



HAL
open science

Les premiers secours en santé mentale dans la pratique officinale

Renzo Bisha

► **To cite this version:**

Renzo Bisha. Les premiers secours en santé mentale dans la pratique officinale. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04652444

HAL Id: dumas-04652444

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04652444v1>

Submitted on 18 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL
open science

Les premiers secours en santé mentale dans la pratique officinale

Renzo Bisha

► **To cite this version:**

Renzo Bisha. Les premiers secours en santé mentale dans la pratique officinale. Sciences pharmaceutiques. 2024. dumas-04652444

HAL Id: dumas-04652444

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04652444>

Submitted on 18 Jul 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Pharmacie

Préparée au sein de l'Université de Caen Normandie

LES PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE DANS LA PRATIQUE OFFICINALE

Présentée par
Renzo BISHA

Soutenue publiquement le 26 juin 2024
devant le jury composé de

Mme Mathilde LECHEVREL	Maitresse de Conférences en Toxicologie, HDR – Université de Caen Normandie	Présidente du jury
M. Thanh-Huy Eric BUI	Professeur des Universités, Praticien Hospitalier – CHU Caen, Centre Esquirol	Examineur
M. Benjamin BEAUCHENE	Docteur en Pharmacie – Caen	Examineur

Thèse dirigée par Pr Thanh-Huy Eric BUI et Dr Mathilde LECHEVREL

LISTE DES ENSEIGNANTS-CHERCHEURS

Directrice de la Faculté des Sciences Pharmaceutiques
Professeur Pascale SCHUMANN-BARD

Assesseurs
Professeur Aurélie MALZERT-FREON
Professeur Anne-Sophie VOISIN-CHIRET

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

Directrice administrative adjointe
Madame Amélie LOPEZ

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

BOULOUARD Michel	Physiologie, Pharmacologie
BUREAU Ronan	Biophysique, Chémoinformatique
COLLOT Valérie	Pharmacognosie
DALLEMAGNE Patrick	Chimie médicinale
DAUPHIN François	Physiologie, Pharmacologie
DELEPEE Raphaël	Chimie analytique
FABIS Frédéric	Chimie organique
FRERET Thomas	Physiologie, Pharmacologie
GARON David	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
GIARD Jean-Christophe	Bactériologie, Virologie
MALZERT-FREON Aurélie	Pharmacie galénique
ROCHAIS Christophe	Chimie organique
SCHUMANN-BARD Pascale	Physiologie, Pharmacologie
SICHEL François	Toxicologie
SOPKOVA Jana	Biophysique, Drug design
VILLEDIEU Marie	Biologie et thérapies innovantes des cancers
VOISIN-CHIRET Anne-Sophie	Chimie médicinale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

ANDRE Véronique – HDR	Biochimie, Toxicologie
BOUET Valentine – HDR	Physiologie, Pharmacologie
CAILLY Thomas – HDR	Chimie bio-inorganique, Chimie organique
DENOYELLE Christophe – HDR	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
DHALLUIN Anne	Bactériologie, Virologie, Immunologie
DUBOST Emmanuelle – HDR	Chimie organique

ELDIN de PECOULAS Philippe – HDR	Parasitologie, Mycologie médicale
GIOVANNINI Johanna	Biophysique
GROO Anne-Claire	Pharmacie galénique
KIEFFER Charline	Chimie médicinale
KRIEGER Sophie (Praticien hospitalier) – HDR	Biologie clinique
LEBAILLY Pierre – HDR	Santé publique
LECHEVREL Mathilde – HDR	Toxicologie
LEGER Marianne	Physiologie, Pharmacologie
LEPAILLEUR Alban – HDR	Modélisation moléculaire
LOHARD Steven	Biologie cellulaire et moléculaire, Biochimie, Cancérologie
N’DIAYE Monique - HDR	Parasitologie, Mycologie médicale, Biochimie clinique
PAIZANIS Eleni	Physiologie, Pharmacologie
POTTIER Ivannah	Chimie et toxicologie analytiques
PREVOST Virginie – HDR	Chimie analytique, Nutrition, Education thérapeutique du patient
QUINTIN Jérôme	Pharmacognosie
RIOULT Jean-Philippe	Botanique, Mycologie, Biotechnologies
SAINT-LORANT Guillaume – HDR (Praticien hospitalier)	Pharmacie clinique, Assurance qualité
SINCE Marc– HDR	Chimie analytique
THEAULT BRYERE Joséphine	Biostatistiques

PROFESSEUR AGREGE (PRAG)

PRICOT Sophie	Anglais
----------------------------	---------

PERSONNEL ASSOCIE A TEMPS PARTIEL (PAST)

LECOUFLET Pierre	Pharmacie officinale
RICHARD Estelle	Pharmacie officinale
SEDILLO Patrick	Pharmacie officinale
SEGONZAC Virginie	Pharmacie officinale

Enseignants titulaires du Diplôme d’Etat de Docteur en Pharmacie

Remerciements

A l'issue de cette thèse d'exercice qui clôture mes études de pharmacie et laisse place à un nouveau chapitre de ma vie d'un point de vue personnel comme professionnel, je tiens à remercier toute personne ayant pu m'aider dans l'élaboration de cette thèse, notamment le Pr BUI et Mme LECHEVREL qui ont fait l'honneur de diriger cette thèse. A ceux-ci s'ajoutent Thibault et Mme REBILLON. Merci de m'avoir permis de découvrir ce concept de secourisme en santé mentale. Merci pour vos conseils et votre implication.

Je tiens aussi à remercier l'équipe de la Pharmacie de la Guerinière pour la confiance qu'elle m'accorde et son accompagnement dans mes premiers pas de pharmacien. Remerciements particulièrement adressés à toi, Benjamin qui me fait l'honneur de participer au jury de ce travail.

A ce sujet je n'oublie évidemment pas l'équipe de la Pharmacie Centrale dans laquelle j'ai pu effectuer mon premier remplacement peu après la validation de ma P6, celle de la Pharmacie des Tilleuls où j'ai effectué mon stage de fin d'étude ou encore celles des pharmacies Marais, Moinard et Robbe dans lesquels j'ai pu découvrir le fonctionnement d'une pharmacie d'officine et réalisé mes premières expériences professionnelles. Des expériences enrichissantes et déterminantes dans mon souhait de devenir pharmacien d'officine à l'issue de ce parcours.

Je tiens particulièrement à remercier ma famille et surtout vous deux papa et maman. Merci pour votre implication, vos sacrifices, pour avoir toujours cru en moi dans un chemin qui n'a pas toujours été facile. Je n'oublie évidemment pas le reste de ma famille, et plus particulièrement mes grands-parents nana et gjyshi d'où ils sont en Albanie et toi aussi Rudi qui est prêt à suivre le même parcours que moi une fois ton bac en poche (le temps passe si vite !!).

Je remercie aussi mes amis, ceux que j'ai pu rencontrer à l'Institut (et en PACES aussi) : Aurélien, Florent, Marion, PF et Valentin notamment. Nous sommes dispatchés dans les 4 coins de la France (si ce n'est du monde) désormais. En espérant que nous aurons prochainement plus l'occasion de se voir. Je n'oublie évidemment pas ceux que j'ai rencontré durant mon cursus pharma : Chacha, Charline et Sofiane notamment.

Ma dernière pensée revient à tous ceux qui d'une façon ou d'une autre j'ai pu croiser leur chemin durant mes études de pharma, je pense notamment à mes expériences associatives à l'ATSC, l'AEPONO, la corpo (en tant que petite main) mais aussi à certaines rencontres parfois faites par hasard. Je ne peux citer tout le monde mais le cœur y est, merci d'avoir été là.

Sommaire

Partie 1 : Santé mentale et PSSM

1	Santé mentale, troubles psychiques et premiers secours en santé mentale.....	13
1.1	La santé mentale.....	13
1.2	Les troubles psychiques.....	14
1.3	Les premiers secours en santé mentale (PSSM).....	14
2	Le système nerveux végétatif (SNV) dans la pathologie psychique.....	15
2.1	Le SNV dans le système nerveux.....	15
2.2	Aspects anatomiques et fonctionnels.....	15
2.3	La transmission synaptique.....	16
3	Les pathologies psychiatriques concernées par les PSSM.....	30
3.1	Le stress et l'anxiété.....	30
3.2	La dépression.....	33
3.3	Les troubles psychotiques.....	35
3.4	Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives.....	38
4	Santé mentale et société.....	41
4.1	Différentes enquêtes en santé.....	41
4.2	La jeunesse à l'épreuve de l'actualité : forte hausse de la dépression et de ses conséquences.....	42
4.3	Dépendance aux substances psychoactives : des résultats contrastés.....	47
4.4	Place de la génétique dans les troubles en santé mentale.....	53

Partie 2 : Se former aux PSSM

1	Premiers secours en santé mentale : les origines.....	58
2	Les PSSM en France.....	62
2.1	L'association PSSM France.....	62
3	Devenir secouriste en santé mentale.....	64
3.1	Différents modules de formation.....	64
3.2	Le plan d'action des PSSM.....	65
3.3	Les PSSM dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression.....	67

3.4	Les PSSM dans la prise en charge des troubles psychotiques	73
3.5	Les PSSM dans la prise en charge des troubles liés à la consommation de substances psychoactives.....	76
3.6	Conclusions.....	79

Partie 3 : Les PSSM et la Pharmacie d'Officine

1	Des professionnels de santé en première ligne	82
2	Prendre en charge les différents troubles en santé mentale	83
2.1	Anxiété et dépression	83
2.2	Troubles psychotiques : exemple de la schizophrénie	93
2.3	Addictologie.....	96
3	Que peuvent apporter les PSSM dans la pratique officinale ?.....	101
3.1	L'officine au cœur du système de soins : focus sur la pandémie de COVID-19.....	101
3.2	L'accompagnement pharmaceutique : chronophage et peu valorisé.....	102
3.3	Comment parler de la dépression chez la personne âgée ?.....	104
3.4	Intégrer les PSSM dans les études de pharmacie.....	105
3.5	Former les pharmaciens aux PSSM.....	106
3.6	Que retenir de tout cela ?.....	107
4	Faire venir les PSSM à l'officine : proposition d'étude auprès de pharmaciens et préparateurs de l'agglomération Saint-Loise	109
4.1	Objectifs de l'étude	109
4.2	Méthodologie envisagée.....	109
4.3	Difficultés rencontrées	110
4.4	Comment adapter la formation aux PSSM au contexte officinal ?.....	111

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale

SPA : Substance Psychoactive

SNV : Système Nerveux Végétatif

SNC : Système Nerveux Central

SNP : Système Nerveux Périphérique

SN : Système Nerveux

NT : Neurotransmetteur

RCPG : Récepteur Couplé à une Protéine G

GABA : acide- γ -aminobutyrique

NMDA : N-méthyl-D-aspartate

AMPA : α -amino-5-hydroxy-5-méthyl-4-isoxasolepropionate

AMPC : Adénosine Monophosphate cyclique

FRC : Fraction de Récompense Cérébrale

MAO : Monoamine Oxydase

COMT : Catéchol-O-Méthyltransférase

Acétyl-CoA : Acétyl-Coenzyme A

5-HT : 5-hydroxytryptamine

SERT : Serotonin Transporter

BZD : Benzodiazépines

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

TDC : Trouble Dépressif Caractérisé

CIM-10 : 10^e Classification Internationale des Maladies

DSM-V : 5^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

SPF : Santé Public France

OR2S : Observatoire de la Santé et du Social

CIDI-SF : Composite International Diagnostic Interview

MHI-5 : Mental Health Inventory-5

COVID : Coronavirus Disease

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

PEP : Premier Episode Psychotique

HTA : Hypertension Artérielle

INCa : Institut National du Cancer

MHFA : Mental Health First Aid

SMF : Santé Mentale France

UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis des Personnes Malades et/ou handicapés psychiques

INFIPP : Institut National de Formation des Infirmiers et des Professionnels de la Psychiatrie

TCA : Troubles du comportement Alimentaire

CMP : Centre Médico Psychologique

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

TCC : Troubles du Comportement Alimentaire

CSAPA : Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogue

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

HE : Huile Essentielle

ATD : Antidépresseur

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

IRSNa : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

DCI : Dénomination Commune Internationale

CI : Contre-Indication

EI : Effet Indésirable

NaSSa : Noradrenergic and Specific Serotonergic antidepressant

IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

ETP : Education Thérapeutique du Patient

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

NL : Neuroleptique

TSO : Traitement de Substitution aux Opioides

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

BPM : Bilan Partagé de Médication

EP : Entretien Pharmaceutique

AOD : Anticoagulant Oral Direct

CH : Centre Hospitalier

CPF : Compte Personnel de Formation

OPCO : Opérateur de Compétences

PFRS : Pôle de Formations et de Recherche en Santé

PTSM : Plan Territorial de Santé Mentale

Liste des figures et tableaux

Figures

Fig1 : La neurotransmission synaptique : synapse chimique

Fig2 : Fonctionnement d'un récepteur ionotrope

Fig3 : Fonctionnement d'un RCPG

Fig4 : Le métabolisme de l'acide glutamique et du GABA

Fig5 : Le syndrome général d'adaptation au stress

Fig6 : le MHI-5 appliqué aux étudiants normands

Fig7 : Evolution de la prévalence du tabagisme entre 2000 et 2021 selon le sexe

Fig8 : Evolution de la prévalence du tabagisme entre 2000 et 2021 selon le niveau de diplôme

Fig9 : Evolution du niveau d'usage du cannabis entre 1992 et 2021

Fig10 : Logo de PSSM France

Tableaux

Tableau 1 : Exemples de récepteurs noradrénergiques dans l'organisme et effets induits par l'activation de ceux-ci

Tableau 2 : Exemples d'action du système cholinergique dans l'organisme

Tableau 3 : Récapitulatif des récepteurs sérotoninergiques et leur fonction

Tableau 4 : Récapitulatif des récepteurs de la voie glutamatergique

Tableau 5 : Prévalence, en fonction de la tranche d'âge, de l'épisode dépressif déclaré au cours des 12 derniers mois en France

Tableau 6 : Pourcentage de personnes ayant reconnu les pathologies présentées

Tableau 7 : Pourcentage des personnes ayant des croyances similaires aux professionnels de santé vis-à-vis des traitements pour les troubles en santé mentale

Tableau 8 : Comparaison des résultats obtenus et de leur amélioration entre le groupe témoin formé aux MHFA et le groupe contrôle dans le New South Wales

Tableau 9 : Le plan d'action des PSSM appliqué à l'anxiété et la dépression

Tableau 10 : Le plan d'action des PSSM appliqué aux troubles psychotiques

Tableau 11 : Le plan d'action des PSSM appliqué aux troubles liés à la consommation de SPA

Tableau 12 : Plantes utilisées dans la prise en charge de l'anxiété légère

Tableau 13 : Caractéristiques des ISRS utilisées en 1^{re} intention dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression

Tableau 14 : Caractéristiques des benzodiazépines

Tableau 15 : Antidépresseurs utilisables en 2^e ou 3^e intention

Tableau 16 : Neuroleptiques administrées par voie orale : exemples

Tableau 17 : Résumé des caractéristiques des principaux TSO utilisées

Introduction

La santé mentale est un sujet qui nous concerne tous. Selon l’OMS, 25% de la population sera touchée par un trouble en santé mentale dans le cours de sa vie, ce qui signifie que nous connaissons tous quelqu’un qui était, est ou sera touché par une pathologie psychique. De plus, ces troubles représentent une des premières causes de décès et d’invalidité chez la personne jeune. Ainsi, la santé mentale représente une priorité de santé publique dans plusieurs états à travers le monde.

Malgré l’accentuation des investissements dans la santé mentale notamment en France à l’issue de la pandémie de COVID-19, les troubles en santé mentale restent trop souvent minimisées voire stigmatisées faute de connaissances suffisantes par la population générale. En effet, certaines pathologies comme la dépression ne sont pas considérées en tant que tel mais d’avantage comme une sorte de « cinéma » afin d’obtenir des arrêts de travail. Il en est de même pour l’anxiété, fortement banalisée. Quant aux personnes psychotiques, elles sont perçues comme une source de danger pour la communauté. Et que dire des personnes ayant un trouble de l’usage de substances psychoactives, perçues comme délinquantes ?

Ce manque de connaissance dans la prévention et la gestion de crise en santé mentale concerne aussi certains professionnels de santé comme les pharmaciens et préparateurs en pharmacie à l’officine, établissement de santé le plus accessible par la population. En effet, la formation initiale porte davantage sur les aspects pharmacologiques de la pathologie psychique.

Comment réconcilier la population générale avec la santé mentale et faire en sorte qu’elle soit « solidaire du bien être mental d’autrui » comme l’a dit Olivier Véran alors Ministre de la Santé en 2021 ? Fondés en Australie en l’an 2000 à l’initiative de Betty Kitchener ainsi que son mari le Dr Anthony Jorm, les Premiers Secours en Santé Mentale ou PSSM répondent en partie à cette question.

La pharmacie d’officine peut y retrouver des outils afin de prendre en charge des situations de crise en santé mentale et/ou faire de la prévention, notamment chez des patients chez qui un changement de comportement a été constaté. De plus, être secouriste en santé mentale en tant que professionnel de santé favorise l’essaimage et la promotion des PSSM auprès du public.

Dans le cadre de ma thèse d’exercice, je reviendrai sur les concepts de santé mentale et de pathologie psychique pour ensuite évoquer les PSSM, mon expérience vis-à-vis de ceux-ci. Enfin, j’évoquerai le rapport de la pharmacie d’officine avec la santé mentale et l’apport envisageable des PSSM dans celles-ci avec des propositions pour rendre la formation accessible à ce milieu.

Partie 1

Santé mentale et PSSM

1 Santé mentale, troubles psychiques et premiers secours en santé mentale

1.1 La santé mentale

La santé mentale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant « un état de bien être permettant à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »(1).

Cette notion peut être comparée avec celle de la santé en général qui est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne constitue pas en une absence de maladie ou d'infirmité » (2). Ainsi, la santé mentale ne se résume pas en l'absence de troubles psychiques, celle-ci comporte les 3 dimensions suivantes :

- **La santé mentale positive** constituant l'état de base comme : on se sent bien, épanoui, on a la capacité d'interagir avec la société
- **La détresse psychologique réactionnelle.** Elle se manifeste lors de situations éprouvantes comme le fait de se retrouver face à un danger ou lors de difficultés existentielles, comme vivre une rupture amoureuse. Les symptômes ressentis dans cette dimension, le plus souvent d'ordre anxieux ou dépressif sont des réactions adaptatives transitoires de l'organisme. Bien que ceux-ci ne nécessitent pas de prise en charge spécialisée, il est judicieux d'accompagner les personnes en détresse psychologique très tôt afin que les symptômes ressentis ne se transforment pas en maladie psychique. Cet accompagnement est d'autant plus important lorsque cette détresse s'installe dans la durée.
- **Les troubles psychiatriques** constituent la maladie psychique en elle-même. Les troubles psychiques d'intensité variable selon les individus s'installent dans le temps et nécessitent une prise en charge spécialisée en fonction du diagnostic établi. A défaut d'une prise en charge adaptée, ces troubles peuvent avoir pour conséquence : des handicaps, des décès prématurés (par suicide notamment) et un comportement de discrimination et/ou d'exclusion des individus concernés par la société.

1.2 Les troubles psychiques

Il existe plusieurs termes pour qualifier ces troubles comme *maladie mentale* ou *affections psychiatriques*. D'autres plus familiers seront à éviter comme *dingue*, *toqué*, *détraqué*, *fou* ou *réformé P4* terme issue des examens médicaux d'aptitude pour s'engager dans l'armée française (et notamment au service militaire en vigueur jusqu'en 1996 en France, d'où la popularité de cette expression) : la lettre P correspondait aux aptitudes psychiatriques, le chiffre 4 signifiait la présence de « troubles de la personnalité et de l'adaptation définitivement incompatibles avec la poursuite du service » (3). Les termes évoqués, notamment ceux familiers, vont davantage qualifier l'image que renvoie la personne concernée au sein de la société, et non son ressenti. Ils témoignent de la stigmatisation de ces troubles et du rapport que peut avoir la population avec la santé mentale qui seront évoqués au fil de cette revue.

Cette notion va englober les pathologies psychiques eux même comme l'anxiété ou la psychose, les symptômes qui sont liées à ceux-ci bien que l'intensité ne soit pas suffisante pour permettre le diagnostic d'une maladie ainsi que les états de crise comme les conduites suicidaires. Un trouble psychique est, de ce fait, une maladie diagnosticable avec un impact sur le raisonnement, l'attitude et les émotions d'une personne. Cette maladie dure dans le temps et s'avère handicapante pour les activités de la vie quotidienne ainsi que les interactions sociales(4).

1.3 Les premiers secours en santé mentale (PSSM)

A l'instar des premiers secours physiques, les premiers secours en santé mentale ont pour but d'apporter à la population générale les connaissances, compétences ainsi que la confiance en elle-même dans le repérage de **troubles en santé mentale** et l'approche des personnes en difficultés(4).

Par le biais d'une formation accessible à tous dès 18 ans (ou dès le collège à partir de 2024), les PSSM apportent connaissances et compétences sur le repérage des **pathologies psychiques** les plus courantes que sont l'anxiété, la dépression, les troubles psychotiques et ceux liés à la consommation de substances psychoactives. Le but est de permettre à chacun d'aborder et de venir en aide à des personnes atteintes de ces troubles selon les deux cas évoqués ci-dessous :

- Lorsque des signes d'un trouble psychique sont repérées, le but sera dans ce cas d'aller vers la personne concernée et de l'accompagner jusqu'à la mise en place d'une prise en charge par des professionnels de santé.
- La gestion de situations de crise comme une crise d'angoisse ou une conduite suicidaire

Les PSSM jouent aussi un rôle dans la lutte contre **la stigmatisation** des troubles en santé mentale. En effet, faute de connaissances suffisantes, l'anxiété et la dépression sont souvent minimisées

voire normalisées tandis qu'une personne atteinte de troubles psychotiques est toujours considérée par une partie de la population comme dangereuse pour la société et celle addictive aux substances psychoactives (SPA) comme délinquante. De plus, malgré des progrès constatés par les différents réseaux sociaux, il est encore difficile d'assumer bénéficier d'une prise en charge psychologique ou psychiatrique.

2 Le système nerveux végétatif (SNV) dans la pathologie psychique

2.1 Le SNV dans le système nerveux

Au sein du système nerveux, on distingue le système nerveux central (SNC) et périphérique (SNP). Le SNC se compose du cerveau et de la moelle épinière. Il contrôle la majorité des fonctions du corps humain telles que les activités conscientes (langage, mouvements corporels, cognition), cardiaques et respiratoires(5).

Quant au SNP, il constitue le lien entre le SNC et les différents organes en permettant la transmission entre ces deux entités. Il se compose :

- De neurones afférents ou sensitifs destinés à transmettre au cerveau des informations issues de stimuli de l'environnement.
- De neurones efférents ou moteurs au sein desquels le cerveau envoie des messages aux différents organes effecteurs

Le système nerveux végétatif ou autonome est une des composantes du SNP, il assure la régulation de différents processus physiologiques sans que la conscience intervienne dans son contrôle. Ce système nerveux est subdivisé en deux catégories (5):

- Le système sympathique catabolique, il met l'organisme en alerte et le prépare à affronter une situation dangereuse.
- Le système parasympathique anabolique, son action sur le système nerveux est apaisante. Il permet le maintien ou à défaut la restauration des fonctions physiologiques de base.

2.2 Aspects anatomiques et fonctionnels

Le SNV intègre différentes informations et stimuli en provenance d'organes du SNC comme l'hypothalamus, le noyau du tractus solitaire, la formation réticulée, les amygdales et le cortex olfactif. Systèmes sympathiques comme parasympathiques contiennent un ensemble de deux nerfs que sont (5) :

- Les nerfs préganglionnaires issus du SNC
- Les nerfs postganglionnaires composés de fibres efférentes vers les organes effecteurs.

Les différents organes peuvent être innervés par l'un des deux systèmes comme les testicules ou le foie qui ne sont innervés que par le système sympathique tandis que d'autres comme le tube digestif possède une double innervation. Les neurones sympathiques proviennent généralement de la moelle épinière entre les terminaisons T1 (1^{re} paire thoracique) et L3 (3^e paire lombaire) quant aux parasympathiques, ils proviennent de la partie sacrée de la moelle épinière et du tronc cérébral.

2.3 La transmission synaptique

2.3.1 La synapse chimique

Indispensables au fonctionnement du SN, les synapses constituent le point de jonction entre deux neurones(5). Ils assurent la transmission et la dégradation de neurotransmetteurs (NT) destinés *in fine* à déclencher une réaction au sein de l'organe effecteur. La neurotransmission synaptique est la cible de nombreux traitements médicamenteux en psychiatrie.

La transmission synaptique est généralement chimique par le biais de ces NT mais peut aussi être électrique. Au sein de cette revue, nous ne nous intéresserons qu'à la neurotransmission chimique, davantage impliquée dans les mécanismes liés aux troubles psychiques.

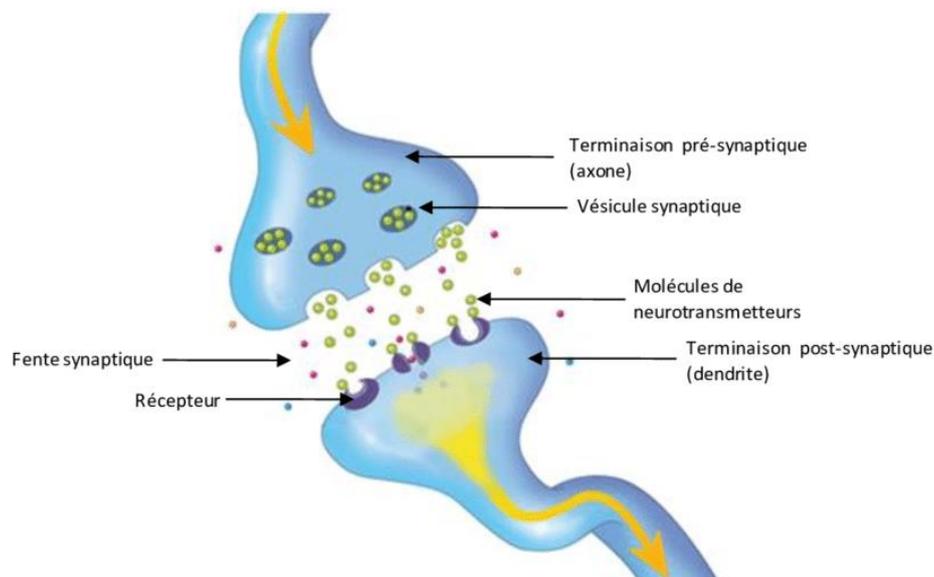


Fig1 : La neurotransmission synaptique : synapse chimique. Les NT sont stockés dans des vésicules au sein de la terminaison pré-synaptique. Ces neurotransmetteurs sont exocytés dans la fente synaptique afin de se lier à des récepteurs spécifiques sur le neurone post-synaptique et ainsi transmettre le message nerveux. (6)

Le corps cellulaire des cellules nerveuses fabrique des enzymes à l'origine de la synthèse de la plupart des neurotransmetteurs stockés dans des vésicules. Le déclenchement du potentiel d'action induit l'ouverture de canaux calciques et donc l'exocytose des neurotransmetteurs dans la fente synaptique par la fusion de la membrane vésiculaire avec celle de la cellule nerveuse. Les NT se lient sur les récepteurs de la cellule nerveuse efférente afin d'en modifier l'activité (soit en l'activant, soit en l'inhibant). Les NT non liés aux récepteurs peuvent être soit recapturés par le neurone afférent soit diffusés au sein de d'autres neurones ou tissus.

2.3.2 Différents récepteurs

Une fois exocytés de leurs vésicules, les NT se lient à des récepteurs situés à la membrane des cellules nerveuses. Celles-ci permettent le flux d'ions potassium (K^+), sodium (Na^+) et chlorure (Cl^-) et, de ce fait, une variation du potentiel de membrane à l'origine de la neurotransmission. Deux types de récepteurs sont impliqués dans la neurotransmission : il s'agit des récepteurs ionotropes ou canaux et des récepteurs métabotropes couplés à une protéine G (RCPG).(5)

2.3.2.1 Les récepteurs ionotropes

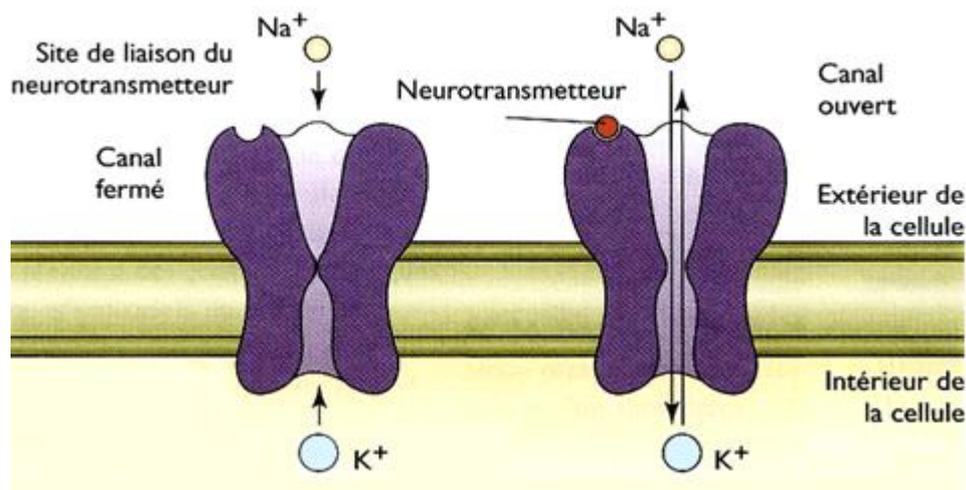


Fig2 : Fonctionnement d'un récepteur ionotrope. La liaison d'un NT provoque un changement de conformation du récepteur et donc le flux d'ions. (7)

Les récepteurs ionotropes ou canaux sont des glycoprotéines dont la liaison d'un médiateur modifie la conformation et provoque donc l'ouverture d'un canal permettant un flux d'ions de part et d'autre de la membrane cellulaire. On distingue notamment (8):

- Les récepteurs nicotiques de l'acétylcholine, les récepteurs gabaergiques $GABA_A$ et $GABA_B$ et le récepteur sérotoninergique 5-HT₃.
- Les récepteurs NMDA, AMPA et kaïnate.

2.3.2.2 Les récepteurs métabotropes

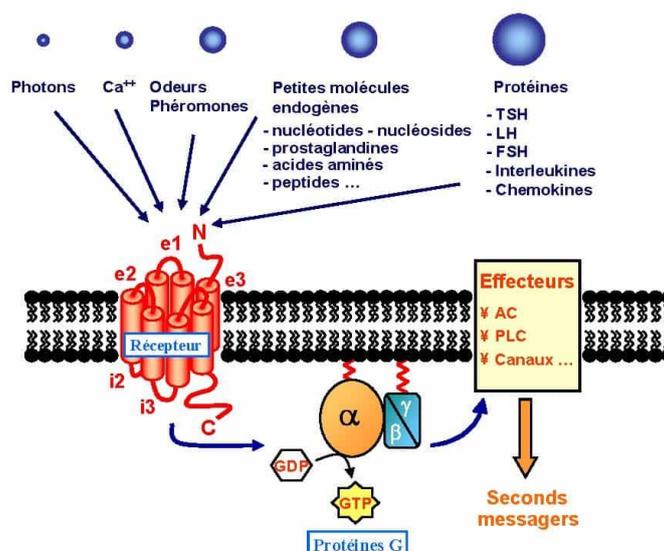


Fig 3 : Fonctionnement d'un RCPG. Ce récepteur est activé par différents stimuli et permet ainsi l'activation d'une protéine G qui agit ensuite sur différents effecteurs.(9)

Ces récepteurs sont, d'un point de vue structurel, composé de 7 sous-unités transmembranaires, d'une fonction amine primaire à son extrémité extracellulaire et d'une fonction carboxylique à son extrémité intracellulaire. Ces domaines sont reliés par des boucles, 3 au niveau extracellulaire et 3 en intracellulaire avec l'un d'eux, plus long, permettant la fixation de certaines protéines G(8).

Les médiateurs peuvent se lier aux RCPG sur différents sites présents sur les boucles, les extrémités amine et carboxyle ou les domaines transmembranaires. Ils stimuleront ainsi ces récepteurs qui vont à leur tour stimuler des protéines G. A l'intermédiaire entre le RCPG et l'organe effecteur, ces protéines sont composées de 3 sous-unités nommées α , β et γ . La sous-unité α possède une guanosine diphosphate en sa structure, sa phosphorylation entrainera l'activation de la protéine G et la dissociation de cette sous-unité afin d'agir sur une voie effectrice qui peut être la stimulation d'une cascade enzymatique par exemple.

Il existe différents types de protéines G dont :

- **La protéine G_s** qui va stimuler l'adénylate cyclase qui va, avec l'aide d'un second messenger, l'adénosine monophosphate cyclique (AMPc), provoquer la phosphorylation de différents effecteurs. On peut citer, pour exemple, une cascade enzymatique induite par la stimulation d'un récepteur β_1 adrénérgique cardiaque : la phosphorylation du canal calcique va permettre l'influx de calcium et, de ce fait, la phosphorylation de la myosine à l'origine de l'augmentation de la contractilité cardiaque.

- **La protéine Gi**, va au contraire inhiber l'adénylate cyclase. Elle peut être utilisée comme voie de régulation.
- **La protéine Gq** active la voie des phospholipases C qui peuvent notamment jouer un rôle au niveau vasculaire.

2.3.3 Différents neurotransmetteurs

Différentes voies de neurotransmission sont impliquées dans la pathologie psychiatrique. Parmi elles les catécholamines comprenant la dopamine, l'adrénaline et la noradrénaline ; la sérotonine et les acides aminés comprenant l'acide glutamique et l'acide γ -aminobutyrique.

2.3.3.1 Les catécholamines

2.3.3.1.1 La dopamine

Qualifiée d'hormone du plaisir, la dopamine est impliquée dans ce qu'on appelle la fonction de récompense cérébrale (FRC). Cette fonction est associée à une sensation de bien-être après avoir réalisé toutes actions liées à la survie comme le fait de se nourrir, s'hydrater et d'autres comme le fait d'avoir terminé un travail, réalisé une activité plaisante ou abordé l'être aimé. Ces actions induisent la sécrétion de dopamine et donc la FRC, la satisfaction induite incite au renouvellement de ceux-ci. La neurotransmission dopaminergique est de ce fait particulièrement impliquée dans la dépendance aux substances psychoactives (SPA).(8,10)

Biosynthèse

La dopamine est issue de la tyrosine elle-même issue de la phénylalanine. Au niveau du SNC, la tyrosine est hydroxylée en L-DOPA par la tyrosine hydroxylase pour ensuite être décarboxylée en dopamine par la dopa-décarboxylase. Au niveau du SNP, la tyrosine hydroxylase n'est pas présente, la synthèse de dopamine s'effectue donc à partir de la L-DOPA présente dans l'intestin en suivant le même cycle qu'au niveau du SNC(8).

La dopamine est le précurseur des autres catécholamines évoquées, à savoir la noradrénaline et l'adrénaline.

Neurotransmission

Sur le SNC, la transmission dopaminergique s'effectue selon 3 voies différentes à savoir :

- Les voies méso-corticales et mésolimbiques agissant sur les émotions, l'anxiété, la cognition et les états psychotiques.
- La voie nigro-striée impliquée dans la motricité automatique.
- La voie tubéro-infundibulaire en charge de la lactation.

