé mentale, en collaboration avec un chercheur en santé mentale. Ce programme a pour but d'élargir le principe de formation aux premiers secours afin d'intégrer les troubles psychiques. L'association PSSM France a adapté le programme originel à la culture et au système de santé français. A la mi-juin 2019, plus de 3 millions de personnes sont formées dans le monde.

pssmfrance.fr



Numéros RPPS / Adeli

Les médecins ayant une autorisation légale d'exercer disposent d'un numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé). D'autres professionnel.le.s de santé tel.le.s que les ergothérapeutes, les infirmier.e.s ou encore les psychologues sont répertorié.e.s par leur numéro Adeli (Automatisation des listes). Vous pouvez retrouver les répertoires officiels RPPS ou Adeli sur :

→ annuaire.sante.fr

→ conseil-national.medecin.fr : site officiel de l'Ordre des médecins

→ ordre-infirmiers.fr : site officiel de l'Ordre des infirmier.e.s



Service santé universitaire : SUMPPS Brest et Quimper/SSE Saint-Brieuc

SUMPPS Brest (29238)

13 rue de Lanrédec

02 98 01 82 88

SUMPPS Quimper (29000)

18 Avenue de la Plage des Gueux

02 90 94 48 15

SSE Saint-Brieuc (22000)

2 Avenue Antoine Mazier

02 96 60 81 61

Toutes les informations sur : univ-brest.fr (Brest et Quimper) / sse.univ-rennes.eu (Saint-Brieuc)



DEVE HANDIVERSITÉ de l'UBO/Relais Handicap Saint-Brieuc

Contact Brest (29238) :

20 Avenue Le Gorgeu - Bat C

handiversite@univ-brest.fr

02 98 01 82 99 / 02 98 01 69 43

Contact Quimper (29000) :

handiversite@univ-brest.fr

IUT : **02 98 90 02 27**

Centre de Vie Étudiant : **02 90 94 48 15**

Contact Saint-Brieuc (22000) :

Campus Mazier - Bat B

relais-handicap@univ-rennes2.fr

02 96 60 43 17

Toutes les informations sur : univ-brest.fr (Brest et Quimper) / univ-rennes2.fr (Saint-Brieuc)



Urgences psychiatriques de l'hôpital

CHRU de Brest (La Cavale Blanche) : **02 98 34 74 66**

CH de Saint-Brieuc (Yves Le Foll) : **02 96 01 75 07**

CH de Cornouaille/Quimper (Laënnec) : **02 98 52 63 98**

Toutes les informations sur : chu-brest.fr / ch-cornouaille.fr / ch-stbrieuc.fr



Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH)

Toutes les informations sur : mdph.fr ou mdph29.fr / mdph.cotesdarmor.fr pour des informations spécifiques



Groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Liste sur le site : psycom.org



Addict'Aide, le village des addictions

Addict'Aide est un portail créé par un psychiatre et addictologue, destiné à ceux qui souhaitent s'informer et comprendre les addictions à un produit ou à un comportement. Il permet de s'autoévaluer par type d'addiction, de géolocaliser un.e professionnel.le de santé spécialiste des addictions proche de son domicile et d'échanger de façon anonymisée sur un forum avec des patient.e.s expert.e.s, qui ont connu l'addiction et s'en sont sorti.e.s.

Toutes les informations sur la plateforme : addictaide.fr

Associations

- **Argos 2001** : Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage
argos2001.net
- **Bipolarité France**
bipolaritefrance.com
- **France Dépression** : Association pour les personnes souffrant de dépression ou de troubles bipolaires
francedepression.fr
- **Agorafolk** : La communauté des agoraphobes optimistes
agorafolk.fr
- **AFTOC** : Association Française des personnes souffrant de Troubles Obsessionnels et Compulsifs
aftoc.org
- **Revivre France** : Association pour les personnes souffrant de phobie sociale, TAG, trouble panique, agoraphobie
revivre-france.org
- **Collectif Schizophrénies** : Le Collectif Schizophrénies fédère les principales associations dédiées aux schizophrénies
collectif-schizophrenies.com
- **AFDER** : Association française des dépendants en rétablissement, elle accompagne les usager.e.s et leur famille quelle que soit leur dépendance
afder.org
- **Alcooliques anonymes**
alcooliques-anonymes.fr
- **Al-Anon** : Aide pour l'entourage de la personne alcoolique
al-anon-alateen.fr
- **Narcotiques anonymes France**
narcotiquesanonymes.org
- **ANPAA Bretagne** : Association Nationale de Prévention en Addictologie et Alcoolologie
anpaa-bretagne.fr
- **Soutien-etudiant.info** : Site qui recense tous les soutiens psychologiques gratuits disponibles dans les 30 académies de France et apporte des conseils pour prendre soin de son bien-être mental
soutien-etudiant.info

