



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Formation premiers secours en santé mentale en entreprise : état
des lieux des connaissances.**

Présentée et soutenue publiquement le 18/10/2023 à 16H00
au Pôle Formation
par **Salim TRADI**

JURY

Président :

Madame le Professeur Annie SOBASZEK

Assesseurs :

Madame le Professeur Sophie QUINTON-FANTONI

Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Édouard DALLE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Acronymes

ALGEE	<i>Approach, Listen, Give, Encourage, Encourage</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Test</i>
CIM	Classification Internationale des Maladies
CISD	<i>Critical Incident Stress Debriefing</i>
CISM	<i>Critical Incident Stress Management</i>
C&P	Agents de Conservation et de Protection
ECR	Essai Contrôlé Randomisé
GAD-7	<i>Generalized Anxiety Disorder-7</i>
GCC	Agents de la Garde-Côtière Canadienne
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
IPRP	Intervenant en Prévention des Risques Professionnels
MEE	Maintien En Emploi
MHFA	<i>Mental Health First Aid</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PDSS-SR	<i>Panic Disorder Severity Scale – Self Report</i>
PFA	<i>Provide First Aid</i>
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
PSSM	Premiers Secours en Santé Mentale
R2MR	<i>Road to Mental Readiness</i>
RPS	Risques Psycho-Sociaux
SIPS	<i>Structured Interview for Psychosis-Risk Syndromes</i>
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique

Sommaire

Avertissement	2
Acronymes	3
Sommaire	4
Introduction	5
Matériel et méthodes	11
Résultats	14
TABLEAU A : Cadre de la formation.....	16
TABLEAU B : Contenu de la formation	19
TABLEAU C : Résultats de la formation.....	23
Discussion	30
Conclusion.....	37
Références	38

Introduction

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cette définition intègre les dimensions socio-économiques et environnementales dans la compréhension de l'état de santé d'un individu et d'une population.

La santé mentale fait partie intégrante de la santé, et les problèmes de santé mentale ont une répercussion directe sur la santé physique. Elle correspond à un « *état de bien-être qui permet 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).

La CIM-11 (Classification Internationale des Maladies, 11^{ème} version) définit le trouble mental comme une « *altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il existe de nombreux types de troubles mentaux, désignés aussi sous le nom de problèmes de santé mentale. Cette dernière expression, plus large, englobe les troubles mentaux, les handicaps psychosociaux et d'autres états mentaux associés à un sentiment de détresse, à des déficiences fonctionnelles ou à un risque de comportement auto-agressif importants* » (2). Les troubles anxieux et la dépression en sont les plus fréquentes manifestations. En font partie également les troubles bipolaires, la schizophrénie, les troubles post-traumatiques, les troubles alimentaires, les conduites addictives...etc. On estime qu'en 2019, 15 % des adultes en âge de travailler souffraient d'un trouble mental dans le monde (OMS). En France, ils représentent la

première cause d'années vécues avec une invalidité, et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail (Santé publique France) (3). On comprend ainsi l'importance de leurs conséquences sur l'économie et la productivité d'un pays. Voilà pourquoi la santé mentale est un enjeu majeur en termes de prévention et de prise en charge pour l'OMS.

Les conditions de travail sont un facteur déterminant dans la santé mentale. Parmi les risques professionnels au travail, les risques psychosociaux font partie de ceux qui peuvent entraîner des problèmes de santé mentale. Ils sont définis comme étant des « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (4).

Ces risques psychosociaux ont une répercussion sur la santé des travailleurs. Ils peuvent être responsables de troubles cardiovasculaires, de troubles musculo-squelettiques, d'épuisement professionnel (burn-out), de dépression, d'anxiété, de suicide... (INRS) (5). Mais ils ont aussi un coût sur l'entreprise au niveau économique et organisationnel, avec notamment l'augmentation de l'absentéisme, une démotivation et une baisse de la créativité, l'augmentation des accidents de travail, la diminution de la productivité, une mauvaise ambiance de travail et une atteinte à l'image de l'entreprise (5). Les personnes ayant des problèmes de santé mentale se voient souvent discriminées et stigmatisées, que ce soit dans le milieu du travail ou en dehors (6). Elles peuvent hésiter à se faire soigner par crainte que les autres ne les considèrent comme faibles ou peu fiables, ou que le fait de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale n'ait une incidence négative sur l'évolution de leur carrière professionnelle.

En santé au travail la prévention occupe une place fondamentale. Elle est définie par l'OMS en 1948 comme « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle englobe « *l'ensemble des dispositions ou des mesures prises ou prévues à tous les stades de l'activité dans l'entreprise en vue d'éviter ou de diminuer les risques professionnels* » (directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989) (7).

Trois niveaux de prévention sont distingués (8):

- La prévention primaire : combattre le risque à sa source. Elle est centrée sur le travail et son organisation et renvoie à une prévention collective des risques. Elle passe par la prise en compte de l'ensemble des facteurs de risques dans les situations de travail. Elle se traduit par une évaluation des risques, un diagnostic approfondi et un plan d'action.
- La prévention secondaire : conduire des actions de dépistage et de suivi, sur le plan individuel et collectif, afin de détecter le plus précocement possible l'apparition de troubles permettant d'agir sur les facteurs de risques et d'y faire face.
- La prévention tertiaire : Prendre en charge, limiter les conséquences d'un dommage et favoriser le maintien dans l'emploi.