Sur le neurone efférent, la dopamine se lie sur un récepteur spécifique couplée à une protéine G (RCPG). Il en existe deux types :

- Les récepteurs de la famille D₁ couplées à une protéine G_s activatrice
- Les récepteurs de la famille D₂ couplées à une protéine G_i inhibitrice

L'activation des récepteurs D₁ stimule l'activité de l'adénylate cyclase ce qui induit la phosphorylation de canaux ioniques favorisant l'influx de sodium dans la cellule nerveuse à l'origine d'une dépolarisation cellulaire et donc une excitabilité neuronale.

Au contraire, les récepteurs D₂ inhibe l'adénylate cyclase et donc favorise l'influx de potassium dans la cellule nerveuse à l'origine d'une hyperpolarisation inhibitrice.

Dégradation

Au sein de la synapse, la dopamine non utilisée est majoritairement recapturée puis recyclée par le neurone afférent. Le reste est métabolisée en métabolites inactifs par la monoamine oxydase B (MAO-B) au niveau intracellulaire ou la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) au niveau extracellulaire.

2.3.3.1.2 L'adrénaline et la noradrénaline

Neuromédiateurs du système nerveux sympathique par excellence, l'adrénaline et la noradrénaline interviennent dans de nombreux processus physiologiques comme la contraction de muscles lisses vasculaires, vésicaux ou respiratoires ; la régulation cardiaque et le métabolisme glucidique(8). Dans le cadre des troubles en santé mentale, ces neurotransmetteurs sont impliqués dans les troubles de l'anxiété et explique certains de ses symptômes comme l'augmentation de la pression artérielle, la tachycardie, les difficultés respiratoires, etc.

Biosynthèse

Comme évoqué précédemment, la noradrénaline est obtenue à partir de la dopamine via la dopamine β hydroxylase. Ensuite la noradrénaline est méthylée en adrénaline via la phenylethanolamine-N-méthyltransférase. La synthèse de l'adrénaline a lieu dans les cellules

chromaffines de la médullosurrénale tandis que celle-ci a lieu au sein des fibres postganglionnaires du système sympathique au sein du SNC (11).

Neurotransmission

L'adrénaline et la noradrénaline se lie à deux sous types de récepteurs (8):

- **Les récepteurs métabotropes α adrénergiques** avec :
 - Le récepteur α_1 situé en post-synaptique sur différents organes effecteurs est couplée à une protéine Gq. Son activation va principalement contracter les muscles lisses et peut aussi agir sur la sécrétion pancréatique d'insuline, la glycogénolyse¹ hépatique et la mydriase oculaire.
 - Le récepteur α_2 situé en pré-synaptique sur le neurone afférent est couplé à une protéine Gi. Son activation inhibe la libération de noradrénaline. Il s'agit de ce fait d'un élément de régulation pour cette hormone.
- **Les récepteurs β adrénergiques** qui sont tous deux des hétérorécepteurs avec
 - β_1 qui est localisé au niveau cardiaque avec un effet inotrope (sur la force de contraction), chronotrope (sur la fréquence cardiaque) et dromotrope (sur la conduction cardiaque) positifs.
 - β_2 qui est localisé dans d'autres tissus et va avoir un effet « relaxant » qui se constate notamment sur les cellules lisses : il possède un effet bronchodilatateur, provoque une myosis, etc.

Ces récepteurs agissent à différents niveaux. Voici un récapitulatif de leur répartition dans l'organisme et ses différents effets (cf. page suivante) :

¹ Catabolisme du glycogène afin de libérer du glucose

Organe		Récepteur				Effet
		$\alpha 1$	$\alpha 2$	$\beta 1$	$\beta 2$	
Œil		*				Mydriase
					*	Relaxation des muscles ciliaires
Tube digestif	Muscles lisses	*	*			Diminution motilité et tonus
	Sphincters	*				Contraction des muscles
Pancréas (îlots de Langherans)			*			Baisse sécrétion d'insuline
					*	Augmentation sécrétion d'insuline
Foie		*			*	Glycogénolyse
		*			*	Néoglucogénèse
Cœur				*		Effet inotrope, chronotrope et dromotrope positifs
Artères et veines		*				Vasoconstriction
					*	Vasodilatation
Muscle lisse bronchique					*	Bronchodilatation
Reins				*		Sécrétion de rénine
Vessie	Detrusor				*	Relaxation des muscles lisses
	Sphincters	*				Contraction des muscles

Tableau 1 : Exemples de récepteurs noradrénergiques dans l'organisme et effet induit par l'activation de ceux-ci. Légende : le signe « * » indique la présence du type de récepteur dans l'organe mentionné. (8)

Dégradation

L'adrénaline est dégradée par la Cathécol-O-Méthyltransférase (COMT) au niveau extracellulaire et par la monoamine oxydase MAO au niveau intracellulaire.

2.3.3.2 L'acétylcholine

Principal neurotransmetteur du système nerveux parasympathique, l'acétylcholine possède des effets généralement opposés à ceux de l'adrénaline ou noradrénaline. L'ensemble de ses actions ne sont néanmoins pas caractérisées(8). Ainsi l'acétylcholine peut entre-autre avoir un effet vasodilatateur sur les vaisseaux sanguins, ralentisseur sur l'activité cardiaque et bronchoconstricteur au niveau pulmonaire. L'acétylcholine est aussi le NT le plus impliqué dans les processus d'apprentissage. En effet, l'implication de son déficit dans la maladie d'Alzheimer a été démontrée(12). La voie cholinergique est aussi impliquée dans la dépendance au tabac. La nicotine présente dans cette plante active cette voie.

Biosynthèse

La synthèse de l'acétylcholine s'effectue dans le soma de la cellule nerveuse. Elle résulte de l'association de la choline et de l'acétyl-coenzyme A (acétyl-CoA), substrat du cycle de Krebs, par le biais de la choline acétyltransférase(8).

Neurotransmission

L'acétylcholine agit sur deux types de récepteurs : les récepteurs muscariniques et nicotiniques(8).

Les récepteurs muscariniques sont des RCPG, ils sont classés en sous-types (de M1 à M5). On les retrouve au niveau des ganglions et des organes effecteurs comme les muscles lisses, le myocarde, les glandes sécrétrices et l'endothélium.

- Les récepteurs **M1, M3 et M5** possèdent une **action stimulante** en raison de leur liaison à une protéine Gs activatrice. En fonction de leur localisation, ils vont permettre la contraction des muscles lisses, la libération de monoxyde d'azote dans les cellules endothéliales et l'augmentation de la sécrétion au sein de toutes les cellules sécrétrices. Localisées dans des structures cérébrales comme l'hippocampe et le néocortex cérébral, ces récepteurs sont responsables de l'implication de l'acétylcholine dans la mémoire et les processus d'apprentissage.
- Quant aux récepteurs **M2 et M4**, ils provoquent une **action inhibitrice** en raison de leur liaison avec une protéine Gi inhibitrice. En fonction de leur localisation, ils vont permettre le ralentissement du cœur avec des effets inotropes, chronotropes et dromotropes négatifs.

Les récepteurs nicotiniques sont des récepteurs ionotropes composés de 5 sous-unités nommées α , β , δ et ϵ de nature différente en fonction de leur localisation. On la retrouve au niveau des ganglions sympathiques et parasympathiques, des muscles squelettiques, de la moelle épinière et de la médullosurrénale. L'effet obtenu est globalement activateur avec entre autres la stimulation des cellules sécrétrices, la contraction des cellules musculaires, etc.

L'action du système cholinergique est résumée dans le tableau suivant :

Tissu	Effet de l'acétylcholine	Récepteurs
Système nerveux	Mémorisation et apprentissage	M1
Cœur	Effet inotrope, chronotrope et inotrope négatifs	M2
Vaisseaux	Vasodilatation, hypotension artérielle	M3
Poumon	Bronchostriction, sécrétion de mucus	
Intestins, estomac	Contraction des muscles lisses, sécrétion	
Glandes salivaires	Sécrétion	
Œil	Myosis	
Médullosurrénale	Sécrétion des catécholamines	N
Ganglions	Transmission du signal électrique	

Tableau 2 : Exemples d'action du système cholinergique dans l'organisme (8)

Dégradation

L'acétylcholine est dégradée par les cholinestérases telles que l'acétylcholinestérase et la butyrylcholinestérase (appelée pseudocholinestérase) en acide acétique et choline.

2.3.3.3 La sérotonine

Issue de la famille des monoamines, au même titre que les catécholamines, la sérotonine est impliquée dans de nombreux processus physiologiques comme l'alimentation, le sommeil et l'humeur. Elle joue aussi un rôle au niveau vasculaire et intervient dans les mécanismes de la douleur. Un déficit de la voie sérotoninergique est notamment constaté dans l'anxiété et la dépression (13).

Biosynthèse

La sérotonine est obtenue par hydroxylation du tryptophane par la tryptophane-hydroxylase, cela forme un intermédiaire la L-5-Hydroxytryptophane qui est ensuite décarboxylée en 5-Hydroxytryptamine ou sérotonine (8). Cette synthèse s'effectue essentiellement dans les cellules entérochromaffines du tube digestif. Le reste est entre-autre synthétisé dans le foie et le SNC(14).

Neurotransmission

Cette hormone se lie à différents types de récepteurs nommés 5-HT qui sont, pour la plupart des RCPG, hormis le type 5-HT3 qui est un récepteur ionotrope. Parmi ces récepteurs, certaines constituent des cibles en thérapeutique dans le cadre des troubles psychiques à savoir les récepteurs 5-HT2A et 5-HT3. Voici un aperçu des différentes familles de récepteurs :

Famille	Type	Fonctions	
		Récepteur	Effets dans l'organisme
5-HT1	RCPG (Gi/o)	5-HT1A 5-HT1B	Modulation de la sécrétion de sérotonine. Leur activation induit une inhibition de la voie sérotoninergique.
5-HT2	RCPG (Gq)	5-HT2A	Activation de la voie sérotoninergique avec une implication dans la nociception et la schizophrénie.
		5-HT2C	Activation de neurones gabaergiques impliquées dans l'inhibition des voies dopaminergiques et sérotoninergiques. Implication dans l'anxiété, la dépression, la schizophrénie, la maladie de Parkinson et l'autisme.
5-HT3	Ionotrope	5-HT3	Activation de neurones gabaergiques impliquées dans la régulation des voies sérotoninergiques, dopaminergiques et noradrénergiques.
5-HT4	RCPG (Gs, Gq)	5-HT4S 5-HT4L	Implication dans les processus de mémoire et d'apprentissage.
5-HT6	RCPG (Gi/o)	5-HT6	Modulation des neurotransmissions cholinergique, gabaergique et glutamatergique. Implication dans la mémoire et l'apprentissage.
5-HT7	RCPG (Gs)	5-HT7	Implication dans le rythme circadien.

Tableau 3 : Récapitulatif des récepteurs sérotoninergiques et leur fonction (8,15–17)

Dégradation, recyclage

Le recyclage de ce neurotransmetteur se fait par recapture dans le neurone afférent par le biais du transporteur SERT (*SERotonin Transporter*). Sa dégradation fait intervenir la MAO-B(8).

2.3.3.4 Les acides aminés

Parmi les neuromédiateurs de type acide aminés, on peut citer l'acide γ -aminobutyrique ou GABA qui possède une action inhibitrice ou sédative du système nerveux et l'acide glutamique ou glutamate dont l'action est, au contraire, excitatrice(8).

Métabolisme

Le métabolisme de ces deux acides aminés est intimement lié. Le GABA est obtenu à partir de l'acide glutamique, elle-même obtenue à partir de l'acide- α -cétoglutarique issue du cycle de Krebs. Une autre enzyme, la GABA transaminase se charge de sa dégradation en acide succinique semialdéhyde puis en acide succinique, autre intermédiaire du cycle de Krebs. En fonction des concentrations en acide succinique semialdéhyde et en GABA, cette transaminase peut fonctionner dans l'autre sens et participer à la formation de ce neurotransmetteur(8).

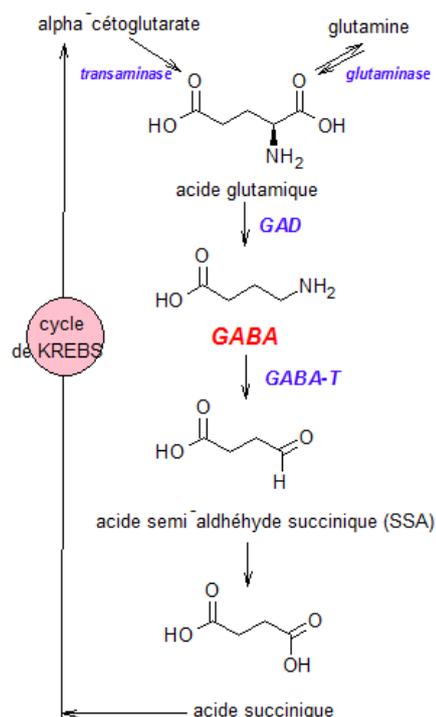


Fig4 : Le métabolisme de l'acide glutamique et du GABA. Formée à partir d'un intermédiaire du cycle de Krebs, l'acide glutamique permet la formation de GABA à partir de la GAD(18).

2.3.3.4.1 Le GABA

Le GABA est le principal neuromédiateur inhibiteur du SNC. Il joue un rôle dans le maintien des fonctions normales du SNC telles que la contraction musculaire, la vigilance et le sommeil. Ce neurotransmetteur possède aussi une fonction excitatrice durant le développement fœtal permettant ainsi la croissance neuronale, cette fonction s'arrête à la naissance. Certains traitements contre l'anxiété et les insomnies, tels que les médicaments de la classe des benzodiazépines (BZD), stimulent cet acide-aminé. Il est à noter que l'alcool agit aussi sur cette voie (8).

Neurotransmission

Le GABA se lie à deux types de récepteurs : GABA-A et GABA-B(14).

Les récepteurs GABA-A sont des récepteurs de type canaux. Ils sont classés en 3 familles selon leur affinité pour différents agonistes comme le muscimol issue du champignon *Amanita muscaria*, la bicuculline, un alcaloïde utilisé en laboratoire pour ses propriétés anticonvulsivantes et les benzodiazépines

- **La Famille GABA-A1 à GABA-A6** est composée de récepteurs pentamériques (2 sous-unités (α), 2 su β et 1 su γ). Ceux-ci sont, pour la plupart, sensibles aux benzodiazépines (BZD).
- **La famille GABA-A0** est nommée ainsi en en raison de l'absence de su γ , ils ne sont donc pas sensibles aux BZD bien que sensibles à la bicuculline.
- **Les récepteurs de la famille GABA-A0r (ou GABA-C)** sont composées de 5 su ρ . Insensibles aux BZD et à la bicuculline, ils ont une affinité 10 fois plus importante pour le GABA.

Les récepteurs GABA-B sont des RCPG. Au niveau présynaptique, ils induisent une diminution de la sécrétion de GABA en réduisant sur l'influx de Ca^{2+} dans la cellule nerveuse. Elles sont aussi présentes au niveau somato-dendritique dans lesquelles elles induisent une hyperpolarisation membranaire en agissant sur l'influx d'ions K^+ avec pour conséquence une inhibition neuronale.

2.3.3.4.2 Le glutamate

Forme ionisée de l'acide glutamique, le glutamate est un acide aminé non essentiel retrouvé dans la plupart des protéines. Très présents dans le SNC, il s'agit d'un des principaux neuromédiateurs excitateurs de l'organisme. Une défaillance de la voie glutamatergique, et plus précisément d'un déséquilibre avec la voie gabaergique, est constatée dans les troubles psychotiques(14).

Neurotransmission

Les récepteurs glutamatergiques sont de type ionotropique ou RCPG(14).

Les récepteurs canaux sont classés en 3 familles selon leur affinité pour le N-méthyl-D-aspartate (NMDA), l' α -amino-3-hydroxy-5-méthyl-4-isoxazolepropionate (AMPA) et le kaïnate. Toutes ces molécules sont des analogues du glutamate.

Les récepteurs avec une affinité pour le NMDA et l'AMPA sont post-synaptiques, leur stimulation induit une dépolarisation membranaire, et de ce fait l'excitabilité neuronale. La différence entre ces deux récepteurs réside dans la rapidité de la dépolarisation induite par le glutamate qui est à l'avantage des récepteurs AMPA. La stimulation de ces récepteurs permet aussi l'influx de Ca^{2+} et l'engagement d'un processus enzymatique impliquée dans la potentialisation à long terme. Ce phénomène est impliqué dans la mémoire et l'apprentissage.

Les récepteurs avec une affinité pour le kaïnate sont pré-synaptiques. Bien qu'il s'agisse de récepteurs canaux, leur action permet la stimulation de protéines G_i destinées à inhiber la sécrétion de glutamate.

En ce qui concerne **les RCPG**, il y en a 8 différents nommées mGluR 1 à 8 et regroupés en 3 groupes selon leur effets et localisation.

Groupe	Récepteurs concernés	Localisation	Effets	
I	mGlu 1 et 5	Post-synaptique	Fonction activatrice de la voie glutamatergique, participation à la cascade enzymatique impliquée dans la potentialisation à long terme.	
II	mGlu 2 et 3	Pré-synaptique	Fonction inhibitrice. Régule la sécrétion de glutamate.	
III	mGlu 4,6,7 et 8	Pré-synaptique	mGlu 6	Induit une dépolarisation lente
			mGlu 4,7 et 8	Fonction inhibitrice. Régule la sécrétion de glutamate.

Tableau 4 : Récapitulatif des récepteurs de la voie glutamatergique (14)

3 Les pathologies psychiatriques concernées par les PSSM

Les PSSM interviennent dans les pathologies psychiques les plus courantes que sont l'anxiété, la dépression, les troubles psychotiques et ceux liés à la consommation de SPA. Généralement, ces troubles en santé mentale évoluent de façon chronique avec des phases de crise. La prise en charge de ces pathologies a pour but de permettre aux patients de mieux vivre avec ces troubles et de limiter les phases de crise qui sont, par ailleurs, évoquées durant la formation aux PSSM. Cette prise en charge comprend une psychothérapie associée, selon la sévérité des symptômes, à des traitements médicamenteux. Nous aurons l'occasion de traiter ces derniers aspects en 2^e et 3^e partie de cette thèse.

3.1 Le stress et l'anxiété

3.1.1 Sémiologie

Le stress et l'anxiété ne sont pas des pathologies en soi, ce sont des réactions naturelles de l'organisme en réponse à un danger qui vont conduire à la modification de certaines fonctions physiologiques comme l'accélération du rythme cardiaque, l'augmentation de la transpiration voire l'apparition de difficultés respiratoires (19). Ces signes disparaissent rapidement de façon générale, lorsque ceux-ci s'installent dans la durée, on parle alors de troubles anxieux.

L'anxiété se manifeste différemment d'un individu à l'autre, on va de ce fait distinguer six types différents d'anxiété comme évoqué par l'Inserm (19) :

L'anxiété généralisée se caractérise par un sentiment permanent d'insécurité. Les personnes atteintes ressentent en permanence une forte inquiétude qui est d'autant plus importante lorsque ceux-ci exercent des responsabilités d'un point de vue professionnel comme familial. Les principaux symptômes ressentis sont une agitation, une nervosité, une importante fatigue et des difficultés de concentration.

Les troubles de panique sont une forme d'anxiété évoluant sous la forme d'attaques caractérisées par la survenue brutale d'une peur intense avec la sensation d'un danger imminent. Les principaux symptômes ressentis sont la palpitation, l'accélération du rythme cardiaque, l'augmentation de la transpiration, une sensation d'étouffement, des douleurs thoraciques, des étourdissements, une sensation d'évanouissement.

Les phobies spécifiques correspondent à des peurs excessives et non raisonnées face à des situations particulières et/ou à des objets précis.

L'agoraphobie est une peur importante des espaces publics dans lesquelles il peut être impossible de sortir rapidement, de s'enfuir en cas de danger. Les personnes concernées essaient d'éviter ces situations ou être accompagnées s'ils ne le peuvent pas. Contrairement aux phobies spécifiques, ce type de phobie peut perturber le quotidien des personnes concernées qui se retrouvent parfois à ne plus vouloir sortir de leur domicile.

L'anxiété sociale concerne d'avantage le relationnel avec autrui, les personnes concernées ont peur d'interagir avec d'autres personnes de peur d'être gênés, humiliés, rejetés ou méprisés.

L'anxiété de séparation est liée à la peur pour les personnes atteintes de perdre l'entourage qui leur est le plus proche.

Les anxiétés précédemment décrites vont engendrer différents symptômes physiques mais aussi d'un point de vue cognitif, émotionnel et comportemental(4).

Les principaux symptômes physiques ressentis sont la fatigabilité dès le réveil, des manifestations cardiaques (tachycardie, douleurs thoraciques), respiratoires (tachypnée, sensation d'étouffement), digestives (remontées acides, nausées, vomissements) et nerveuses (céphalées (tension, migraine), vertiges).

D'un point de vue cognitif, la personne anxieuse est submergée par différentes pensées avec, par exemple, l'envie de faire à la fois beaucoup de choses et rien du tout. Cela induit des difficultés dans la prise de décision, la concentration et la mémoire. Elle peut aussi être amenée à faire des rêves d'apparence réelle.

Concernant l'aspect émotionnel, on peut citer la peur irrationnelle évoquée dans les différents types d'anxiété ainsi que l'irritabilité, la colère et la nervosité. Cela implique d'un point de vue comportemental l'évitement de situations générant de l'anxiété, des troubles obsessionnels, compulsifs, ainsi que troubles du sommeil.

3.1.2 Mécanismes physiologiques

Lorsque le cerveau reçoit des messages liés au stress par les organes sensoriels, il les analyse au niveau du cortex et du système limbique. Il s'agit ici d'une analyse comparative dans lequel l'évènement qui vient de se produire est comparé à des expériences passées afin d'adapter la réponse à apporter. A l'issue de cette analyse, la réponse au stress est déclenchée, celle-ci fait intervenir le système nerveux autonome et le système endocrinien via l'axe corticotrope.

Cette réponse se fait selon trois phases décrites par Hans Selye nommées alarme, résistance et épuisement. On parle ici de Syndrome général d'adaptation au stress(20).

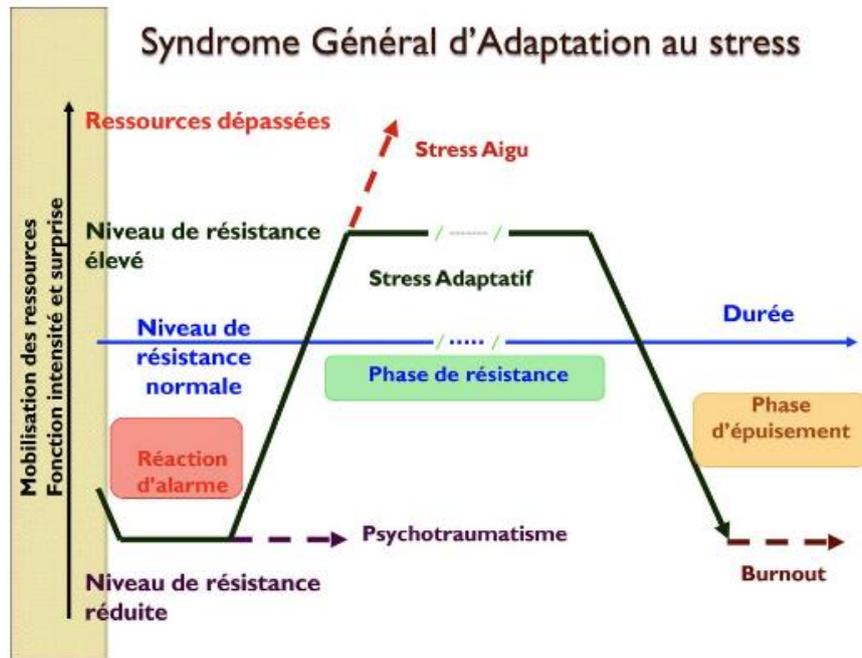


Fig5 : Le syndrome général d'adaptation au stress. Ce syndrome se décrit en 3 phases avec la phase d'alarme, celle de résistance destinée à restaurer les fonctions physiologiques et celle d'épuisement lorsque cette récupération n'a pu se faire. (21)

Durant la **phase d'alarme**, l'organisme apporte sa première réponse face à l'évènement stressant en activant le système noradrénergique central, ce qui aura pour conséquence une augmentation de l'éveil et de la vigilance ainsi qu'une augmentation de la température corporelle, de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle. Cela implique une augmentation de la consommation énergétique de l'organisme permise entre autres par l'augmentation de la glycolyse hépatique.

La **phase de résistance**, qui peut durer plusieurs semaines, se caractérise par la sécrétion du cortisol et d'aldostérone dans l'adaptation de la réponse au stress. En effet, la sécrétion d'adrénaline se poursuit et par conséquent les effets liés s'intensifient, ce qui induit une consommation énergétique importante et la diminution des défenses immunitaires. Le cortisol et l'aldostérone vont contribuer à restaurer un état d'équilibre en favorisant la reconstitution de stocks énergétiques et l'équilibre ionique, ce qui favorisera la récupération de l'organisme après la réponse au stress.

Toutefois, si cette récupération ne peut avoir lieu à temps, **l'organisme s'épuise** : celui-ci ne parvient plus à sécréter suffisamment de neurotransmetteurs (adrénaline, noradrénaline) et de cortisol. La principale conséquence est l'apparition de stress chronique sous les différentes formes évoquées précédemment ainsi qu'une immunodépression induite par l'hypercortisolémie qui est aussi responsable des troubles du sommeil et d'un risque plus important de développer des maladies cardiovasculaires et neurodégénératives.

On considère l'apparition d'un trouble anxieux généralisé lorsque les symptômes associés s'installent dans le temps, environ six mois et que ceux-ci sont invalidantes pour la personne

concernée. Avant toute prise en charge, il faut s'assurer qu'il n'y ait pas de comorbidité favorisant un trouble anxieux comme une hyperthyroïdie par exemple.

3.2 La dépression

3.2.1 Définition

Terme employé sous différentes tournures dans le langage courant tant ce trouble de l'humeur est fréquent à tel point d'être considéré comme une épidémie depuis l'an 2000. La dépression ou trouble dépressif caractérisé (TDC) est associé à une tristesse de l'humeur associée à un ralentissement de l'activité motrice et intellectuelle affectant le quotidien, s'installant sur la durée. Il ne faut pas confondre dépression et déprime passagère : on peut, en effet, avoir une tristesse de l'humeur de façon passagère, puis s'en remettre sans prise en charge médicale, ce qui n'est pas le cas de la dépression dont le diagnostic s'établit dès lors que les signes précédemment évoqués persistent depuis au moins deux semaines. De plus, les signes évoqués doivent constituer un handicap dans le quotidien des personnes concernées (4).

3.2.2 Sémiologie

Le tableau clinique de la dépression est très variable d'une personne à l'autre. Selon la 10^e édition de la classification internationale des maladies (CIM-10), on considère un trouble dépressif caractérisé lorsque les symptômes de dépression se maintiennent quotidiennement depuis au moins 2 semaines avec des répercussions sur la vie socio-professionnelle de la personne concernée(22).

La personne doit présenter au moins deux des symptômes parmi ceux présentés ci-dessous(22) :

- « Humeur dépressive ; »
- « Abattement ou perte d'intérêt pour les activités habituellement agréables ; »
- « Augmentation de la fatigabilité. »

Et à *minima* deux autres parmi ceux présentés ci-dessous :

- « Une diminution de la capacité d'attention et de concentration ; »
- « Une baisse de confiance en soi ; »
- « Un sentiment de culpabilité et d'inutilité »
- « Des perspectives négatives et pessimistes pour le futur, »
- « Des troubles du sommeil ; »
- « Une perte d'appétit ; »
- « Des idées suicidaires. »

En fonction des symptômes évoqués, on distingue différents types de dépression(23).

La plus importante d'entre elles est **l'épisode dépressif majeur** qui se caractérise par la présence en continu de symptômes associés à la dépression depuis au moins 15 jours.

On distingue ensuite **la dysthymie** qui comporte des épisodes dépressifs de plus courte durée (quelques semaines à quelques mois) et d'intensité modérée entrecoupées de phases de rémission. Le diagnostic est posé dès lors que ces épisodes se répètent durant la dernière année pour les enfants et adolescents ou les deux dernières pour les adultes.

Enfin, on distingue **la mélancolie** qui est la forme la plus sévère de dépression, elle se distingue des autres types par les caractéristiques suivantes :

- La douleur morale dépasse la souffrance physique.
- La personne concernée est complètement désinvestie et se retrouve dans un état végétatif
- Celle-ci exprime des idées délirantes centrées sur la dévalorisation de soi et son incurabilité supposée.

3.2.3 Manifestations physiologiques

Il reste encore à ce jour difficile de décrire précisément les mécanismes liés à la dépression tant les manifestations physiques sont nombreuses. Il existe en fait plusieurs dépressions.

On peut évoquer dans un premier temps la théorie monoaminergique de la dépression qui stipule qu'un déficit dans la concentration en certains neurotransmetteurs comme la sérotonine et la noradrénaline sont susceptibles de provoquer la dépression. Ainsi, une optimisation de son utilisation par l'organisme permet de réduire les symptômes liés à ce trouble de l'humeur. C'est sur cette théorie que repose l'essentiel de la prise en charge médicamenteuse de la dépression(15).

Toutefois, cette théorie ne suffit pas à expliquer l'ensemble des formes de dépression. En effet, un lien entre le cerveau, les intestins et leur microbiote peut aussi engendrer une dépression, cette piste est notamment explorée en nutrithérapie. Une revue de la littérature parue dans la revue *Encéphale* en juin 2018 fait état de l'impact de la dysbiose dans la survenue de la dépression a fait l'état des connaissances à ce sujet (24).

Selon cette même publication, des études ont en effet constaté une différence de composition de la flore intestinale chez des personnes déprimées par rapport aux autres. Cette modification du microbiote entraîne différents mécanismes pouvant être à l'origine de certaines formes de dépression.

En effet, certaines études ont mis en évidence la prédominance de certaines bactéries issues notamment des genres *Oscillobacter* et *Alistipes* qui peuvent jouer un rôle dans certains mécanismes inflammatoires en plus d'interférer avec la transmission gabaergique. Toutefois, aucun lien entre

une dysbiose et l'apparition d'une dépression n'a été démontrée à ce jour bien que des hypothèses aient été faites sur la présence de mécanismes à l'origine d'un lien entre dysbiose, inflammation et dépression.

Parmi ces hypothèses, on peut citer la perméabilité intestinale. Principale interface entre l'individu et son environnement, la barrière intestinale joue un rôle déterminant dans la prévention de certaines pathologies. Ainsi, la dysbiose constatée dans la dépression est à l'origine de réponses inflammatoires, ce qui a été constaté par une surexpression de la voie des zonulines qui conduit à la translocation de certains composants de la paroi bactérienne vers les ganglions lymphatiques.

L'inflammation provoquée entraîne une augmentation de l'activité de l'axe corticotrope liée à une résistance de l'organisme aux glucocorticoïdes. Cette hyperactivité semble s'estomper lorsque la personne dépressive entre en phase de rémission. De plus, l'administration de probiotiques a un impact positif dans la réduction des symptômes de la dépression en raison notamment de la diminution de l'hyperactivité corticotrope.

Le microbiote peut aussi jouer un rôle dans la régulation de la neurotransmission. Bien que cela n'ait pas pu être formellement démontrée, cette revue a mentionné certaines études évoquant un potentiel lien entre le microbiote et les transmissions gabaergiques et sérotoninergiques.

Ces différentes hypothèses sont exploitées dans les domaines de la micro et la phytonutrition que nous aurons l'occasion d'aborder dans la troisième partie de cette thèse.

3.3 Les troubles psychotiques

3.3.1 Définition

Les psychoses se caractérisent par une manière de penser, d'être au monde, détachées de la réalité. Cela conduit, de ce fait, à des mécanismes et idées délirantes qui vont perturber la pensée, les émotions et le comportement de façon handicapante pour la personne concernée(25). Nous allons ici évoquer le cas de la schizophrénie ainsi que d'autres pathologies psychiques susceptibles d'entraîner des épisodes psychotiques.

3.3.2 La schizophrénie

Le terme schizophrénie provient du grec et signifie « esprit fragmenté ». La schizophrénie peut ainsi se définir comme une désorientation des pensées et des représentations de l'environnement(4,25).

Relativement fréquente, cette pathologie se manifeste généralement à partir de l'adolescence, jusqu'à 30 ans. Son apparition et son évolution sont variables d'un individu à l'autre.

La schizophrénie peut, par exemple, se déclarer lorsque des bizarreries de comportement apparaissent dans des évènements bien précis comme un deuil ou une séparation. On constatera alors, chez la personne concernée, un repli sur soi et un désinvestissement dans ses obligations avec une désorganisation du discours par exemple. La fréquence de ces manifestations conduit alors à une consultation médicale.

Elle peut aussi se manifester plus brutalement, dans le cadre d'un premier épisode psychotique ou bouffée délirante aigüe.

La personne concernée éprouve des difficultés à exprimer ses pensées, son discours se voit ainsi désorganisé, voir inintelligible et peut faire intervenir des néologismes. Cette désorganisation se constate aussi au niveau comportemental où l'on peut noter une gestuelle, une attitude et des réactions émotionnelles étranges, voir irrationnelles. La personne schizophrénique peut notamment ressentir des émotions contradictoires en même temps comme l'amour et la haine par exemple et peut ressentir de fortes angoisses liées à la déréalisation et la dépersonnalisation qu'il peut être amené à ressentir. Ce dernier élément est particulièrement important dans la mesure où elle constitue une cause fréquente de tentatives de suicide.

En complément du tableau clinique, le diagnostic de schizophrénie repose aussi sur « l'expérience subjective » de la personne schizophrène. Cela prend notamment en compte les idées délirantes de celle-ci.

On définit par idée délirante, une idée auquel la personne concernée croit absolument sans pour autant que celle-ci ne soit partagée par son entourage, car étant vue comme invraisemblable. Voici quelques exemples d'idées délirantes :

- **La persécution** est la sensation d'être poursuivi, de façon malveillante par des personnages (réels ou fictifs).
- **La mégalomanie** correspond, par exemple, à la conviction d'être l'enfant de dieu ou d'être doté de pouvoirs surnaturels.
- **La « conviction délirante »** est associée au rapport intime que peut avoir une personne psychotique avec un fait d'actualité comme un incendie dans un monument historique. Bien qu'elle ne soit, en aucun cas, impliquée dans cet incendie, elle est persuadée en être à l'origine.
- **Les hallucinations** sont la perception d'éléments dont la personne concernée est convaincue de leur existence bien qu'elles soient irréelles. Celles-ci sont auditives la plupart du temps : la personne délirante entend des voix qui s'adressent à elle en l'insultant ou en lui donnant des ordres par exemple. Elles peuvent aussi être visuelles, olfactives ou sensorielles.

3.3.3 Les autres troubles susceptibles d'entraîner des épisodes psychotiques

En plus de la schizophrénie, la psychose peut aussi affecter d'autres pathologies, il s'agit notamment de la dépression avec des symptômes psychotiques, des troubles bipolaires et schizo-affectifs et des psychoses induites par des substances (4).

La dépression peut en effet être associée à une psychose. La personne dépressive pourra dans ce cas délirer sur le fait qu'elle soit inadaptée par rapport à la société, qu'elle est coupable d'un fait pour lequel elle n'en a même pas été témoin et qu'elle mérite d'être punie ou qu'elle est gravement malade par exemple.