Lignes d'écoute (et Tchat*) anonymes

- Fil Santé Jeunes* (12-25 ans) : 08 00 23 52 36
- SOS Amitié* : 09 72 39 40 50
- Argos 2001 : 01 46 28 01 03
- Suicide écoute : 01 45 39 40 00
- SOS suicide Phénix : 01 40 44 46 45
- Drogues Info Service* : 08 00 23 13 13 (fixe) / 01 70 23 13 13 (portable)
- Ecoute Cannabis : 09 80 98 09 40
- Ecoute Dopage : 08 00 15 20 00
- Tabac Info Service : 39 89
- Alcool Info Service* : 09 80 98 09 30
- Joueurs Info Service* : 09 74 75 13 13
- Anorexie Boulimie, Info Ecoute : 08 10 03 70 37
- Santé Info Droits : 01 53 62 40 30
- PASAJ* (12-25 ans), Service Ecoute Jeunes : 02 98 43 10 20 / 06 32 98 22 07

Numéros d'urgence

- SAMU : 15
- Police : 17
- Pompiers : 18
- Numéro d'appel d'urgence européen : 112
- Numéro d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes (par fax et SMS) : 114
- Hébergement d'urgence : 115

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

QU'EST-CE QU'UN TCA ?

Les Troubles des Conduites Alimentaires ou Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) sont principalement caractérisés par des **habitudes alimentaires anormales, une crainte intense de prendre du poids et une grande préoccupation par rapport à l'image corporelle**.

Les personnes souffrant de TCA peuvent tout aussi bien présenter un poids insuffisant, être en surpoids ou bien se situer dans la plage de poids considérée comme normale.

Il existe trois types de TCA :

→ L'anorexie mentale

L'anorexie mentale désigne une privation alimentaire stricte et volontaire liée à un état mental particulier. Elle est également associée à une peur intense de prendre du poids ainsi qu'à une distorsion de l'image corporelle.

→ La boulimie

La boulimie se caractérise par des épisodes récurrents et fréquents d'ingestion disproportionnée d'aliments, suivis d'un comportement visant à compenser l'excès : purge, jeûne, exercice physique excessif, régimes, ...

→ L'hyperphagie boulimique ou la polyphagie

L'hyperphagie boulimique se manifeste par des crises de boulimie, mais sans recours à des stratégies de perte de poids pour compenser (vomissements, laxatifs, sport excessif, ...).

D'autres troubles alimentaires non spécifiés existent, ils englobent les problématiques qui ne répondent pas précisément aux critères des TCA mais sont aussi à prendre au sérieux. L'orthorexie, à savoir l'obsession de manger sainement, ou encore la bigorexie, c'est-à-dire l'impression d'être trop mince ou jamais assez musclé.e, en sont des exemples.

QUELS FACTEURS PEUVENT FAVORISER L'APPARITION DE TCA ?

- **Les expériences de vie** : conflits au sein du foyer, violences, antécédents de régimes alimentaires restrictifs au sein de la famille par le passé, critiques formulées par autrui concernant l'alimentation, le poids ou les formes corporelles, besoin de rester mince en raison de sa profession ou ses loisirs (catégories de poids dans le sport de haut niveau, le mannequinat, ...), ...
- **Des critères personnels** : régime alimentaire restrictif, faible estime de soi, perfectionnisme, anxiété, ...
- **Des membres de la famille atteints de troubles psychiques**
- **La société et la culture** : représentations sociales et culturelles du corps, injonctions médiatiques diverses (idéaux de minceur), valorisation des conduites à risque, ...
- ...

Les TCA sont un moyen de défense au mal-être, qui passe à-travers le corps à la place des mots. Les TCA, tout comme les addictions ou encore les violences, sont une manière de gérer ses émotions et de se rassurer en fixant son attention sur une seule chose. Cette réponse, bien que dangereuse pour la personne, lui apporte un sentiment de maîtrise et la soulage lorsqu'elle est angoissée.

ZOOM SUR ... LES TCA

QUELS SONT LES SIGNES À SURVEILLER CHEZ SOI OU UN.E PROCHE ?

Le questionnaire suivant permet d'évaluer si toi-même ou un.e de tes proches êtes à risque dans le développement de TCA. Te reconnais-tu dans les énoncés suivants ou reconnais-tu les comportements et pensées d'un.e de tes proches ?