Les actions de prévention des risques psychosociaux sont propres à chaque entreprise en raison de leurs particularités intrinsèques. Il n'y a pas de solution toute faite. Elles sont menées par différents acteurs : employeur, responsables, encadrants, salariés, médecins du travail, IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels : psychologues, ergonomes...), et autres intervenants extérieurs.

Elles doivent idéalement privilégier la prévention collective et organisationnelle, mais elles peuvent également passer par la prévention individuelle.

Les actions de formation et de sensibilisation font partie intégrante de la prévention à ses trois niveaux. Concernant la prévention des risques psychosociaux, ces démarches éducatives existent et sont déjà mises en place ; parmi elles sont citées les formations en premiers secours en santé mentale (9).

Les premiers secours en santé mentale ont vu le jour au début des années 2000 en Australie. C'est Betty Kitchener, infirmière en éducation sanitaire, et Anthony Jorm, professeur de littérature en santé mentale qui sont à l'origine du « Mental Health First Aid » ou « MHFA ». Mental Health First Aid (MHFA) est un programme dont l'objectif est d'enseigner les stratégies de premiers secours en santé mentale au grand public. Les premiers soins en santé mentale sont définis comme « *l'aide apportée à une personne qui développe, connaît une aggravation, ou est en crise de santé mentale* ». Ils sont prodigués jusqu'à ce qu'une aide professionnelle appropriée soit reçue ou que la crise soit résolue (10). Le programme est basé sur des lignes directrices de bonnes pratiques, issues d'un consensus d'experts par le biais de la méthode Delphi (10).

Il implique la formation d'instructeurs qui sont ensuite agréés pour enseigner la formation MHFA à d'autres personnes (programme « en cascade »).

Une fois formé par un instructeur accrédité, un individu est considéré comme ayant les compétences nécessaires pour offrir les premiers secours en santé mentale aux personnes sur son lieu de travail, dans son organisation ou dans la communauté au sens large. La formation donne un aperçu des problèmes de santé mentale les plus courants et les plus invalidants (dépression, troubles anxieux, psychose, troubles liés à l'utilisation de substances), ainsi que des situations de crise (comportements

suicidaires, attaques de panique, événements traumatisants, comportements agressifs, intoxication aiguë) (11). Elle est présentée sous la forme d'un plan d'action (« ALGEE ») à cinq composantes (12) :

- Approach : Approcher la personne, l'évaluer et l'aider en cas de crise ;
- Listen : Écouter et communiquer sans porter de jugement ;
- Give : Apporter un soutien et des informations ;
- Encouragement : Encourager la personne à obtenir une aide professionnelle appropriée ;
- Encouragement : Encourager d'autres soutiens.

Ce programme a formé plus de 6 millions de secouristes en santé mentale dans le monde. Depuis 2003, il s'est étendu à 29 pays, dont la France où il est porté par l'association Premiers Secours en Santé Mentale France (PSSM France) depuis 2018 (13). En France, cette formation est encore récente mais son intérêt a récemment été soulignée. En effet, les assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui ont eu lieu en septembre 2021 ont insisté sur l'importance de la prévention des risques psychosociaux au travers du 4^{ème} plan santé travail, du rôle des services de santé au travail, mais elles ont également insisté sur l'amplification du déploiement des premiers secours en santé mentale auprès de tous les publics, dont les salariés. Le ministère des solidarités et de la santé, ainsi que le ministère de la transformation et de la fonction publique, ont d'ailleurs publié une circulaire en février 2022 dans ce sens (14).

Avec sa popularité croissante, de nombreuses études sur la formation MHFA auprès du grand public ont été réalisées depuis sa création. L'efficacité de ces interventions éducatives n'est plus à prouver, et les études ont montré une efficacité

dans l'augmentation des connaissances en matière de premiers secours en santé mentale, dans l'intention d'aider, dans la confiance en l'aide à apporter, dans les comportements d'aide fournis, dans la qualité de l'aide, dans la diminution de la stigmatisation, et donc dans l'amélioration de la santé mentale (11,15).

Cependant, ces interventions éducatives soulèvent encore des questions, comme sur la durée de leur efficacité ou leur plus-value par rapport à d'autres formations de sensibilisations sur la santé mentale. Une autre zone d'ombre nous est également apparue, celle concernant la question spécifique de la formation MHFA dans le milieu professionnel. En effet, cette formation étant encore récente en France, il nous a semblé important de nous intéresser spécifiquement à la formation MHFA en entreprise.

Ainsi, l'objectif principal de notre travail est de faire un état des lieux bibliographiques sur la question spécifique des premiers secours en santé mentale en entreprise. Le but étant d'analyser le cadre de la formation, son contenu et ses résultats.

Matériel et méthodes

Méthode de sélection

Pour répondre à l'objectif de notre travail, nous avons effectué une recherche bibliographique sur les articles traitant de la formation aux premiers secours en santé mentale en entreprise, en ciblant spécifiquement la formation MHFA.

Cette recherche s'est concentrée sur les travaux des dix dernières années.