La dépression peut en effet être associée à une psychose. La personne dépressive pourra dans ce cas délirer sur le fait d'être inadaptée face à la société ou encore coupable d'un fait pour lequel elle n'a pas été témoin. L'hypochondrie peut aussi être évoquée dans ce cas.

Les troubles bipolaires de l'humeur sont caractérisés par l'alternance d'épisodes maniaques et d'épisodes dépressifs. Les épisodes maniaques se caractérisent par une exaltation de la thymie à tel point que la personne est surexcitée et désinhibée dans ses propos et son attitude envers son environnement. La psychose concerne principalement les épisodes maniaques dans lesquels la désinhibition évoquée peut provoquer une certaine mégalomanie chez la personne bipolaire, celle-ci va alors se sentir puissante et invulnérable. Elle peut aussi provoquer de la paranoïa.

Les troubles schizo-affectifs sont associés à des signes de psychose associée à de la manie ou de la dépression sans pour autant être diagnostiqués en troubles bipolaires.

Les psychoses peuvent aussi être induites par des substances psychoactives dont l'alcool, les amphétamines et le cannabis mais aussi certains médicaments notamment les anxiolytiques et les hypnotiques. Celle-ci apparaît brutalement pour une durée comprise entre quelques heures et quelques jours correspondant au temps d'effet de la substance concernée. La psychose peut se manifester sous la forme d'hallucinations visuelles, de désorientation et d'amnésie antérograde.

3.3.4 Eléments physiopathologiques sur les psychoses

Compte tenu de la diversité des symptômes ressentis par les personnes atteints de troubles psychotiques, il est difficile à ce jour d'élucider les mécanismes impliqués dans ces pathologies(25). Différentes hypothèses ont été étudiées comme le lien entre l'apparition de schizophrénie et la présence de lésions au niveau cérébral. Cette première piste n'a pas abouti à des résultats probants en raison de la diversité des symptômes repérés chez les patients concernés.

D'autres pistes ont ainsi été étudiées comme le lien entre les symptômes psychotiques et la présence d'anomalies cognitives, notamment au niveau de la mémoire, de l'attention et de l'activité motrice.

L'approche neurobiologique est aussi abordée, il s'agit par ailleurs de la principale cible des médicaments utilisés en thérapeutique. Les troubles psychotiques peuvent ainsi être liés à une perturbation de la neurotransmission dopaminergique et glutamatergique.

3.4 Les troubles liées à la consommation de substances psychoactives

3.4.1 Addiction aux substances psychoactives et troubles psychiques

Le secourisme en santé mentale peut aussi intervenir auprès de personne addictive aux substances psychoactives (SPA) qui sont souvent dans le déni de leur consommation malgré la présence de conséquences somatiques, psychiques et sociales pouvant être délétères sur les personnes concernées d'autant plus que ces dépendances sont très souvent stigmatisées(4).

De plus, l'addiction aux SPA est souvent liée à des troubles psychotiques sous-jacents. En effet, les troubles liés à l'usage de substances sont surreprésentés chez les patients anxio-dépressifs et ceux atteints de troubles psychotiques. Dans la vie entière, la prévalence de l'addiction aux SPA est située aux alentours de 30 à 50% chez cette population.

A titre d'exemple, voici l'extrait d'un compte rendu d'une conciliation médicamenteuse que j'ai pu réaliser durant mon stage d'externat au centre Esquirol de Caen. Il s'agissait d'un patient âgé d'une quarantaine d'années pris en charge pour un sevrage alcoolique. Sans entrer dans les détails de sa situation clinique, il se trouve que son admission dans ce centre fait suite à des idées suicidaires scénarisées, le tout associé à une dépression.

Dans le cas de ce patient, on peut supposer que la consommation d'alcool peut être vue comme un remède face à son anxiété, ses idées noires. A ce sujet, j'ai pu croiser d'autres patients alcoolodépendants qui ont évoqué le rôle sociabilisant que peut avoir la consommation d'alcool en raison de l'effet désinhibiteur qu'il peut avoir. Cependant, au fil de son hospitalisation on a constaté que, pour le patient qui m'a servi d'exemple pour ce compte-rendu, la surconsommation d'alcool a engendré une dysthymie qui a conduit à l'exacerbation des symptômes de dépression.

Cet exemple souligne les différentes étapes qui peuvent conduire à l'apparition d'une addiction à une SPA. Dans un premier temps, on semble ne ressentir que des effets bénéfiques de la substance et par la suite, ces effets s'estompent en raison d'un phénomène de tolérance par l'organisme, ce qui incite à augmenter les doses afin de ressentir le même effet et par la même occasion incite à en prendre de plus en plus fréquemment, signe de l'apparition d'une dépendance physique. Cette dernière se caractérise notamment par une perte de contrôle sur la consommation et l'apparition d'un syndrome de manque après arrêt brutal de la drogue. La recherche et la consommation de

substance devient la préoccupation majeure du quotidien des personnes concernées au détriment de leurs obligations majeures, professionnelles et familiales notamment.

3.4.2 Dans quelles conditions on considère l'apparition d'un trouble lié à la consommation d'une SPA chez la personne concernée ?

Le fait de n'avoir que des expériences isolées avec ces substances ne conduit pas systématiquement à l'apparition d'une addiction(4). Toutefois, et comme évoqué précédemment, certaines personnes addictes sous-estiment leur consommation. Selon la 5^e édition du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-V), on qualifie l'apparition d'un trouble lié à la consommation de substances dans le cas où la consommation de la substance entraîne des conséquences sur la vie de la personne concernée avec au moins deux critères parmi celles mentionnées ci-dessous et qui se manifestent au cours d'une période de 12 mois (26) :

1. « Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures (au travail, à l'école ou à la maison). »
2. « Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux. »
3. « *Craving* ou besoin impérieux de consommer. »
4. « Utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance. »
5. « Tolérance, définie par l'une des manifestations suivantes :
 - a. Besoin de quantités toujours plus grandes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré.
 - b. Effets nettement diminués en d'usage continu de la même quantité de substance. »
6. « Sevrage (« manque ») se manifestant par l'un des signes suivants :
 - a. Apparition de symptômes de sevrage, variables selon la substance ;
 - b. La même substance (ou une autre) est consommée pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage. »
7. « Substance prise en quantité supérieure ou pendant plus de temps que ce que la personne avait envisagé. »
8. « Désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance »
9. « Temps considérable consacré à se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets »
10. « Abandon ou réduction d'activités (sociales, occupationnelles, loisirs) en raison de l'utilisation d'un produit. »

11. « Poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance. »

Le nombre de critères constatés détermine la sévérité de l'addiction chez la personne concernée.

- Le trouble est **léger** si 2 à 3 critères sont présents
- Le trouble est **modéré** si 4 à 5 critères sont présents
- Le trouble est **sévère** si plus de 6 critères sont présents

Selon la 11^e édition de la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-11), 6 critères permettent le diagnostic de dépendance. Au moins 3 critères doivent être présents en même temps au cours de la dernière année :

1. « Un désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ; »
2. « Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation) ; »
3. « Syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ; »
4. « Mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ; »
5. « Abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets ; »
6. « Poursuite de la consommation de la substance malgré ces conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives. »

Cette dernière classification est utilisée comme référence à l'échelle internationale.

4 Santé mentale et société

Chaque année, plus d'un quart de la population européenne âgée de 16 à 85 ans est sujette à un trouble psychique(4). On parle pour la majorité d'entre eux de troubles dits courants pour lesquels les patients s'en remettent au bout d'une période donnée. L'anxiété et la dépression sont majoritaires en comparaison avec les troubles liés à l'usage de substances psychoactives ainsi que les psychoses dont la chronicisation est plus fréquente. Par le biais de différents indicateurs, cette partie traitera de l'impact de l'environnement et de la société sur la santé mentale.

4.1 Différentes enquêtes en santé

Certaines données épidémiologiques présentées ici ont été recueillies à partir d'enquêtes réalisées à l'échelle nationale par des instances publiques comme Santé Public France (SPF) ou les Observatoires Régionaux de la Santé et du Social (OR2S).

4.1.1 Le baromètre santé de Santé Publique France

Créé en 1992, les baromètres de SPF sont un « observatoire » des comportements et perceptions de la population française vis-à-vis de leur santé afin d'adapter les interventions de cet organisme gouvernemental dans la prévention et l'information (27).

Bien que cet indicateur ne mesure pas l'état de santé de la population à proprement parlé, il permet d'avoir un aperçu de l'incidence des comportements à risque comme l'alcoolisme, le tabagisme et la consommation de SPA. Il apprécie aussi l'efficacité de mesures de prévention, dans le cadre de l'alimentation et de l'activité physique par exemple.

Cet observatoire réalise régulièrement des enquêtes téléphoniques auprès d'un échantillon représentatif de la population générale. Certaines enquêtes portaient sur des thématiques précises comme le cancer, la nutrition ou destinées à des professionnels de santé comme les médecins généralistes et pharmaciens d'officine.

Parmi les personnes interrogées, des éléments sur leur mode de vie comme leur milieu d'habitation, la constitution de leur foyer, leur perception de leur niveau de vie, etc. ainsi qu'autour de leur vie professionnelle incluant leur niveau d'éducation ont été demandées afin de catégoriser la population selon différents critères. Tout ceci a pour but de mesurer l'impact des facteurs sociétaux sur les thématiques abordées.

Ensuite, des thématiques en rapport avec la santé sont demandées, voici un aperçu de celles-ci pour l'étude réalisée en 2021 :

- Habitudes des participants, visibilité et efficacité des opérations de prévention dans le cadre de l'alimentation, de l'activité physique, de conduites à risque comme la consommation de

SPA (substances psychoactives), de l'exposition aux UV (rayonnements ultraviolets), à la pollution de l'air et aux pesticides.

- Éléments de santé : pathologies chroniques, vaccination (pratique, croyances), santé mentale, COVID-19.

4.1.2 L'enquête santé des étudiants Normands

Mis en place courant 2021 par l'association ORS-CREAI Normandie et l'OR2S, cette enquête a pour but le recueil de données sur l'état de santé des étudiants normands, leurs habitudes et modes de vie. Similaire au baromètre santé, le principal objectif est de mieux connaître ces paramètres afin d'adapter les politiques de prévention dans le milieu universitaire en tenant compte des souhaits et besoins des étudiants. Publiée en janvier 2024 et réalisée auprès d'étudiants en cursus licence, cette enquête portait principalement sur les sujets suivants (28) :

- La santé générale des étudiants.
- Leur qualité de vie.
- La qualité de leur entourage au sein de la faculté
- Leur santé mentale en abordant les situations de détresse psychologique, le suicide et le recours aux soins.

4.2 La jeunesse à l'épreuve de l'actualité : forte hausse de la dépression et de ses conséquences

Forte consommation de médicaments psychotropes, tentatives de suicide en augmentation d'environ 200%, les indicateurs en santé mentale de la population jeune se dégradent de manière importante depuis 2017 en raison notamment d'une actualité de plus en plus anxiogène (29). Terrorisme, crises climatique, sanitaire et diplomatiques sont des sujets particulièrement récurrents dans l'actualité et contribuent à la perte de confiance en l'avenir de cette population.

Ainsi, les cas de dépression se multiplient. Certaines enquêtes épidémiologiques réalisées en France ont alerté sur cette situation, parmi celles-ci on peut citer celle du Baromètre Santé issu de Santé Publique France (SPF) et dont la dernière publication en date est celle de 2021(27).

4.2.1 La dépression chez les 18-85 ans durant la pandémie de COVID-19 : résultats du baromètre santé

Abordé depuis 2005 au sein du baromètre santé, le thème de la santé mentale a reposé en 2021 sur l'épisode dépressif majeur, les questions posées sont inspirées des critères du questionnaire *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-SF) élaboré par l'OMS pour l'évaluation d'un épisode dépressif caractérisé à partir de la classification internationale des maladies (CIM-10) et du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux (DSM-V)(30).

L'étude réalisée au sein de la France métropolitaine par le Baromètre santé en 2021 portait sur 24 514 personnes interrogées par téléphone du 11 février au 15 décembre 2021 avec une trêve estivale du 19 juillet au 22 août de cette même année. Voici un aperçu des résultats obtenus(30).

	Effectifs bruts	% EDC (pondérés)	IC95%	Selon l'intensité de l'EDC		
				% EDC léger (pondérés)	% EDC modéré (pondérés)	% EDC sévère (pondérés)
Ensemble	24 415	12,5	12,1-13,1	0,4	6,6	5,5
Sexe						
Hommes	11 328	9,3	8,6-10,0	0,3	5,2	3,8
Femmes	13 087	15,6	14,8-16,4	0,5	8,0	7,1
Âge						
18-24 ans	2 033	20,8	18,7-23,0	1,1	11,0	8,7
25-34 ans	3 215	15,6	14,2-17,2	0,5	8,6	6,5
35-44 ans	3 845	13,5	12,1-14,9	0,4	6,9	6,2
45-54 ans	4 516	14,0	12,8-15,4	0,3	7,2	6,5
55-64 ans	4 639	11,9	10,7-13,2	0,2	6,0	5,7
65-74 ans	3 985	6,8	5,9-7,8	0,1	4,0	2,7
75-85 ans	2 182	3,4	2,7-4,4	0,3	2,0	1,1

Tableau 5 : Prévalence, en fonction de la tranche d'âge, de l'épisode dépressif déclaré au cours des 12 derniers mois en France métropolitaine (Baromètre Santé SPF – 2021) (30)

A partir du tableau ci-dessus, on constate une prévalence globale de l'Episode dépressif caractérisé de 12,5% sur l'année 2021. Les femmes (15,6%) semblent plus touchées que les hommes (9,3 %).

Cette prévalence est néanmoins la plus élevée chez la population jeune (20,8%).

Il n'y a pas de différences significatives entre les régions. On note toutefois quelques disparités entre l'Ile de France où la prévalence de l'EDC est la plus élevée et des régions comme le Pays de la Loire ou la Bourgogne-Franche Comté où celle-ci est plus faible. On constate aussi une prévalence plus faible dans les Départements et Régions d'Outre-Mer par rapport à la Métropole.

Globalement, la prévalence de l'EDC est constante autour de 8% de 2005 à 2009 pour ensuite augmenter significativement de 2010 à 2021. Celle-ci a enfin progressé d'1,8% entre 2010 et 2017 puis de 3,5% entre 2017 et 2021. Ces augmentations sont plus significatives chez la femme et chez le sujet jeune (18-24 ans).

Si l'on rend plus en détail sur les caractéristiques des personnes interrogées, on constate un risque plus important de faire un EDC chez les personnes présentant des difficultés financières, chômeuses, vivant seules ou au sein d'une famille monoparentale. Le milieu urbain et notamment l'agglomération parisienne sont plus propices à l'apparition de la dépression. Les étudiants et les personnes qualifiant de « juste » leur situation financière sont les catégories pour lesquelles l'augmentation de la prévalence est la plus significative.

4.2.2 Une santé mentale en berne en milieu universitaire : résultats de l'enquête santé des étudiants normands de 2023

Publiée en janvier 2024, l'enquête 2022-2023 portait sur 4 042 étudiants inscrits dans un cursus de licence dont 738 en provenance de Caen, 572 en provenance du Havre et 2 732 en provenance de Rouen (28). La santé mentale des participants a été évaluée selon différents scores comme le profil de Duke et le *mental health inventory* (MHI-5).

Indicateur permettant la mesure de la qualité de vie, le profil de Duke consiste en une série de 17 questions (13 questions en rapport avec la santé mentale ont été retenues dans le cadre de cet étude) auxquels il faut répondre par « oui », « à peu près » ou « non ». Un nombre de points est attribuée à chaque question : la variable « oui » donne 2 points, « à peu près » donne 1 point et « non » donne 0 point. La somme de ces scores donne un score global sur 100 points. 4 groupes ont alors été constitués :

- « Très défavorable » si le score est compris entre 0 et 24.
- « Défavorable » si le score est compris entre 25 et 49.
- « Favorable » si le score est compris entre 50 et 74.
- « Très favorable » si le score est compris entre 75 et 100.

Un score de santé mentale a été établi avec cette méthode, il a été constaté qu'environ 60% des personnes sondées ont obtenu un score « défavorable » ou « très défavorable ». Constat similaire lorsque l'on s'intéresse plus précisément à l'anxiété et la dépression dans lesquels respectivement 63,9% et 64,5% des personnes sondées ont obtenu un score défavorable ou très défavorable. Bien qu'il n'y ait pas de différence significative en fonction du genre, il a toutefois été constaté des scores plus favorables dans certaines filières comme les « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) où environ 44% des personnes sondées ont une santé mentale défavorable à très défavorable contrairement aux filières droit ou santé où ce score avoisine les 60 à 65%. La santé mentale des étudiants dépend aussi de leur situation socio-économique : environ 76% des personnes ayant une grande fragilité socio-économique ont une santé mentale au moins défavorable contre environ 58% des personnes n'ayant pas de fragilité socioéconomique.

En plus de ces problèmes économiques, les personnes souffrant le plus de problèmes en santé mentale consomment aussi plus de tabac, ont une alimentation moins équilibrée et souffrent davantage de troubles du sommeil.

Un autre indicateur était utilisé, cette fois-ci pour évoquer la détresse psychologique, il s'agit du MHI-5. Cinq questions la composent avec chacune 6 réponses possibles de « en permanence » à jamais.

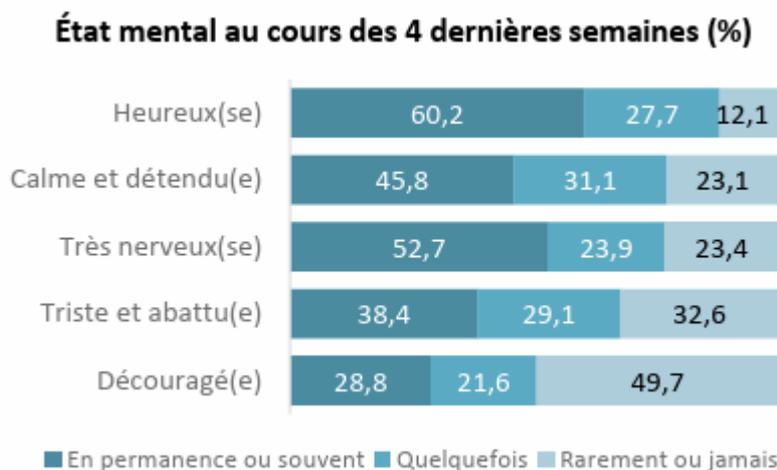


Fig6 : le MHI appliqué aux étudiants normands. Il expose l'état mental des personnes sondées sur les 4 dernières semaines en fonction de la fréquence des sentiments (en permanence ou souvent, quelquefois, rarement ou jamais) évoqués dans les questions.

A l'issue de ce questionnaire, on a constaté que près d'un étudiant sur deux est en détresse psychologique. En effet, 12% des participants ne se sont pas sentis heureux et ni détendus pour 23% d'entre eux. De plus, 53% des personnes se sont souvent senties très nerveuses et près de 40% tristes et abattus. Ainsi, le score de détresse psychologique calculé à partir de ces questions se situe en moyenne à 55/100 sachant la présence d'une détresse psychologique significative à un score inférieur ou égal à 52 (0 étant le score plus et donc le niveau de détresse la plus élevée). Par ailleurs 47% des étudiants sondés ont un score inférieur à ce seuil.

A l'issue de cette étude, il a été constaté qu'environ 51% des personnes sondées ont eu des idées suicidaires dans le cours de leur vie et, parmi eux, plus de la moitié ont eu ces pensées durant l'année (soit 28,6% de l'ensemble des étudiants). Quatorze pour cent des participants ont effectué au moins une tentative de suicide. Ces chiffres sont nettement supérieurs au baromètre santé de 2020 dans lequel il est indiqué que 7,4% des personnes sondées ont pensé à se suicider. Cela peut s'expliquer par une hausse importante de ce paramètre en raison de la pandémie de COVID et d'une forte disparité de ce paramètre en fonction des régions et catégories de population.

De la même manière qu'avec la détresse psychologique, une mauvaise qualité de vie et une mauvaise santé perçue augmentent le risque d'avoir des idées suicidaires. La consommation de SPA augmente aussi ce risque.

4.2.3 Discussion, interprétation, ouverture sur l'actualité

Malgré une disparité entre certaines catégories de la population, l'augmentation de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) concerne tout le monde(30). Cette étude a montré l'impact important de la pandémie de COVID sur la santé mentale de la population française et corrèle avec les études internationales. On a en effet constaté une augmentation d'environ 30% des cas de troubles dépressifs à l'échelle mondiale. Ce qui peut s'expliquer par le caractère nouveau de cette maladie et l'impact des mesures de prévention (confinements successifs, gestes barrière, pass sanitaire, etc.) sur le quotidien de la population. Ainsi, on a craint de se contaminer et de contaminer ses proches d'autant plus si ceux-ci sont plus à risque d'hospitalisation voire de décès s'ils contractent ce virus.

Cet impact est très présent chez la population jeune, plus enclin aux difficultés citées précédemment compte tenu d'une situation plus précaire que la population plus âgée (moyens réduits pour faire face à leurs besoins élémentaires, perte de vie sociale, isolement dans des logements exigus, etc.)(30). Toutefois, bien que la pandémie de COVID soit sortie de sa phase aigüe, d'autres crises, climatiques et diplomatique notamment, rythment le monde actuel, ce qui n'améliore pas la santé mentale de cette tranche d'âge, bien au contraire.

Certains professionnels de santé ont tiré la sonnette d'alarme sur l'impact de l'actualité sur la santé mentale des jeunes. Auteure d'*Etre parents en temps de crise - Comment restaurer l'équilibre psychique de nos enfants*, la psychologue clinicienne Marie-Estelle Dupont a alerté sur la perte de confiance des jeunes en l'avenir(29). Ce constat est à l'origine d'une progression exponentielle des troubles en santé mentale et des conduites suicidaires. Comme évoqué dans la partie précédente, la COVID a fortement révélé et dégradé la santé mentale de la population jeune, mais les crises actuelles jouent aussi un impact sur leur perception du monde et cela, dès l'enfance.

En effet, lors d'une interview donné au Figaro en novembre 2023, la psychologue a dénoncé une exposition trop précoce et brutale des faits d'actualité aux enfants, ce qui induit une forme d'anxiété chez eux(29). Il faut, pour ces derniers, leur présenter de façon plus progressive de telle sorte à ce qu'ils puissent l'assimiler.

L'adolescent et le jeune adulte ne parvient plus à se projeter dans l'avenir en raison des crises actuelles à tel point que nombreux sont ceux à envisager d'arrêter leurs études. Cette population s'est sentie infantilisée durant la crise du COVID et la gestion de cette pandémie semble impacter la gestion des crises actuelles, notamment climatique. Ainsi, la résolution du dérèglement climatique

passer par une réponse uniformisée dans laquelle la pensée de chacun importe peu. De plus, bien que cette problématique soit un enjeu très important dans le monde actuel, cette question est traitée de façon très négative jusqu'à conduire à la culpabilisation de certains comportements au lieu de l'évoquer dans une logique plus progressiste et ainsi davantage inciter à la recherche de solutions. Ce fait illustre aussi une place amoindrie de l'affectif et de l'imaginaire dans le monde contemporain bien qu'ils soient essentiels à la condition humaine(29).

4.3 Dépendance aux substances psychoactives : des résultats contrastés

Le baromètre santé de 2021 a aussi fait le point sur la consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en collaboration avec l'Observatoire Français des Drogues et des tendances Addictives (OFDT) (31,32). Les résultats de ces études s'avèrent contrastés. En effet, malgré une baisse de la consommation d'alcool et de cannabis, le tabagisme est reparti à la hausse depuis 2020(33).

4.3.1 Tabac, alcool et pandémie de COVID-19 : Résultats du Baromètre Santé de 2021

Comme dans le cadre de l'anxiété et de la dépression, les études réalisées pour l'alcoolisme et le tabagisme pour le baromètre santé de 2021 se basent sur une enquête téléphonique réalisée auprès de 24 514 personnes en France métropolitaine et 6 519 personnes en Outre-Mer. Les personnes ont été interrogées de février à décembre 2021(32,33).

La France compte environ 15 millions de fumeurs, 80% d'entre eux consomment quotidiennement. Ainsi, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable. L'information autour des conséquences liées à la consommation de cette SPA et l'accompagnement à l'arrêt de sa consommation constituent, de ce fait, une priorité dans les politiques de santé publique(33).

Selon les résultats du baromètre santé de 2021, la prévalence du tabagisme est de 31,9% chez les 18-75 ans, celle-ci est plus importante chez les hommes (34,7%) que chez les femmes (29,2%)(33). Il est à noter que la prévalence de fumeurs réguliers est aussi déterminée, les personnes interrogées sont considérées en tant que tel lorsque leur consommation de tabac est quotidienne. Celle-ci s'élève à 25,3 % tous genres confondus. Cette prévalence est globalement homogène sur le territoire, avec toutefois une prévalence plus importante dans les régions Occitanie (28,5%) et Provence Alpes Côte d'Azur (29,1%).

La prévalence obtenue est comparée aux études précédemment menées au sein du baromètre santé depuis 2000. Celle-ci prend en compte différentes caractéristiques sociodémographiques comme le sexe, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. Voici un extrait des résultats obtenus.

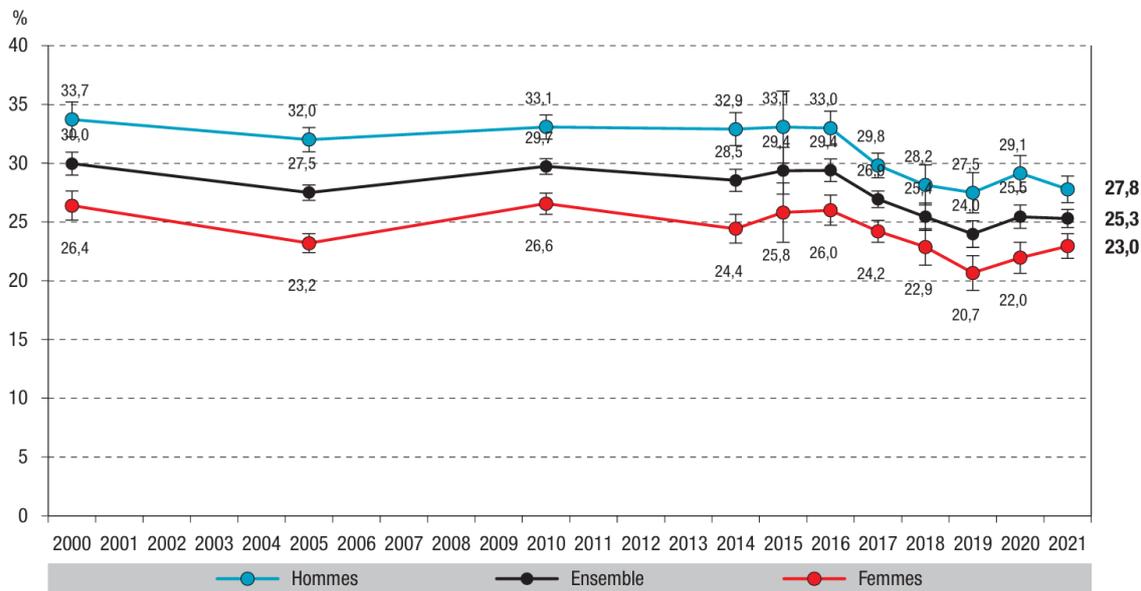


Fig7 : Evolution de la prévalence du tabagisme entre 2000 et 2021 selon le sexe. Celle-ci a diminué significativement de 2014 à 2019 avant de se stabiliser(33).

Le graphique présenté ci-dessus (Fig7) permet d’apprécier la diminution significative du tabagisme de 2014 (28,5%) à 2019 (24%). Toutefois, depuis 2019, cette prévalence tend à se stabiliser, voir à augmenter sensiblement, notamment chez la femme.

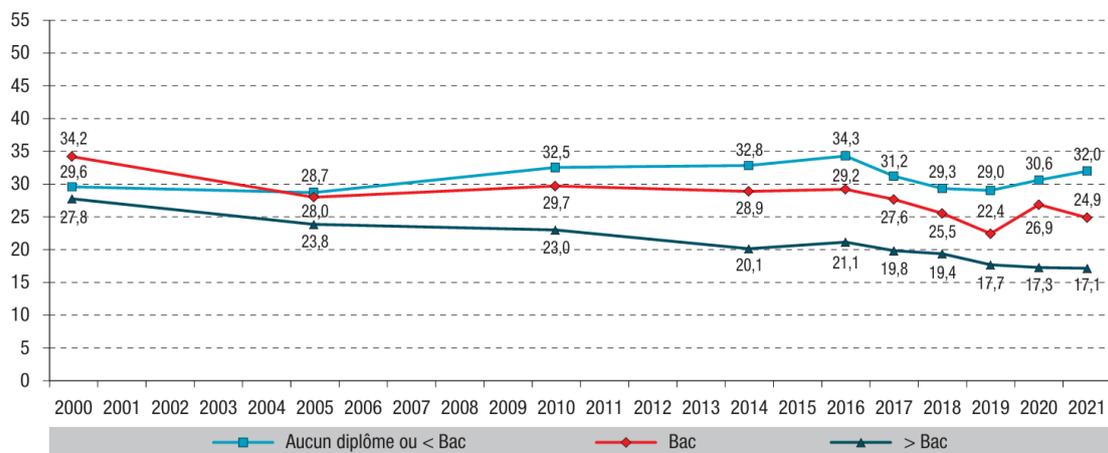


Fig8 : Evolution de la prévalence du tabagisme entre 2000 et 2021 selon le niveau de diplôme. Celle-ci est plus importante chez les personnes ayant un niveau d’étude plus faible(33).

Concernant le niveau de diplôme, on constate que la diminution du tabagisme semble présente depuis 2000 chez les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, en passant de 27,8% à 17,1% en 2021. Il est à noter que cette catégorie est celle ayant la prévalence la plus faible. Celle-ci est plus nuancée chez les personnes ayant un niveau d’étude plus faible : après une période de stagnation, voire d’augmentation entre 2000 et 2014, une diminution significative a été constatée entre 2014 et 2019 en passant de 34,3% à 29% chez les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat. S’en suit une augmentation significative de 2019 à 2021. Des résultats

similaires ont été obtenus en tenant, entre-autre, compte du niveau de revenu et de la situation professionnelle.

Ainsi, les personnes les plus vulnérables d'un point de vue social et économique sont les plus concernées par la consommation de tabac. De plus, l'augmentation de la prévalence du tabagisme à partir de 2019 est étroitement liée au contexte socioéconomique de cette période avec, dans un premier temps la crise dite des *gilets jaunes* à partir de novembre 2018, puis la pandémie de COVID-19 moins de deux ans après. En effet, plus la situation des personnes interrogées était précaire, plus ces derniers subissaient les conséquences de ces crises qui ont toutefois été ressentis par l'ensemble de la population. On peut notamment évoquer la dégradation de condition de travail voire la perte d'un emploi durant le premier confinement. La consommation de tabac peut, de ce fait, être perçue comme un moyen de faire face aux difficultés induites par la pandémie de COVID-19. Par ailleurs, les campagnes de prévention anti-tabac de 2020 n'ont pu être réalisées dans les conditions habituelles en raison des différentes restrictions et de la priorité donnée aux informations en lien avec le coronavirus.

Concernant l'alcool, l'étude portait sur la consommation des personnes sondées, ainsi que sur leur compréhension des messages de prévention de SPF(32). Le principal message, « L'alcool c'est deux verres par jour, et pas tous les jours », est issu d'un repère de consommation d'alcool établi en collaboration avec l'institut national du cancer (INCa).

Il a été constaté que plus de la moitié (54,1%) des personnes sondées ont consommé de l'alcool sur les 7 derniers jours et que parmi eux, 22% en ont consommé d'avantage que les limites fixées par le repère de consommation avec une proportion plus importante d'hommes (30,6%) que de femmes (13,8%) pour ce dernier paramètre(32). Ces chiffres sont stables depuis 2017 bien que l'on ait constaté une baisse significative dans les tranches d'âges 18-25 ans (hommes uniquement) et 65-75 ans (tous sexes confondus). Comme dans le cas du tabac, une disparité entre les profils socio-économiques est présente. Ainsi, les adultes les plus diplômées et les plus aisées financièrement consomment davantage d'alcool que les autres bien que la baisse de consommation soit plus significative chez cette population. La consommation d'alcool est relativement homogène sur le territoire français malgré certaines disparités. En effet, si l'on prend en compte les personnes ayant une consommation d'alcool au-delà du repère mis en place par SPF, la proportion est plus faible que la moyenne nationale en Ile de France et en Bourgogne-Franche-Comté contrairement à la Bretagne et le Pays de la Loire.

La perception des risques a aussi été évaluée et on constate une adhérence globale des personnes sondées vis-à-vis d'affirmations comme le risque de cancer induit par l'alcoolisme et la consommation limitée à 2 verres par jour, 5 jours par semaine.

Réalisée dans le contexte de la pandémie de COVID, la baisse constatée de l'alcoolisme est encourageante dans la mesure où une tendance à la hausse, comme pour le tabagisme, était attendue en raison des mesures de restriction imposées à la population. Baisse d'autant plus marquée chez la population jeune et âgée ce qui peut s'expliquer entre autres par la diminution des occasions festives. La baisse constatée concerne davantage les participants ayant un meilleur niveau de vie par rapport à ceux moins favorisés dans lesquels la proportion de personnes dépassant les repères de consommation sans risque est plus importante.

L'enquête est ici basée sur le déclaratif des personnes sondées. De ce fait, il faut tenir compte de certaines limites, notamment le fait que certaines personnes sondées peuvent être amenées à sous-estimer leur consommation. De plus, il s'avère difficile d'estimer la consommation d'alcool dans la sphère privée.

4.3.2 Vers un changement d'habitudes dans la consommation de cannabis ? Résultats du baromètre 2021

Le cannabis est la drogue illicite la plus diffusée en France, environ 18 millions de personnes en ont déjà consommée au cours de leur vie. Des participants ont été interrogés sur leur consommation à savoir si leur usage est rare (une fois dans l'année), occasionnel (une fois dans le mois), régulier ou quotidien(31).

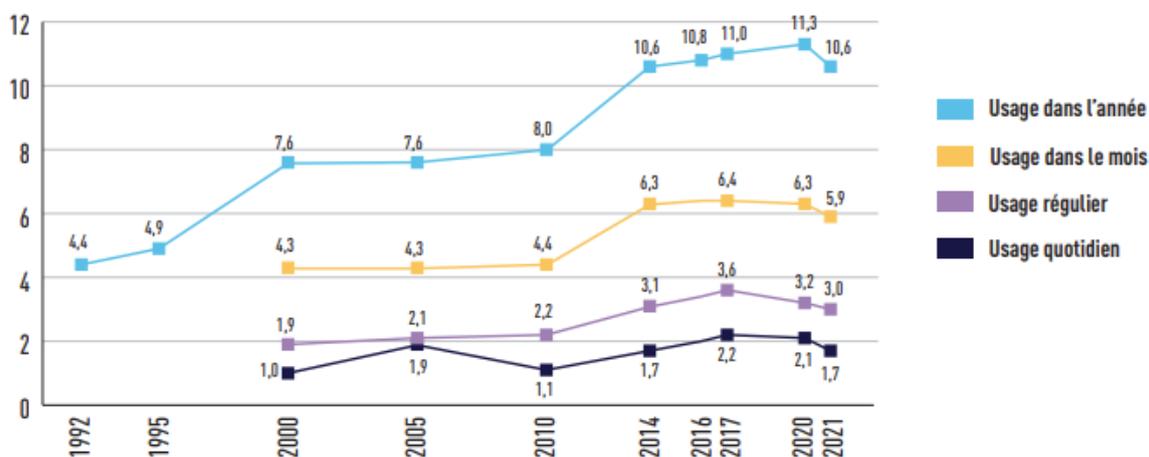


Fig9 : Evolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2021 (tranche d'âge : 18-64 ans) on constate une diminution sensible de l'usage du cannabis depuis 2020 après une tendance globalement à la hausse depuis 2010(31).