Je pense que les personnes plus minces que moi sont plus heureuses	Oui	Non
Je suis de plus en plus préoccupé.e par mon apparence physique et par mon poids	Oui	Non
Je compare continuellement mon poids à celui des autres	Oui	Non
Je me pèse continuellement	Oui	Non
J'ai extrêmement peur de devenir gros.se	Oui	Non
J'ai de la difficulté à maintenir un poids approprié à mon âge, mon sexe et ma taille	Oui	Non
Mon poids a beaucoup changé au cours des derniers mois	Oui	Non
Je compte la quantité de calories et de gras des aliments que je mange	Oui	Non
Je m'interdis certains aliments pour perdre du poids	Oui	Non
Je mange parfois énormément de nourriture en très peu de temps	Oui	Non
Je me sens coupable après avoir mangé	Oui	Non
Je mange parfois en cachette ou je mens quand on me demande ce que j'ai mangé	Oui	Non
J'ai très peur de ne pas pouvoir contrôler mon poids ou de perdre le contrôle quand je mange	Oui	Non
Je fais du sport de façon excessive et si je n'en fais pas un jour, je suis très contrarié.e	Oui	Non
Je fais du sport même si je suis blessé.e ou malade	Oui	Non
Je n'ai plus de menstruations ou celles-ci sont très irrégulières	Oui	Non
J'ai de brusques sautes d'humeur, je suis émotif.ve, irritable, dépressif.ve ou anxieux.se	Oui	Non
Je n'aime pas manger avec d'autres personnes	Oui	Non
Je m'isole de plus en plus et je passe de moins en moins de temps avec mes ami.e.s et ma famille	Oui	Non
Mon entourage me dit souvent que je devrais arrêter de faire des régimes	Oui	Non
Il m'arrive souvent d'avoir froid, d'être fatigué.e et étourdi.e	Oui	Non
Je perds mes cheveux	Oui	Non

Si tu as encerclé plus de "Oui" que de "Non", cela peut vouloir dire que toi-même ou ton.ta proche avez des préoccupations vis-à-vis du corps et de l'alimentation. Il peut dans ce cas être judicieux de consulter des ressources d'aides spécialisées et d'en parler à une personne de confiance ou à un.e médecin.

ZOOM SUR ... LES TCA

COMMENT ACCOMPAGNER UN.E PROCHE QUI SOUFFRE DE TCA ?

L'entourage ne peut se substituer à un.e professionnel.le de santé, mais il peut assurer un soutien essentiel à la personne souffrant de TCA. Garde aussi à l'esprit que chaque personne réagit différemment face à la maladie, tu dois donc être souple dans ta manière de soutenir ton.ta proche.

Ce qu'il ne faut pas faire :

- **Donner des conseils simplistes** : "Iel n'a qu'à moins manger, manger plus, changer d'état d'esprit, ...". Les TCA sont des troubles complexes qui ne peuvent pas être résolus par des solutions simples, rapides et évidentes, sinon ces techniques seraient mises en application par toutes. Guérir des TCA n'est pas uniquement une question de volonté mais nécessite des soins et un accompagnement personnalisés.
- **Faire des remarques accusatrices et culpabilisatrices** : "Tu es trop maigre, tu me fais du mal, ..." Il est primordial de se rappeler que les TCA sont une maladie et non pas un choix délibéré, il est donc inefficace et même contre-productif de faire la morale aux personnes atteintes de TCA. Utilise aussi plutôt le "Je" que le "Tu" : "Je m'inquiète pour toi." plutôt que "Tu t'inquiètes.", qui est plus accusateur.
- **Se focaliser sur la nourriture ou sur les formes corporelles de la personne** : Il est essentiel de ne pas nourrir les obsessions de ton.ta proche, et de ne pas laisser ces obsessions dominer votre relation.
- **Rompre le contact avec le.a proche** : Les personnes atteintes de TCA souffrent déjà suffisamment d'isolement social, il est primordial de rester à leurs côtés.

Ce qu'il faudrait faire :

- **Repérer les signes de souffrance chez son.sa proche et faire le premier pas pour en parler**. Il n'est pas raisonnable de penser que la situation s'arrangera toute seule, d'où l'importance de prendre l'initiative de se renseigner sur le sujet et d'en discuter avec la personne.
- **Rassurer son.sa proche** sur le fait qu'iel mérite d'être aidé.e, d'être en bonne santé, d'être heureux.se et qu'un rétablissement est tout à fait possible.
- **Aider son.sa proche à chercher de l'aide**, à consulter un.e professionnel.le et, si besoin, à suivre un traitement.
- **Soutenir son.sa proche dans ses activités de la vie quotidienne** et mettre l'accent sur ses points forts, ses qualités, ses réussites, ses accomplissements et ses centres d'intérêts qui ne sont pas en rapport avec la nourriture ou l'apparence physique.
- **Être à l'écoute des préoccupations et du ressenti de la personne**, que ce soit en lien avec les TCA ou non. La clé est d'écouter, plus que de conseiller ou commenter.
- **Voir son.sa proche comme une personne avant tout**, plutôt que comme quelqu'un.e souffrant de TCA.
- **Accepter que l'on ne peut pas tenir tous les rôles** et laisser suffisamment d'espace à son.sa proche.
- ...

PEUT-ON SE RÉTABLIR DE TCA ?

Le rétablissement d'un TCA est tout à fait possible mais le plus important est de faire de la prévention en amont et d'être capable de reconnaître les signes annonciateurs de la maladie afin de pouvoir la dépister au plus tôt et la désamorcer avant qu'elle ne devienne chronique. **Plus la prise en charge est effectuée rapidement et plus le rétablissement sera rapide et "facile"**. Il faut aussi garder à l'esprit qu'on ne guérit pas tout.e seul.e des TCA, il faut être accompagné.e par des professionnel.le.s. Il est conseillé d'en parler dans un premier temps à son.sa médecin généraliste qui pourra par la suite orienter vers des services spécialisés.