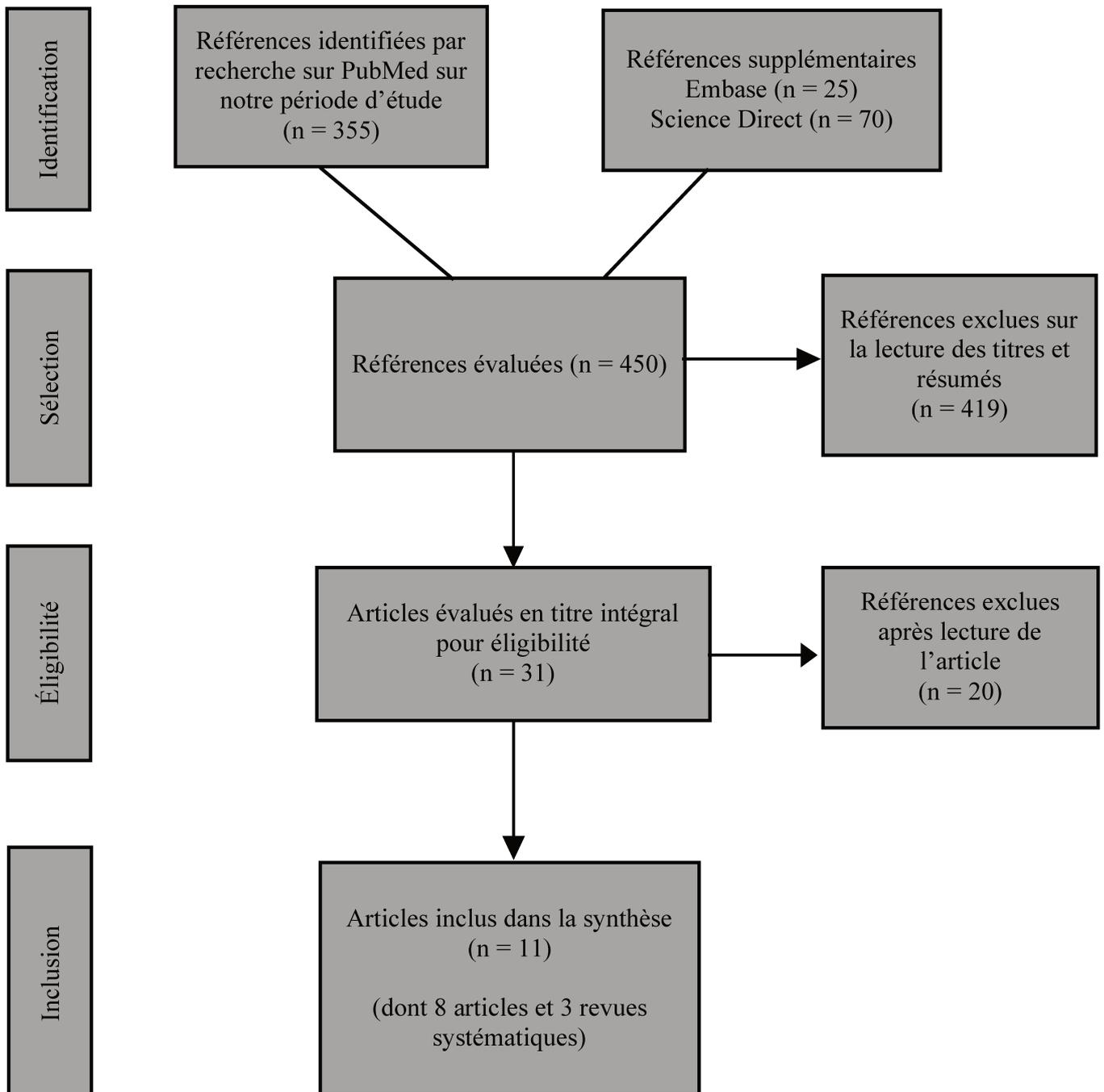
Nous avons arrêté notre recherche au mois de Juillet 2023.

Les différents moteurs de recherche utilisés étaient PUBMED, EMBASE et Science Direct. L'équation de mots-clés utilisée était (mental health first aid OR MHFA) AND (work OR workplace OR worker OR occupational OR employee).

Nous nous sommes concentrés sur les revues systématiques et les articles de la littérature. La sélection s'est faite après lecture du titre, du résumé et enfin de l'article en entier. Les doublons n'ont pas été pris en compte, en prenant comme référence PUBMED qui a été le premier moteur de recherche choisi.

Le détail de cette sélection est illustré par le diagramme de flux ci-dessous.

Diagramme de flux :



Méthode d'intervention

La grille de lecture des articles s'est faite autour de 3 axes :

- Le cadre de la formation : quel était le type d'étude ? quel(s) étai(en)t le/les objectif(s) de l'étude ? dans quel(s) pays s'est déroulée la formation ? dans quel type d'entreprise(s)/activité(s) ? quel était le public visé ? quel était le nombre des participants à l'étude ?
- Le contenu de la formation : quels étaient les types de formateurs ? combien de temps durait la formation ? sous quels formats les cours étaient-ils dispensés (présentiel, distanciel, mixte) ? quel était le contenu de la formation ? quelles étaient les modalités d'évaluation des personnes formées ?
- Les résultats : quels étaient les critères d'évaluation des participants et quels furent les résultats/l'efficacité de la formation ?

Résultats

Notre recherche a permis de sélectionner 11 articles dont 3 revues de la littérature. Nous avons étudié en détail tous ces articles. Les revues de littérature incluait des études qui s'intéressaient à la formation MHFA auprès de travailleurs mais également, et plus largement, de la population générale. Ces revues traitaient les données indistinctement selon que la formation était dispensée aux deux populations précitées et il n'était pas possible d'avoir une lecture spécifique aux formations effectuées auprès des travailleurs. Ainsi, après réflexion, nous avons décidé de ne pas inclure ces revues dans les résultats de notre travail ; l'objectif étant d'obtenir des données spécifiques au milieu professionnel.