On constate au sein de ce graphique une tendance à la hausse de la consommation selon l'ensemble de ces paramètres jusqu'en 2020 avec deux périodes durant laquelle celle-ci a été plus significative entre 1995 et 2000 puis entre 2010 et 2014. Une baisse est amorcée à partir de 2020 pour l'ensemble des paramètres mesurées atteignant ainsi, en 2021, les repères de 2014.

De la même manière que la consommation d'alcool, il existe une forte disparité de genre avec une consommation plus marquée chez l'homme (54,9% des hommes ont déjà expérimenté le cannabis contre 39,9% des femmes). Le changement d'habitude évoqué en titre de cette partie concerne notamment l'augmentation de l'âge moyen des consommateurs de cannabis passant en 30 ans de 25,1 à 33,8 ans, ce qui témoigne d'une baisse significative de la consommation chez la population jeune (entre 18 et 24 ans). Cependant, chez les personnes de plus de 35 ans, une tendance à la stagnation voire à une légère hausse, ce qui témoigne entre autres d'une expérimentation moins importante du cannabis auprès de la génération née après 2000.

Par ailleurs, contrairement à la consommation d'alcool, des disparités régionales importantes existent avec un contraste entre la moitié nord de la métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM) dans lesquels la consommation est comparable voire inférieure à la moyenne nationale contrairement à la moitié sud de la métropole.

4.3.3 Schizophrénie et comorbidités : optimiser les chances de rémission par une prise en charge précoce

Avec une prévalence aux alentours de 0,7% et une incidence de 15/100 000, paramètres variables selon les études, la schizophrénie est un trouble psychotique fréquent qui concerne environ 600 000 personnes en France avec 15 000 nouveaux cas chaque année (34). La pathologie survient généralement à l'adolescence avec l'apparition d'une phase dite « prodromique » vers l'âge de 12 à 15 ans suivie d'un premier épisode psychotique (PEP) qui peut aboutir à une schizophrénie chronique ou à d'autres troubles de l'humeur comme les troubles bipolaires. Ce PEP peut aussi être un épisode isolé en cas de prise en charge rapide des facteurs l'ayant déclenché.

En complément de facteurs génétiques, plusieurs facteurs environnementaux constituent des facteurs de risque à la schizophrénie, en voici quelques-uns issus d'un dossier autour de la schizophrénie parue en janvier 2021 dans *La revue du praticien* (34). :

- **D'un point de vue sociodémographique** le fait de vivre en ville, d'avoir des parents d'origine internationale, âgés de moins de 20 ans à la naissance et/ou de plus de 35 ans pour le père.
- **Des complications au cours de la grossesse** comme les grossesses multiples (portée de 3 fœtus ou plus), les infections, la dénutrition, une hypertension artérielle (HTA) chez la mère, un faible poids (moins de 3kg) à la naissance et une naissance prématurée.
- **Certains traumatismes et comportements durant l'enfance et l'adolescence** comme la perte d'un parent, la maltraitance, l'isolement social, la consommation de SPA, les stress répétées et la consommation de SPA.

Il est à noter, parmi les facteurs de risque cités, l'hypertension maternelle durant la grossesse et les carences en vitamines. De cela, on constate l'importance des comorbidités dans la schizophrénie. En effet, l'espérance de vie d'une personne schizophrène est environ 15 ans plus faible que la population générale. Elle est en partie due aux conduites suicidaires mais aussi à des comorbidités comme la surcharge pondérale et ses complications comme l'HTA, le diabète et le syndrome métabolique. Par ailleurs, certains PEP constituent des signes avant-coureurs de certaines pathologies somatiques comme celles de Wilson et de Huntington. De plus, la maturation cérébrale se poursuit jusqu'à l'âge de 30 ans et couvre ainsi la période la plus propice à l'apparition de schizophrénie mais c'est aussi celle durant laquelle sa prise en charge sera la plus efficace. Cela souligne la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes concernées et celles présentant les facteurs de risque mentionnés précédemment afin d'optimiser les chances de rémission.

4.4 Place de la génétique dans les troubles en santé mentale

Comme évoqué dans la partie précédente, les facteurs environnementaux et notamment socioéconomiques jouent un rôle crucial dans le développement de pathologies psychiques. Il ne faut toutefois pas négliger le facteur génétique. En effet, la pathologie psychique peut être due au dysfonctionnement de certains processus physiologiques en raison de l'expression de certains gènes. Voici quelques exemples en lien avec les pathologies concernées par les PSSM. Il ne s'agit pas ici d'entrer dans les détails des gènes et processus génétiques impliqués mais d'évoquer les mécanismes, d'origine génétique, impliqués dans l'apparition des troubles en santé mentale. L'analyse de ces facteurs prédisposants peuvent constituer un allier dans la prévention des pathologies évoquées.

4.4.1 La génétique dans l'anxiété et la dépression

La dépression est une maladie dont l'héritabilité est estimée à environ 40%. Ainsi, une personne a de 3 à 5 fois plus de chances de devenir dépressive si l'un de ses parents l'est aussi. Ce risque est d'autant plus important chez les parents dont la maladie dépressive est apparue avant l'âge de 30 ans (35).

D'après des analyses apparues dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale en avril 2021, la variation de certains gènes potentiellement impliquées dans la dépression peuvent intervenir (35):

- **Dans la neurotransmission sérotoninergique et le métabolisme de la sérotonine.** La variation de certains gènes impliqués dans le fonctionnement de la tryptophane hydroxylase, de transporteurs de la sérotonine et des MAO A et B perturbent leur fonctionnement. Le risque d'apparition d'une dépression et d'une conduite suicidaire est ainsi augmentée. Des études ont aussi été réalisées sur les récepteurs sérotoninergiques avec des résultats divergents quant à leur potentiel lien avec la survenue d'une dépression. Des recherches ont aussi été effectuées sur la voie dopaminergique et noradrénergique sans pour autant qu'un lien entre les gènes étudiés et la survenue d'une dépression n'ait été constaté (35).
- **Dans l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien.** Les variants de certains gènes impliqués dans l'hyper-activation de cet axe, et de ce fait, une hypercortisolémie à l'origine d'une sensibilité au stress plus importante.
- **Dans le développement et la plasticité neuronale.** Chez la personne dépressive, l'apoptose de cellules située dans l'hippocampe et le cortex préfrontal est plus importante que dans la population générale. Cela peut être due à l'expression de variants de gènes codant le développement cérébral comme le *BDNF* et favorisant ces processus. Des recherches ont alors été conduites à ce sujet avec des résultats contradictoires.

4.4.2 La génétique dans les troubles psychotiques : exemple de la schizophrénie

Comprise entre 68 et 89%, l'héritabilité de la schizophrénie est bien établie. Cependant, ses différents mécanismes biologiques ne sont pas complètement élucidés tant la maladie est complexe(36).

La recherche porte ainsi sur le lien entre différentes fonctions physiologiques à l'origine de symptômes de la schizophrénie. Dans une étude publiée en 2011 dans *L'Encéphale*, ces recherches ont porté sur certains gènes associés à l'attention et différents aspects de la mémoire (court/long terme, de travail, visuo-spatiale) regroupés sous la forme d'endophénotypes de la schizophrénie. On va donc évoquer un lien génétique entre les fonctions évoquées et potentiellement associées à cette pathologie au lieu de s'intéresser à des marqueurs en lien direct avec celle-ci.

Certaines études s'intéressent aux différents polymorphismes de gènes associées à ces fonctions et probablement associées au développement d'une schizophrénie. Il est notamment questions d'une mutation de la COMT réduisant son activité, et de ce fait, la dégradation de la dopamine. Les gènes du développement neurologique ont aussi fait l'objet de recherches.

D'autres portent sur des études de liaison intrafamiliales : On repère des traits phénotypiques et on recherche un polymorphisme génétique en lien avec ceux-ci. Parmi les traits phénotypiques évoqués on peut notamment citer :

- Différents types de mémoire : déclarative, de travail et épisodique ;
- Différents troubles de l'attention.

Dans ce cas, les résultats obtenus sont divergents : certaines études n'ont pas mis en évidence de lien génétique avec certains traits phénotypiques tandis que d'autres ont lié certains variants génétiques avec une performance cognitive augmentée par exemple.

La dernière approche évoquée était celle de l'interaction de différents acteurs biologiques dans une fonction cognitive. Il est notamment question d'un lien entre le polymorphisme d'un gène codant pour la COMT et un autre pour le récepteur glutamatergique GRM3 dans certaines fonctions mnésiques.

Ces résultats restent difficilement exploitables dans la mesure où il est difficile d'obtenir des marqueurs valides, qui plus est, stables dans le temps. Les symptômes de la schizophrénie sont en effet variables d'une personne à l'autre et sont amenés à évoluer au fil de son évolution et sa prise en charge.

4.4.3 La génétique en addictologie

La dépendance aux SPA s'exprime différemment d'un individu à l'autre, de la même manière que les effets et conséquences liées à la consommation d'une substance(37). Cela rend difficile l'identification de causes communes aux différents troubles de l'usage de substance. Toutefois, des liens génétiques dans la survenue de ces troubles ont été établis.

L'héritabilité des troubles liés à l'usage de SPA est importante, elle est en effet estimée à environ 70% pour la cocaïne et les opioïdes et 60% pour l'alcool et le tabac.

Publiées en 2015 dans la revue *Médecines/Sciences*, des études pangénomiques² ont été réalisées afin de mettre en évidence un lien entre l'expression de différents polymorphismes génétiques et la survenue d'un trouble de l'usage pour différentes substances dont l'alcool et le tabac qui seront évoquées ici.

Concernant la dépendance au tabac, différents polymorphismes ont été étudiés, certains, comme le *BDNF*, sont impliqués dans la plasticité neuronale tandis que d'autres sont liées à des récepteurs nicotiques à l'acétylcholine. Différents variants ont ainsi été analysés et ont mis en évidence un fort lien entre ceux-ci et la dépendance au tabac. Certains de ces variants codent pour des sous-unités des récepteurs nicotiques, il s'agit notamment des gènes :

- *CHRNA5* codant pour la sous-unité $\alpha 5$.
- *CHRNA3* codant pour la sous-unité $\alpha 3$.
- *CHRNA4* codant pour la sous-unité $\beta 4$.

Afin d'étudier les liens génétiques avec la dépendance à l'alcool, deux profils de personnes alcoolodépendantes ont, dans un premier temps été étudiés :

- Nommé « type I » dans la publication, le premier profil n'a pas d'antécédent familial de troubles liés à l'usage de l'alcool, il ne présente pas non plus d'antécédents de troubles psychiatriques.
- Nommé « type II » dans la publication, le second profil est caractérisé par un nombre important d'alcoolodépendants au sein de sa famille et des antécédents psychiatriques.

Parmi ces deux profils, il a été constaté une héritabilité de 88 % chez les personnes répondant au profil II contre 20% pour le profil I. Ainsi, différents polymorphismes génétiques autour de la neurotransmission dopaminergique, voie essentiellement impliquée dans la consommation d'alcool, ont été étudiés.

² Etudes portant sur l'ensemble du génome sans restriction préalable (38)

Parmi eux, des gènes codant pour le récepteur dopaminergique D2, certains allèles réduisant la sensibilité de ce récepteur augmentent le risque d'alcoolodépendance. On peut aussi évoquer des gènes codant pour les alcool-déshydrogénases et acétaldéhyde déshydrogénases impliquées dans le métabolisme de l'alcool. Ces polymorphismes ont, au contraire, un effet protecteur dans la dépendance à l'alcool en raison d'une activité ralentie de ces enzymes. Cela provoque une accumulation d'acétaldéhyde qui provoque des effets dit *flush* comprenant des rougeurs, chaleurs, nausées, malaises et pertes de connaissance, et ce, malgré une consommation moindre d'alcool, à plus long terme, il existe un risque accru de carcinome hépatique.

Partie 2

Se former aux PSSM

1 Premiers secours en santé mentale : les origines

L'idée de secourisme en santé mentale a émergé à la fin des années 1990 à l'initiative de Betty Kitchener, éducatrice et formatrice aux premiers secours physiques au sein de la croix rouge australienne et de son mari le Dr Anthony Jorm, professeur de médecine au sein de l'Université de Canberra. Des travaux étaient alors menés au sein de cette Université sur l'amélioration de la prise en charge de la dépression, ce qui a permis de façon informelle l'émergence de discussions autour de premiers secours en santé mentale dans un contexte de méconnaissance et de stigmatisations de la pathologie psychique, dont Betty Kitchener a par ailleurs été victime, notamment en milieu professionnel(39).

C'est ainsi que le programme *Mental Health First Aid (MHFA)* ou Premiers Secours en Santé Mentale est né, la première formation a eu lieu en 2000. Afin d'évaluer l'efficacité des cours dispensés, différentes études ont été menées par les fondateurs. Publiées dans le *Bio Med Central Psychiatry* au début des années 2000, celles-ci ont porté des résultats concluants quant aux apports de cette formation dans la perception de la santé mentale par les participants ainsi que leur capacité à agir face à des changements de comportements et/ou des situations de crise. Tout cela a incité au développement des MHFA au niveau national dans un premier temps, puis international (40).

Publiée en 2002, la première étude a porté sur les 210 premiers participants aux MHFA. Un questionnaire leur a été remis avant la formation (pre-course), à l'issue de celle-ci (post-course) puis six mois après (follow up), celui-ci abordait quatre thèmes principaux cités ci-dessous, les réponses ont été récoltées de façon anonyme(41) :

- Les caractères sociodémographiques des participants.
- Leur ressenti vis-à-vis de leur santé mentale et celle de leur entourage.
- Leur capacité à agir face à des troubles en santé mentale
- Leurs connaissances et croyances sur les troubles en santé mentale

Sur les 210 participants, 166 ont répondu à l'ensemble des 3 questionnaires. Concernant la connaissance des maladies les résultats de l'étude sont exposés dans le tableau 4 et exprimés en pourcentage de participants ayant bien répondu aux questions. Les participants devaient, à partir d'un cas clinique, reconnaître la pathologie présentée.

Pathologie	Questionnaires		
	<i>Pre course</i>	<i>Post course</i>	<i>Follow up</i>
Dépression	91,4	95,2	93,3
Schizophrénie	56,6	76,4	67,9
Les deux	73,8	85,7	80,5

Tableau 6 : Pourcentage de personnes ayant reconnu les pathologies présentées(41).

On constate une augmentation du pourcentage de bonnes réponses chez les personnes ayant reçu un cas clinique portant sur la schizophrénie, contrairement à la dépression. Cette augmentation reste toutefois significative dans l'ensemble du groupe, représentée dans la ligne « les deux ».

La question des croyances vis-à-vis des traitements a aussi été évoquée, les résultats sont consignés dans le tableau 5. Le questionnaire présentait des idées reçues sur les traitements et les participants indiquaient lesquelles, selon eux, étaient vraies ou fausses. Les résultats correspondent au pourcentage de participants ayant des croyances similaires aux professionnels de santé vis-à-vis des traitements.

Pathologie	Questionnaires		
	<i>Pre course</i>	<i>Post course</i>	<i>Follow up</i>
Dépression	79,65	89,90	87,98
Schizophrénie	74,34	88,49	85,47
Les deux	76,97	89,19	86,71

Tableau 7 : Pourcentage de personnes ayant des croyances similaires aux professionnels de santé vis-à-vis des traitements pour les troubles en santé mentale(41).

On constate une augmentation significative de la croyance vis-à-vis des traitements chez les participants à l'issue de la formation suivie par une légère diminution 6 mois plus tard pour l'ensemble des pathologies.

A noter que la stigmatisation des personnes atteintes de troubles en santé mentale a aussi été évoquée. Non présentés ici, les résultats obtenus suivent la même tendance que les croyances vis-à-vis des traitements.

Enfin, les changements dans la confiance des participants dans le fait de venir en aide aux personnes atteintes de troubles en santé mentale a été évoquée selon les thématiques suivantes :

- Comment les participants évaluent la confiance qu'ils ont en eux dans le fait de venir en aide aux personnes concernées par les troubles psychiques.
- S'ils ont été en contact avec des personnes atteintes de troubles en santé mentale.

- S'ils leur ont fourni une aide.
- S'ils les ont redirigés vers des professionnels de santé.
- S'ils les ont renseignés sur d'autres ressources disponibles.

Il a été ici constaté que les participants sont globalement plus confiants dans le fait de venir en aide aux personnes concernées par les troubles psychiques (ils étaient plus de 83% six mois après la formation contre 62% six mois avant) et ils sont plus nombreux à leur proposer leur aide (61,9% contre 54,5%). Cependant, ils sont moins nombreux à réorienter les patients vers des professionnels de santé (9% contre 14,6%).

Cette première étude a pu montrer les bénéfices des MHFA dans le repérage des troubles en santé mentale, les connaissances et croyances vis-à-vis de leurs traitements. Les MHFA jouent aussi un rôle dans la déstigmatisation de ces pathologies et permettent aux nouveaux secouristes d'être plus confiants dans l'aide fournie aux personnes qui en souffrent. Cependant, des limites ont été constatées comme l'absence d'un groupe de contrôle et le niveau culturel élevé des participants.

Pour pallier cela, d'autres études ont été réalisées dont l'une dans un milieu rural publié en octobre 2004(42). Cette étude a été réalisée dans la région du New South Wales et a porté sur 798 participants. Deux groupes ont été constitués :

- Un groupe témoin qui participe dès l'inclusion à la formation aux MHFA pour lequel les résultats de 416 personnes ont été analysés.
- Un groupe contrôle qui n'effectuera la formation qu'à l'issue de l'étude (soit cinq à six mois après le groupe témoin) pour lesquels les résultats de 337 participants ont été analysés.

L'organisation de l'étude utilisait des méthodes similaires à celle publiée en 2002 avec un questionnaire donné en amont (*pre-test*), puis en aval de la formation (*post-test*), et enfin six mois après (*follow-up*). Un aperçu des résultats obtenus est présenté dans le tableau 6. Le déroulement des formations diffère toutefois dans la mesure où celle-ci est dispensée par plusieurs formateurs quand il n'y en avait qu'un seul pour l'étude de 2002. Ceux-ci avaient toutefois les mêmes outils pédagogiques à disposition.

Résultat	Groupe témoin	Groupe contrôle
Troubles en santé mentale ressentis chez le participant.		
<i>Pre test</i>	37%	35%
<i>Follow up</i>	41%	35%
Variation	4%	0%
Troubles en santé mentale constatés dans son entourage.		
<i>Pre test</i>	56%	54%
<i>Follow up</i>	67%	61%
Variation	11%	7%
Reconnaissance des pathologies psychiques sur les cas cliniques présentés.		
<i>Pre test</i>	68%	74%
<i>Follow up</i>	81%	76%
Variation	13%	2%
Aide apporté aux personnes atteintes de troubles en santé mentale.		
<i>Pre test</i>	73%	76%
<i>Follow up</i>	82%	80%
Variation	8%	4%
Réorientation de ces personnes vers des professionnels de santé.		
<i>Pre test</i>	19%	21%
<i>Follow up</i>	25%	22%
Variation	6%	1%

Tableau 8 : Comparaison des résultats obtenus et de leur amélioration entre le groupe témoin formé aux MHFA et le groupe contrôle dans le New South Wales (41).

On constate une nette amélioration des connaissances sur les troubles en santé mentale dans le groupe témoin en comparaison avec le groupe contrôle. Il en est de même pour la confiance qu'ils ont en eux dans le fait de venir en aide aux personnes souffrant de troubles en santé mentale.

Bien que les résultats ne soient pas présentés ici, les bénéfices des MHFA sur les croyances vis-à-vis des traitements et la déstigmatisation des troubles psychiques ont été confirmées par cette étude.

Cela a toutefois permis un développement accru des MHFA en milieu rural compte tenu d'une plus faible offre de soins, notamment en santé mentale, ce qui confère donc une plus grande responsabilité de la communauté vis-à-vis de chacun.

Ces études ont généralement permis de prouver l'efficacité des MHFA au sein de la population et de ce fait la crédibilité de cette initiative, ce qui permettra progressivement son exportation.

Le programme MHFA a commencé son exportation en Ecosse en 2003 pour ensuite s'étendre à d'autres pays ou régions, anglosaxons dans un premier temps avec le Canada, les Etats-Unis et de façon progressive les autres états du Royaume-Uni. A partir de 2009, le programme est traduit puis exporté dans d'autres pays comme le Japon ou la Finlande.

En parallèle de cette expansion, d'autres modules de formation sont développés comme ceux dédiés spécifiquement à la prise en charge des populations autochtones d'Australie, des enfants et des adolescents avec pour but de s'adapter davantage à ce public.

D'un point de vue Australien comme international, le programme MHFA est reconnu d'utilité publique dans l'amélioration de la prise en charge des troubles en santé mentale les plus fréquents, il est à ce jour exporté dans 29 pays différents. A date, environ 67 000 formateurs accrédités ont formé 6 millions de secouristes à travers le monde. Le programme est adapté en France en 2018 par l'initiative de l'association *PSSM France*.

2 Les PSSM en France

2.1 L'association PSSM France

2.1.1 Présentation



Fig10 : Logo de PSSM France. A l'origine de couleur verte comme celui de MHFA international, celui-ci est désormais de couleur violette afin de clairement le dissocier de la croix verte, symbole de la pharmacie.(43)

PSSM France est l'association à but non lucrative en charge d'adapter le programme MHFA au contexte français. Elle a été fondée en 2018 à l'initiative de différentes entités :

- **Santé Mentale France (SMF)** est une fédération reconnue d'utilité publique qui lutte pour les droits des personnes concernées par les troubles en santé mentale afin de leur garantir des soins de qualité et leur reconnaissance en tant que citoyens « actifs et indépendants » de la même manière que le reste de la population. Présente dans 200 structures réparties sur tout le territoire français elle joue notamment un rôle dans la communication, la formation et la recherche en santé mentale(44).

- **L'Union Nationale des Familles et Amis des personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM)** possède une ligne conductrice similaire à Santé mentale France, avec pour principal but de lutter pour les droits des personnes handicapées physiques et leur entourage. Elle joue aussi un rôle contre la stigmatisation de cette population. Fondée en 1963 et reconnue d'utilité publique, elle comporte 305 structures sur le territoire national (45).
- **L'Institut national de formation des infirmiers et des professionnels de la psychiatrie (INFIPP)** est un organisme de formation faisant depuis 1974 référence dans la transmission de connaissances, de compétences et d'accompagnement dans le domaine de la santé mentale. Les enseignements sont destinés à toute personne s'intéressant aux questions en santé mentale(46).

Cette association a pour but l'élaboration et la mise à jour de la formation d'un point de vue de son contenu comme ses outils dont le manuel qui est remis aux participants. Elle assure aussi la formation et l'accréditation des formateurs aux PSSM.

2.1.2 Composition

2.1.2.1 Membres actifs, bureau et conseil d'administration

Les membres actifs de PSSM France comportent 4 collèges différents (47):

- **Le premier collège** correspond aux membres fondateurs, ceux qui ont participé à la création de l'association. Ils sont issus des entités citées précédemment à savoir SMF, l'UNAFAM et l'INFIPP.
- Les membres **du deuxième collège** sont issus d'associations et de structures comme des établissements de soin orientés vers la santé mentale.
- **Le troisième collège** comprend notamment les instructeurs et formateurs souhaitant contribuer au développement des PSSM.
- **Le quatrième collège** concerne tout autre personne intéressée par les PSSM.

Au sein de ces différents collèges, et comme dans toute association loi 1901, certains membres sont élus au sein du bureau et du conseil d'administration.

Le bureau se compose à ce jour :

- **D'une présidente ;**
- **De deux vice-présidents ;**
- **D'une secrétaire ;**
- **D'une trésorière.**

Quant au conseil d'administration, il se compose de douze membres dont six issus du collège 1 et deux par collège pour les trois autres. Le bureau et le conseil d'administration sont élus pour un mandat de 3 ans.

2.1.2.2 Conseil scientifique et pédagogique

L'ensemble des connaissances fournies dans le cadre des PSSM ont été sélectionnées selon leur approbation scientifique. C'est l'un des critères qui a incité l'importation en France des MHFA dans le cadre du développement d'outils de prévention en santé mentale. Ces connaissances sont régulièrement mises à jour au sein de PSSM France par le biais d'un conseil scientifique et pédagogique (48).

Créé en décembre 2021, ce conseil est une instance indépendante de la gouvernance de PSSM France en charge d'apporter remarques et conseils pour l'évolution de la formation compte tenu de l'évolution des savoirs. Il est composé de professeurs d'Université, de professionnels de santé (psychiatres, psychologues, médecins généralistes) et de représentants des familles / usagers en santé mentale et d'instructeurs/formateurs aux PSSM.

Il s'implique aussi dans la coordination de PSSM France sur différentes études et recherches mises en place au niveau international.

3 Devenir secouriste en santé mentale

Dans le cadre de cette thèse, j'ai eu l'occasion de suivre une formation aux PSSM les 6 et 7 novembre 2023 à Caen. Celle-ci a été dispensée par Thibault Hervieux, psychologue du travail et formateur agréé aux PSSM au sein de l'organisme France Prévention dont il est co-fondateur. J'ai effectué cette formation avec huit autres personnes issues de milieux comme l'enseignement, la gestion de ressources humaines, la santé, les services sociaux et le commerce qui, bien que diversifiés, ont pour point commun la place centrale que prend le contact avec le public dans leur pratique.

D'une durée de 14 heures répartie sur deux journées, la formation comporte un module introductif dans lequel la notion de santé mentale est abordée pour faire suite à d'autres modules en lien avec l'anxiété, la dépression, les troubles psychotiques et ceux liés à l'usage de substances.

3.1 Différents modules de formation

Afin d'adapter le secourisme en santé mentale à différentes populations, la mise en place de modules spécifiques était à l'ordre du jour dès les débuts des MHFA en Australie. Dans le cadre des PSSM en France, deux types de modules sont proposées(49).

- **Le module standard** qui permet l'apprentissage d'éléments de base sur différents troubles en santé mentale, l'abordage de situations de crises, de compétences relationnelles et la gestion d'une attitude agressive. Il est destiné à toute personne majeure intéressée par la question de la santé mentale.
- **Le module jeunes** avec les mêmes objectifs mais davantage orienté vers les adolescents. Il se destine notamment aux personnes travaillant avec cette population. Des éléments comme l'automutilation non suicidaire et les troubles du comportement alimentaire (TCA) y sont davantage abordés.

Le module ados sera disponible à la fin de l'année 2024, il sera destiné à former aux PSSM les adolescents à partir de l'âge de 12 ans. Avec des objectifs similaires, l'outil pédagogique sera adapté aux contraintes de cette population. Cela comprend le fractionnement de la formation en différentes sessions comprises entre 50 et 75 minutes. Ainsi, la formation pourra être dispensée en collège-lycée mais aussi dans d'autres structures comme les maisons des jeunes et de la culture.

3.2 Le plan d'action des PSSM

3.2.1 Le spectre de la prise en charge des troubles psychiques

Selon la santé mentale des individus, il existe différents types d'intervention en fonction de la gravité de la situation(4).

On distingue dans un premier temps **la prévention** qui va concerner les personnes en **bonne santé mentale** ou celles présentant des **symptômes légers**. Celles-ci peuvent se faire par le biais de programmes de sensibilisation, sur la gestion du stress en milieu professionnel, sur le harcèlement scolaire ou encore l'activité physique.

On distingue ensuite **l'intervention précoce** qui va concerner les personnes souffrant de troubles psychiques **lorsque les symptômes commencent à apparaître**. Le diagnostic de ces pathologies repose sur une affectation du raisonnement, de l'état émotionnel et du comportement d'une personne, sur des symptômes qui durent dans le temps et qui altèrent ses capacités à effectuer des tâches de la vie quotidienne. Cette intervention permet de réduire les risques d'aggravation des troubles concernées et les possibles conséquences. En effet, nombreux sont les personnes atteintes de troubles en santé mentale à attendre une longue période avant de bénéficier d'une prise en charge. Le fait de soutenir ces personnes peut les inciter à consulter un professionnel de santé plus rapidement et les PSSM jouent un rôle essentiel à ce niveau. Un retard dans la prise en charge peut en effet rendre plus difficile le processus de rétablissement.

On distingue **enfin la prise en charge** de la pathologie psychique lorsque celle-ci est **sévère**. Il existe différents types de prises en charges des psychothérapies aux traitements médicamenteux, celles-ci sont élaborées en fonction des patients et de la gravité de leurs troubles.

Au sein de ce spectre, les PSSM sont pertinentes dans l'intervention précoce. Elles peuvent aussi intervenir une fois que les maladies psychiques sont durablement installées, notamment lors de la gestion de situation de crise.

3.2.2 Porter secours à une personne atteinte de troubles en santé mentale : AERER

Intervenir dans la prise en charge d'une personne concernée par un trouble en santé mentale nécessite une certaine approche afin que cette personne se sente réconfortée et en confiance afin que la démarche de secourisme soit efficace. Un plan d'action résumant les différentes étapes pour approcher une personne souffrant d'une pathologie psychique a été mis en place au sein du programme des PSSM. Celui-ci se mémorise avec l'acronyme « AERER » et est extrapolable sur tous les troubles psychiques évoqués durant la formation(4).

1. Approcher la personne, évaluer et assister en cas de crise

Le secouriste a constaté un changement de comportement chez une personne, celle-ci l'aborde afin de lui faire part de son inquiétude vis-à-vis de cela. Il s'assure de trouver **le bon endroit et le bon moment pour lui en parler** : il essaiera de le prendre à part d'un groupe et ne le fera pas s'il s'est disputé avec elle la veille par exemple. Cette étape peut se dérouler en **plusieurs phases**, la personne concernée peut ne pas vouloir en parler dès la première fois, au secouriste de révoquer le sujet à un (ou plusieurs) autre(s) moment(s).

Durant cette phase, le secouriste sera attentif aux signes de crises et pourra être en mesure de l'assister le cas échéant ou de passer la main s'il n'y parvient pas.

Parmi les situations de crise on peut citer :

- Une **attitude auto-agressive** comme une tentative de suicide, la consommation de substances ou l'automutilation.
- Une **situation de détresse extrême** avec une attaque de panique ou des signes de décompensation psychotique.
- Une **attitude agressive envers les autres** à la suite d'une consommation excessive de substance psychoactives ou d'une décompensation psychotique.

2. Ecouter activement et sans jugement

Lorsqu'il aborde la personne en détresse, **le secouriste doit lui porter une oreille attentive et mettre de côté tout jugement qu'il a à son égard dans la relation**. Si l'on prend l'exemple d'une personne dépressive qui évoque le fait que son enfant serait plus heureux sans elle, le secouriste ne doit par exemple pas lui répondre « Mais tu ne peux pas dire ça ! ». Cette écoute est cruciale dans la réussite de la démarche : une attitude empathique et à l'écoute du secouriste permettra davantage à la personne concernée de **s'exprimer librement sans la crainte d'être jugée** et ainsi adhérer aux solutions qui lui seront proposées.

3. Réconforter et informer

Comme évoqué à l'étape précédente, si la personne atteinte de troubles en santé mentale se sent rassurée et à l'écoute. Le secouriste lui offre **un soutien émotionnel** en lui expliquant qu'il peut s'en sortir tout en l'informant des **différentes solutions** auxquels il peut prétendre pour ce faire. Cela se passe par une prise en charge par différentes structures, un soutien à la famille ainsi que des aides sociales selon la situation du patient. Ce réconfort peut aussi passer par un soutien dans l'accomplissement de certaines tâches devenues insurmontables pour la personne concernée.

4. Encourager la personne à aller vers des professionnels

L'aide de professionnels compétents peut s'avérer essentielle dans la prise en charge des troubles en santé mentale et le rétablissement des malades psychiques. Pour ce faire, le secouriste peut orienter le malade vers les différentes ressources disponibles comme le Service de Santé Etudiants au sein de l'Université de Caen. Les retards dans la prise en charge de patients souffrant de troubles en santé mentale est souvent liée au fait que ceux-ci ne connaissent pas les ressources disponibles autour de chez eux pour se faire aider.

5. Renseigner sur les autres ressources disponibles

Cette phase consiste à suggérer à la personne atteinte de troubles en santé mentale ce que PSSM France appellent des stratégies d'auto-aide. Ceux-ci peuvent consister par exemple à inciter cette personne à chercher du soutien auprès de ses proches (famille et amis), d'effectuer des exercices de relaxation en cas d'anxiété, etc.

3.3 Les PSSM dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression

Durant la formation, l'anxiété et la dépression ont été abordées par le biais :

- D'un document vidéo dans lequel un employé de bureau a constaté un changement de comportement auprès de son collègue avec lequel il travaille tous les jours. Celui-ci se repliait de plus en plus sur lui-même, était souvent en retard et moins productif au travail.

- D'une mise en situation sous la forme d'un dialogue entre une personne ayant des envies suicidaires et un de ses amis.

Dans le cadre de la vidéo, on a pu constater l'importance d'évoquer le sujet de ce changement de comportement à plusieurs reprises avec la personne concernée, celle-ci cherchant à fuir le sujet dans un premier temps jusqu'à ce qu'elle prenne confiance dans la démarche et qu'elle accepte se faire aider. Dans le cadre de la mise en situation, l'élément majeur était surtout la posture à employer. Il faut ainsi éviter toute forme de jugement lorsque l'on aborde ce sujet. La personne ayant des idées suicidaires a évoqué le fait que son départ n'aurait pas d'importance aux yeux de ses enfants, il ne faut pas répondre en lui disant qu'elle ne peut affirmer cela par exemple.

3.3.1 Le plan d'action dans la prise en charge de l'anxiété et la dépression

De façon générale, et en reprenant l'acronyme AERER du plan d'action vu précédemment, les éléments suivants sont importants lorsque l'on souhaite venir en aide à une personne atteinte de dépression(4).