Le rétablissement passe par la limitation des effets nocifs du TCA mais aussi par la libération de la parole sur le problème de fond expliquant le développement du TCA. La personne est considérée comme rétablie lorsqu'elle est sortie de la destructivité, de l'enfermement et qu'elle connaît enfin un épanouissement. Le chemin de rétablissement d'un TCA peut donc être long mais **il n'y a aucune fatalité, on peut toujours se rétablir et aller mieux.**

- **Psycom** : organisme dédié à la santé mentale, et en particulier aux TCA
 - Information
 - Ressources

psycom.org

- **Anorexie et boulimie Québec (Aneb)** : organisme destiné aux personnes malades et leurs proches
 - Information
 - Forum d'aide gratuit et anonyme
 - Groupes de soutien gratuits et anonymes sur Zoom en anglais et en français, spécifiquement pour les personnes atteintes de TCA ou pour les proches de personnes souffrant de TCA

anebquebec.com

- **L'Union Solidarité Anorexie Boulimie (USAB)** : association qui réunit les associations de personnes souffrant de TCA et leurs proches en France
 - Annuaire des associations régionales spécialisées TCA
 - Ressources

solidarite-anorexie.fr

- **Solidarité Anorexie Boulimie Finistère (SAB 29) et Côtes d'Armor (SAB 22)** : associations pour les personnes qui ont été ou sont encore confrontées à un TCA, directement ou en tant que proche
 - Information
 - Rencontres et échanges entre personnes concernées
 - Ressources

SAB 29 : anorexie-finistere.fr / SAB 22 : [@SAB22Cotesdarmor](https://www.facebook.com/SAB22Cotesdarmor) (page Facebook)

- **Fédération Française Anorexie-Boulimie (FFAB)** : association constituée de professionnel.le.s du soin, de la prévention, de la formation et de la recherche dans le domaine des TCA
 - Information
 - Annuaire des services de soins spécialisés
 - Ressources

ffab.fr

- **Autrement : pour un autre regard sur son poids** : association d'information sur les TCA, destinée aux personnes malades, aux proches et aux professionnel.le.s
 - Information
 - Tests pour savoir si tu es à risque
 - Ressources

anorexie-et-boulimie.fr

- **Anorexie Boulimie, Info Ecoute** : des spécialistes des TCA répondent à tes questions quatre jours par semaine, de 16h à 18h
 - Lundi : des psychologues
 - Mardi : des associations spécialisées TCA
 - Jeudi : des médecins
 - Vendredi : toutes les spécialistes, en alternance

0 810 037 037 (0,06 euros la minute + prix de l'appel)

- **Dispositifs de l'hôpital : CHRU de Brest / CH de Cornouaille (Quimper) / CH de Saint-Brieuc**

Toutes les informations sur : chu-brest.fr / ch-cornouaille.fr / ch-stbrieuc.fr

- **Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS Brest et Quimper) ou Service Santé des Etudiant.e.s (SSE Saint-Brieuc)**

Toutes les informations sur : univ-brest.fr (Brest et Quimper) / sse.univ-rennes.eu (Saint-Brieuc)

SITUATION 1 : CORRECTION

PREMIÈRE PARTIE

La bonne réponse est la réponse C

Il est important ici de revenir sur la définition de l'expression "**harcèlement de rue**". Le harcèlement de rue correspond au **harcèlement sexuel ayant lieu dans les espaces publics et semi-publics** tels que la rue, les transports en commun, les bars, les salles de sport, les restaurants, les concerts, ... Le harcèlement de rue est **insistant, non désiré et à sens unique**, c'est donc totalement différent du flirt et de la drague qui se construisent entre personnes consentantes. Des comportements verbaux, non verbaux ou physique de nature sexuelle non désirés de type : sifflements, commentaires, interpellations, insultes, bruits avec les lèvres, bruits d'animaux, sollicitations ou blagues à connotations sexuelles, regards insistants, lourds et appuyés, attouchements, exhibitionnisme, agressions sexuelle, suivre quelqu'un ..., sont du harcèlement de rue. Dans cette situation, l'homme suit cette femme en lui chuchotant des commentaires à l'oreille, il s'agit bien d'une situation de harcèlement, la réponse A est donc mauvaise.

La réponse B n'est pas bonne non plus car il faut se rappeler que **le fait que le.a potentiel.le agresseur.se et sa potentielle victime se connaissent ne justifie pas toutes les situations**. En règle générale, si tu as un doute sur la situation, **suis ton instinct** et cherche à agir. Pense aussi à observer la réaction de la personne harcelée, si tu penses que quelque chose ne va pas, c'est très certainement le cas. Et puis, même si la situation n'était pas celle que tu pensais, personne ne te jugera négativement pour avoir voulu agir, bien au contraire. Par ailleurs, dans cette réponse, tu décides de prendre une rue parallèle, ce qui montre bien que la situation te gêne et te fait sentir toi-même en danger.