Concernant les huit autres articles, il nous a paru plus simple pour l'analyse et la lecture de présenter les résultats sous forme de tableaux (tableaux A, B, C). Ces tableaux permettant de synthétiser le cadre de la formation MHFA, le contenu de la formation, ainsi que les résultats obtenus auprès de la population d'études.

Les huit études étaient des études longitudinales prospectives avec randomisation et comparaient des personnes formées au MHFA à des personnes n'ayant jamais reçu la formation. Des entreprises du secteur public et privé étaient retrouvées dans notre analyse. La formation MHFA pouvait être réalisée sous plusieurs formats (présentiel, distanciel, mixte) et le type de formateur n'était pas toujours décrit. Les évaluations ont été réalisées à l'aide de questionnaires et d'entretiens, en ligne ou en présentiel. Les questionnaires ont été remplis avant la

formation, immédiatement après la formation, et à distance. Les questionnaires étaient basés pour la plupart sur l'échelle de Likert qui est un outil pour mesurer, en une ou plusieurs affirmations (énoncés ou items), le degré d'accord ou de désaccord de la personne interrogée. Les critères d'évaluation des participants étaient variables d'une étude à l'autre (par exemple, les études qualitatives étaient basées sur une analyse de discussions avec les participants), mais nous pouvons citer les résultats positifs de cette formation sur :

- Les connaissances en matière de premiers secours en santé mentale (reconnaissance des troubles, croyances sur les maladies, traitements) (6,11,15-20) ;
- La confiance dans l'aide à apporter (11,15-20) ;
- L'intention d'aider (11,19) ;
- La qualité de l'aide (11,15,19) ;
- Les compétences, attitudes et comportements d'aide (6,11,15-20) ;
- La réduction de la stigmatisation envers les personnes atteintes de trouble de santé mentale (6,11,15,16,19,20) ;
- La diminution du besoin de distance sociale, mesurée par la volonté ou non d'entreprendre une série d'activités avec la personne souffrant d'un trouble de santé mentale (11,18,19) ;
- La satisfaction et l'utilité de la formation (6,15-17).

TABLEAU A : Cadre de la formation

Nom de l'article	Type d'étude	Objectif(s)	Pays	Type d'entreprise/activité	Public visé	Nombre de participants
<i>Longer-term effectiveness of eLearning and blended delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: 2-Year follow-up of a randomised controlled trial</i> Amy J. Morgan 2021	Article : ECR (Essai Contrôlé Randomisé). Étude prospective.	Quels sont les résultats à long terme (1 ans et 2 ans) du programme MHFA ? Quelle différence d'efficacité y a-t-il entre la formation en eLearning, en face à face, et en mixte ?	Australie	Fonction publique	Fonctionnaires australiens	608
<i>Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: A single-arm pilot trial</i> Hiroaki Kubo, 2018	Article : Essai pilote à un seul bras. Étude prospective.	Quelle est l'efficacité du MHFA dans la gestion de la dépression et du risque suicidaire sur le lieu de travail ?	Japon	Entreprise manufacturière de l'ouest du Japon	Employés d'une entreprise manufacturière.	91

<p><i>Military Mental Health First Aid: Development and Preliminary Efficacy of a Community Training for Improving Knowledge, Attitudes, and Helping Behaviors</i> Nathaniel Vincent Mohatt (2017)</p>	<p>Article : ECR. Étude pilote prospective comparative.</p>	<p>Utilité et faisabilité d'une formation MHFA auprès de militaires et d'anciens combattants.</p>	<p>USA</p>	<p>Service militaire</p>	<p>Militaires et anciens combattants américains choisis dans 4 armureries divisés en 2 groupes recevant le cours et 2 groupes témoins. Les participants à la formation pilote comprenaient un mélange de membres du service, de membres de la famille et des premiers répondants.</p>	<p>176</p>
<p><i>Experiences of a Mental Health First Aid training program in Sweden: a descriptive qualitative study</i> Bengt Svensson (2015)</p>	<p>Article : Étude qualitative en conjonction avec un ECR.</p>	<p>Explorer plus en profondeur les expériences des participants au programme : sur leurs expériences de la valeur du contenu et de son adéquation par rapport à leur rôle professionnel, de son format et de sa présentation, et de leurs expériences subjectives de l'impact de la formation sur les connaissances et les attitudes.</p>	<p>Suède</p>	<p>Fonction publique</p>	<p>6 Groupes de participants (16 femmes, 8 hommes), basés sur le principe d'une variation maximale en ce qui concerne l'âge, le sexe, le parcours professionnel, l'expérience et l'appartenance (agents d'emploi, travailleurs sociaux, diacres, soignants et divers professionnels de la santé).</p>	<p>24</p>
<p><i>The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study</i> Kamilla B Jensen 2015</p>	<p>Article : Essai de supériorité randomisé et contrôlé par liste d'attente, associé à une étude qualitative</p>	<p>Objectif primaire : Étudier l'effet du MHFA sur l'augmentation de la confiance dans le comportement d'aide à fournir ; Objectif secondaire : Comparer l'augmentation des connaissances avec les changements d'attitude positifs envers les personnes souffrant d'un problème de santé mentale.</p>	<p>Danemark</p>	<p>Fonction publique, secteur privé, ONG. Exemples : services sociaux, centres pour l'emploi, services d'assistance téléphonique dans les ONG.</p>	<p>Employés de 10 lieux de travail différents, y compris des secteurs publics, privés et des organisations non gouvernementales (ONG)</p>	<p>500</p>