Acronyme	Eléments d'intervention
<i>Approcher la personne, évaluer et assister en cas de crise</i>	Lorsqu'une personne de votre entourage semble anxieuse ou dépressive, faites-lui part de votre inquiétude et montrez-vous à l'écoute et prêt à l'aider si besoin. Choisissez bien le lieu et le moment pour aborder le sujet : privilégiez plutôt un lieu calme et assurez-vous d'être dans les meilleurs dispositions possibles : lui en parler alors que vous venez de vous disputer avec la personne concernée n'est pas la meilleure idée. Ne l'incitez pas à s'exprimer dès que vous commencez à aborder le sujet avec elle. Du temps lui est peut-être nécessaire avant de se confier, il ne faut pas hésiter à réaborder le sujet plus tard.
<i>Ecouter activement et sans jugement</i>	Privilégiez les questions ouvertes et soyez attentif à ce que la personne ressent, sans hésiter à reformuler si besoin. Faites attention à la communication non verbale, ce qui comprend la posture et le positionnement du regard. Evitez de lui couper la parole et respectez les silences. N'émettez pas de jugement : il ne faut pas dire « <i>Mais tu ne peux pas dire ça !</i> » lorsque la personne dit se sentir inutile par exemple. Le fait que la personne se sente entendue et écoutée est un élément clé dans la réussite de la démarche.
<i>Réconforter et informer</i>	Offrez un soutien émotionnel à la personne concernée, rassurez-la sur les possibilités qu'elle a de s'en sortir en lui donnant différentes pistes envisageables pour se faire. La confrontation aux situations provoquant de l'anxiété fait partie de la guérison, une attitude de rejet sera, de ce fait contre-productive (bien que

	<p>couramment encouragée, notamment au sein de la famille du patient) tout comme le fait de minimiser les peurs qu'elle ressent.</p>
<p><i>Encourager à aller vers les professionnels</i></p>	<p>Pour diverses raisons comme le fait de ne pas connaître les prises en charge existantes ou encore le fait que l'anxiété est presque normalisée de nos jours, la prise en charge spécialisée se fait souvent de façon tardive. Un retard dans la prise en charge de ces troubles peut compliquer la rémission de l'anxiété et favorise l'apparition de complications comme la dépression ou des problèmes liés à l'utilisation de substances psychoactives.</p> <p>Si la personne concernée vous fait part de son besoin d'aide, exposez les solutions qui peuvent être envisagées, aidez et encouragez-la à aller vers les professionnels concernés. Dans le cas contraire, respectez sa décision et faites le point avec elle sur les éventuelles raisons qui l'empêchent de consulter. Vous pouvez revenir vers elle dans le cas où elle changerait d'avis.</p> <p>S'il s'agit d'un étudiant de l'Université de Caen par exemple, vous pouvez l'orienter vers le Service de Santé Etudiant situé au campus 1 dans lequel elle pourra être pris en charge par des psychologues, des sophrologues ou des psychiatres en fonction de la sévérité de ses symptômes(50).</p> <p>En dehors de ce contexte, d'autres ressources existent à Caen comme les groupes de parole organisées au sein de la Maison des Associations par l'UNAFAM (51). On a aussi la possibilité d'orienter ces patients vers les Centres Médico Psychologiques (CMP) répartis dans le calvados et rattachés soit au centre Esquirol soit à l'EPSM. Parlez-lui aussi des différentes lignes d'écoute comme <i>SOS Amitié</i> ou <i>Fil Santé Jeunes</i> (52).</p>
<p><i>Renseigner sur les autres ressources disponibles</i></p>	<p>Suggeriez à la personne concernée de rechercher du soutien auprès de sa famille et de ses amis. Les stratégies d'auto-aide peuvent aussi être proposées, il est toutefois recommandé de se faire accompagner par un professionnel dans la mise en place de ces stratégies dans le cadre notamment des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).</p>

Tableau 9 : Le plan d'action des PSSM appliqué à l'anxiété et la dépression(4)

3.3.2 Anxiété et dépression : exemples de situations de crise

Lors de notre échange avec la personne concernée, nous devons être attentifs à chaque signe d'une potentielle situation de crise, qui peut ici se traduire par une attaque de panique, un état de choc post traumatique, des idées suicidaires et la pratique d'automutilation notamment chez les jeunes(4).

1. Attaques de panique

Une attaque de panique peut être, ou non déclenchée par une situation précise comme le fait de devoir se confronter à ce que la personne concernée redoute comme le fait de se retrouver au milieu d'une foule au sein d'une exposition si celle-ci est agoraphobe par exemple. Il s'agit d'un épisode de forte anxiété qui apparaît brutalement et dont l'intensité s'accroît pour atteindre un paroxysme au bout d'environ 10 minutes (4). Les symptômes associés à cette attaque de panique sont cardiovasculaires (palpitations, tachycardie), neuromusculaires (engourdissement, tremblements, vertiges), respiratoires (gêne respiratoire, souffle coupé) et digestifs (nausées, douleurs abdominales). Des frissons ou une hypersudation sont aussi présents.

Lorsque l'on soupçonne une attaque de panique chez une personne présentant ces symptômes, on peut lui demander si elle sait ce qu'elle ressent à ce moment-là et si elle a déjà eu des attaques de ce type. Il faut bien s'assurer qu'il s'agisse d'une crise d'angoisse, car ces signes peuvent aussi constituer des signes avant-coureurs d'une crise cardiaque auquel cas un professionnel de santé doit intervenir.

Dans le cas où il s'agit bien d'une attaque de panique, on rassure la personne en l'invitant à s'asseoir dans un endroit confortable notamment. L'attaque de panique n'est pas dangereuse bien qu'effrayante. On l'assure qu'elle est en sécurité et que les symptômes vont passer tout en ne minimisant pas la peur du patient.

Une fois l'attaque passée, il faut demander à la personne si elle sait où s'informer sur les attaques de panique, et lui donner des pistes si ce n'est pas le cas. On peut aussi l'inviter à consulter un professionnel de santé comme son médecin traitant, un psychologue ou un psychiatre si elle est amenée à subir d'autres attaques de panique et si elle s'en inquiète.

2. Etat de choc post traumatique

La réaction face à un événement traumatique est différente d'un individu à l'autre en fonction de l'évènement concerné et de la perception de chacun face à celui-ci.

On entend par événement traumatique un événement qui va amener une ou plusieurs personnes à vivre d'une forte intensité des sentiments de frayeur, d'impuissance ou de désespoir. Ils peuvent se présenter sous plusieurs formes comme l'implication dans une guerre, le fait d'avoir assisté ou d'être témoin d'une attaque terroriste de grande ampleur mais aussi le fait de subir une forme de maltraitance ou des abus sexuels.

Parfois, les PSSM ne peuvent être appliqués immédiatement après l'évènement, le mieux étant de savoir ce qui s'est passé avant d'intervenir. Comme évoqué précédemment, les événements concernés et la perception de chacun face à ceux-ci sont variables. Les signes d'un état de choc

post traumatique peuvent survenir à la suite de la résurgence d'un souvenir en lien avec un évènement passé.

Ainsi, si une personne est affectée par un évènement traumatique, elle peut manifester un besoin d'aide à la suite de celui-ci mais parfois la personne concernée ne ressentira un état de détresse que des semaines plus tard. Si on la voit régulièrement, il faudra être attentif à des signes avant-coureurs.

Si l'on est amené à intervenir à la suite d'un évènement traumatique, il faut assurer dans un premier temps de notre propre sécurité. On se concentre ensuite sur les éléments prioritaires, le fait que la personne soit blessée ou non, si elle a besoin d'eau, de nourriture par exemple. Enfin, on tente de lui montrer notre attention à son problème, tout en lui aménageant un environnement réconfortant. Il ne faut toutefois pas inciter la personne à parler de ce qu'elle a vécu si elle ne souhaite pas le faire.

Dans le cas où elle le fait, il faut être à son écoute et ne pas l'interrompre notamment pour faire part de nos propres sentiments au sujet du traumatisme, ce qui peut décrédibiliser à ses yeux ceux de la personne concernée. De plus, elle peut être amenée à en parler plusieurs fois avec notamment un sentiment de culpabilité, notamment s'il y a eu des morts durant l'évènement traumatique.

Par les semaines suivant l'évènement traumatique, il faut inciter la personne à prendre soin d'elle et se rapprocher de son entourage dans le cas où elle aura besoin de quelque chose. Il ne faut pas rester sur l'idée que celui-ci saura déterminer ses besoins sans qu'elle lui en parle.

La consultation d'un professionnel de santé n'est pas systématiquement nécessaire dans la prise en charge d'un état de choc post traumatique. Il faut s'attendre toutefois à ce que la personne retrouve sa santé habituelle dans le mois suivant l'évènement traumatique. Si la personne ressent des symptômes en lien avec l'état de choc au-delà de cette période (angoisse importante, cauchemars), et d'autant plus lorsque ceux-ci sont invalidants pour la personne concernée, la consultation d'un professionnel de santé est à envisager. Il en est de même en cas de mésusage de l'alcool.

3. Idées et conduites suicidaires

Les principales raisons qui peuvent inciter une personne à avoir une conduite suicidaire sont le fait de vouloir échapper à un état émotionnel jugé insupportable ou le fait de se sentir inutile au sein de la société, de son entourage, ainsi que le souhait d'interpeller d'autres personnes, de communiquer sur cette souffrance afin de faire en sorte que celle-ci soit davantage considérée par ceux-ci.

Les principaux signes qui peuvent nous alerter sur un risque suicidaire sont un changement de comportement de la personne avec notamment un détachement vis-à-vis de l'entourage, un sentiment de colère, un désir de vengeance ou au contraire un sentiment de désespoir. La personne

concernée peut menacer de se blesser et/ou se donner la mort et se projeter à cette fin en scénarisant ses idées suicidaires, en recherchant des moyens pour y parvenir en rendant visite à tout son entourage et en donnant certains de ces objets comme une sorte d'adieu.

Lorsque l'on approche une personne porteuse d'idées suicidaires, il faut mettre sa propre opinion de côté. Il faut tenir compte de sa souffrance et de ses croyances vis-à-vis du suicide. Trois précautions sont à prendre lorsque l'on souhaite aborder cette question avec la personne concernée :

- Se sentir capable et à l'aise pour intervenir.
- Être en bonnes conditions de disponibilité et d'écoute.
- Savoir que faire en cas de réponse positive.

Le sujet du suicide doit être abordé clairement et sans la formuler de telle sorte à juger l'action ou de faire culpabiliser la personne souffrante : *As-tu pensé te donner la mort ?* (On ne dira pas *Envisages-tu de faire quelque chose de stupide ?*) par exemple, tout en lui expliquant les éléments faisant l'objet de notre inquiétude. Si la personne ressent vraiment ces idées, il ne faut pas les minimiser et penser, par exemple, qu'il ne s'agit que d'un moyen pour attirer l'attention. Evoquer le sujet directement ne l'incitera pas à passer à l'acte mais va davantage inciter la personne à parler de ses souffrances, celle-ci se sentira plus en confiance.

Par la suite, le but du secourisme en santé mentale ne sera pas d'évaluer le risque suicidaire qui sera à faire par un professionnel de santé. Il doit toutefois être attentif à certains signes de gravité comme la scénarisation de ses idées suicidaires et la précision de celui-ci (Où ? Quand ? Comment ?). Pour cela, il faut questionner le patient sur ses intentions. Malgré tout, le fait que ces intentions ne soient pas scénarisées ne constituent pas la garantie que le passage à l'acte ne sera pas imminent.

Dans le cas où l'on soupçonne un danger imminent pour la personne concernée, il faut appeler le centre 15 afin que la situation soit évaluée par un médecin et protéger la personne avant l'arrivée des secours. Toute tentative de suicide doit faire l'objet d'une hospitalisation.

Dans le cas contraire, on oriente le patient vers les professionnels de santé, on doit l'informer sur les ressources disponibles localement et discuter avec lui sur les différentes possibilités qui s'offrent à lui. Il ne faut pas partir sur le principe que ces idées peuvent disparaître sans l'intervention d'un professionnel de santé.

4. Automutilation non suicidaire

On regroupe dans les automutilations non suicidaires tout comportement dans lesquels la personne concerner s'inflige des blessures sans se donner la mort. Ces blessures peuvent prendre la forme de scarifications, de coups intentionnels contre une surface dure, de coups et morsures auto-infligés.

Ces automutilations peuvent présenter un risque dans la mesure où ceux-ci peuvent devenir une habitude pour laquelle il peut être difficile de s'en défaire. De plus, ces blessures ne sont souvent pas soignées correctement. Cela peut entraîner des complications d'un point de vue infectieux avec des plaies qui auront du mal à cicatriser ou encore la présence de fractures à la suite des coups infligés.

Aborder une personne qui s'automutile nécessite les mêmes précautions que dans le cas des idées suicidaires. On doit être dans de bonnes dispositions pour aborder le sujet et mettre sa propre opinion de côté.

Il ne faut pas aborder d'entrée de jeu l'arrêt de l'automutilation, ce qui peut être compliqué dans la mesure où l'on peut ressentir de la colère lorsque l'on aborde la personne en plein acte (il faut dans ce cas tenir compte du fait que l'automutilation concerne particulièrement les adolescents, on peut, dans ce cas se mettre à la place d'un parent ou d'un grand parent). Dans le cas échéant, on demande à la personne souffrante ce qu'on peut faire pour l'aider afin de soulager sa détresse. L'aide médicale d'urgence n'est nécessaire que lorsque la gravité des blessures engendrées le justifie.

Par la suite, on évoque les solutions à envisager avec la personne concernée afin qu'elle se fasse aider par des professionnels et pour que son environnement soit, à ses yeux, plus agréable afin de réduire ce comportement d'automutilation. Comportement qui peut être un signe avant-coureur d'anxiété et de dépression.

3.4 Les PSSM dans la prise en charge des troubles psychotiques

Durant la formation, la situation de crise a été traitée à l'aide d'un document vidéo dans lequel une personne psychotique se retrouve dans une situation de crise comprenant une forte sensation de persécution. Un membre de sa famille lui vient en aide accompagnée d'une autre personne formée aux PSSM. L'élément à retenir ici est qu'il faut se montrer bienveillant lors de la gestion d'une situation de crise tout en laissant la personne parler dans un endroit où il pourrait se sentir à distance de ce qui le persécute (en dehors de son domicile par exemple). Il ne faut pas porter de jugement sur ses paroles en mentionnant leur côté absurde par exemple. Bien que cela puisse le paraître pour nous, il faut considérer que le patient considère ce qu'il vit comme la réalité.

(4)

3.4.1 Le plan d'action dans la prise en charge des troubles psychotiques

Acronyme	Éléments d'intervention
<i>Approcher la personne,</i>	L'approche reste similaire à celle dans la prise en charge de la dépression et de l'anxiété avec certains éléments spécifiques. Il est important de s'adapter à la

<p><i>évaluer et assister en cas de crise</i></p>	<p>personne concernée en lui laissant tout l'espace nécessaire (notamment si elle ne souhaite pas vous regarder dans les yeux). Expliquez-lui précisément ce qui vous inquiète sans donner l'impression de poser un diagnostic. Si elle souhaite s'exprimer vis-à-vis de son état, il faut qu'elle puisse le faire librement sans être jugée.</p>
<p><i>Ecouter activement et sans jugement</i></p>	<p>Le détachement de la réalité est le principal symptôme des troubles psychotiques, de ce fait, partez du principe que la personne concernée considère ses idées délirantes comme réelles. Adoptez donc une attitude empathique lorsqu'elle s'exprime sur ses idées, ne jugez pas du caractère invraisemblable des propos qu'elle peut avoir.</p> <p>De plus, la communication peut s'avérer difficile si la personne concernée ne parvient plus à s'exprimer clairement. Répondez à ses idées de façon claire et concise et montrez-vous patient dans la mesure où elle a parfois besoin de temps pour intégrer ce qu'on lui dit. Ne partez pas toutefois sur le principe qu'elle n'a pas la capacité de nous comprendre.</p>
<p><i>Réconforter et informer</i></p>	<p>La personne psychotique doit être traitée dignement, son autonomie et son intimité doivent être préservées hormis si elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui. On doit se montrer optimiste et empathique vis-à-vis de la personne concernée.</p> <p>Dans un premier temps, demandez au patient ce qui l'aiderait à se sentir en sécurité et adaptez-vous à cela sans pour autant donner des promesses qui ne peuvent être tenues. Une fois la crise passée (dans les jours qui suivent), demandez-lui s'il a besoin d'en savoir plus sur les troubles psychotiques en lui apportant les ressources appropriées comme le site internet <i>Collectif Schizophrénie</i>(53).</p>
<p><i>Encourager à aller vers les professionnels</i></p>	<p>Demandez à la personne concernée si elle a déjà vécu ce type d'expérience et, si oui, comme a-t-elle pu les gérer. Si elle souhaite consulter un professionnel de santé, apportez-lui un soutien émotionnel et logistique si elle en ressent le besoin.</p> <p>Dans le cas où elle ne souhaite pas d'aide, cela peut être lié à une peur qu'elle ressent vis-à-vis de ses symptômes à tel point qu'elle les nie, voir qu'elle ne se sent pas malade. Cela peut aussi être lié à une mauvaise expérience antérieure avec un psychiatre par exemple, vous pouvez dans ce cas lui suggérer d'en consulter un autre. L'hospitalisation sous contrainte n'est envisageable que si la personne concernée représente un danger pour elle-même et pour autrui, en dehors de ce s'agissant, elle doit rester maître de ses décisions et nous devons être bienveillant par rapport à cela.</p>

<p><i>Renseigner sur les autres ressources disponibles</i></p>	<p>La personne psychotique peut recevoir du soutien de sa famille et de son entourage, le fait d'être bien entouré socialement constitue un frein à l'apparition de récidive. Il peut aussi se rapprocher de groupes de soutien afin de recevoir de l'aide et rencontrer d'autres personnes psychotiques, cela est valable aussi pour son entourage.</p> <p>La consommation d'alcool doit être évitée par les personnes souffrant de psychoses, tout comme celles d'autres drogues comme le cannabis. Bien qu'utilisés comme moyen de contrer une situation de crise par certains patients, ils peuvent avoir un effet contraire en ralentissant le processus de rétablissement et en augmentant le risque de récidive.</p>
--	---

Tableau 10 : Le plan d'action des PSSM appliqué aux troubles psychotiques(4)

3.4.2 Troubles psychotiques : situations de crise

Dans le cadre des troubles psychotiques, tout comme celui de l'anxiété et de la dépression vus précédemment, il faut être attentif à tout élément pouvant être associée à une situation de crise. Cela concerne notamment les conduites agressives et les états psychotiques sévères. La conduite suicidaire est aussi à prendre en compte, notamment si un trouble dépressif est associé à la psychose(4).

1. Etats psychotiques sévères

Etats de profonds mal être chez les personnes concernées, on remarque ces situations de crise par de propos désorganisés de ceux-ci ainsi que par des comportements qui peuvent paraître gênants voire inquiétants comme le fait de courir sur la route pour échapper à des hallucinations terrifiantes.

2. Conduites agressives

Elément très présent dans les idées reçues autour des troubles psychotiques (ainsi que dans les médias), les conduites agressives restent rares auprès de cette population. Les personnes les plus à risque d'avoir des comportements violents sont celles ayant des troubles de la consommation d'alcool et/ou d'autres substances psychoactives.

3.5 Les PSSM dans la prise en charge des troubles liées à la consommation de substances psychoactives

L'intervention précoce, soit autour de l'adolescence ou du début de la vie d'adulte, est importante afin de réduire les risques liés à la consommation de SPA sur le long terme(4). En effet, le cerveau est encore en développement durant cette période, ce qui implique une sensibilité plus importante aux SPA et l'apparition de troubles cognitifs. En dehors de ces complications, la dépendance aux SPA peut entraîner des répercussions sur la vie sociale, étudiante puis professionnelle. Il est à noter que les personnes concernées sont souvent dans le déni de leur consommation de SPA.

3.5.1 Le plan d'action dans la prise en charge des troubles liés à l'usage de SPA

Acronyme	Eléments d'intervention
<p><i>Approcher la personne, évaluer et assister en cas de crise</i></p>	<p>Faites ouvertement part de vos inquiétudes quant à la consommation de SPA de la personne concernée en réfléchissant en amont sur la situation de cette personne et de ce que vous aurez à lui dire. Le choix du moment et du lieu sont aussi importants en privilégiant un lieu calme et privé par exemple tout en s'assurant que ni vous, ni la personne n'aient consommé de SPA. Différents éléments sont à prendre en compte dans l'abordage de la question :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la personne perçoit sa consommation : Quelle est sa consommation quotidienne de substance ? Qu'en pense-t-elle ? • Est-elle prête ou disposée à en parler ? • Son souvenir d'évènements passés comme des soirées que vous aurez pu passer avec elle. <p>De plus, exprimez vos inquiétudes à la première personne du singulier et considérer l'acte de consommation et non la personne concernée. Par exemple, dites plutôt « <i>Je m'inquiète de ta consommation d'alcool ces derniers temps</i> » plutôt que « <i>On trouve que tu bois trop en ce moment</i> ».</p>
<p><i>Ecouter attentivement et sans jugement</i></p>	<p>Comme dans le cas des troubles précédemment vus, parlez à la personne concernée de façon bienveillante et respectueuse. Il ne faut pas adopter d'attitude cherchant à la juger (ce qui comprend l'utilisation de qualificatifs comme « toxico » ou « alcoolique ») ni se positionner en donneur de leçons. Le fait de garder une approche concernée sans exprimer de frustration quant à la consommation de SPA de la personne l'incitera davantage à réfléchir sur sa consommation et à demander de l'aide.</p>
<p><i>Réconforter et informer</i></p>	<p>Afin de renseigner la personne, soyez attentif à ses attentes : souhaite-t-elle recevoir des informations sur sa consommation d'alcool ? Souhaite-t-elle se faire aider ? Si tel est le cas, proposez-lui dans un premier temps une ligne d'écoute téléphonique ou des ressources en ligne dont celles proposées par SPF comme Alcool, Drogue et Tabac Info Service.</p> <p>Ayez des attentes réalistes : on ne peut arrêter la consommation d'une SPA du jour au lendemain, du moins pas sans séquelles. La réduction progressive de consommation constitue de ce fait un objectif plus atteignable.</p> <p>Dans le cas de la consommation d'alcool notamment, encouragez la personne à adopter une consommation limitant les risques par le biais d'actions simples</p>

	<p>comme le fait de réduire la consommation d'alcool en soirée en refusant les verres proposées à partir d'une limite (de deux verres standards par exemple en prenant en compte les recommandations de SPF), de ne pas suivre le rythme de consommation des personnes qui l'accompagnent (la consommation paroxystique d'alcool est encore soumise à une forte pression sociale de nos jours). Se consacrer à des activités n'impliquant pas la consommation d'alcool peut aussi contribuer à l'arrêt de la consommation d'alcool.</p> <p>Si la personne ne souhaite pas changer ses habitudes de consommation, il est important de conserver de bonnes relations avec celles-ci, cela peut avoir un effet bénéfique. Montrez-vous toujours disponible dans le cas où il souhaiterait changer d'avis et encouragez-le à rechercher des informations sur la consommation de SPA et les risques associées. La critique constante et la culpabilisation sont contre-productives.</p>
<i>Encourager à aller vers des professionnels</i>	<p>La prise en charge de la dépendance aux SPA peut passer par des structures pluridisciplinaires comme les Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (CSAPA) ou les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD). On informe la personne concernée de la présence de ces centres et on l'encourage à prendre rendez-vous.</p> <p>Il peut toutefois arriver que la personne ne souhaite pas se faire aider en raison notamment de la stigmatisation des addictions au sein de la société tout comme le fait que la personne n'ait pas envie d'arrêter la consommation de substance. Le fait qu'une réduction progressive de la consommation de SPA comme évoqué précédemment peut être envisagée ainsi que la confidentialité de la prise en charge sont des arguments qui peuvent être avancés pour convaincre la personne concernée.</p>
<i>Renseigner sur les autres ressources disponibles</i>	<p>En complément des ressources et professionnels pouvant venir à son aide, le soutien de son entourage familial et amical est tout aussi important d'autant plus si celui-ci ne se montre pas critique ou hostile à son égard mais cherche plutôt à le soutenir tout en n'incitant pas à la consommation de SPA.</p>

Tableau 11 : le plan d'action des PSSM appliqué aux troubles liés à la consommation de SPA(4)

3.5.2 Dépendance aux SPA : situations de crise

Les situations de crise dans la dépendance aux SPA sont liées aux effets graves que peuvent provoquer leur consommation pour la personne concernée, comme pour son entourage(4).

Concernant la consommation d'alcool, celles-ci concernent l'intoxication alcoolique et son sevrage.

- **L'intoxication alcoolique** induit une désinhibition psychomotrice qui peut modifier l'attitude et le raisonnement de la personne concernée. Cela peut l'inciter à effectuer des activités présentant des risques comme la conduite en état ébrié, les rapports sexuels non protégés, l'implication dans des bagarres, etc. Une consommation excessive d'alcool peut placer la personne concernée dans un coma éthylique pouvant être mortelle.
- **Le sevrage alcoolique** engendre différents symptômes pouvant aller jusqu'à des crises convulsives. La prise en charge de ce sevrage doit être médicale et est particulièrement complexe.

Concernant les autres SPA, une intoxication aiguë peut se manifester différemment selon le type de drogue consommé tant la production de celle-ci n'est pas contrôlée (cela se constate notamment avec le cannabis et les cannabinoïdes de synthèse). Toutefois, l'intoxication aiguë met la personne concernée dans un état de détresse qui peut, comme dans le cas de l'alcool, l'inciter à adopter une conduite dangereuse et agressive. D'autres effets peuvent apparaître comme l'hyperthermie et la déshydratation, notamment dans le cas de la prise d'ecstasy dans un contexte festif : la personne ayant consommé cette substance s'amuse sans se réhydrater, ce qui induit l'apparition d'une forte fièvre.

3.6 Conclusions

3.6.1 Sur la formation

La formation aux PSSM étant destinée à un grand public, il va de soi que celle-ci doit être organisée de telle sorte à ce que chacun puisse retenir les informations essentielles à l'issue de celle-ci. Elle est donc plus axée sur la mise en pratique avec une proportion théorique réduite et axée sur les éléments importants à l'image de l'acronyme « AERER » résumant les différentes étapes pour porter secours aux personnes atteintes de troubles en santé mentale.

La mise en pratique nécessite une participation active de l'ensemble du groupe, pour cela, chacun doit être à l'aise pour s'exprimer sur les différents sujets. Cela passe par les activités réalisées en introduction pour se présenter, comme le fait d'énumérer 3 vérités sur chacun de nous et de faire deviner au reste du groupe laquelle de celles-ci est vraie, mais aussi par d'autres éléments liés à la motivation générale du groupe et du rapport qu'entretient le formateur avec ce dernier. Bien que je ne fusse pas parmi ceux qui se soient exprimés le plus, j'ai apprécié la façon à laquelle Thibault Hervieux est parvenu à ces fins, en réduisant la distance que l'on peut habituellement avoir entre un professeur et des étudiants par exemple, il s'est montré particulièrement accessible.

Cette accessibilité a indirectement conduit à une certaine cohésion au sein même du groupe qui s'explique par l'intérêt que nous avons au sujet de la santé mentale et l'apport potentiel des PSSM dans nos professions respectives. Ces deux journées étaient ainsi riches en échanges, et ce même

en dehors du temps de formation, ce qui selon mon avis est aussi important que la formation en elle-même.

De ce fait, je ne recommanderai pas une formation en distanciel et il me paraît plus intéressant de constituer des groupes issus de milieux professionnels différents bien que cela ne soit pas toujours faisable dans le cas où l'on souhaiterait organiser une formation au sein d'une entreprise par exemple.

3.6.2 Sur les apports de celle-ci dans ma pratique officinale

Bien que destinée au grand public, et de ce fait peu approfondie en regard de notre formation initiale, la formation aux PSSM peut nous apporter différents éléments pratiques illustrant les éléments théoriques vus en cours. En effet, hormis pour ceux parmi nous ayant eu un contact avec des personnes atteintes de troubles en santé mentale que ce soit nous-mêmes, notre entourage ou le fait d'avoir effectué des stages en psychiatrie durant la 5^e année hospitalo-universitaire par exemple, il est difficile d'avoir un aperçu de comment se manifestent les différents troubles en santé mentale.

Pour ce qui en est de la manière d'aborder les personnes concernées, j'ai pu me rendre compte du fait de mon expérience, qu'avoir déjà vu ou vécu un trouble en santé mentale permet d'envisager plus sereinement l'abordage des patients concernés. Nous pouvons soit nous reconnaître dans les troubles dont souffre le patient, soit avoir fait face précédemment à un cas similaire. Ces différents éléments sont des guides dans les conseils à apporter aux patients. Ainsi, dans le contexte officinal, il peut être intéressant de proposer la formation aux PSSM aux étudiants en pharmacie et aux pharmaciens en début de carrière.

Cependant cette démarche peut aussi renvoyer à une situation difficile à vivre pour le secouriste s'il l'a déjà vécue. Cette dernière peut provoquer une décompensation émotionnelle et rendre difficile la démarche de secourisme en santé mentale.

De plus, et cela est valable aussi en dehors de l'officine, il est parfois difficile de déterminer nos limites quant à l'intervention à apporter, et cela est d'autant plus important chez des personnes psychotiques et/ou dépendantes aux SPA. Ceux-ci sont plus susceptibles d'avoir un comportement agressif lorsqu'ils sont en décompensation et notamment lorsque l'on constate les stigmates d'une éventuelle bagarre sur la personne. Dans ce cas, aborder la personne peut lui être bénéfique mais nous prenons aussi le risque de nous exposer à l'agressivité de la personne. A l'officine, nous avons toujours l'appui de l'équipe dans le cas où l'échange déraperait, ce qui n'est pas le cas dans la rue par exemple.

Partie 3

Les PSSM et la pharmacie d'officine

1 Des professionnels de santé en première ligne

Les officines de pharmacie françaises accueillent chaque jour 4 millions de personnes grâce à une bonne répartition territoriale au niveau urbain comme rural(54). Ce chiffre témoigne de l'accessibilité accrue des pharmaciens d'officine en comparaison avec la plupart des autres professionnels de santé comme les médecins et infirmiers par exemple. En effet, se rendre à la pharmacie ne nécessite pas la prise préalable d'un rendez-vous. Cela aboutit au maintien d'une relation de proximité entre les usagers, clients comme patients, et les professionnels de santé les prenant en charge.

Au-delà de la dispensation de médicaments et de produits de santé, les pharmaciens assurent des missions comme :

- **L'accompagnement thérapeutique du patient** qui comprend le suivi thérapeutique des patients et les conseils associés à la dispensation de médicaments. A cela s'ajoute de nouvelles missions comme les bilans partagés de médication et les entretiens pharmaceutiques pour l'asthme et la gestion des traitements anticoagulants.
- **La prévention en santé** avec la prescription et l'administration des vaccins les plus courants et la délivrance de kits de dépistage (VIH, cancer colorectal, etc.).
- **La prise en charge de pathologies bénignes** par le biais du conseil officinal.

Tout ceci conforte la position des pharmaciens d'officine en tant que professionnels de santé de première ligne, notamment dans le contexte actuel de désertification médicale. Ils sont, de ce fait, amenés à gérer des demandes diverses et variées, parfois aux limites de leur domaine de compétences. Cela est particulièrement vrai en milieu rural où les patients sont plus réticents à consulter leur médecin en raison de délais importants voire de contraintes logistiques.

La diversité des sollicitations implique aussi une diversité de profils parmi les patients fréquentant chaque jour les officines. Beaucoup d'entre eux sont concernés par les troubles en santé mentale : certains en souffrent tandis que pour d'autres, ces troubles concernent leur entourage proche. Il ne faut pas oublier ceux qui doivent s'occuper d'un membre de leur famille atteint d'une longue maladie et pour qui la charge mentale est importante, d'autant plus si la situation génère des conflits importants au sein de cette même famille.

L'expérience au comptoir et le fait d'avoir soi-même été confronté à des troubles en santé mentale facilite la prise en charge à l'officine des personnes concernées. Dans le cas contraire, il peut être difficile d'adopter la bonne posture, de trouver les bons mots afin de venir en aide à ces patients.

Bien que complète au sujet des troubles psychiatriques et leurs traitements, les études de pharmacie sensibilisent peu au sujet de la prise en charge des troubles en santé mentale. A moins d'avoir

effectué une partie de notre 5^e année hospitalo-universitaire dans un ou plusieurs services de psychiatrie, nous n'avons pas ou peu l'occasion d'être confronté à des personnes atteintes des différentes pathologies évoquées au sein de cette thèse. Les PSSM peuvent constituer un complément intéressant à ces enseignements dans la prise en charge des personnes concernées.

Cette troisième partie sera l'occasion de revenir sur la prise en charge médicale des différents troubles en santé mentale et du rôle joué par le pharmacien dans celle-ci d'un point de vue du suivi des patients comme celui du conseil officinal.

2 Prendre en charge les différents troubles en santé mentale

2.1 Anxiété et dépression

Durant mes expériences officinales, j'ai pu constater que les demandes autour de ces pathologies sont fréquentes au comptoir. Et ce, pour des raisons diverses comme l'appréhension liée au passage d'un examen important, l'anxiété généralisée chez l'adolescent, une déprime chez la personne âgée ou encore les émotions ressenties par le patient en lien avec le diagnostic d'un cancer ou d'une pathologie neurodégénérative par exemple.

2.1.1 Le conseil officinal dans l'anxiété et la dépression

Afin de proposer une réponse appropriée au patient, il faut s'assurer d'avoir posé les bonnes questions. Des questions ouvertes dans un premier temps : *Que ressentez-vous comme symptômes actuellement ? Depuis combien de temps ?* pour ensuite reformuler ces questions afin d'avoir des informations plus précises : *Les angoisses dont vous me parlez, les ressentez-vous tout le temps ou à certains moments ?* (20)

Dans un premier temps, des stratégies d'auto-aide comme les exercices de respiration dans le cadre de l'anxiété peuvent être proposées aux patients concernées(4). Ces stratégies peuvent être associées à une prise en charge des symptômes à l'aide de compléments alimentaires conseillés par les pharmaciens. Si cela s'avère insuffisant, une prise en charge spécialisée faisant intervenir psychologues et/ou psychiatres est mise en place(20).

Évoquons dans un premier temps, les stratégies d'auto-aide : L'hyperpnée et la tachycardie sont des symptômes récurrents en cas de stress. Des exercices de respiration abdominale permettraient ainsi au patient de reprendre le contrôle de son souffle et ainsi permettre de diminuer le stress(20). Cette technique implique d'inspirer lentement et profondément en gonflant l'abdomen et à l'inverse le rétracter lors de l'expiration, le tout, jusqu'à 3 fois par jour.

D'autres techniques peuvent aussi être proposées comme la méditation, la relaxation musculaire (à coupler avec la respiration abdominale) ou la réalisation d'activités apaisantes.

Ces stratégies peuvent être associées à des mesures hygiéno-diététiques comme :

- La limitation de la consommation de produits excitants comme le café, l'alcool ou le tabac, notamment le soir afin d'éviter que cela perturbe le sommeil et amplifie les symptômes du stress.
- La pratique d'une activité physique régulière qui permet la sécrétion d'endorphines, hormones endogènes du bien-être, qui permet une réduction de la réponse au stress avec un contrôle accru sur la respiration.

En complément de ces stratégies, divers compléments peuvent être conseillés à l'officine dans les domaines de la phytothérapie, l'aromathérapie et la micronutrition.

En phytothérapie, des propriétés anxiolytiques ont été démontrées pour certaines plantes comme la passiflore, le pavot de Californie, la valériane ou le tilleul.

Plante	Propriétés	Effets indésirables et contre-indications
Passiflore <i>Passiflora incarnata</i> Famille des passifloracées	Des flavonoïdes et du malitol retrouvés dans ses parties aériennes sont à l'origine de ses effets sédatifs. Le mécanisme d'action est inconnu, des recherches ont mis en évidence une action agoniste sur le système gabaergique. Son efficacité serait similaire à l'oxazépam (Séresta®).	Son action implique une altération de la vigilance dont il faut tenir compte, notamment si l'utilisateur conduit. Cette plante est déconseillée chez l'enfant de moins de 12 ans, la femme enceinte et allaitante.
Pavot de Californie <i>Eschscholtzia californica</i> Famille des papavéracées	Ses parties aériennes contiennent des alcaloïdes comme la protopine, des flavonoïdes, des phytostérols et des caroténoïdes à l'origine des effets sédatifs et hypnotiques. Il s'agirait aussi d'un antagoniste gabaergique	Cette plante peut provoquer des effets indésirables digestifs tels que nausées, vomissements et diarrhées. Elle peut aussi provoquer de la somnolence et des vertiges. Cette plante est déconseillée avant 18 ans, en cas de grossesse et d'allaitement. Des interactions sont constatés

		avec d'autres substances ayant un effet sédatifs.
Valériane <i>Valeriana officinalis</i> Famille des caprifoliacées	Ses parties souterraines contiennent des sesquiterpènes comme l'acide valérénique, les valépotriates et le valérénal à l'origine de ses propriétés sédatives, dépresseurs du SNC et antispasmodiques.	Des troubles digestifs modérés peuvent apparaître à forte dose. Cette plante est déconseillée chez l'enfant de moins de 12 ans, la femme enceinte et allaitante.
Tilleul à petites feuilles <i>Tilla cordata</i> Famille des malvacées	Son inflorescence est utilisée comme sédatif grâce à certains composés comme l'eugénol et le limonène. Son mode d'action est similaire aux BZD.	Des troubles digestifs et des réactions allergiques ont été reportées avec cette plante. Cette plante est déconseillée chez l'enfant de moins de 12 ans, la femme enceinte et allaitante.