La réponse D permet de prendre conscience de "**l'effet témoin**", phénomène psychosocial des situations d'urgence qui empêche quelqu'un d'aider une victime à cause de la présence d'autres personnes sur les lieux. **Plus il y a de témoins, moins on réagit**. Cependant, à partir du moment où une première personne se décide à agir, souvent cela casse aussi l'effet témoin chez les autres, qui vont venir à la rescousse. Il est donc important de se forcer à agir, même quand il y a des personnes autour de toi qui pourraient le faire à ta place, car il faut bien que quelqu'un lance la dynamique d'action pour que les autres réagissent.

La réponse C est donc la seule bonne réponse ici. Le harcèlement de rue est une expérience qui détruit petit à petit la confiance en soi de la personne qui le subit, pouvant l'amener à se remettre en cause elle-même ou douter de la gravité de la situation. **Lorsque tu es témoin de harcèlement et que tu n'agis pas, cela aggrave le traumatisme de la personne harcelée et conforte le.a harceleur.se dans l'idée que ce qu'il fait est acceptable**. Par conséquent, il faut casser cette dynamique en agissant au cas par cas, dans l'objectif de construire une culture dans laquelle le harcèlement est considéré comme quelque chose d'intolérable.

SITUATION 1 : CORRECTION

DEUXIÈME PARTIE

Les bonnes réponses sont les réponses **A,B,C,D,E**

Toutes les réponses sont bonnes, elles correspondent à la **méthode des 5D's**. Chaque "D" correspond à une technique qu'il est possible d'utiliser pour intervenir en toute sécurité si l'on se retrouve témoin de harcèlement de rue.

DISTRAIRE : A

Distraire est une façon indirecte de détourner l'attention d'une situation de harcèlement. Il existe de nombreuses façons de distraire :

- Demander son chemin, l'heure, ou le distributeur le plus proche
- Bloquer le passage
- Faire du bruit
- Faire tomber ou renverser quelque chose de façon "accidentelle"
- Faire semblant de connaître la personne harcelée

Se tenir simplement à côté de la personne harcelée sans rien dire ou parler très fort au téléphone peut également se révéler efficace.

DÉLÉGUER : B

Demande de l'aide. Explique à une ou plusieurs personnes à proximité ce qu'il s'est passé et demande-leur s'ils peuvent faire quelque chose. Il est également possible de s'adresser à une personne qui représente une forme d'autorité. Dans les transports en commun, tu peux demander à la personne qui conduit ; dans un bar, au barman ou à la barmaid ; dans une salle de sport, à un.e membre du personnel. Tu peux aussi menacer le.a harceleur.se de prévenir la police, mais en vérifiant toujours si la personne harcelée est d'accord.

Demander à quelqu'un d'agir, c'est aider d'une certaine manière.

DOCUMENTER : C

Filme discrètement la scène de harcèlement afin de fournir une preuve à la victime si elle souhaite porter plainte. Si tu es en sécurité, filmer peut également être une façon de dissuader le.a harceleur.se.

Cela peut paraître évident, mais avant d'enregistrer une vidéo, garde tes distances, assure-toi que tu filmes suffisamment de contexte pour permettre d'identifier le lieu (panneaux de rue, de signalisation, ...) et mentionne oralement la date et l'heure.

Et surtout : fais-le pour soutenir la personne harcelée. Demande-lui toujours ce qu'elle souhaite faire de la vidéo. **Ne l'utilise pas ou ne la publie pas en ligne sans son autorisation.**

SITUATION 1 : CORRECTION

DEUXIÈME PARTIE

Les bonnes réponses sont les réponses **A,B,C,D,E**

DIALOGUER : D

Dès que l'incident est terminé (et même si le.a harceleur.se est toujours présent.e), vérifie si la personne harcelée va bien. Dis-lui que ce qu'il s'est passé n'est pas acceptable et que ce n'est absolument pas de sa faute. Par exemple, demande-lui : « Ça va ? », « Vous voulez que je m'assoie à côté de vous ? », « Je peux faire quelque chose ? », ou dis-lui : « Vous n'avez rien fait de mal. ». Agis comme un.e ami.e. Toutes ces phrases sont un bon moyen de montrer à la personne le soutien dont elle a besoin.

Un peu d'empathie peut faire beaucoup et notamment réduire l'impact psychologique dû au harcèlement.

DIRIGER : E

Attire l'attention sur la situation en interpellant le.a harceleur.se. Utilise uniquement ce D comme dernier recours, lorsque cela est nécessaire pour éviter la violence. Ta sécurité et celle de la personne harcelée sont prioritaires. Dis à la personne qui harcèle que ce qu'elle fait n'est pas acceptable et demande-lui d'arrêter immédiatement. Demande de l'aide en évitant de te confronter directement à elle ou de t'exposer au danger. Adresse-toi ensuite à la victime pour savoir si elle va bien.

Évite de rentrer dans un débat avec le.a harceleur.se car cela peut entraîner une escalade de la violence.