<p><i>Intentions and confidence as predictors of mental health first aid: Findings from a longitudinal study</i> Aliya Usmani 2022</p>	<p>Article : Étude longitudinale prospective, secondaire à un ECR.</p>	<p>Évaluer la relation entre la confiance d'une personne et son intention d'aider avec la qualité du soutien fourni.</p>	<p>Australie</p>	<p>Fonction publique</p>	<p>L'échantillon de l'étude était axé sur les fonctionnaires et sur une population active composée de femmes d'âge moyen, d'anglophones, de personnes mariées, de non-cadres et de personnes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur et qui n'avaient jamais participé au MHFA auparavant.</p>	<p>152</p>
<p><i>Effects of the Mental Health First Aid for the suicidal person course on beliefs about suicide, stigmatising attitudes, confidence to help, and intended and actual helping actions: an evaluation</i> Kathy S. Bond, 2021</p>	<p>Article : Étude longitudinale, prospective, non contrôlée.</p>	<p>Connaitre les caractéristiques des personnes qui ont suivi le cours. Voir quels sont les changements dans les connaissances (notamment les croyances) sur le suicide, la stigmatisation, la confiance et les intentions d'aider une personne suicidaire. Mesurer la satisfaction des participants à l'égard du cours.</p>	<p>Australie</p>	<p>Fonction publique</p>	<p>Les instructeurs ont dispensé le cours sur les lieux de travail et au grand public. 7 cours étaient réservés aux employés d'un lieu de travail (services de soutien, police et éducateurs), 2 cours ont été suivis uniquement par des membres du public et 15 cours ont été suivis par un mélange d'employés et de membres du public.</p>	<p>284</p>
<p><i>Mental Health Training, Attitudes toward Support, and Screening Positive for Mental Disorders among Canadian Coast Guard and Conservation and Protection Officers</i> Katie L. Andrews, 2022</p>	<p>Article : ECR avec essai de supériorité.</p>	<p>Évaluer l'impact de plusieurs formations en santé mentale sur leur utilité, sur les attitudes à l'égard de l'accès à un soutien (professionnel ou non), et sur le dépistage de troubles de la santé mentale.</p>	<p>Canada</p>	<p>Fonction publique</p>	<p>Officiers de la Garde-Côtière Canadienne (GCC) et agents de conservation et de protection (C&P).</p>	<p>412</p>

TABLEAU B : Contenu de la formation

Article	Type de formateur	Durée de la formation	Format de la formation	Contenu de la formation	Modalités d'évaluation des personnes formées
<i>Longer-term effectiveness of eLearning and blended delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: 2-Year follow-up of a randomised controlled trial</i> Amy J. Morgan 09/21	Information non renseignée	eLearning MHFA : 6h. MHFA mixte : 6 h en ligne + 4h en face-à-face. eLearning premiers soins physiques 4 h	En ligne (MHFA, premiers secours physiques). Mixte (MHFA)	Cours eLearning de MHFA ; Cours mixte de MHFA ; Cours eLearning des premiers soins physiques PFA (Provide First Aid) de la Croix-Rouge.	Questionnaires en ligne à remplir avant la formation, immédiatement après la formation, un an et deux ans après la formation. Les questionnaires étaient basés sur des vignettes décrivant une personne « John » souffrant d'un trouble dépressif majeur avec pensées suicidaires, et « Paula » souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT).
<i>Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: A single-arm pilot trial</i> Hiroaki Kubo 2018	Psychiatre expérimenté et formateur agréé de la MHFA-Japon	2h	En présentiel : Cours magistral, DVD, Jeux de rôle.	Formation MHFA sur la prise en charge des personnes souffrant de dépression et présentant un risque suicidaire : 1) approcher une personne présentant des symptômes de dépression, 2) écouter sans porter de jugement, 3) signaler la possibilité d'une dépression, 4) apporter un soutien et des informations, 5) demander s'il y a des pensées suicidaires, 6) encourager la personne à obtenir une aide professionnelle appropriée.	Questionnaires d'auto-évaluation sur la confiance, les compétences, et la stigmatisation avant, immédiatement après, et un mois après le programme. Au début du programme : session de jeu de rôle de 15 minutes où les participants devaient aborder un collègue souffrant de dépression sans aucune connaissance ou compétence en matière de MHFA.