Tableau 12 : Plantes utilisables dans la prise en charge de l'anxiété légère (55,56)

Ces 4 espèces végétales peuvent être retrouvées en officine sous la forme de plantes sèches utilisables sous forme de tisanes. Ils peuvent aussi entrer dans la composition de compléments alimentaires. Voici quelques exemples :

- On retrouve **la passiflore** dans la spécialité Arkogélules BIO® Passiflore commercialisée par le laboratoire Arkopharma. La dose conseillée est de 2 gélules 2 fois par jour(57).
- **L'eschscholtzia et la valériane** sont retrouvées en association dans la spécialité Phytostandard® Eschscholtzia Valériane des laboratoires Pileje. Il se présente sous la forme de comprimés avec pour posologie 2 à 4 comprimés au coucher contenant chacun 320 mg d'extrait d'eschscholtzia et 128 mg d'extrait de valériane tous deux obtenus par le procédé Phytostandard® breveté par le laboratoire qui défend un compromis entre une restitution du meilleur des propriétés de la plante et la préservation de la qualité des composés (58).

Concernant l'aromathérapie, des propriétés sédatives ont été constatées dans différentes huiles essentielles (HE). Parmi elles, la lavande vraie ou *lavandula angustifolia* de la famille des lamiacées. L'HE est extraite à partir des sommités fleuries et possède des propriétés sédatives. Le mécanisme d'action reste toutefois inconnu, une action soit sur le système gabaergique soit sur le système sérotoninergique sont évoquées(55,56).

L'HE de lavande vraie peut être appliquée sur la peau à raison de 2 à 3 gouttes dilués dans 2,5 mL d'huile végétale à appliquer sur la face interne des poignets et du plexus solaire (zone située entre l'ombilic et la base du sternum). Elle peut aussi être utilisée en inhalation sèche sur un mouchoir ou par voie orale en diluant 1 à 4 gouttes dans une cuillère de miel ou sur un comprimé neutre à sucer(56).

D'autres huiles essentielles peuvent être proposées, cette fois-ci sous des formes diffusables à l'aide de diffuseurs. Il existe pour cela des spécialités composées de plusieurs HE à l'instar de la gamme *Les diffusables*® du laboratoire Pranarôm en voici quelques exemples(59) :

- *Bien chez soi* comprenant les HE d'ylang-ylang, de vanille, d'orange douce, de bois de hô, de cannelle de ceylan, de rose de Damas et de patchouli
- *Zen* comprenant les HE d'orange douce, de litsée citronnée, de cèdre de l'Atlas et de mandarinier
- *Sommeil* comprenant les HE d'orange douce, de petit grain bigarade, de lavandin, de mandarinier, de bergamotier, de lavande vraie et de camomille noble.

Pour la diffusion, il faut insérer quelques gouttes de l'un des complexes en le diluant dans un volume d'eau courante qui varie selon le diffuseur utilisé.

Bien que qualifiée de « naturelle » par le grand public, l'utilisation d'huiles essentielles n'est pas pour autant sans risque. Celles-ci ne doivent pas être utilisées sans avis médical avant l'âge de 3 ans en diffusion ou avant 6 ans pour la voie orale. Lors de l'application cutanée, ces huiles doivent être associées à une huile végétale. Toute précaution est de mise pour certaines HE qui peuvent s'avérer dermocaustiques comme celle d'ylang-ylang. Un avis médical est aussi nécessaire chez les personnes atteintes d'asthme, d'allergies respiratoires et de convulsions (56). Il en est de même chez la femme enceinte, notamment durant les premiers mois de grossesse en raison de l'absence d'études de tératogénicité pour ces HE.(60)

La micronutrition peut aussi intervenir dans la prise en charge de symptômes légers de l'anxiété et de la dépression. Elle consiste à satisfaire les besoins de l'organisme en micronutriments³ par une alimentation diversifiée associée, si nécessaire, à une complémentation personnalisée(60). Elle a pour but d'éviter des carences qui peuvent avoir un impact sur la santé et participe donc à la prévention et la prise en charge de certaines maladies comme le stress, l'insomnie et les troubles gastro-intestinaux mais aussi certaines maladies inflammatoires, l'asthme et l'arthrose.

Cette approche a tout son sens de nos jours dans la mesure où l'apport calorique de notre alimentation est très important, et ce, au détriment de l'apport en micronutriments. De plus, la

³ Famille de nutriments fondamentale dans le fonctionnement cellulaire. Comprend les vitamines, minéraux, acides gras essentiels, probiotiques, flavonoïdes, etc.

cause de certaines pathologies, notamment au niveau des systèmes digestifs et nerveux, est étroitement liée à notre microbiote intestinal.

Ainsi, les laboratoires *Pileje* ont orienté des recherches sur le lien entre le cerveau et l'intestin et, de ce fait, sur la prise en charge de pathologies comme l'anxiété et la dépression(62).

La prescription de psychotropes est en nette augmentation ces dernières années. Pourtant, les patients ne répondent pas tous de la même manière à ces traitements. En effet, la prise en charge de la dépression repose essentiellement sur la théorie monoaminergique qui stipule que celle-ci est liée au déficit de certaines catécholamines comme la noradrénaline et la sérotonine. Or, d'autres théories peuvent l'expliquer d'un point de vue notamment du lien entre le cerveau et le microbiote intestinal. Ce lien possède aussi un rôle non négligeable dans les mécanismes du stress(62).

C'est en partant de ce constat que le laboratoire *Pileje* a développé des psychobiotiques qu'ils définissent comme « des microorganismes ingérés en quantité suffisante pour procurer un effet bénéfique sur la santé mentale ». On les retrouve dans la spécialité MELIORAN® PSYCHOBIOITIC avec les souches *Lactocaseibacillus casei* (LA205) et *Lactocaseibacillus paracasei* (LA903) qui, associés à de la vitamine B6, vont contrer les perturbations physiologiques induites par un stress chronique. Cela va notamment comprendre des troubles au niveau digestif, ce qui peut le rendre intéressant dans une association avec un anxiolytique comme l'alprazolam. En effet, les patients sous ce traitement font généralement moins de crises d'angoisse mais se sentent toujours stressés. Le but sera ici de réduire les signes liés au stress chronique. Ce complément est à prendre pendant un mois à raison d'une gélule par jour(62).

Le stress, l'anxiété et la déprime passagère peuvent aussi être pris en charge par la gamme MELIORAN(62).

- **MELIORAN IMEDIA** : Il contient de la L-Théanine issue du thé vert, de la passiflore et de la rhodiola. L'ensemble va avoir une action antagoniste glutamatergique et une amplification du signal monoaminergique qui vont jouer un rôle dans la réduction de l'anxiété, de la tachycardie et l'hypercortisolémie induits par un stress ponctuel comme le stress d'anticipation qui consiste par exemple au trac ressenti avant un entretien d'embauche.
- **MELIORAN REGUL** (aussi commercialisé sous le nom de *PHYTOSTANDARD Rhodiola Safran*) : Il contient de la rhodiola et du safran. La rhodiola va permettre une meilleure gestion des situations de stress tandis que le safran possède un principe actif fluoxétine-like, il agit donc comme un antidépresseur naturel. Il intervient dans la prise en charge de la déprime passagère ou d'une dépression légère avec la possibilité de retarder le

recours à un traitement antidépresseur. Le *MELORAN Régul* ne doit pas être pris en même temps qu'un antidépresseur en dehors de tout protocole de sevrage de celui-ci.

Ces compléments alimentaires sont à utiliser dans le cadre d'une alimentation équilibrée et d'un mode de vie sain. De plus, il faut les utiliser selon les recommandations et éviter les prises prolongées, répétées et multiples.

2.1.2 Prise en charge spécialisée dans le cadre de l'anxiété et de la dépression

Le conseil officinal peut s'avérer suffisant dans le cas d'une anxiété légère ou d'une déprime passagère. Si les symptômes persistent malgré cette intervention, les personnes concernées doivent être orientées vers une prise en charge médicale associant différentes psychothérapies à un traitement médicamenteux. Dans ce cadre, pharmaciens et préparateurs en officine sont amenés à dispenser les médicaments prescrits, informer, conseiller sur les modalités de prise, effets indésirables et précautions d'emploi. Nous n'aborderons donc ici que l'aspect médicamenteux cette prise.

Le traitement médicamenteux de l'anxiété et de la dépression repose sur des bases similaires. Il associe un médicament antidépresseur (ATD) à prendre en continu et un anxiolytique à prendre en situation de crise. Les antidépresseurs utilisés en première intention sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)(63,64). Les principales caractéristiques de ces molécules sont résumées dans le tableau 11 :

	ISRS	IRSNa
Exemples de molécules (dénomination commune internationale DCI)	Citalopram, escitalopram, fluoxétine, paroxétine.	Duloxétine, venlafaxine.
Mécanisme d'action	L'inhibition de la recapture de la sérotonine via le transporteur SERT induit une concentration accrue de ce neurotransmetteur dans la fente synaptique et, par conséquent, une amplification de la neurotransmission sérotoninergique.	En complément de la recapture de la sérotonine, ces molécules permettent aussi l'inhibition de la recapture de la noradrénaline.

Contre-indications (CI)	Syndrome du QT long et insuffisance rénale sévère (citalopram et escitalopram uniquement).	Insuffisance rénale et hépatiques sévères. Hypertension artérielle non contrôlée.
Effets indésirables (EI)	<p>Fréquents en début de traitement, les EI sont liés à une hyperactivité sérotoninergique liée à la lente mise en place d'un rétrocontrôle négatif sur la synthèse d'autorécepteurs sérotoninergiques. Ils sont généralement de nature :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Digestifs (nausées, vomissements, xérostomie, etc.) ; • Neurologiques (asthénie, vertiges, tremblements, céphalées, etc.) ; • Cardiovasculaires (hypertension artérielle). <p><u>Effet indésirable grave : Syndrome sérotoninergique</u></p> <p>Ce syndrome qui peut mettre en jeu le pronostic vital s'il n'est pris en charge à temps est la conséquence d'une hyperactivité sérotoninergique. Les symptômes surviennent dans les 6h suivant l'administration du médicament, durent généralement 24 heures et se manifestent à différents niveaux (65) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une altération de l'état mental qui se traduit par un syndrome confusionnel, de l'anxiété, de l'agitation et une hypervigilance. • Une hyperactivité au niveau du SNV avec des effets cardiovasculaires (tachycardie, HTA), digestifs (nausées, vomissements) et une hyperthermie avec hypersudation associée. • Une hyperactivité neuromusculaire qui se traduit par des tremblements et une rigidité musculaire. 	
Informations à transmettre aux patients	<p>Ces traitements ne seront efficaces que 3 à 6 semaines après leur instauration. Il est important de poursuivre le traitement malgré l'apparition d'effets indésirables.</p> <p>Tout changement anormal de l'humeur et l'apparition d'idées suicidaires doivent être signalées.</p> <p>L'instauration de ces traitements, tout comme leur arrêt s'effectuent de manière progressive. Il ne faut pas les arrêter brutalement en raison d'un risque de rechute.</p>	

Tableau 13 : Caractéristiques des ISRS utilisées en première intention dans la prise en charge de l'anxiété et de la dépression (15,63,64)

En complément de ce traitement de fond, des anxiolytiques de la classe des benzodiazépines peuvent être prescrits. Ceux-ci peuvent être utilisés ponctuellement lors de situations de crise. Le tableau 12 résume les principales caractéristiques de ces molécules.

Benzodiazépines (BZD)	
Exemples de molécules (DCI)	Alprazolam, bromazépam, diazépam, oxazépam, prazépam.
Mécanisme d'action	Leur action anxiolytique est conférée à leur action agoniste sur le système gabaergique. En se liant sur un récepteur spécifique, ils permettent l'ouverture des canaux GABA-A.
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance hépatique sévère, • Apnée du sommeil, • Insuffisance respiratoire, • Myasthénie⁴.
Effets indésirables	<ul style="list-style-type: none"> • Asthénie, • Diminution de la vigilance, • Amnésie antérograde⁵, • Accoutumance, dépendance, • Effet antabuse.
Informations à transmettre aux patients	La prise de BZD doit, dans la mesure du possible, rester ponctuelle en raison des risques d'accoutumance et de dépendance. La consommation d'alcool doit être limitée dans la mesure où les BZD potentialisent l'action de cette substance dans l'organisme.

Tableau 14 : Caractéristiques des benzodiazépines (63,64)

Cette première association est instaurée pour une durée d'environ deux mois, si celle-ci s'avère efficace, elle est poursuivie pendant une période comprise entre un et deux ans. Dans le cas contraire, un changement d'antidépresseur peut être envisagé. Celui-ci est issu de la classe des NaSSa (*Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant*), des antidépresseurs tricycliques ou des IMAO (Inhibiteurs de la Monoamine Oxydase). Les caractéristiques de ces différentes classes sont résumées dans le tableau 13.

⁴ Maladie auto-immune se traduisant par une faiblesse musculaire en raison d'une perturbation de la communication entre les cellules nerveuses et les muscles striés squelettiques.(66)

⁵ (ici) Pertes de mémoire après la prise de BZD.

	NaSSa	ATD tricycliques	IMAO
DCI	Mirtazapine	Clomipramine, amitryptiline, doxépine.	Iproniazide, moclobémide.
Mécanisme d'action	Action antagoniste adrénergique (α_2) à l'origine d'une libération accrue de noradrénaline et par conséquent de sérotonine par l'organisme. Action antagoniste sérotoninergique afin de compenser l'hyperactivité sérotoninergique induite par ces molécules.	Action inhibitrice sur la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline au même titre que les ISRS et les IRSNa mais avec une sélectivité plus faible. Possède aussi une action antagoniste sur les voies muscariniques, adrénergiques et histaminergiques.	Inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO), enzyme chargée de dégrader la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine.
Contre-indications	Pas de CI particulière mais précautions en cas de : <ul style="list-style-type: none"> • Grossesse et allaitement, • Syndrome QT long. 	<ul style="list-style-type: none"> • Glaucome, • Rétention urinaire, • Infarctus du myocarde récent. 	<p>Pour l'iproniazide :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Allaitement, • Consommation de produits à base de caféine et de tyramine (fromages notamment), • Insuffisance hépatique. <p>Pour le moclobémide : Association avec certains médicaments comme le tramadol (antalgique), le dextrométorphan (antitussif) et les triptans (antimigraineux).</p>

Effets indésirables	Les EI retrouvés dans les ISRS et IRSNa sont aussi retrouvés dans ces trois classes avec quelques spécificités résumées ci-dessous :		
	Leur intensité est modérée grâce à l'action antagoniste sérotoninergique de cette molécule.	D'autres EI ont été observées en raison de la faible sélectivité de ces molécules dont : <ul style="list-style-type: none"> • Un syndrome atropinique • Des effets quinidine-like et stabilisant de membrane • Une sédation accrue 	Cette classe est aussi concernée par des EI graves comme : <ul style="list-style-type: none"> • Un risque accru de syndrome sérotoninergique. • Un <i>cheese effect</i> qui se traduit des crises hypertensives à l'origine de complications cardiovasculaires et neurologiques importants.

Tableau 15 : Antidépresseurs utilisables en 2^e ou 3^e intention (63,64)

Une hospitalisation peut être envisagée dans le cas d'anxiété ou de dépression sévères, notamment lorsque le patient représente un danger pour lui-même. Se met alors en place une psychothérapie adaptée à chacun. Pharmaciens hospitaliers et étudiants en pharmacie ont un rôle à jouer dans le suivi de ces patients.

En cinquième année de pharmacie nous sommes amenés à effectuer des stages en milieu hospitalier. En filière officine, nous sommes amenés à effectuer trois stages de quatre mois chacun, avec pour l'un d'eux une mission d'éducation thérapeutique (ETP) à réaliser.

L'ETP a pour but d'aider un patient et son entourage à mieux vivre avec une maladie chronique. Elle leur fournit des outils leur permettant de comprendre leur pathologie et de faire face aux difficultés qui peuvent être liées à celle-ci dans le but de les rendre plus autonomes et acteurs de leur parcours de soin. Elles sont réalisées par différents professionnels de santé comme les médecins, infirmiers, pharmaciens hospitaliers et étudiants (23).

J'ai réalisé cette mission au centre Esquirol de Caen avec l'encadrement du Dr Bui et du Dr Augry-Guy pharmacienne au sein du CHU de Caen. Une fois par semaine, mon co-externe et moi réunissions un groupe de deux à six personnes hospitalisées dans ce centre pour dépression afin de les sensibiliser sur la pathologie et ses traitements sous la forme de questions-réponses avec un bilan en fin de séance. Afin de créer cet atelier, nous nous sommes inspirés des travaux réalisés par Claire Cazaux dans le cadre de sa thèse d'exercice de pharmacie.

2.2 Troubles psychotiques : exemple de la schizophrénie

2.2.1 Prise en charge médicamenteuse

La prise en charge de la schizophrénie nécessite la mise en place d'un traitement médicamenteux dès l'établissement du diagnostic, le tout associé à un accompagnement permettant la réhabilitation psychosociale du patient et par conséquent son autonomie(67). Seuls les aspects médicamenteux seront évoqués dans cette partie. On abordera aussi des mesures hygiéno-diététiques associées à cette prise en charge, axe sur lequel le conseil officinal peut intervenir.

Les antipsychotiques de 2^e génération sont utilisés en première intention. Ceux-ci sont instaurés pendant six semaines puis leur efficacité est évaluée. Si celle-ci n'est pas avérée malgré une bonne observance de la part du patient, le neuroleptique (NL) est modifié au profit d'un autre de la même classe ou d'une autre, celle des antipsychotiques de 1^e génération. Cette modification fait aussi l'objet d'une réévaluation au bout de six semaines de traitement. Si celle-ci s'avère être inefficace, elle est alors remplacée par la clozapine.

	NL de 1 ^{re} génération	NL de 2 ^e génération	
DCI	Halopéridol, chlorpromazine	Olanzapine, rispéridone, quétiapine.	Clozapine
Mécanisme d'action	Ces 2 classes de neuroleptiques possèdent une action antagoniste sur les récepteurs dopaminergiques D2 permettant une réduction des effets productifs de la psychose. Les modes d'action qui leurs sont spécifiques sont résumées ci-dessous.		
	Cette classe possède aussi une composante antagoniste muscarinique, histaminergique et adrénergique à l'origine de certains de ses effets indésirables.	Cette classe possède aussi une composante antagoniste sérotoninergique (récepteur 5-HT _{2A}) qui va avoir pour conséquence la réduction de la libération de dopamine dans certaines voies dopaminergiques comme la voie nigro-striée et tubéro-infundibulaire. Les voies sérotoninergiques inhibées diffèrent d'un NL à un autre. La clozapine est la molécule la moins sélective de cette classe.	

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Contre-Indications</p>	<p><u>Spécifiques à l'halopéridol :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles cardiaques (antécédents d'infarctus du myocarde, syndrome du QT long, etc.), • Maladie de parkinson. <p><u>Spécifiques à la chlorpromazine :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Glaucome, • Antécédents d'agranulocytose. 	<p>Glaucome à angle fermé (olanzapine)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'agranulocytose, • Dépression du SNC, • Cardiopathie sévère • Epilepsie non contrôlée • Psychoses liées à la consommation de SPA • Impossibilité d'effectuer des analyses de sang régulières.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">EI</p>	<p>Les effets extrapyramidaux sont retrouvés dans les deux classes. L'effet le plus fréquemment retrouvé est le syndrome parkinsonien caractérisé par des tremblements au repos, une bradykinésie ou une exécution lente des mouvements associée à une akinésie ou un retard dans l'exécution de ces mouvements voire une impossibilité à les réaliser. On y constate aussi des difficultés dans la démarche et une rigidité musculaire au niveau des membres supérieurs. Dans les cas les plus graves, ces molécules peuvent provoquer un syndrome malin des NL qui regroupent plusieurs symptômes parmi les suivants(68) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une altération de l'état mental comprenant des agitations, un état confusionnel pouvant évoluer vers un coma. • Des anomalies motrices avec notamment une rigidité musculaire. • Une hyperthermie • Une hyperactivité neurovégétative avec notamment des troubles du rythme cardiaque et une HTA. 		
<p>D'autres EI ont été observées dans cette classe :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome atropinique 	<p>Les EI constatés avec les NL de 1^{re} génération sont aussi retrouvées. L'intensité de ceux-ci est toutefois plus faible en</p>	<p>Les perturbations du bilan sanguin sont fréquentes avec notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neutropénie, 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Effets cardiovasculaires • Sédation accrue • Prise de poids 	raison d'une meilleure sélectivité de ces molécules et de leur activité antagoniste sur le système sérotoninergique.	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocytose, • Eosinophilie, • Leucopénie. L'administration de clozapine nécessite la réalisation régulière de bilans sanguins.
--	---	--	---

Tableau 16 : Neuroleptiques administrées par voie orale : exemples(68–70)

Les NL sont toujours instaurées par voie orale. En cas de tolérance et d'efficacité de la première molécule prescrite chez un patient, un relai par un NL injectable d'action prolongé peut être envisagé avec l'olanzapine (Zypadhera®) ou la palipéridone (Xeplion®). Réalisés par un professionnel de santé (en milieu hospitalier pour le Zypadhera®), les injections sont généralement mensuelles favorisant ainsi l'adhésion du patient à son traitement.(69)

Non évoqués dans le tableau 14, il existe aussi des NL de 3^e génération comme l'aripiprazole. Cette classe se dote, en plus des antipsychotiques cités précédemment, d'une composante agoniste partielle des récepteurs dopaminergiques D2 au niveau présynaptique qui va permettre une réduction de la libération de dopamine et par conséquent une diminution des effets indésirables extrapyramidaux et de l'hyperprolactinémie. Elle stimule aussi partiellement les récepteurs 5-HT1A qui vont permettre la diminution de la libération de glutamate et de GABA au niveau cérébral(71). Cette classe peut constituer une alternative aux NL de 1^{re} génération en cas d'inefficacité du traitement instauré en première intention.

2.2.2 Accompagner les patients psychotiques à l'officine : alimentation et activité physique

Comme dans de nombreuses pathologies, une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière ont des effets bénéfiques sur la pathologie psychotique (69).

En effet, la schizophrénie est un facteur favorisant l'apparition de surpoids et d'autres pathologies liées comme l'hypertension artérielle, le diabète de type II ou le syndrome métabolique. De ce fait, si celui-ci s'avère nécessaire, le rééquilibrage alimentaire fait partie intégrante de la prise en charge des psychoses.

Cette question peut être évoquée au sein de l'officine par le biais de conseils comprises et facilement applicables par les patients concernés, le tout à partir d'une analyse de ce qu'ils consomment au quotidien.

A titre d'exemple, dans le cadre de mon stage de pratique professionnelle en officine, j'ai réalisé une mission éducative auprès d'un patient qui éprouvait des difficultés à rééquilibrer son alimentation en raison d'une méconnaissance à ce sujet. Ainsi, à travers différents menus à corriger, un déjeuner et deux petits déjeuners, j'ai eu l'occasion de le sensibiliser sur différents sujets :

- L'assiette idéale composée de 25% de protéines, 25% de féculents et 50% de fruits et légumes.
- La lecture des étiquettes de différents produits afin de sensibiliser sur la teneur en protéines, en sucres et en matières grasses de ceux-ci. Avec notamment pour objectif de sensibiliser sur la notion de *sucres cachés* soient la présence de saccharose dans des aliments bien que celle-ci ne soit attendue, ce qui est notamment le cas du pain de mie industriel, de certaines céréales consommées au petit déjeuner ou encore de yaourts aux fruits.
- Le Nutri-Score qui bien que répandu est parfois difficile à interpréter par les consommateurs. L'objectif ici était de donner des pistes afin de mieux appréhender ce score avec des exemples précis comme le fait qu'un yaourt avec un Nutri-Score C peut s'avérer très calorique avec une teneur en sucre élevée notamment, sa consommation devra donc être modérée tandis qu'une huile avec ce même Nutri-Score pourra être au contraire davantage recommandée car c'est le meilleur score que l'on peut obtenir avec ce type d'aliment.
- La présentation d'outils comme la « fabrique à menus » présente sur le site mangerbouger.fr afin de l'aider à composer ses menus de la semaine(72).

Réalisée dans le cadre d'un entretien pharmaceutique, cette intervention a pu aider le patient à mieux aborder cette question d'équilibre alimentaire et s'est avérée pour ma part enrichissante. Toutefois, et nous aurons l'occasion d'y revenir dans le fil de cette partie, la tenue de ce type d'entretien est assez rare au sein de l'officine en raison de difficultés organisationnelles et de son aspect chronophage.

2.3 Addictologie

2.3.1 Alcool

L'alcool agit principalement au niveau du Système Nerveux Central (SNC) dont les cibles sont le nucleus accumbens, l'amygdale et l'hippocampe par le système dopaminergique mésocortico-limbique (« système de récompense »). Cette voie conduit au plaisir, à l'euphorie et à l'envie de recommencer. L'alcool est un agoniste des récepteurs GABA-A, il a un effet de potentialisation de l'effet du GABA: effet dépresseur du SNC(73).

Il a aussi un effet inhibiteur sur les neurones dopaminergiques : augmentation de concentration de dopamine par inhibition de sa dégradation activant le système de récompense.

L'alcool a une action différente sur les récepteurs NMDA (récepteurs au glutamate) selon de type de consommation :

- Lors d'une consommation aiguë l'alcool se fixe à la place du glutamate, diminuant ainsi la transmission glutamatergique au profit de la transmission gabaergique : effet dépresseur.
- Lors d'une consommation chronique, on retrouve une élévation du nombre de récepteurs NMDA compensant la baisse de transmission, ce qui potentialise la transmission glutamatergique au détriment du GABA : effet excitateur et neurotoxique.

L'alcool augmente l'activité des neurones sérotoninergiques (récepteurs 5-HT₃), il a également un effet d'activation indirecte sur les neurones dopaminergiques. La sérotonine participe à la sensation de plaisir.

Par ailleurs, l'alcool stimule la synthèse et la libération de β -endorphines. On a aussi une diminution de la noradrénaline avec une augmentation de l'activité des systèmes cathécholaminergiques.

Ainsi, le sevrage de l'alcool provoque une diminution de la concentration en GABA sans pour autant que celle en glutamate ne soit, par compensation, diminuée ce qui a pour conséquence l'apparition d'un syndrome de sevrage.

Ce syndrome apparaît dans les heures qui suivent l'arrêt de la consommation d'alcool. Dans un premier temps, des tremblements, des sueurs, des signes digestifs comme les nausées et vomissements et cardiovasculaires comme une tachycardie et une hypertension artérielle (HTA) apparaissent. Ceux-ci peuvent aller vers des syndromes plus graves comme le *delirium tremens* qui associe, entre autres, un état confus, une désorientation, des hallucinations et convulsions. Ce syndrome est mortel dans 5 à 15% des cas en l'absence de traitement et moins de 1% des cas une fois le traitement en place.

Ainsi, la réduction de la consommation d'alcool ne doit pas se faire brutalement et nécessite une surveillance clinique, le tout associé systématiquement à un traitement pharmacologique afin de réduire les risques de complications liées au sevrage. La motivation du patient est primordiale dans la mise en place d'un protocole de sevrage.

Le degré de dépendance peut être évalué à l'aide d'échelles comme le score de Cushman destiné à évaluer la gravité du syndrome de sevrage alcoolique en tenant compte de paramètres comme la tension artérielle, la fréquence respiratoire, la présence de tremblements, de sueurs et d'autres signes d'hyperactivité du SNC comme l'agitation et les troubles sensoriels.

Les molécules utilisées en première intention sont issues de la famille des benzodiazépines, ils comprennent notamment le diazépam (Valium®) et l'oxazépam (Seresta®)(74).

- **L'oxazépam** est la molécule la plus utilisée en raison de sa courte demi-vie (environ 8h) et l'absence de composés actifs produits durant sa métabolisation. Cette propriété réduit le risque d'accumulation de ce principe actif dans l'organisme. Elle possède donc un intérêt chez la personne atteinte de troubles hépatiques comme les cirrhoses chez la personne alcoolique(74).
- **Le diazépam** possède une demi-vie plus longue (environ 40h) et donc plus propice à l'accumulation dans l'organisme. Cependant, bien que contre indiquée en cas d'insuffisances rénale et hépatique sévères, il s'agit de la molécule de référence dans la prise en charge du sevrage alcoolique. Sa longue demi-vie réduit en effet le risque de dépendance et que le syndrome de sevrage à l'arrêt de cette molécule(74).

En complément des benzodiazépines, une réhydratation per os ou en intraveineuse dans un contexte hospitalier ainsi qu'une supplémentation en vitamines avec la thiamine (vitamine B1) et la pyridoxine (vitamine B6) contenues dans la spécialité PRINCI-B® disponible en pharmacie de ville(75). Une complémentation en vitamine D peut également être prescrite.

A l'issue de ce protocole de sevrage, d'autres traitements peuvent être conduits afin de prévenir une rechute. Il s'agit notamment du naltrexone, de l'acamprosate, du disulfirame, du nalméfène et du baclofène.

- Le naltrexone (REVIA®) est un antagoniste des récepteurs μ opioïdiques induisant une inhibition de la sécrétion de dopamine par cette voie. Le plaisir associé à la consommation d'alcool se voit ainsi diminuée(76).
- L'acamprosate (AOTAL®) possède une structure similaire à la taurine et au GABA, ce qui lui permet de stimuler la voie gabaergique au détriment de la voie glutamatergique. Cette action réduit le désir de consommation d'alcool (77).
- Le disulfirame (ESPERAL®) est un inhibiteur de l'aldéhyde déshydrogénase (ALDH) qui a la charge de la dégradation de l'aldéhyde formé par le métabolisme de l'alcool. Ainsi, une consommation d'alcool provoquera un effet antabuse désagréable pour le patient. Les symptômes sont entre autres les suivants : nausées, vomissements, sensations de malaise, tachycardie, hypotension (78).
- Le nalméfène (SELINCRO®) agit sur les récepteurs opioïdes en étant antagoniste des récepteurs μ , δ et agoniste partiel des récepteurs κ . Celui-ci sera réservé aux personnes fortement dépendantes à l'alcool et ne doit pas être associé à un traitement substitutif aux opiacés(79).
- Le baclofène (BACLOCUR®) est aussi un analogue du GABA avec un effet antispasmodique. Utilisé dans la prise en charge des spasmes musculaires induits par la

sclérose en plaques et autres affections médullaires ou de la moelle épinière(80). Dans la prise en charge de l'alcool, il permet de diminuer l'envie irrésistible de boire (81).

2.3.2 Opioides

Le traitement de substitution aux opioïdes (TSO) a pour objectif la diminution de l'addiction et plus globalement du désir de consommer ces substances. Cela aura *de facto* un impact sur la réduction des dommages liés à cette consommation d'un point de vue sanitaire comme social (82). Sa prise en charge implique dans un premier temps une évaluation du degré de dépendance aux opiacés en prenant au compte les autres SPA afin d'adapter la conduite thérapeutique à chacun. A noter que le suivi thérapeutique se poursuit pendant le traitement afin de motiver le patient, d'adapter la posologie des médicaments prescrits et plus globalement de la conduite thérapeutique en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et de son rapport avec les SPA. Celui-ci s'effectue notamment par le biais de consultations hebdomadaires lors de l'instauration du TSO. Par ailleurs, le traitement médicamenteux est associé à une prise en charge psychologique et sociale.(83)

Deux principales molécules sont utilisées dans le cadre des TSO, à savoir la buprénorphine et la méthadone. Seule une forte dépendance aux opiacés justifie la mise en place d'un traitement médicamenteux. Si la dépendance est faible et récente, un accompagnement à un sevrage progressif est mis en place (82). Les caractéristiques de ces deux médicaments sont résumées dans le tableau 15.

	Buprénorphine (SUBUTEX®)	Méthadone
Mécanisme d'action	Son action pharmacologique est liée à son activité agoniste partielle sur les récepteurs μ . Elle possède aussi une action antagoniste sur les récepteurs kappa afin de réduire l'apparition des dysphories	A la différence du SUBUTEX®, la méthadone est un agoniste pur des récepteurs μ .
CI	Les TSO ne peuvent être administrés chez l'enfant de moins de 15 ans.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Alcoolisme aigu, • Insuffisance hépatique, • Insuffisance rénale 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance respiratoire
Effets indésirables	Communs à ces deux classes : Constipation, nausées, xérostomie ⁶	
	<ul style="list-style-type: none"> • Troubles hépatiques, • Hypotension orthostatique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hypersudation, • Troubles de la libido,

⁶ Sécheresse buccale.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression respiratoire si injecté 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépression respiratoire, • Apnée du sommeil, • Arythmie cardiaque, • Risque accru d'accoutumance et de dépendance en comparaison avec le SUBUTEX®. • Allongement QT
--	--	---

Tableau 17 : Résumé des caractéristiques des principales TSO utilisées(82).

Ces deux médicaments font l'objet d'une réglementation spécifique d'un point de vue de leur délivrance.

L'instauration de la méthadone doit s'effectuer au sein d'établissements spécialisés comme les CSAPA. Cette molécule est considérée comme un produit stupéfiant, sa prescription doit se faire sur une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 14 jours pour la forme sirop (flacons unitaires) et 28 pour la forme gélule. L'ordonnance doit mentionner le nom de la pharmacie dispensatrice. La délivrance s'effectue de façon fractionnée, de 1 à 7 jours, sauf mention contraire du médecin prescripteur. Le suivi de la personne peut se faire ensuite par un médecin généraliste avec une ordonnance de délégation. Le délai de carence, soit le délai nécessaire à la délivrance de la prescription est de 3 jours.

Quant à la buprénorphine, elle est considérée comme un assimilé aux stupéfiants. Sa prescription nécessite aussi l'élaboration d'une ordonnance sécurisée pour une durée maximale de 28 jours et une délivrance fractionnée de 7 jours sauf mention contraire du prescripteur. La pharmacie dispensatrice doit être mentionnée sur l'ordonnance comme avec la méthadone. Toutefois, le délai de présentation est de 3 mois après son édition contrairement à la méthadone pour lequel ce délai est ramené à 3 jours. De plus, la primo-prescription au sein d'un établissement spécialisé n'est pas obligatoire(84,85).

3 Que peuvent apporter les PSSM dans la pratique officinale ?

3.1 L'officine au cœur du système de soins : focus sur la pandémie de COVID-19

Comme évoquée en première partie, la pandémie de COVID a nécessité la mise en place de différentes mesures gouvernementales comme la restriction des déplacements à travers confinements et couvre-feux notamment. Mis en place entre mars et mai 2020, le premier d'entre eux a vu une exacerbation des violences intrafamiliales. Dans ce contexte, et compte tenu de son accessibilité accrue auprès des patients en comparaison avec d'autres professions de santé, la pharmacie d'officine était amenée à participer à la prévention et la prise en charge de ces violences. Ainsi, elle participe à la communication autour des cellules d'écoutes comme celle du Service national d'accueil téléphonique pour l'enfance en danger (SNATED) joignable en composant le 119(86).