Il est également possible d'utiliser ces techniques si tu es toi-même victime de harcèlement de rue. En distrayant ("Vous avez votre main sur ma cuisse, pouvez-vous la retirer ?"), en déléguant ("Monsieur, cela fait dix minutes que je dis à cette personne d'arrêter, peut-être qu'avec vous, elle m'écouterait mieux") ou en documentant.

PREMIÈRE PARTIE

Le problème avec les réponses A et B, c'est qu'elles ne remettent jamais en question le rôle de l'alcool pour expliquer le comportement de l'amie. Dans cette situation, il y a plusieurs indices qui laissent sous-entendre que ce n'est pas l'alcool qui est en cause.

Tout d'abord, il y a **une incohérence entre la quantité d'alcool consommée et l'état de la personne**. Ici, ton amie semble être en état d'ivresse au bout de deux verres seulement, alors que tu n'es pas du tout dans le même état.

Ensuite, **les signes “d’ivresse” sont arrivés très rapidement (une quinzaine de minutes à peine, le temps que tu te rendes aux toilettes)**, beaucoup trop rapidement pour être produits par de l’alcool seul.

Enfin, la dernière phrase “C’est étrange, elle n’a bu que deux verres pourtant ...” semble indiquer que ton amie n’a **pas un comportement habituel**, ou du moins ne se comporte pas de cette manière d’habitude au bout de deux verres.



Ces 3 indices font penser à de la soumission chimique, qui peut être provoquée par du GHB par exemple.

Ainsi, même si :

- **Les symptômes provoqués par le GHB sont proches de l'ivresse** : euphorie, désinhibition, perte d'équilibre, bouffées de chaleur, envie de dormir, nausées, vomissements, tête qui tourne, perte de mémoire, ...
- Ton amie n'a pas reposé son verre sans surveillance ou accepté un verre offert par un.e inconnu.e
- Ton amie ne semble pas avoir été agressée par un.e inconnu.e (l'agresseur.se attend sûrement que l'état de la victime se détériore pour passer à l'action)
- Ton amie n'a rien senti de spécial en buvant sa boisson (**le GHB est inodore, incolore et sans goût, ou très légèrement salé, il est donc indétectable**)

les trois indices cités précédemment doivent tout de même t'alerter sur une potentielle intoxication !

Quoiqu'il arrive, en cas de doute, on s'inquiète et on prend en charge la personne, comme dans les réponses C et D !

SITUATION 2 : CORRECTION

DEUXIÈME PARTIE

La bonne réponse est la réponse **B**

La réponse A est mauvaise pour deux raisons. En effet, en cas de suspicion d'intoxication :

- Il ne faut **ni faire boire** la personne, **ni la contraindre à vomir**
- Il faut **garder la personne sous surveillance** car la soumission chimique est juste la première étape : la personne qui l'a droguée va sûrement chercher à l'agresser par la suite. De même, au vu de son état de vulnérabilité, n'importe qui pourrait l'agresser et elle ne serait pas en capacité de se défendre.

Les réponses C et D sont mauvaises pour deux raisons :

- Il ne faut **pas tenter de transporter la personne**, au contraire **mets-la en PLS** si elle perd connaissance et surveille sa respiration
- Il ne faut **pas laisser la personne rentrer chez elle**, même si tu l'accompagnes, car son état risque de s'aggraver (coma, convulsions, ...) selon la dose administrée, son poids, sa taille, ...

La réponse B est le bon comportement à avoir lorsque tu penses que quelqu'un.e a été drogué.e :

- **Appelle les secours** : 15 (SAMU), 18 (POMPIERS), 17 ou 114 par SMS (POLICE), 112 (URGENCE N° EUROPÉEN) : **n'attends pas que les symptômes plus graves d'intoxication apparaissent**
- **Garde la personne sous surveillance** en appelant les secours, rassure-la et mets-la en PLS si nécessaire
- Tu peux aussi **prévenir les membres du personnel** et le.a responsable du lieu pour t'aider, et pour leur demander de **conserver le maximum d'éventuelles preuves** : verres, bouteilles, photos de la soirée, vidéosurveillance, ...
- N'hésite pas non plus à conserver toi aussi le maximum de preuves : verres, vêtements, photos/vidéos de la soirée, témoignages, ...

AUX URGENCES

- Demande à ce que la personne droguée soit conduite dans un hôpital spécialisé pour faire des **examens toxicologiques**

En effet, **le GHB est détectable moins de 6 heures dans le sang et moins de 12 heures dans les urines**, ce qui rend le dépistage compliqué car il doit être réalisé très rapidement. Dépassé ce délai, il est possible de faire une **analyse des cheveux ou des poils**. Toutefois, avant de faire ces analyses et pour que les résultats ne soient pas faussés, la personne qui a été droguée doit protéger ses cheveux **en bannissant les décolorations, les teintures, les lissages, les masques, les traitements, la coupe des cheveux, ...**

- Demande aussi en urgence un RDV auprès du médecin de la personne droguée
- La personne pourra également être prise en charge afin de chercher les signes d'une potentielle agression sexuelle (signes physiques, prélèvement d'ADN, ...). Une contraception d'urgence type pilule du lendemain et un traitement post-exposition au VIH pourront également lui être proposés.