<p><i>Military Mental Health First Aid: Development and Preliminary Efficacy of a Community Training for Improving Knowledge, Attitudes, and Helping Behaviors</i></p> <p><i>Nathaniel Vincent Mohatt (2017)</i></p>	<p>Deux instructeurs, le même instructeur principal ayant dirigé toutes les formations de cette étude pour une meilleure cohérence.</p>	<p>8h sur 1 jour.</p>	<p>En présentiel et en groupe.</p>	<p>MHFA militaire (M-MHFA) : Adaptation du MHFA pour une utilisation sur la population militaire comprenant l'ajout de matériel supplémentaire relevant des problèmes de santé mentale dans la population militaire ainsi que des vidéos et des exercices spécifiques aux militaires, et fournissant un contexte pour les différents problèmes de santé mentale lors de l'interaction avec les membres du service, les anciens combattants et leurs familles.</p>	<p>L'évaluation s'est faite avant la formation, immédiatement après, 4 mois après et à 8 mois.</p> <p>Évaluation écrite pour mesurer la confiance dans l'aide à apporter, les attitudes à l'égard de la recherche d'aide, la connaissance des ressources à solliciter, l'utilisation des pratiques MHFA et la stigmatisation.</p> <p>Les enquêtes de suivi après 4 et 8 mois ont été complétées soit par une enquête sur Internet envoyée par courriel aux participants, soit par une enquête envoyée par la poste.</p>
<p><i>Experiences of a Mental Health First Aid training program in Sweden: a descriptive qualitative study</i></p> <p><i>Bengt Svensson (2015)</i></p>	<p>Instructeurs en MHFA.</p>	<p>12h sur une semaine (possibilité d'accès ultérieur à la supervision)</p>	<p>En présentiel : 6 groupes de discussion. Utilisation d'un manuel et d'extraits de films inclus dans le cours.</p>	<p>Le cours comportait 5 étapes appliquées à diverses pathologies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépression, - Troubles anxieux, - Psychose, - Troubles liés à la consommation de substances. <p>Les 5 étapes étaient décrites ainsi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Évaluation du risque de suicide et de préjudice ; 2) Écoute sans jugement ; 3) Réconfort et information ; 4) Encouragement de la personne à rechercher un soutien professionnel ; 5) Encouragement des stratégies d'auto-assistance. <p>Le contenu comprenait des informations sur les symptômes, les causes possibles, les alternatives de traitement fondées sur des preuves et des conseils sur la manière d'agir dans une situation de crise.</p>	<p>Entretiens menés par 2 chercheurs, 6 à 8 mois après la participation au programme, ainsi que discussions entre les participants.</p>

<p><i>The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study</i></p> <p><i>Kamilla B Jensen 2015</i></p>	<p>Le cours a été réalisé et géré par la Fondation danoise pour la santé mentale. Les instructeurs étaient des enseignants certifiés et avaient l'expérience du travail en santé mentale.</p>	<p>Cours de 12h dispensés sur 2 jours de formation :</p> <p>4 sessions de formation de 3 heures chacune.</p>	<p>En présentiel pendant les heures de travail.</p>	<p>Les participants ont eu une formation de secourisme à la suite d'un cours manuel de MHFA de deux jours.</p> <p>- Le cours donne une vue d'ensemble des principales catégories de troubles de la santé mentale et des crises dont : la dépression, l'anxiété, la psychose et la toxicomanie ; les pensées et comportements suicidaires, comportements d'automutilation, attaques de panique, réactions à un traumatisme, psychose aiguë, intoxication et comportements agressifs. Les participants ont été initiés aux symptômes de la maladie, aux facteurs de risque possibles, aux traitements fondés sur des preuves et à la manière d'obtenir de l'aide ;</p> <p>- La formation consistait en un mélange de présentations de connaissances et d'exercices. Le plan d'action comportait 6 items : Accéder au risque de suicide ou de préjudice ; Écouter sans porter de jugement ; Rassurer et informer ; Encourager la personne à obtenir une aide professionnelle appropriée ; Encourager les stratégies d'auto-assistance.</p>	<p>Questionnaire électronique au départ et après 6 mois de suivi. Le groupe témoin n'a suivi le cours que six mois après le questionnaire initial.</p> <p>Parallèlement, l'essai fut complété par une étude qualitative, dans laquelle cinq groupes de discussion étaient organisés avec les participants avant et après leur participation au cours, au cours duquel ils ont été observés. L'entretien du groupe de discussion était librement structuré autour d'un guide d'entretien qui comprenait à la fois des questions, des exercices pour briser la glace et des exercices de concentration. L'observation des participants a été effectuée sur deux des cours de MHFA, structurée par un guide d'observation. L'enquêteur participa aux exercices et aux discussions.</p>
<p><i>Intentions and confidence as predictors of mental health first aid: Findings from a longitudinal study</i></p> <p><i>Aliya Usmani 2022</i></p>	<p>Information non renseignée</p>	<p>4h (premiers soins physiques) ;</p> <p>6h (MHFA en ligne)</p> <p>10h (MHFA mixte avec 6 h en ligne + 4h en face-à-face)</p>	<p>En ligne : (MHFA + premiers secours physiques)</p> <p>Présentiel + E-learning (MHFA mixte)</p>	<p>Cours eLearning de MHFA ;</p> <p>Cours mixte de MHFA ;</p> <p>Cours eLearning des premiers soins physiques PFA (Provide First Aid) de la Croix-Rouge.</p>	<p>Questionnaires avant la formation, juste après, à 1 an et à 2 ans, explorant les attitudes et les compétences nécessaires pour aider une personne au travail souffrant d'un problème de santé mentale. L'évaluation s'est faite en utilisant des vignettes représentant une personne "John" souffrant d'une dépression majeure et "Paula" souffrant d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT).</p>