Le personnel de l'officine joue aussi un rôle dans la prise en charge de ces violences en étant attentif à différents signes morphologiques comme la présence de bleus et autres plaies inhabituelles chez un nourrisson associée à des éléments comportementaux et/ou de troubles de la vigilance, ce qui peut orienter vers un syndrome du bébé secoué particulièrement délétère pour le développement neurologique de l'enfant.

Dans ce contexte, il ne faut pas oublier les violences conjugales pour lequel là aussi le nombre d'appels au 3919, la cellule d'écoute « Violences Femmes Info » a fortement augmenté lors du premier confinement. La demande d'un « masque 19 » lorsque la personne concernée se présente à la pharmacie avec son conjoint violent constitue un signe d'alerte.

Par ailleurs, et notamment si le personnel de l'officine connaît bien ses patients, il doit être attentif à certains facteurs favorisant le passage à l'acte dans ces violences comme le fait d'avoir grandi dans un milieu maltraitant.

A noter que ces violences ont aussi touché les pharmaciens et préparateurs en pharmacie en raison notamment de difficultés d'approvisionnement de médicaments comme le paracétamol, d'équipements de protection individuelle comme les masques chirurgicaux et FFP2. Une attitude plus agressive de la patientèle est aussi liée à l'application de mesures de sécurité au sein de l'officine pour limiter les contaminations et à la propagation d'informations fausses et de diverses théories

dites *complotistes* sur la pandémie engendrant ainsi une dégradation de la confiance envers les professionnels de santé. Ces violences sont toujours d'actualité de nos jours.

Concernant l'anxiété et la dépression en complément de ce qui a déjà été évoqué en première partie, une augmentation de la délivrance de médicaments psychotropes a été constatée, et ce, dès le début du confinement. Ainsi, des campagnes d'information ont été mises en place afin d'aider la population à préserver leur santé mentale. Parmi les conseils prodigués sont notamment mentionnés le fait de garder le contact avec les proches et de ne pas hésiter à consulter un professionnel de santé si besoin. Le pharmacien d'officine est aussi sollicité pour être à l'écoute de cette population et la réorienter en fonction des symptômes.

3.2 L'accompagnement pharmaceutique : chronophage et peu valorisé

Comme évoqué en introduction de cette partie, les missions du pharmacien d'officine évoluent et se diversifient au fil des années justifiant ainsi sa place centrale dans le parcours de soins de chacun. L'article 38 de la loi hôpital patient santé territoire (HPST) de 2009 rappelle de ce fait ses différentes fonctions allant de l'acte de dispensation, du suivi pharmaceutique des patients, de la prévention en santé, du dépistage, des « soins de premiers recours », de la coopération interprofessionnelle à l'éducation thérapeutique du patient(69).

Ce positionnement au plus près des patients a permis l'émergence de nouvelles missions autour notamment de l'accompagnement pharmaceutique du patient comprenant le bilan partagé de médication et les entretiens pharmaceutiques.

Destiné aux patients de plus de 65 ans atteints d'une ou plusieurs pathologies chroniques avec au moins 5 médicaments prescrits, **le bilan partagé de médication (BPM)** consiste en un entretien structuré avec le patient pour faire l'analyse de son traitement. En coordination avec les différents médecins que le patient rencontre dans le cadre de sa prise en charge, il a notamment pour objectif (87) :

- « D'évaluer l'observance et la tolérance du traitement. »
- « D'identifier les interactions médicamenteuses. »
- « De vérifier les conditions de prise et du bon usage du médicament. »

Concernant le déroulement de ce bilan, un premier entretien de recueil d'information est conduit avec le patient en s'aidant de son dossier pharmaceutique (et de ce fait, de son historique au sein de l'officine) et de son espace santé dans le cas où l'officine en a accès. A la suite de cet entretien, les informations données sont analysées en mettant en évidence certaines conduites à risque liées par exemple aux conséquences induites par un surdosage et des effets indésirables ressentis par le

patient. Ce traitement comprend un échange avec les différents médecins en charge du patient. Toutes ces données permettent de donner des pistes afin d'améliorer la prise des traitements par le patient faisant l'objet d'un entretien dit « conseil » dans lequel le pharmacien donne les recommandations aux patients. A l'issue de cet entretien d'autres rendez-vous de suivi d'observance sont programmées(87).

Quant aux **entretiens pharmaceutiques (EP)**, ils sont définis selon la Société Française de Pharmacie Clinique comme « Un échange entre un patient et un pharmacien permettant de recueillir des informations et de renforcer les messages de conseil, de prévention et d'éducation » (88). Les patients concernés sont ceux sous anticoagulants que ce soient les anti-vitamine K (AVK) et anticoagulants oraux directs (AOD) ainsi que les patients asthmatiques sous traitements par corticoïdes inhalés. Conventionnés, ces entretiens sont réalisés à l'aide de supports validés par la haute autorité de santé et les pharmaciens titulaires. Les principaux objectifs de cet entretien sont d'évaluer les connaissances des patients vis-à-vis de leur traitement pour ensuite les aider à s'approprier de ce dernier pour enfin assurer un suivi de leur conduite thérapeutique.(69,89)

Assurer l'accompagnement pharmaceutique des patients concernés au sein de l'officine entre dans une démarche volontaire et nécessite une habilitation à pratiquer l'ETP obtenue à l'issue d'une formation de 40h notamment dispensée à Caen à partir de la 4^e année d'étude avec des missions éducatives à réaliser durant la 5^e année hospitalo-universitaire et le stage de pratique professionnelle en 6^e année.

Ces missions sont généralement vues comme bénéfiques, lors de la mise en place de ces entretiens en 2012 pour l'AVK(69,90). Cette démarche améliore la relation pharmacien-patient ainsi que l'observance et la vigilance des patients autour de leur traitement. Malgré une volonté de poursuivre la démarche, le dispositif s'est essoufflé courant 2015 et ne semble pas attirer de nouveau malgré une modification des modalités en 2017. Cela s'explique notamment par la lourdeur administrative de ces entretiens ainsi que son aspect chronophage, aspect peu valorisé notamment d'un point de vue financier. De plus, la promotion de l'ETP exclut très souvent les officines malgré leur place centrale dans la prise en charge des patients.

Une meilleure valorisation de ces missions au bénéfice important dans l'accompagnement pharmaceutique pourrait davantage soutenir leur développement, du moins pour les officines ayant les moyens humains pour le faire. Il est à noter que ces missions n'intègrent pas, pour le moment, les troubles en santé mentale.

3.3 Comment parler de la dépression chez la personne âgée ?

L'approche des patients psychiatriques à l'officine est particulièrement difficile. En effet, pharmaciens et préparateurs ne sont que peu sensibilisés à l'approche à ce sujet, comme le montre une étude publiée en mars 2020 dans les *Annales Pharmaceutiques Françaises*(91).

Considérée depuis l'an 2000 comme une épidémie, la dépression reste tout autant sous diagnostiquée avec environ 40% de cas non dépistés en raison d'une symptomatologie différente d'un patient à l'autre et d'un accès aux soins particulièrement défavorable à la personne âgée. Tout cela est associé à une stigmatisation ancrée dans la société incitant les personnes concernées à retarder le diagnostic de dépression et la mise en place d'un traitement. Or, le discours et les représentations des professionnels de santé à ce sujet influe les représentations des patients qu'ils ont en charge et la pharmacie d'officine joue un rôle crucial dans le suivi des patients dépressifs, notamment d'un point de vue de leur traitement.

Cette étude a donc permis de mettre en évidence les représentations sur la dépression et les antidépresseurs auprès d'un groupe de 8 pharmaciens et 5 préparateurs en pharmacie de la région lyonnaise(91). Il s'agissait ici d'une étude qualitative à partir d'un entretien semi-dirigé constitué de 10 questions catégorisés selon 3 thèmes que sont :

- Thème 1 : « La dépression chez la personne âgée et le repérage en officine. »
- Thème 2 : « La prise en soin médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression. »
- Thème 3 : « Les freins et leviers à l'adhésion médicamenteuse au traitement antidépresseur chez la personne âgée. »

Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits afin d'analyser les données.

Il a été constaté, au sein de cette étude, que la physiopathologie de la dépression est connue de la plupart des professionnels interrogés mais celle-ci est difficilement abordable auprès des personnes âgées au comptoir, notamment lorsqu'il s'agit d'une instauration de traitement. En effet, pharmaciens et préparateurs considèrent que les termes *dépression* et *antidépresseurs* ont une forte connotation dans la société, notamment auprès du public visé par l'étude, à priori moins sensibilisée que le public jeune vis-à-vis des questions de santé mentale.

Ainsi, les traitements antidépresseurs ne sont pas évoqués en tant que tel mais plutôt comme des médicaments « *pour le moral* » ou pour aider la personne à « *remonter la pente* ». Les participants à l'étude préfèrent se positionner dans la continuité des explications préalables du médecin plutôt que d'effrayer, d'autant plus si ce dernier cherche à minimiser le diagnostic au près du patient.

Certains d'entre eux demandent à la personne concernée ce qui a été dit lors de la consultation pour ainsi réutiliser les termes employés durant celle-ci.

A noter que l'orientation des patients concernés vers des psychothérapies reste faible auprès des praticiens interrogés bien qu'ils aient conscience de l'insuffisance d'un traitement uniquement médicamenteux dans la prise en charge de la dépression.

Citées par les auteurs, des études réalisées par *Liekens et al* ont constaté la présence d'idées stigmatisantes conduisant parfois à la dégradation de la prise en charge des patients dépressifs. Une formation ciblée à ce sujet ont permis de significativement réduire ces stigmatisations. **La formation aux PSSM peut donc constituer un outil intéressant afin de sensibiliser pharmaciens et préparateurs sur les troubles en santé mentale les plus fréquents par la confrontation de leurs idées reçues face à la réalité de ces pathologies. De plus, ils sauront plus aisément aborder le sujet de ces pathologies auprès des patients.**

3.4 Intégrer les PSSM dans les études de pharmacie

A ce jour, la littérature relate peu de travaux sur l'impact des PSSM dans l'exercice de la profession officinale(92). Néanmoins, une première étude menée par une équipe de l'Université de Caroline du Nord a permis de faire le constat d'une augmentation de la prévalence des troubles en santé mentale marquée par une prise en charge insuffisante. Plusieurs raisons sont évoquées :

- Une importante stigmatisation de la pathologie psychique.
- Une inégalité d'accès aux soins en raison d'un manque de personnel qualifié comme des psychiatres et psychologues ainsi que des contraintes financières. Il est noté qu'environ 40% des psychiatres états-uniens font régler leurs consultations.

Les auteurs considèrent que ces facteurs contribuent aux taux de suicide (d'environ 30%) qui ne cesse de croître en 20 ans. Le suicide fait partie des dix premières causes de décès en 2016(92).

Du fait de sa proximité avec ses patients, la pharmacie d'officine influe positivement sur la prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale. Toutefois, et nous l'avons notamment constaté dans l'étude lyonnaise évoquée précédemment, les pharmaciens ont du mal à aborder le sujet des troubles en santé mentale au comptoir en raison des différents préjugés sur la maladie ainsi qu'une formation initiale pauvre dans les outils utiles pour une prise en charge efficace (91). Pour pallier cette insuffisance, les auteurs suggèrent que l'intégration des PSSM dans le cursus d'études de pharmacie permettrait de réduire les préjugés sur la pathologie, d'aborder plus aisément les troubles en santé mentale et d'adopter *in fine* la bonne posture auprès des patients concernés.

L'étude réalisée en Caroline du Nord incluait 130 étudiants en 3^e année de pharmacie réparties dans 6 groupes de 20 à 25 personnes(92).

Ces étudiants suivaient le cursus *Patient Care Experience* dans lequel ils sont préparés à la prise en charge au comptoir de patients dans différentes situations. Les participants répondent à un questionnaire en ligne avant et juste après la formation aux PSSM. Ce questionnaire porte sur les thématiques suivantes :

- La confiance qu'ont les étudiants dans le fait de venir en aide aux personnes en difficultés selon le plan d'action des PSSM répondant à l'acronyme AERER. Il fallait répondre par oui ou non à « J'ai confiance en moi dans le fait d'écouter activement et sans jugement » par exemple.
- Les connaissances dans les troubles en santé mentale.
- « L'échelle de distanciation sociale » qui évalue l'interaction des participants avec les personnes atteintes de troubles en santé mentale.
- Des idées reçues sur les troubles en santé mentale et leur perception
- L'évaluation de l'empathie avec l'échelle de *Kiersma-Chen*. Celle-ci est composée de différentes affirmations auxquels le participant indique si celle-ci est vraie ou non. En exemple, parmi les affirmations, on peut citer : « Il est nécessaire pour un professionnel d'être capable de comprendre l'expérience d'autrui » ou « Je ne m'autoriserai pas à être influencé par le ressenti du patient afin d'instaurer le meilleur traitement pour lui ». Ce questionnaire permet l'obtention d'un score compris entre 15 et 105, un score plus élevé correspondant à une plus grande empathie(93).

Une hausse significative de l'empathie et de la confiance dans la prise en charge des troubles en santé mentale est constatée dans le cadre de cette étude, ce qui n'est pas le cas pour les connaissances, les éléments autour de la stigmatisation et du rapport qu'ont les participants avec les personnes atteintes de troubles en santé mentale. L'une des principales raisons est le bagage important liées aux connaissances que les étudiants avaient préalablement en raison des cours dispensés et des expériences déjà vécues avec un membre de leur entourage souffrant de troubles psychiques. C'est pourquoi au regard de ces premiers résultats les auteurs ont émis la proposition de refaire l'étude en incluant pour le coup des étudiants en début de cursus ainsi que des pharmaciens déjà en activité.

3.5 Former les pharmaciens aux PSSM

Une étude réalisée auprès des pharmaciens avait pour objectifs d'évaluer leur capacité à porter assistance à des personnes atteintes de troubles en santé mentale en fonction de leur participation ou non à une formation aux PSSM (94). Le but de cette étude était également de

valider certains résultats révélés dans les travaux antérieurs comme l'augmentation de la confiance en soi et de l'empathie envers ces profils de patients lors de leur prise en charge à l'officine-

Effectuée auprès de pharmaciens australiens, cette étude portait sur un sondage ayant 3 principaux objectifs :

- Evaluer la perception des participants sur les troubles en santé mentale et de la façon à laquelle ceux-ci prennent en charge les patients atteints de troubles en santé mentale.
- Apprécier l'apport des PSSM à ce sujet.
- Identifier les freins à l'intervention en santé mentale auprès des patients concernés au sein de l'officine.

L'étude a porté sur 161 pharmaciens, 90 d'entre eux ont effectué une formation aux PSSM contrairement aux 71 autres. Parmi les formés au secourisme en santé mentale, 11 participants ont effectué d'autres formations à ce sujet.

Comme attendu, les pharmaciens formés aux PSSM ont une plus grande confiance en eux dans le repérage de troubles en santé mentale et l'intervention auprès des personnes concernées. Ils sont ainsi plus à même d'évoquer des sujets sensibles avec les patients comme des idées suicidaires évoqués par ces derniers. Ils ont la capacité de les orienter vers une prise en charge adaptée. De ce fait, les praticiens secouristes en santé mentale ont moins d'obstacles à la prise en charge des patients touchés par des troubles psychiques. Les freins évoqués étaient la peur de blesser le patient atteint de troubles en santé mentale ou l'incapacité d'être en mesure de détecter les troubles en fonction des symptômes évoqués.

Toutefois, cette formation n'a pas eu d'impact sur la capacité d'écoute des pharmaciens et sur le fait d'encourager les patients à rechercher de l'aide vers leurs proches par exemple (correspondant au fait de renseigner sur les autres ressources disponibles dans le plan d'action des PSSM). Ce qui peut notamment s'expliquer par les connaissances et l'expérience accumulée par les pharmaciens interrogés qu'ils aient suivi la formation ou non.

3.6 Que retenir de tout cela ?

Les praticiens n'ayant pas suivi de formation aux PSSM éprouvent des difficultés à évoquer les troubles en santé mentale auprès des patients. On l'a notamment constaté dans l'étude lyonnaise dans laquelle certains praticiens modifiaient leur vocabulaire afin d'éviter d'exprimer les termes *dépression* ou *antidépresseurs* face au patient concerné en raison d'une forte connotation de ceux-ci, notamment chez la personne âgée(91). A ce même sujet, l'étude australienne ajoute la difficulté qu'éprouvent les pharmaciens à détecter les troubles en santé mentale auprès de leurs patients (94).

On remarque toutefois chez tous les participants un niveau élevé des connaissances sur les troubles en santé mentale grâce à une formation initiale robuste à ce sujet, comme évoqué avec l'étude états-unienne(92). A cela s'ajoute l'expérience des participants dans le milieu officinal justifiant une bonne capacité d'écoute sans jugement comme évoqué dans l'étude australienne(94). En revanche, bien qu'ils incitent les patients atteints de troubles psychiques à rechercher de l'aide auprès de leur entourage, les pharmaciens et préparateurs non formés aux PSSM se sentent dans l'incapacité à orienter correctement les patients vers une prise en charge adaptée(94).

Ainsi, les PSSM s'avèrent être un outil supplémentaire intéressant à proposer pour la pratique officinale. En effet, cela permettrait aux pharmaciens et préparateurs de gagner en confiance dans la prise en charge des troubles en santé mentale, dans la détection de ceux-ci et l'orientation vers une prise en charge spécialisée. Il permet d'être plus à l'aise avec les malades et d'aborder plus sereinement des sujets réputés sensibles comme les idées suicidaires.

4 Faire venir les PSSM à l'officine : proposition d'étude auprès de pharmaciens et préparateurs de l'agglomération Saint-Loise

Dans le cadre de cette thèse et en collaboration avec France Prévention puis la fondation Bon Sauveur de la Manche, j'ai envisagé d'organiser une formation aux PSSM pour les pharmaciens et préparateurs exerçant dans l'agglomération Saint-Loise. Le but était d'évaluer l'impact que pouvait avoir la formation aux PSSM sur la pratique officinale. Ce projet n'a malheureusement pas pu aboutir.

4.1 Objectifs de l'étude

En s'inspirant des travaux évoqués au sein de cette partie et des premières études réalisées sur l'efficacité des PSSM en Australie explorées dans la deuxième partie de cette thèse, cette étude avait pour principal objectif d'apprécier l'impact de la formation aux PSSM sur la prise en charge à l'officine des troubles en santé mentale auprès de pharmaciens et préparateurs en officine exerçant dans le pays Saint-lois, secteur dans lequel j'effectuais mon stage de pratique professionnelle au moment de la mise en place de ce projet.

Cette mesure d'impact concernait aussi bien l'aisance dans la prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale, les connaissances et la perception vis-à-vis de ceux-ci.

4.2 Méthodologie envisagée

Afin de réaliser l'étude, nous avons envisagé de constituer un groupe de 8 à 16 pharmaciens et/ou préparateurs en pharmacie afin d'organiser une session de formation sur deux jours assurée par Thibault Hervieux de l'organisme France Prévention. Une première phase de recrutement a alors été organisée à partir de mars 2023, dans laquelle j'ai démarché différentes officines au sein de 3 communes : Agneaux, Saint-Lô et Thèreval avec la possibilité d'élargir ce périmètre en fonction de la demande. J'avais aussi envisagé la constitution d'un deuxième groupe dit de contrôle à qui la formation aux PSSM serait proposée ultérieurement.

J'ai alors présenté les PSSM aux officines à l'aide de trois documents,

- L'un issu de PSSM France présentant la formation (Annexe 1), complétée par le programme de celui-ci issu de France Prévention (Annexe 2).
- Un document présentant l'étude envisagée au sein de ma thèse d'exercice (Annexe 3).

Une deuxième phase a été organisée en octobre 2023 en collaboration avec l'ARS, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et la Fondation Bon Sauveur de la Manche. Afin de mettre en

place cette démarche, j'ai contacté Marie REBILLON, coordinatrice des PTSM de la Manche exerçant au sein du CH de Pontorson qui s'est chargée ensuite d'organiser l'envoi d'invitations aux officines du pays saint-lois avec l'appui des autres acteurs évoqués. Dans le cadre de cette démarche, la formation n'est plus assurée par France Prévention mais par la Fondation Bon Sauveur de la Manche Deux documents ont été associées aux invitations :

- Une note expliquant mon projet (Annexe 4)
- Une note du bon sauveur indiquant la date et le lieu de la formation (Annexe 5)

A l'issue du recrutement, un questionnaire réalisé avec l'aide d'outils comme Google® Form devait être distribué par mail aux participants. Une ébauche de ce questionnaire, réalisé en s'inspirant des études réalisées en Australie aux débuts des PSSM avait été réalisée (41,42)(Annexe 6). Les thématiques abordées étaient les suivants :

- **Caractères sociodémographiques** : profession, typologie de l'officine, pathologie psychique dans l'entourage.
- **Prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale à l'officine** : aisance dans la prise en charge de patients psychiques à l'officine, expérience comptoir, formations réalisées à ce sujet.
- **Idées reçues sur la dépression** à travers un cas clinique.

En dehors des questions sur les caractéristiques démographiques, ce questionnaire est redistribué à l'issue de la séance puis 2 mois après pour le groupe ayant participé à la formation comme le groupe témoin.

A l'exception des données démographiques, les réponses obtenues pourraient être interprétées en fonction du pourcentage de participants ayant bien répondu à la question concernée à l'aide de tests de comparaison de répartition. Cela permettrait de juger du caractère significatif de l'évolution des critères évalués, notamment la prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale et les idées reçues sur la dépression, en fonction de la participation ou non à la formation aux PSSM.

4.3 Difficultés rencontrées

Lors de la première phase de recrutement, des signes d'intérêt ont été constatés au sein de 3 officines. Pour les autres, le personnel que j'ai rencontré m'a incité à réévoquer le sujet avec le titulaire lorsque celui-ci serait disponible. Les PSSM étaient en effet inconnus pour la plupart des officines saint-loises et je ne suis pas parvenu à convaincre quant aux bénéfices de la formation.

De plus, la formation assurée par France Prévention coûte 250€ par personne, ce qui est dissuasif pour la plupart des pharmacies interrogées dans la mesure où celle-ci vient en supplément des

conséquences financières de l'absence du personnel devant s'absenter pour effectuer la formation. Non éligible au compte personnel de formation (CPF), une prise en charge par les Opérateurs de Compétences (OPCO) est toutefois envisageable et l'ARS était sollicitée en vue de l'obtention d'une enveloppe pour financer une partie de la formation. Le fait que ces aides soient garanties étaient indispensables.

Organisée au cours d'un entretien au sein du Pôle de Formations et de Recherche en Santé (PFRS) de Caen avec l'aval du corps enseignant, la deuxième phase de recrutement avait pour but d'obtenir le soutien du PTSM de la Manche dans ma démarche afin de davantage la crédibiliser auprès des officines et de lever le frein du prix dans la mesure où la formation sera gratuite pour les participants.

A l'issue de cette phase, une date a aussi été fixée courant décembre 2023 pour la formation, ce qui n'était pas le cas lors de la première phase. Toutefois aucune pharmacie ne s'est portée volontaire pour plusieurs raisons évoquées par Mme Rebillon comme :

- Des contraintes liées à la gestion des plannings afin de libérer un professionnel sur deux jours consécutifs, d'autant plus durant le mois de décembre propice aux pathologies infectieuses dans des équipes déjà en sous-effectif en raison de congés payés.
- Une formation en distanciel est préférable pour les officines contactées en raison d'une gestion facilitée.

4.4 Comment adapter la formation aux PSSM au contexte officinal ?

Comme évoqué dans cette proposition d'étude, organiser une formation aux PSSM avec le format habituel de 14 heures de formation réparties sur 2 jours n'est pas envisageable pour des raisons logistiques. Diverses adaptations peuvent être envisagées afin de rendre les PSSM plus accessibles aux officinaux. Cette partie sera l'occasion de développer des pistes de réflexion à ce sujet.

4.4.1 Une formation en distanciel

La formation aux PSSM peut s'effectuer sous la forme d'un webinaire. Celle-ci s'organise sous la forme de sessions de 2 heures réparties sur 7 jours consécutifs ou non. Selon les formateurs, ces créneaux s'effectuent sur des plages horaires identiques d'une journée à l'autre. Celles-ci peuvent se faire sur le temps de midi (de 12 à 14h) ou en soirée (de 18 à 20h) mais aussi sur des créneaux dans la matinée ou l'après-midi selon les formateurs.

Ce format laisse la possibilité d'effectuer la formation au sein même de l'officine avec une organisation similaire aux « formations repas » organisés au sein des officines par certains laboratoires pharmaceutiques. Les sessions en soirée et dans la journée peuvent aussi être envisagées si un nombre limité de professionnels au sein d'une officine souhaite se former. Ainsi, l'organisation des plannings est facilitée dans la mesure où il n'y a pas d'absence au sein des équipes officinales pour la formation. De plus, le fait que ce soit organisé sur des sessions de 2h rend plus aisé l'assimilation des différentes notions, il n'y a pas nécessité de rester concentré face à son écran d'ordinateur pendant une journée complète par exemple.

Cependant, au vu de mon ressenti à l'issue de la session que j'ai effectué en novembre dernier, je constate un inconvénient majeur dans la tenue de ce type de formation en distanciel : celui-ci pourrait réduire les échanges entre participants, ainsi qu'avec le formateur dans le cadre de la formation comme en dehors de celle-ci. Ces échanges peuvent s'avérer enrichissants, d'autant plus si le groupe est constitué de participants issus de milieux professionnels différents. De plus, ils arrive que des participants décompensent émotionnellement à la suite des enseignements reçus. Certains d'entre eux prennent conscience de la gravité de ces troubles et nécessitent plus que jamais le soutien du groupe et du formateur. Cette dernière situation peut induire chez l'apprenant une prise de conscience d'être dans l'incapacité d'effectuer du secourisme en santé mentale.

4.4.2 Une formation en présentiel au sein même de l'officine

Certains formateurs aux PSSM ont la possibilité de se déplacer au sein d'entreprises afin d'y organiser des formations (95).

En tant que manager d'une entreprise, veiller à la santé mentale de ses salariés prend une importance particulière dans un contexte où 22% des arrêts maladie de longue durée sont liés à des troubles psychiatriques ou une grande fatigue. Ainsi, PSSM France incite à la formation de secouristes au sein de ces établissements afin qu'il y ait des référents à même de prévenir l'apparition de troubles psychiques ou gérer les situations de crises. Les associations étaient les premiers intéressés mais la formation aux PSSM est de plus en plus dispensée au sein d'entreprises privées qui peuvent la financer par les OPCO et l'intégrer dans leur plan de développement de compétences.

Dans la mesure où l'organisation de ces formations se base uniquement sur le volontariat des équipes, la présence de secouristes en santé mentale améliore la santé mentale des équipes en raison d'une prise en charge améliorée des troubles concernées. De plus, ces secouristes peuvent à leur tour se former pour devenir formateur agréé aux PSSM afin d'organiser des sessions de formation en interne et ainsi rendre plus accessible le secourisme en santé mentale.

Cette approche me semble pertinente dans le contexte officinal avec toutefois quelques adaptations à prévoir compte tenu de l'effectif réduit de nombreuses officines et de missions ne pouvant être reportées.

Dans ce contexte, on pourrait imaginer une promotion des PSSM jusqu'à une organisation des formations par les groupements d'officines. Ces groupements consistent tout simplement en un regroupement d'officines avec pour principal objectif de fournir une aide commune dans la gestion de celles-ci et ce dans différents domaines comme la politique d'achat, la communication auprès de la clientèle (merchandizing, campagnes d'information, promotions, programmes de fidélité, etc.) ou la formation des équipes(96).

Faire intervenir des formateurs de l'extérieur de l'officine est une solution envisageable. Cependant, le fait qu'il y ait des formateurs parmi les équipes des différentes pharmacies du groupement pourrait faciliter l'organisation de sessions de formations, permettant ainsi une plus grande flexibilité dans l'élaboration des plannings par exemple.

D'une durée de 35h répartie sur 5 jours, la formation des formateurs nécessite les prérequis suivants (97) :

- « Avoir suivi la formation de secouriste en santé mentale. »
- « Connaitre les différents troubles de santé mentale et leurs traitements. »
- « Avoir une connaissance des différents dispositifs de santé mentale. »
- « Avoir une expérience personnelle et/ou professionnelle avec des personnes ayant des troubles psychiques. »
- « Avoir une attitude positive vis-à-vis des personnes qui ont des troubles psychiques. »
- « Avoir de l'expérience en animation de formations et gestion de groupes. »
- « Avoir un projet de formations ou l'appui d'une organisation « porteuse » pour assurer la pérennité de votre engagement. »

Lorsque l'on met en place un projet autour des PSSM, il est bon de savoir si des professionnels sont déjà secouristes en santé mentale. Ils auraient notamment pu faire la formation durant leur cursus étudiant au sein d'organismes privés, comme dans mon cas, ou au sein de la faculté avec notamment pour avantage la gratuité de la formation ou dans des conditions similaires, mais cette fois-ci durant leur vie active.

Pharmaciens et préparateurs ont généralement une bonne connaissance des troubles évoqués dans les PSSM comme évoqué par l'étude lyonnaise, l'expérience auprès des personnes atteintes de troubles psychiques s'accumule au comptoir au fil des prises en charge de patients concernés avec laquelle ils adoptent une attitude globalement positive sans même avoir suivi une formation de secourisme en santé mentale (91).

Être formateur ne nécessite toutefois pas d'être pharmacien ou préparateur bien qu'il soit préférable que les formateurs soient en contact régulier avec les patients dans leur pratique. Il ne faut pas oublier d'autres corps de métier comme les esthéticiens ou socio-esthéticiens exerçant en officine qui eux-aussi sont en contact avec les patients.

Le fait de ne pas avoir de l'expérience dans l'animations de séances peut constituer un frein pour le personnel officinal potentiellement intéressé à devenir formateur aux PSSM. Cette expérience peut toutefois se créer :

- Durant la vie étudiante en s'investissant dans la vie associative de la faculté.
- Au sein de l'officine, en participant à l'organisation d'animations à destination des patients.

D'un point de vue de « l'organisation « porteuse » » évoquée dans les critères, ce rôle serait attribué au groupement. La pérennité de l'organisation de formation aux PSSM au sein d'officines repose sur la communication des formateurs par l'intermédiaire de ce regroupement. Durant mes études, j'ai eu l'occasion de travailler dans plusieurs officines travaillant avec différents groupements : certains d'entre eux regroupent plusieurs officines à l'échelle nationale tandis que d'autres opèrent à une échelle plus régionale. La communication me semble plus importante au sein de ces derniers avec notamment des interventions régulières à la faculté de pharmacie via ses différentes associations et une présence accrue sur les réseaux sociaux, ce qui pourrait faciliter la promotion des PSSM au sein des équipes officinales.

Une fois les formateurs recrutés, l'organisation des séances sera à adapter au contexte des officines volontaires. Plusieurs formats peuvent être envisagés :

- Le format distanciel vu précédemment.
- Une organisation en présentiel selon différents formats :
 - Deux jours (consécutifs ou non) dans le cas où les officines peuvent libérer un membre de leur équipe sur un tel créneau.
 - Quatre demi-journées (une par semaine).
 - Des créneaux de 1 à 2h répartis sur un mois comme ce qui est envisagé dans le module *Ados* destiné à former collégiens et lycéens aux PSSM.

Les formations en présentiel sont déjà organisées selon les deux premiers critères évoqués, les courts créneaux ne se font à ce jour qu'en distanciel pour les modules *Standard* et *Jeunes* (49).

Conclusion

L'actualité rythmée par des crises économiques, géopolitiques, climatiques et sanitaires ont un impact négatif sur la santé mentale de la population. Cet impact s'est particulièrement ressenti chez la population jeune où l'on a constaté une forte hausse des troubles anxieux et dépressifs depuis la pandémie de COVID-19. En effet, cette population émet des doutes sur son avenir face à cette actualité difficile et s'avère très impactée par les mesures imposées durant la phase aigüe de cette pandémie. L'impact semble toutefois plus faible en addictologie bien que difficilement mesurable faute de données exhaustives. Dans ce contexte, il convient de rappeler l'importance d'une prise en charge efficace de ces troubles afin d'améliorer la santé mentale de la population. La pathologie psychique n'est pas une fatalité et ne fait pas de nous des personnes défailtantes ou dangereuses. Une rémission est possible par le biais de psychothérapies comme les TCC ou la réhabilitation psychosociale associées, selon la pathologie et le profil des patients, à des traitements médicamenteux agissant sur les mécanismes du système nerveux impliqués dans ceux-ci.

Cependant, le recours à cette prise en charge est, encore à ce jour, souvent stigmatisée, ce qui rend difficile notre prise en charge en tant que pharmaciens des personnes concernées. Il s'avère en effet difficile de trouver les bons mots pour évoquer ces troubles sans les brusquer, les frustrer ou les effrayer d'autant plus si ceux-ci sont âgés. Et ce, malgré une bonne connaissance de ces différentes pathologies et de leurs traitements issus de leur formation initiale.

Destinés à tous, les Premiers Secours en Santé Mentale ont pour but de rendre accessible le repérage des pathologies psychiques et permettre à chacun de venir en aide aux personnes concernées jusqu'à la mise en place d'une prise en charge spécialisée. A défaut d'acquérir de nouvelles connaissances sur des pathologies auxquels nous sommes quotidiennement confrontés, les PSSM pourront nous aider à prendre confiance dans le fait d'aller vers ces personnes concernées et les orienter vers des structures adaptées. Grâce à notre accessibilité illustrée par ce qualificatif de « pharmacien de la rue » employé par un des pharmaciens avec lequel j'ai eu l'occasion de travailler durant mes études, nous renforçons ainsi la prévention et la déstigmatisation en santé comme nous le faisons dans d'autres domaines comme le tabac, les cancers du sein, de la prostate et les pathologies infectieuses bien connues de la pharmacie d'officine.

Avec les formats actuellement proposés, il est difficile d'organiser des sessions de formation aux PSSM dans les officines. Peut-être que des pharmacien(ne)s (ou préparateurs(-trices) ou (socio) esthéticien(ennes)) déjà secouristes en santé mentale seraient motivés à devenir formateur et être force de propositions afin de rendre plus accessible cette formation aux équipes officinales. Cela contribuera au développement des PSSM qui n'en sont, à l'échelle nationale, qu'à leurs débuts.