VRAI / FAUX

1 FAUX ! Le terme handicap provient de l'anglais "Hand in cap", qui signifie littéralement "main dans le chapeau". Cette expression découle d'un jeu de troc de biens qui se pratiquait en Grande Bretagne au XVIème siècle. Afin de rétablir une égalité de valeur entre ce qui était donné et ce qui était reçu, la personne qui recevait un objet d'une valeur supérieure devait mettre dans un chapeau une somme d'argent pour rétablir l'équité. Le "Hand in cap" traduisait la situation négative, défavorable, de la personne qui avait tiré un mauvais lot. Au XVIIIème siècle, le terme s'est contracté pour être utilisé en sport et notamment dans les courses hippiques. Il y qualifie alors les difficultés supplémentaires données aux adversaires d'un.e concurrent.e désavantagé.e, afin de donner autant de chances à tout le monde.

2 FAUX ! Environ 80% des handicaps sont invisibles. Les représentations stéréotypées du handicap s'arrêtent souvent à l'image d'une personne en fauteuil roulant, alors qu'en fait seulement 4% des personnes en situation de handicap utilisent un fauteuil.

3 FAUX ! Seulement 15% des personnes en situation de handicap le sont dès la naissance. 85% des personnes en situation de handicap le sont à cause de maladies déclarées après la naissance, d'accidents au cours de leur vie ou du fait du vieillissement.

4 VRAI ! Si environ 80% des handicaps sont invisibles, c'est notamment parce que certains ne sont visibles que dans certaines situations (hémophilie, daltonisme, épilepsie, ...), à contrario d'une personne qui doit utiliser une canne au quotidien par exemple.

5 VRAI ! En France deux lois ont été fondamentales pour la reconnaissance du handicap. Celle de 1975 a marqué un premier encadrement par l'Etat de l'orientation et de la formation des personnes en situation de handicap. De son côté, celle de 2005 intègre la dimension sociale et environnementale du handicap, au-delà d'une approche strictement médicale, et en reconnaît cinq grandes familles à savoir : le handicap moteur, sensoriel, mental, cognitif et psychique.

6 VRAI ! La mission de la MDPH est de faciliter les démarches administratives et professionnelles des usager.e.s, de leur famille ou de toute autre personne.

VRAI / FAUX

7 FAUX ! Les employeur.se.s doivent respecter un taux d'emploi de 6% de personnes en situation de handicap par rapport à leur effectif salarié total. Les établissements ne remplissant pas ou partiellement cette obligation doivent payer une compensation financière.

8 FAUX ! La Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) est un statut administratif qui nécessite une démarche volontaire de reconnaissance auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Elle permet notamment aux personnes en situation de handicap de bénéficier d'aides spécifiques.

9 VRAI ! La dyslexie est un trouble spécifique de l'acquisition du langage écrit, la dysphasie est un trouble spécifique du développement du langage oral et la dyspraxie est un trouble spécifique du développement moteur et/ou des fonctions visuo-spatiales.

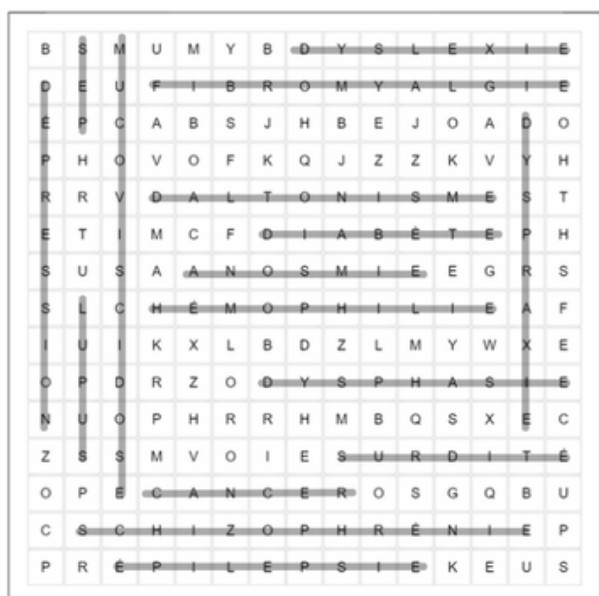
VRAI !

10

11 FAUX ! Le lupus érythémateux disséminé, également appelé lupus érythémateux systémique ou lupus systémique, est une maladie chronique auto-immune. Elle se manifeste par des symptômes variables concernant divers organes (peau, articulations, ...), allant des poussées de fièvre inexplicables, des douleurs et un gonflement des articulations aux troubles de la vision par exemple. Le terme de lupus

évoque un symptôme caractéristique de cette affection : une éruption cutanée sur le visage, en forme de masque appelé loup (du latin lupus).

12 VRAI ! Le plus souvent, ces douleurs sont associées à d'autres signes évocateurs comme une fatigue intense ou bien des troubles du sommeil par exemple.



C'EST OUI,



C'EST NON ?