<p><i>Effects of the Mental Health First Aid for the suicidal person course on beliefs about suicide, stigmatising attitudes, confidence to help, and intended and actual helping actions: an evaluation</i></p> <p><i>Kathy S. Bond, 2021</i></p>	<p>Instructeurs formés et accrédités par MHFA Australie.</p>	<p>16h</p>	<p>Diapositives PowerPoint, vidéos, activités interactives individuelles et de groupe, utilisation d'un manuel.</p>	<p>Ont été dispensées la formation MHFA pendant 12h, complétée par une formation de 4h sur les premiers secours en santé mentale pour les personnes suicidaires. Le manuel de la seconde formation contient des informations sur le suicide en Australie, des ressources utiles, et des détails sur la manière de mettre en œuvre les trois actions clés lorsqu'on aide une personne suicidaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Si vous pensez qu'une personne est suicidaire, posez-lui directement la question ; 2) Travaillez ensemble pour la mettre en sécurité pour le moment ; 3) Mettez-la en contact avec une aide professionnelle. <p>Par exemple : le cours enseigne qu'il ne faut pas essayer de convaincre la personne que le suicide est une erreur. Cette action est contraire aux meilleures pratiques en matière de prévention du suicide.</p>	<p>Trois enquêtes menées par questionnaires avant, immédiatement après le cours et six mois plus tard, ont été réalisées pour évaluer les connaissances sur le suicide, la stigmatisation, la confiance dans les soins, la qualité des comportements d'aide prévus et réels envers une personne suicidaire, ainsi que la satisfaction par rapport au cours. Les participants qui ont accepté de participer à l'étude ont reçu par courrier électronique un lien vers l'enquête de suivi, six mois après la formation.</p>
<p><i>Mental Health Training, Attitudes toward Support, and Screening Positive for Mental Disorders among Canadian Coast Guard and Conservation and Protection Officers</i></p> <p><i>Katie L. Andrews, 2022</i></p>	<p>Information non renseignée</p>	<p>Information non renseignée</p>	<p>Information non renseignée</p>	<p>Les 5 cinq formations auxquelles les participants devaient indiquer s'ils y avaient déjà participé étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - MHFA: Mental Health First Aid; - CISM: Critical Incident Stress Management; - CISD: Critical Incident Stress Debriefing; - Peer Support (Soutien par les pairs); - R2MR: Road to Mental Readiness. 	<p>Participation anonyme et volontaire. Sondage en ligne d'auto-évaluation concernant l'attitude à l'égard du soutien en santé mentale disponible (professionnel ou non professionnel), l'expérience d'une formation en santé mentale et son utilité le cas échéant, et le dépistage des troubles de santé mentale.</p>

TABLEAU C : Résultats de la formation

Article	Critères d'évaluation des participants	Résultats
<p><i>Longer-term effectiveness of eLearning and blended delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: 2-Year follow-up of a randomised controlled trial</i></p> <p><i>Amy J. Morgan 09/21</i></p>	<p>Primaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Connaissances en matière de premiers secours en santé mentale (mesurées à l'aide d'un questionnaire vrai/faux de 16 questions basées sur le contenu du Manuel des premiers secours en santé mentale). - Désir de distance sociale. - Comportements de soutien auto-déclarés si une personne au travail développe un problème de santé mentale. <p>Secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance des troubles mentaux. - Croyances sur le traitement. - Intentions d'aide et confiance. - Stigmatisation personnelle. - Comportements de soutien auto-déclarés si une personne extérieure au travail développe un problème de santé mentale. - Recherche d'aide par les participants pour un problème de santé mentale. - Détresse psychologique. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les connaissances en matière de premiers secours en santé mentale ont été améliorées de manière significative grâce à la formation MHFA par rapport au groupe contrôle, et étaient meilleures pour la formation mixte que pour celle en ligne. - Le désir de distance sociale envers une personne en dépression a diminué à 1 an de suivi pour les deux formats. - L'intention d'aider a augmenté significativement à un 1 de suivi pour la dépression et le SSPT, plus importante pour le MHFA mixte en ce qui concerne la dépression. A 2 ans de suivi, le MHFA mixte montrait une amélioration par rapport au groupe contrôle pour le SSPT. - La qualité des intentions d'aide a été améliorée à 1 an de suivi. La formation mixte était plus efficace sur le thème de la dépression à 1 an, et sur le thème du SSPT à 2 ans. - Pour la confiance dans l'aide à apporter, elle était meilleure à 1 an pour la MHFA mixte, et jusqu'à 2 ans pour le SSPT. - Concernant la stigmatisation, il y a eu des améliorations statistiquement significatives des croyances selon lesquelles les personnes souffrant de dépression sont dangereuses ou imprévisibles en faveur du MHFA mais à 1 an seulement. - Après deux ans de suivi, seul le MHFA mixte a conduit à des améliorations statistiquement significatives de la qualité des comportements auto-déclarés à l'égard d'une personne en dehors du travail qui a développé un problème de santé mentale. <p>Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives lors du suivi en ce qui concerne :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les changements dans la qualité des comportements de soutien auto-déclarés à l'égard d'une personne qui a développé un problème de santé mentale sur le lieu de travail ; - La reconnaissance des troubles mentaux (dépression et SSPT) ; - La croyance sur les traitements ; - La recherche d'aide par les participants pour un problème de santé ; - La détresse psychologique.