Bibliographie

1. Santé mentale [Internet]. [cité 1 sept 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
2. Vos questions les plus fréquentes [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/frequently-asked-questions>
3. Garin P. Engagement militaire : Réformé P4 ou P5 ça veut dire quoi ? [Internet]. Blog de Philippe Garin. 2018 [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://phgarin.wordpress.com/2018/09/09/engagement-militaire-reforme-p4-ou-p5-ca-veut-dire-quoi/>
4. Kitchener BA, Jorm AF, Kelly C. Manuel des premiers secours en Santé Mentale, Première édition française.
5. Lacour B, Belon JP. Physiologie. Elsevier Masson; 2015. 497 p. (Les cours de L2-M2 Pharma).
6. ResearchGate [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Figure A-4 : Schéma d'une synapse chimique entre deux neurones. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Figure-A-4-Schema-dune-synapse-chimique-entre-deux-neurones_fig3_256442942
7. Sensibilisation : bases neurobiologiques [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.vetopsy.fr/therapies/apprentissage/sensibilisation-bases-neurobiologiques.php>
8. Beaulieu P, Lambert C. Précis de Pharmacologie, Du fondamental à la clinique. Les presses de l'Université de Montréal. 2009. 871 p.
9. Goudet JL. Futura. [cité 21 mars 2024]. Le prix Nobel de chimie pour les RCPG, les capteurs de nos cellules. Disponible sur: <https://www.futura-sciences.com/sciences/actualites/chimie-prix-nobel-chimie-rcpg-capteurs-nos-cellules-41792/>
10. Boutrel B. Désir, plaisir et dépendance : rôle de la dopamine. Rev Neurol (Paris). 1 avr 2012;168:A198.
11. VIDAL [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Adrénaline : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/adrenaline-1356.html>
12. Deschamps R, Moulignier A. La mémoire et ses troubles. EMC - Neurol. 1 nov 2005;2(4):505-25.
13. Neal M, Depovere P. Pharmacologie médicale. 7^e éd. deboeck supérieur; 2021. 110 p.
14. Landry Y, Gies JP, Sick E, Niederhoffer N. Pharmacologie - Des cibles à la thérapeutique. 4^e éd. Dunod; 2019. 495 p.
15. Leroy T. Prise en charge de la dépression chez l'adolescent. 3 juill 2018;103.
16. Conrath M, Van Steenwinckel J. Rôle du récepteur 5-HT_{2A} de la sérotonine dans la douleur neuropathique périphérique. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 juin 2009;10(3):127-35.
17. Benhadda A. Rôle du récepteur 5-HT_{2B} dans la régulation de l'activité des neurones sérotoninergiques.
18. Pancrat. Fichier:GABA métabolisme.png — Wikipédia [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:GABA_métabolisme.png
19. Inserm [Internet]. [cité 17 oct 2023]. Troubles anxieux · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
20. Auga-Bascou J. Prise en charge du stress à l'officine en période COVID-19. :90.

21. Marielle F. Qu'est ce que le stress ? [Internet]. Marielle Fayolle. 2020 [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <http://mariellefayolle-psychologue.com/quest-ce-que-le-stress/>
22. Nouyrigat E, Favre-Bonte J. Haute Autorité de Santé. [cité 2 avr 2024]. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974237/fr/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale
23. Cazaux-Planckel C. Evaluation d'un atelier médicaments antidépresseurs aminé par un pharmacien en intra-hospitalier. [Toulouse]: Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2012.
24. Meyrel M, Varin L, Detaint B, Mouaffak F. Le microbiote intestinal : un nouvel acteur de la dépression ? *L'Encéphale*. 1 févr 2018;44(1):67-74.
25. Georgieff N. Qu'est ce que la schizophrénie? 2^e éd. Dunod; 2004. 128 p.
26. Association Addictions France [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: <https://addictions-france.org/>
27. Baromètres de Santé publique France [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/barometres-de-sante-publique-france>
28. Enquête santé des étudiants normands - Etat de santé et comportements [Internet]. [cité 21 mars 2024]. Disponible sur: <http://www.or2s.fr/index.php/territoires/haute-normandie/840-sante-etud-normands>
29. Pourquoi la nouvelle génération a-t-elle peur de l'avenir ?, *Le Figaro*, M.E. Dupont [Internet]. 2023 [cité 7 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=9SHzOKRBh5A>
30. SPF. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021 [Internet]. [cité 9 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>
31. Les usages de cannabis en population adulte en 2021 - Tendances n° 153 - décembre 2022 - OFDT [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/tendances/les-usages-de-cannabis-en-population-adulte-en-2021-tendances-n-153-decembre-2022/>
32. Andler R. Consommation d'alcool: part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du baromètre santé de Santé Publique France 2021.
33. SPF. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France [Internet]. [cité 22 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-nationale-et-regionale-du-tabagisme-en-france-en-2021-parmi-les-18-75-ans-d-apres-le-barometre-de-sante-publique-france>
34. Krebs MO, Frajerman A. Epidémiologie de la schizophrénie. 1 janv 2021;71(1):42-4.
35. Ramoz N. Génétique de la dépression. 1 avr 2021;37(2):10.
36. Belzeaux R, Ibrahim EC, Fakra E, Adida M, Cermolacce M, Azorin JM. Schizophrénie, génétique et cognition. *L'Encéphale*. 1 déc 2011;37:S127-32.
37. Ramoz N, Gorwood P. Les addictions sous l'angle de la génétique. *médecine/sciences*. avr 2015;31(4):432-8.
38. Pangénomique — acadpharm [Internet]. [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.acadpharm.org/w/Pang%C3%A9nomique>

39. Mental Health First Aid International [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Mental Health First Aid International. Disponible sur: <https://mhfainternational.org/>
40. Mental Health First Aid International [Internet]. [cité 29 janv 2024]. The History of Mental Health First Aid. Disponible sur: <https://mhfainternational.org/history-of-mental-health-first-aid/>
41. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. déc 2002;2(1):10.
42. Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R, Dear KB. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial [SRCTN53887541]. *BMC Psychiatry*. 23 oct 2004;4(1):33.
43. PSSM France [Internet]. [cité 3 nov 2022]. Qui sommes-nous ? Disponible sur: <https://pssmfrance.fr/qui-sommes-nous/>
44. La fédération Santé mentale France [Internet]. Santé mentale France. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://santementalefrance.fr/qui-sommes-nous/la-federation-sante-mentale-france/>
45. Unafam [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/>
46. INFIPP | LinkedIn [Internet]. [cité 30 janv 2024]. Disponible sur: <https://fr.linkedin.com/company/infipp>
47. 2023-01-24-Statuts-association-PSSM-France-signes.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.pssmfrance.fr/wp-content/uploads/2023/03/2023-01-24-Statuts-association-PSSM-France-signes.pdf>
48. Rochedix S. PSSM France. 2021 [cité 26 sept 2023]. Création du Conseil scientifique et pédagogique. Disponible sur: <https://pssmfrance.fr/creation-du-conseil-scientifique-et-pedagogique/>
49. PSSM France [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Devenir secouriste. Disponible sur: <https://www.pssmfrance.fr/etre-secouriste/>
50. Université de Caen Normandie [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Santé mentale - Mieux être · Université de Caen Normandie. Disponible sur: <https://www.unicaen.fr/vie-de-campus/sante-bien-etre-handicap/offre-de-sante-du-sse/sante-mentale-mieux-etre/>
51. Groupes de parole | Calvados [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/calvados/groupes-de-parole>
52. BROCHURE CLSM-WEB janv2023.pdf [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://caen.fr/sites/default/files/2023-02/BROCHURE%20CLSM-WEB%20janv2023.pdf>
53. Collectif Schizophrénies [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Collectif Schizophrénies : 1er portail français sur la schizophrénie. Disponible sur: <https://www.collectif-schizophrenies.com/>
54. Les missions du pharmacien d'officine [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/calvados/assure/sante/medicaments/missions-pharmacien>
55. Zaid I. Évaluation clinique des plantes sédatives et anxiolytiques. 1 déc 2022;98.
56. pharmacies.fr LM des. Le Moniteur des pharmacies.fr. [cité 25 févr 2024]. Phytothérapie et troubles nerveux - Le Moniteur des Pharmacies n° 3289 du 05/10/2019 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3289/phytotherapie-et-troubles-nerveux.html>
57. Arkopharma [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Arkogélules® BIO Passiflore. Disponible sur: <https://fr.arkopharma.com/products/arkogelules-bio-passiflore>

58. Phytostandard® - Eschscholtzia / Valériane [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://solutions.pileje.fr/fr/produit/phytostandard-eschscholtzia-valeriane>
59. Pranarôm FR [Internet]. [cité 27 févr 2024]. Diffusables. Disponible sur: <https://pranarom.fr/collections/les-diffusables>
60. Bartaire C. Aromathérapie et grossesse: étude descriptive auprès de 104 femmes.
61. pharmacies.fr LM des. Le Moniteur des pharmacie.fr. [cité 27 févr 2024]. La micronutrition - Le Moniteur des Pharmacies n° 3184 du 01/07/2017 - Revues - Le Moniteur des pharmacies.fr. Disponible sur: <https://www.lemoniteurdespharmacies.fr/revues/le-moniteur-des-pharmacies/article/n-3184/la-micronutrition.html>
62. Davy G. Bien être mental et SIBO: quand notre ascenseur émotionnel contrôle notre quotidien. 2023 mars 21; Hérouville Saint Clair, Laboratoire PILEJE.
63. VIDAL [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Recommandations Trouble anxieux généralisé. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/trouble-anxieux-generalise-2546.html>
64. VIDAL [Internet]. [cité 11 mars 2024]. Recommandations Dépression. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/depression-1567.html>
65. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 4 déc 2023]. Syndrome sérotoninergique - Blessures; empoisonnement. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/blessures-empoisonnement/troubles-dus-%C3%A0-la-chaaleur/syndrome-s-%C3%A9rotoninergique>
66. Myasthénie auto-immune | AFM Téléthon [Internet]. 2022 [cité 8 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.afm-telethon.fr/fr/fiches-maladies/myasthenie-auto-immune>
67. VIDAL [Internet]. [cité 12 déc 2023]. Recommandations Schizophrénie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/schizophrenie-1620.html>
68. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 1 mai 2024]. Syndrome malin des neuroleptiques - Blessures; empoisonnement. Disponible sur: <https://www.msmanuals.com/fr/professional/blessures-empoisonnement/troubles-dus-%C3%A0-la-chaaleur/syndrome-malin-des-neuroleptiques>
69. Bonnefoy A. La schizophrénie et les antipsychotiques injectables à action prolongée : optimisation et coordination de la prise en charge de l'hôpital à l'officine. 17 juin 2019;158.
70. VIDAL [Internet]. [cité 12 févr 2024]. Recommandations Schizophrénie. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/schizophrenie-1620.html>
71. VIDAL [Internet]. [cité 9 avr 2024]. Aripiprazole : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/aripiprazole-22622.html>
72. La fabrique à menus (Mangerbouger.fr) [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://www.mangerbouger.fr/manger-mieux/la-fabrique-a-menus/>
73. Nubukpo P. Système opioïde endogène et stratégies thérapeutiques dans la dépendance à l'alcool. L'Encéphale. 1 déc 2014;40(6):457-67.
74. Julien A. Déterminants de la prescription de benzodiazépines dans le sevrage en alcool : enquête chez les médecins généralistes des Pays de la Loire. 11 janv 2022;95.
75. VIDAL [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Recommandations Alcool : sevrage. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/alcool-sevrage-1502.html>

76. VIDAL [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Naltrexone : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/naltrexone-15266.html>
77. VIDAL [Internet]. [cité 20 févr 2024]. AOTAL 333 mg cp enr gastrorésis. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/aotal-333-mg-cp-enr-gastroresis-1191.html>
78. Répertoire des spécialités pharmaceutiques ANSM [Internet]. [cité 20 févr 2024]. ESPERAL 500 mg cpr. Disponible sur: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/frames.php?specid=61500746&typedoc=R&ref=R0394832.htm>
79. VIDAL [Internet]. [cité 20 févr 2024]. SELINCRO 18 mg cp pellic. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/selincro-18-mg-cp-pellic-126908.html>
80. VIDAL [Internet]. [cité 20 févr 2024]. LIORESAL 10 mg cp séc. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/lioresal-10-mg-cp-sec-10148.html>
81. Médicaments contre la dépendance à l'alcool [Internet]. [cité 20 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/calvados/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/medicaments-contre-la-dependance-l-alcool-0>
82. VIDAL [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Recommandations Dépendance aux opiacés (traitement de substitution). Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/dependance-aux-opiaces-traitement-de-substitution-1696.html>
83. Fresnaye J. Élaboration d'une activité éducative ciblée en addictologie: de la conception à la mise en place au CSAPA et au CAARUD de Caen.
84. VIDAL [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Méthadone : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/methadone-6305.html>
85. Meddispar - 3400933951405 - SUBUTEX [Internet]. [cité 25 févr 2024]. Disponible sur: [https://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-2-B-7/\(type\)/name/\(value\)/subutex/\(cip\)/3400933951405#nav-buttons](https://www.meddispar.fr/Medicaments/SUBUTEX-2-B-7/(type)/name/(value)/subutex/(cip)/3400933951405#nav-buttons)
86. Rossetti S. COVID-19 : impact sur la profession du pharmacien d'officine et évolution de son rôle social. 8 déc 2022;136.
87. Le bilan partagé de médication [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/calvados/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>
88. CNOP [Internet]. [cité 12 mars 2024]. L'accompagnement du patient – Les fondamentaux. Disponible sur: <https://www.ordre.pharmacien.fr/je-suis/pharmacien/pharmacien/mon-exercice-professionnel/l-accompagnement-du-patient-les-fondamentaux>
89. Principes et démarche [Internet]. [cité 12 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/demarche>
90. Roux C, Faguais E, Emo P, Roux A, Prévost V. Optimisation des entretiens pharmaceutiques à l'officine – Bilan et retour de cette mission mise en place en 2013 et perspectives de développement dans le département du Calvados. Ann Pharm Fr. 1 nov 2020;78(6):487-96.
91. Acheuk L, Mouchoux C, Lepetit A, Novais T. Représentations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie vis-à-vis de la prise en soin de la dépression chez la personne âgée. Ann Pharm Fr. 1 mars 2020;78(2):167-78.

92. Frick A, Osae L, Ngo S, Anksorus H, Williams CR, Rodgers PT, et al. Establishing the role of the pharmacist in mental health: Implementing Mental Health First Aid into the doctor of pharmacy core curriculum. *Curr Pharm Teach Learn*. 1 juin 2021;13(6):608-15.
93. Aronson BD, Chen AMH, Blakely ML, Kiersma ME, Wicker E. Evaluation and Revision of the Kiersma-Chen Empathy Scale. *Am J Pharm Educ*. juin 2022;86(5):8685.
94. Carpini JA, Sharma A, Kubicki Evans M, Jumani S, Boyne E, Clifford R, et al. Pharmacists and Mental Health First Aid training: A comparative analysis of confidence, mental health assistance behaviours and perceived barriers. *Early Interv Psychiatry*. 2023;17(7):670-80.
95. PSSM France [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Former en entreprise. Disponible sur: <https://www.pssmfrance.fr/organiser-une-formation/>
96. POD [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Comment fonctionne un groupement de pharmacies ? Disponible sur: <https://www.pod.fr/acheter-vendre-officine-pharmacie/comment-fonctionne-un-groupement-de-pharmacies/>
97. PSSM France [Internet]. [cité 17 mars 2024]. Devenir formateur. Disponible sur: <https://www.pssmfrance.fr/devenir-formateur/>

Annexes



FORMATION PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE

Les Premiers Secours en Santé Mentale constituent l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début d'un trouble de santé mentale, une détérioration d'un trouble de santé mentale, ou qui est dans une phase de crise de santé mentale. Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premiers secours qui eux, apportent une aide physique à la personne en difficulté. L'objectif est de dispenser cette formation à un public large (1 000 000 personnes entre 2001 et 2020 en Australie), pour contribuer à dé-stigmatiser les troubles psychiques en faisant évoluer les représentations sociales sur les pathologies, mais aussi à améliorer la situation des personnes touchées par ces troubles en réduisant leur isolement.

Le dispositif a l'avantage de proposer à un niveau national des contenus de formation et supports pédagogiques homogènes, validés et connus par tous (pouvoirs publics, représentants des usagers, professionnels...). Ces supports sont actualisés régulièrement au gré des avancées en matière de recherche, de politique de santé, de demande sociale. Le projet permet également de s'inscrire dans un programme international structuré, ayant fait l'objet de nombreuses études de mesure d'impact et de bénéficier de l'expérience acquise par les pays précurseurs.

Le gouvernement a intégré la formation des étudiants aux PSSM comme une de 25 « mesures phares » de santé publique pour la période 2019-2022. La formation des professionnels de l'habitat inclusif pour favoriser le logement dans la cité des personnes en situation de handicap d'origine psychique fait également partie de la feuille de route.

Objectifs de la formation

En articulation avec les Projets Territoriaux de Santé Mentale, il s'agit d'améliorer la détection et l'intervention précoce face aux troubles mentaux, et de renforcer les compétences psycho-sociales des apprenants en leur permettant de :

- Acquérir des connaissances de base concernant les troubles et les crises en santé mentale ainsi que leur repérage.
- Développer des compétences relationnelles : écouter sans jugement, rassurer, adopter un comportement adapté pour apporter une aide.
- Informer, renseigner sur les ressources disponibles, encourager à aller vers les professionnels adéquats et en cas de crise relayer au service le plus adapté.
- Mieux faire face aux comportements agressifs.
- Maîtriser un plan d'action qui peut être utilisé pour apporter un soutien immédiat sur des problèmes de santé mentale

Contenu de la formation

D'une durée de 14h, la formation apprend comment fournir un soutien initial aux personnes qui subissent le début de troubles de santé mentale, la détérioration de troubles existants de santé mentale ou des crises de santé mentale.

- Des troubles de santé mentale émergents : dépression, anxiété, psychose, problèmes liés à la consommation de substance
- Des crises en santé mentale : pensées et comportements suicidaires, attaques de panique, événements traumatiques, états sévères de psychoses, effets sévères liés à l'utilisation de l'alcool et de substances toxiques, conduites agressives.

Le manuel PSSM France remis à chaque secouriste en santé mentale à l'issue des formations.

Méthodes pédagogiques

Apports théoriques liés à des situations vécues, et débats à partir de supports vidéo.

Echanges sur les expériences et interactivité (dont des mises en situation et des outils pédagogiques interactifs).

Une démarche pédagogique participative pour :

- Prendre confiance dans l'interaction avec des personnes éprouvant un problème (voire en crise) de santé mentale.
- Revoir ses représentations concernant la santé mentale.
- Renforcer l'aide apportée aux personnes en crise ou éprouvant un problème de santé mentale.

Intervenants

Seuls les formateurs accrédités par PSSM France peuvent organiser les formations de secouristes en santé mentale.

Durée : 14h sur 2 jours ou 4 demi-journées

Public et prérequis

Aucun prérequis n'est nécessaire, sinon un intérêt pour ces questions.

16 participants maximum par groupe.

PREMIERS SECOURS EN SANTÉ MENTALE - MODULE STANDARD

Les Premiers Secours en Santé Mentale constituent l'aide qui est apportée à une personne qui subit le début d'un trouble de santé mentale, une détérioration d'un trouble de santé mentale, ou qui est dans une phase de crise de santé mentale. Les premiers secours sont donnés jusqu'à ce qu'une aide professionnelle puisse être apportée, ou jusqu'à ce que la crise soit résolue. Ils sont l'équivalent en santé mentale, des gestes de premier secours qui eux, apportent une aide physique à une personne en difficulté.

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Acquérir des connaissances de base concernant les troubles de santé mentale
- Mieux appréhender les différents types de crises en santé mentale
- Développer des compétences relationnelles : écouter sans jugement, rassurer et donner une information adaptée
- Mieux faire face aux comportements agressifs

ÉLÉMENTS FORTS

Une démarche pédagogique participative pour :

- Prendre confiance dans l'interaction avec des personnes éprouvant un problème de santé mentale ou en crise de santé mentale
- Revoir ses représentations concernant la santé mentale
- Renforcer l'aide apportée aux personnes en crise ou éprouvant un problème de santé mentale

CONTENU DÉTAILLÉ DE LA FORMATION

La formation apprend comment fournir un soutien initial aux personnes qui subissent le début de troubles de santé mentale, la détérioration de troubles existants de santé mentale, ou des crises de santé mentale :

MODULE 1

Introduction à la santé mentale et aux interventions

- Troubles psychiques : définition état des lieux
- Facteurs de risques, statistiques et conséquences
- Intervention en santé mentale

Premiers secours en santé mentale

- Cadre des premiers secours en santé mentale
- Le plan d'action PSM

Dépression

- Signes et symptômes
- Intervention

MODULE 2

Le plan d'action PSM pour la dépression et la crise suicidaire

- Premiers secours dans le cas d'idées et de comportements suicidaires
- Premiers secours pour la dépression (hors crise)

Troubles anxieux

- Signes et symptômes
- Intervention



MODULE 3

Le plan d'action PSSM pour les troubles anxieux, attaques de paniques et choc post-traumatique

- Premiers secours pour les troubles anxieux (hors crise)
- Premiers secours dans la crise d'attaque de panique
- Premiers secours dans la crise après un événement traumatique

Troubles psychotiques

- Signes et symptômes
- Intervention

MODULE 4

Le plan d'action PSM pour les troubles psychotiques

- Premiers secours dans la crise psychotique sévère
- Premiers secours pour les troubles psychotiques (hors crise)

Troubles liés à l'utilisation de substances

- Signes et symptômes
- Intervention

Le plan d'action PSM pour les troubles liés à l'utilisation de substances

- Premiers secours pour les troubles liés à l'utilisation de substances
- Premiers secours en cas d'intoxication à la substance
- Premiers secours dans les conduites agressives
- Urgences médicales

INFOS FORMATION

PERSONNES CONCERNÉES : tout public

PRÉ-REQUIS : pas de pré-requis

PROFIL FORMATEURS : formateurs accrédités PSSM France

DURÉE DE LA FORMATION : 14h00 sur 2 jours (2 jours consécutifs, 2 jours séparés mais pas de plus d'une semaine ou 4 demi-journées en n'étalant pas sur plus d'un mois).

TARIF : 250 € par personne.
3000 € pour un groupe jusqu'à 16 personnes en intra.
2500 € si vous prenez en charge les manuels.
Pour un devis personnalisé, contactez nous directement.
Financement possible.

La formation n'est pour l'instant pas éligible au C.P.F

LES PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE DANS LA PRATIQUE OFFICINALE

Thèse dirigée par le Dr THANH-HUY Éric BUI, Psychiatre au Centre Esquirol de CAEN. Déposé le 8 mars 2023.

MON PROJET

Dans le cadre de ma thèse, j'envisage d'évaluer les apports potentiels des premiers secours en santé mentale dans la pratique officinale. Pour ce faire, et en m'inspirant de précédentes études réalisées en Australie (1) et aux Etats-Unis (2), je souhaite proposer la formation dédiée à un groupe de 16 pharmaciens et/ou préparateurs en pharmacie volontaires sur le secteur de Saint-Lô. Après recrutement, un premier questionnaire sera distribué à chaque participant afin de faire le point sur les représentations de chacun sur la santé mentale ainsi que leur ressenti à l'idée d'aborder ce sujet au comptoir devant les patients concernés.

Trois mois après la formation, un suivi sera effectué avec pour but de mesurer l'impact à l'officine de cette formation, puis, de réfléchir à d'éventuelles points d'amélioration afin de l'adapter davantage à notre profession.

POURQUOI LA PHARMACIE EST-ELLE CONCERNEE PAR LES PSSM ?

Au même titre que les premiers secours physiques, les PSSM s'adressent à tous. En effet, nous avons tous été, ou bien nous le serons, confrontés à des personnes atteintes de troubles en santé mentale. Selon l'OMS, les troubles en santé mentale concerneront une personne sur quatre au cours de sa vie.

Toutefois, les professions en contact avec du public sont plus à même de se retrouver confrontés à des personnes atteintes de troubles en santé mentale en dehors de leur entourage. En tant qu'officinaux, nous sommes parmi les rares professionnels de santé à accueillir nos patients sans rendez-vous, ce qui nous rend particulièrement accessibles. De plus et par le biais de nos nouvelles missions comprenant, entre autres, les bilans médicamenteux partagés, l'importance de notre rôle dans la prévention à la santé est croissante. Enfin, cette notion de porter secours à une personne atteinte de troubles en santé mentale n'est que peu abordée dans notre formation initiale de pharmacien bien que celle-ci soit complète concernant les pathologies et médicaments du système nerveux central. Ainsi, il peut s'avérer difficile d'aborder ce sujet face aux patients concernés faute de savoir comment s'y prendre d'autant plus lorsque nous débutons.

Je vois donc les PSSM comme un ensemble d'outils qui vont nous guider dans notre démarche pour tendre la main aux personnes souffrant de troubles en santé mentale. D'ailleurs, suivre cette formation nous permettra de la promouvoir aux autres corps de métiers évoqués précédemment.

1. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: A randomized controlled trial [ISRCTN13249129]. BMC Psychiatry. 15 août 2004;4(1):23.
2. Frick A, Osae L, Ngo S, Anksorus H, Williams CR, Rodgers PT, et al. Establishing the role of the pharmacist in mental health: Implementing Mental Health First Aid into the doctor of pharmacy core curriculum. Currents in Pharmacy Teaching and Learning. juin 2021;13(6):608-15.

Les PSSM à l'officine, un atout dans la prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale

Pharmacien(e)s, préparateurs(trices) en pharmacie du pays Sains Lois,

Dans un monde rythmé par différentes crises géopolitiques, climatiques et sanitaires notamment, la santé mentale représente plus que jamais une priorité dans les politiques en santé mentale à travers le monde. La pandémie de COVID 19 a par ailleurs amplifié l'investissement des politiques dans ce domaine et le développement d'initiatives à l'instar du secourisme en santé mentale, concept apparu en l'an 2000 en Australie et importé France depuis 2018 comme dans 26 autres pays à travers le monde.

Au même titre que les premiers secours physiques, le secourisme en santé mentale consiste à venir en aide aux personnes en détresse psychique dans le cadre d'un changement de comportement susceptible d'être lié au début d'un trouble psychique comme la dépression, l'anxiété ou une psychose, jusqu'à ce que ceux-ci soient prises en charge par des professionnels spécialisés. Ce secourisme concerne aussi la gestion de situations de crise comme une attitude suicidaire, ou agressive dans le cadre notamment de la dépendance aux substances psychoactives.

La pharmacie d'officine joue un rôle de plus en plus important dans la prévention à la santé et il est généralement difficile d'aborder des patients atteints de troubles en santé mentale faute, à priori, d'avoir été suffisamment sensibilisé à ce sujet durant notre formation initiale, pharmaciens comme préparateurs. Cela a aussi été constaté dans le cadre d'études réalisées auprès de pharmaciens et d'étudiants en pharmacie (1).

De ce fait, afin d'évaluer l'impact des PSSM dans la pratique officinale et d'ouvrir le débat sur des sujets comme l'adaptation de la formation à notre profession ou la promotion des PSSM à l'officine, je vous propose de participer à la session de formation organisée par le Bon Sauveur les lundi 18 et mardi 19 décembre prochain. Celle-ci se tiendra à Saint-Lô et sera gratuite pour les participants.

D'une façon similaire aux études qui ont été réalisées sur les PSSM en Australie (2) un premier questionnaire sera transmis aux participants et un suivi sera organisé dans les deux mois suivant la formation.

En vous remerciant par avance pour l'intérêt porté à ce projet.

Renzo BISHA, Etudiant en Pharmacie, filière officine à Caen (6^e année validée)

1. Frick A, Osae L, Ngo S, Anksorus H, Williams CR, Rodgers PT, et al. Establishing the role of the pharmacist in mental health: Implementing Mental Health First Aid into the doctor of pharmacy core curriculum. *Curr Pharm Teach Learn*. 1 juin 2021;13(6):608-15.
2. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC Psychiatry*. déc 2002;2(1):10.

Formation PSSM Premiers Secours en Santé Mentale: Devenez secouriste !

Vous souhaitez être en capacité de repérer les troubles psychiques ou les signes précurseurs de crise afin d'intervenir précocement sur le modèle des « gestes qui sauvent » ?

Sessions:

Durée de la formation: 14 heures (2 jours)

3 sessions:

- **Carentan** : lundi 11 et mardi 12 décembre
- **Cherbourg** : jeudi 14 et vendredi 15 décembre
- **Granville** : (en attente des dates)

Objectifs

- **Acquérir des connaissances de base** concernant les troubles de santé mentale
- **Mieux appréhender** les différents types de crises en santé mentale
- Développer des **compétences relationnelles** : écouter sans jugement, rassurer et donner de l'information
- **Tester et s'approprier un plan d'action** qui peut être utilisé pour apporter un soutien immédiat sur des problèmes de santé mentale
- Connaître les **interventions efficaces et autres soutiens recommandés** par le guide référence de Premiers Secours
- Développer des **compétences de soutien dans la communauté** (travail, famille, amis, relation publique...)

→ 16 participants maximum par session

→ 2 participants maximum par structure pour les 4 sessions

Tarif : Gratuit (les frais de repas sont à la charge des participants)



Contact / inscriptions:

Marie REBILLON
Coordonnatrice PTSM Manche
06.79.26.00.99
m.rebillon@ch-estran.fr

Date limite d'inscription: 1 mois
avant le début de la formation

Formation inscrite dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 Juin 2018 du Ministère des solidarités et de la santé.

Les PSSM et la pharmacie : enquête auprès des pharmacien(ne)s et des préparateur(trices)

Pourra aussi concerner les étudiants (DEUST, Pharma) de Caen

Enquête diffusée auprès des pharmaciens et préparateurs

Caractères sociodémographiques

Vous êtes :

- Pharmacien(ne)
- Préparateur(trice) en pharmacie

Dans quelle typologie d'officine exercez-vous actuellement ?

- Rural
- Quartier
- Centre-ville

Dans quel département ?

- Calvados
- Manche
- Orne

Etes-vous atteint de pathologies psychiques ? (oui/non)

Connaissez-vous des personnes de votre entourage atteints par ces pathologies ? (oui/non)

- *Si réponse affirmative à la question précédente* : de quel type d'entourage s'agit-t-il ?
 - o Familial
 - o Amical
 - o Autres

Prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale à l'officine

Vous sentez-vous à l'aise à l'idée d'aider quelqu'un atteint de troubles en santé mentale ?

- Pas du tout à l'aise
- Moyennement à l'aise
- Très à l'aise

Vous est-il à l'officine arrivé de faire face à une personne en situation de crise (épisode psychotique, tentative de suicide, etc.) parmi les patients ou parmi votre équipe ? (oui/non)

Si la réponse à la question précédente est affirmative, la personne sondée est amenée à répondre brièvement (en quelques mots) à ces deux questions. Le but sera ici de donner quelques illustrations quant aux situations de crise que l'on peut rencontrer à l'officine.

- De quoi s'agissait-il exactement ?
- Quelles actions ont été mises en place ?

La question de la fréquence de survenue est ensuite évoquée : *A quelle fréquence êtes-vous confronté à ces situations ?*

- *Rarement (jusqu'une fois par an)*
- *Occasionnellement (jusqu'une fois par mois)*
- *Souvent (plus d'une fois par mois)*

Avez-vous fait face à un changement de comportement susceptible d'être lié au début d'une maladie psychique auprès de patients ou parmi votre équipe ? (oui/non)

De même que précédemment, si la réponse à cette question est affirmative, la personne sondée est amenée à répondre brièvement (en quelques mots) à ces deux questions. Le but sera ici de donner quelques illustrations quant à ces changements de comportement ?

- De quoi s'agissait-il exactement ?
- Quelles actions ont été mises en place ?

La question de la fréquence de survenue est ensuite évoquée : *A quelle fréquence êtes-vous confronté à ces situations ?*

- *Rarement (jusqu'une fois par an)*
- *Occasionnellement (jusqu'une fois par mois)*
- *Souvent (plus d'une fois par mois)*

Pensez-vous que votre formation initiale vous a suffisamment fourni d'outils pour la prise en charge des patients atteints de troubles en santé mentale ? (oui/non)

Pourquoi ? *La personne sondée explique brièvement son point de vue.*

Avez-vous réalisé toute ou partie de votre externat (5^e année hospitalo-universitaire) dans un service de psychiatrie ? (oui/non)

Si la réponse à cette question est affirmative : Que vous a apporté cette expérience dans votre pratique actuelle ?

Avez-vous effectué des formations complémentaires en lien avec la santé mentale ? (oui/non)

Si la réponse à cette question est affirmative : de quoi s'agissait-il ?

Questions spécifiques aux participants à la formation aux PSSM

Le questionnaire sera transmis aux participants de la formation dès-lors que ceux-ci aient confirmé leur participation. Celui-ci comportera les mêmes questions que le sondage précédent hormis la question du département (ceux-ci exercent dans la Manche). Un questionnaire de suivi leur sera proposé au plus tard deux mois après la formation, celui-ci ne comprendra pas la partie sur les caractéristiques démographiques.

En complément, ils recevront une vignette correspondant à un cas clinique de troubles en santé mentale, en voici un exemple pour la dépression :

Madame A, patiente habituelle de votre officine se présente au comptoir, elle vous confie ses inquiétudes vis-à-vis de son fils de 21 ans qui est inhabituellement triste depuis quelques semaines. Il ne parvient plus à se concentrer sur ses études de santé et semble avoir délaissé certains de ses loisirs favoris. Il souffre d'insomnies et a perdu du poids.

Questions :

De quel type de trouble ce jeune homme souffre-t-il ?

Indiquez votre avis (pas du tout d'accord, plutôt inutile à ce stade, plutôt utile à ce stade, parfaitement d'accord) sur les huit propositions ci-dessous concernant la prise en charge de ce patient :

- *Il doit en parler à son médecin traitant dès que possible*
- *Cette consultation peut aboutir à la mise en place d'un traitement antidépresseur (miansérine, sertraline, escitalopram, etc.)*
- *Cette consultation doit aboutir à la mise en place d'un traitement anxiolytique (oxazépam(séresto), hydroxyzine, etc.) ou hypnotique (zolpidem, zopiclone).*
- *Cette consultation peut aboutir à la mise en place d'une prise en charge spécialisée (psychiatres, psychologues, etc.)*
- *Une prise en charge hospitalière est à envisager*
- *On pourra instaurer une prise en charge en phytothérapie/ phytonutrition avec des produits à base de rhodiole et de safran*
- *La recherche de symptômes digestifs est inutile dans le conseil qu'on pourrait donner au comptoir*
- *Une cure de magnésium est à envisager*



UNIVERSITÉ
CAEN
NORMANDIE

U.F.R. Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

VU, LE PRESIDENT DU JURY

CAEN, LE

VU, LE DIRECTEUR DE LA FACULTE
DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

CAEN, LE

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses et mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

TITRE

LES PREMIERS SECOURS EN SANTE MENTALE DANS LA PRATIQUE OFFICINALE

Résumé

Dans un monde encore impacté par la pandémie de COVID-19 et en proie à différentes crises, la population voit sa santé mentale se dégrader de façon préoccupante. Professionnels de santé parmi les plus accessibles, les pharmaciens d'officine ne parviennent pas à trouver les bons outils pour sereinement prendre en charge les patients atteints de pathologies psychiatriques. Fondées en Australie au début des années 2000 par Betty Kitchener et le Pr Anthony Jorm, les premiers secours en santé mentale (PSSM) peuvent en partie répondre à cette problématique. Ils ont pour but d'apporter à la population générale des connaissances de base autour des pathologies psychiques les plus fréquents et la capacité à venir en aide aux personnes concernées jusqu'à la mise en place d'une prise en charge spécialisée. Ce travail aborde les PSSM et leur potentiel impact sur la prise en charge des troubles psychiatriques à l'officine.

TITLE

MENTAL HEALTH FIRST AID INTO COMMUNITY PHARMACY'S PRACTICE

Summary

In a world yet impacted by covid 19 pandemic and confronted to different crises, mental health's population is deteriorating in a worrying way. Considered as one of the most accessible health professionals, community pharmacists have difficulties to find the right tools to take care of people with mental health disorders. Founded in Australia at the beginning of year 2000's by Betty Kitchener and Pr Anthony Jorm, mental health first aid (MHFA) can partially answer to this problematic. It aims to bring to people basic knowledge about the most frequent psychiatric pathologies and the ability to support people experiencing those diseases until the establishment of specialized care. This work introduces the MHFA and its potential impact on supporting people with psychiatric diseases in community pharmacy.

Mots-clés

Santé mentale, Premiers secours, Pharmacie d'officine, Dépression, Anxiété, Troubles psychotiques, Substances psychoactives