SITUATION 1 : RÉPONSE C

Le consentement est un **accord volontaire qu'une personne donne de façon libre et éclairée**, c'est-à-dire sans l'influence d'un mensonge, de coercition (utilisation de force), une personne en position d'autorité (une situation de pouvoir, comme c'est le cas avec un.e professeur.e, un.e employeur.e, un.e entraîneur.se, ...) ou encore de drogue ou d'alcool. Dans cette situation, même si l'attirance entre vous semble réciproque, cela ne remplace aucunement un OUI consenti ! Tente ta chance avec cette fille quand elle ne sera plus soûle, quand elle pourra à nouveau consentir (ou non) de manière libre et éclairée.

SITUATION 2 : RÉPONSE A

Il faut se rappeler qu'un **rapport non consenti est une agression sexuelle ou un viol**. Il est donc primordial de savoir s'arrêter à temps, et d'être certain.e que le rapport est consenti de bout en bout. Si le rapport doit s'arrêter parce qu'il n'est plus consenti, on peut se sentir triste ou frustré.e mais il ne faut pas oublier que ça ne serait bon pour aucun des partenaires de continuer le rapport dans de telles conditions. Enfin, garde à l'esprit que **le silence et l'absence d'un NON ne sont pas synonymes de consentement**.

SITUATION 3 : RÉPONSE D

Ce n'est **pas parce que quelqu'un.e a consenti ou va consentir à faire quelque chose, qu'à l'instant T cette personne va également consentir à faire cette même chose**. Dans cette situation, ça peut être normal de se sentir déstabilisé.e mais il ne faut pas oublier que si la personne n'en a pas parlé avant, c'est sûrement parce que c'est un sujet sensible pour elle : il ne faut donc pas forcer le dialogue, mais plutôt attendre que la personne se sente prête à en discuter. De même, ce n'est pas parce que pour toi, être en couple signifie avoir des rapports sexuels, que tout le monde partage cette même vision !

SITUATION 4 : RÉPONSES A, C ET D

Bien entendu, **ni l'attitude ni le comportement** (ici la danse suggestive) **ni la tenue d'une personne n'est une invitation à un acte non consenti**. Puisque tu ne pourras jamais être certain.e de ce que l'autre personne veut, il est important de lui demander son consentement avant n'importe quel rapprochement, même si la personne semble intéressée. De même, ce n'est pas parce que tu as consenti à quelque chose (ici danser avec cette fille) que tu es obligé.e d'y consentir toujours quelques instants plus tard ou bien quand la nature de l'action évolue (ici la danse qui est devenue très suggestive). N'oublie pas que **le but du consentement est que les personnes impliquées soient sur la même longueur d'onde !**

CORRECTION

et ressources



RESSOURCES

Sites internet

- onsexprime.fr
- sida-info-service.org
- preventionsida.org
- hepatites-info-service.org

Lignes d'écoute/d'information et Tchat anonymes et gratuits

- Sida Info Service : **0 800 840 800**
- Hépatites Info Service : **0 800 845 800**

Dépistage anonyme et gratuit

Avec le CHRU de Brest (chu-brest.fr) :

- Dépistage permanent sur RDV : CeGIDD Brest
Hôpital La Cavale Blanche
Boulevard Tanguy Prigent - 29200 Brest
Secrétariat : 0 800 081 329 (numéro vert) / 02 98 34 72 07

- Dépistage itinérant : Brest, Lesneven, Landerneau, Carhaix, Morlaix, Châteaulin

Avec le CH de Saint-Brieuc (ch-stbrieuc.fr) :

- Dépistage permanent sur RDV : CeGIDD Saint-Brieuc
Hôpital Yves Le Foll
10 rue Marcel Proust - 22027 Saint-Brieuc
Secrétariat : 02 96 01 72 99

Avec le CH de Cornouaille (ch-cornouaille.fr) :

- Dépistage permanent sur RDV : CeGIDD Quimper
Hôpital Laënnec
14 bis avenue Yves Thépot - 29107 Quimper
Secrétariat : 02 98 52 62 90

Avec l'association AIDES (aides.org) :

- AIDES Brest:
16 rue Alexandre Ribot - 29200 Brest
02-98-80-41-27 / 06-80-66-78-52
brest@aides.org
- AIDES Quimper:
25 route de Brest - 29000 Quimper
02-98-95-67-96 / 06-16-01-40-29
quimper@aides.org

Informations générales

- **Sida Info Service :**
sida-info-service.org
Annuaire d'orientation
(associations, centres
de dépistage, services
hospitaliers, ...)
- **SUMPPS Brest :**
13 rue de Lanrédec
29238 Brest
02 98 01 82 88
univ-brest.fr
- **SUMPPS Quimper :**
18 Avenue de la Plage des Gueux
29000 Quimper
02 90 94 48 15
univ-brest.fr
- **SSE (Service Santé des
Etudiant.e.s) Saint-Brieuc :**
2 Avenue Antoine Mazier
22000 Saint-Brieuc
02 96 60 81 61
sse.univ-rennes.eu