<p><i>Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: A single-arm pilot trial</i></p> <p>Hiroaki Kubo 2018</p>	<p>La confiance : Échelle de Likert allant de 1 (pas du tout confiant) à 5 (très confiant) concernant les 6 points de l'approche MHFA pour les personnes suicidaires.</p> <p>Les compétences perçues : Questionnaires à l'aide d'une vignette de cas, auxquels 5 choix possibles représentant la probabilité d'action allant de 0 (absolument pas) à 4 (absolument).</p> <p>La stigmatisation : Version japonaise de l'échelle de Link, composée de 12 items avec une échelle de Likert en 4 points, allant de 1 (fortement en désaccord) à 4 (fortement d'accord). Un score élevé correspondant à une stigmatisation élevée du participant.</p>	<p>L'évaluation a porté sur la confiance et les compétences pratiques en matière d'intervention précoce de prévention de la dépression et du suicide, ainsi que sur la stigmatisation des problèmes de santé mentale.</p> <p>La confiance et les compétences pratiques ont été améliorées de manière significative, même un mois après le programme, et la stigmatisation a diminué juste après le programme.</p> <p>Le programme a eu un impact positif sur l'encouragement des employés à soutenir leurs collègues ayant des problèmes de santé mentale.</p>
<p><i>Military Mental Health First Aid: Development and Preliminary Efficacy of a Community Training for Improving Knowledge, Attitudes, and Helping Behaviors</i></p> <p>Nathaniel Vincent Mohatt (2017)</p>	<p>Utilisation d'une échelle de Likert en 5 points allant de « fortement en désaccord » à « fortement en accord » pour évaluer 17 items sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la confiance dans l'aide à apporter, - les attitudes à l'égard de la recherche d'aide, - la connaissance des ressources à solliciter, - l'utilisation des pratiques MHFA, - la stigmatisation. 	<p>Des améliorations significatives de la confiance, des connaissances, des attitudes et comportements en pratique, et de la stigmatisation ont été observées chez les stagiaires par rapport à un groupe témoin. Ces effets se sont maintenus jusqu'à 8 mois après la formation.</p>

<p><i>Experiences of a Mental Health First Aid training program in Sweden: a descriptive qualitative study</i></p> <p>Bengt Svensson (2015)</p>	<p>Les données ont été analysées à l'aide d'une analyse de contenu.</p> <p>Les entretiens ont duré de 60 à 80 minutes.</p> <p>Les entretiens ont été enregistrés, transcrits et lus plusieurs fois afin de comprendre l'ensemble du matériel.</p> <p>Les impressions tirées des entretiens ont été résumées et discutées entre les enquêteurs.</p> <p>Le but de l'évaluation était d'atteindre un consensus entre les chercheurs sur les idées globalement dégagées par les participants.</p>	<p>L'analyse a permis de dégager 5 catégories illustrant les expériences des participants au cours : sensibilisation, connaissances et compréhension accrues ; influence sur l'attitude et l'approche ; boîte à outils et confiance en soi ; retour d'information sur le contenu et la présentation ; et exemples tangibles de connaissances appliquées.</p> <p>1) La majorité des participants ont estimé que le programme était utile. Pour une minorité de participants, le contenu était nouveau et contenait des connaissances précieuses. Il a contribué à une vision plus nuancée de la maladie mentale. Les participants des services de secours ont toutefois souhaité un cours sur mesure, mieux adapté à leurs activités (exemple des pompiers qui savaient déjà ce genre de choses).</p> <p>2) La majorité des participants, qui avaient déjà rencontré des personnes souffrant de problèmes de santé mentale, ont déclaré que le programme n'avait pas modifié leur vision de la maladie mentale ni leur approche des personnes concernées. La participation au programme a plutôt renforcé leur gestion antérieure de telles situations. La majorité des participants ont également indiqué que le programme avait contribué à combattre les préjugés et à désamorcer le sujet de la maladie mentale. La participation au programme a facilité le dialogue sur la maladie mentale, tant dans les milieux professionnels que dans les milieux privés.</p> <p>3) Les participants ont décrit le programme comme une boîte à outils contenant des conseils concrets qui ont contribué à accroître la confiance et l'envie d'agir afin d'aider une personne soupçonnée d'avoir des problèmes de santé mentale. Même pour les participants expérimentés, le cours leur a rappelé l'importance de poser des questions sur les problèmes de santé mentale et les pensées/projets de suicide, et d'agir sur leur impulsion de demander plutôt que d'éviter le problème/la personne. Plusieurs participants ont dit avoir été renforcés dans leur rôle professionnel grâce à une meilleure préparation à l'action et à un plan d'action tangible.</p> <p>4) Des instructeurs expérimentés et compétents ont été décrits comme une condition préalable à l'impact et à la crédibilité du programme, et d'être en mesure de répondre aux questions des participants.</p>
---	---	---

<p><i>The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study</i></p> <p><i>Kamilla B Jensen 2015</i></p>	<p>Les critères d'évaluation des participants étaient les suivants :</p> <p>Sociodémographiques ; motivation de la participation ; antécédents personnels en matière de santé mentale ; expériences antérieures avec des personnes souffrant de maladies mentales et types d'aide offerts.</p> <p>Ensuite, le résultat primaire sera mesuré au moyen de trois questions : la confiance que la personne ressent pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) contacter, 2) parler, 3) aider une personne ayant des problèmes de santé mentale. <p>Les réponses à ces trois questions se feront sur une échelle à quatre niveaux : "pas du tout confiant", "un peu confiant", "assez confiant", et "très confiant".</p> <p>Si la réponse est « pas du tout confiant » la personne devra choisir entre : "manque de connaissances", "peur de dire quelque chose de mal", "peur de la réaction de la personne", "ne sait pas quoi conseiller à la personne", "c'est une trop grande responsabilité".</p> <p>Résultats secondaires : ils concernaient l'augmentation des connaissances, l'amélioration des attitudes et la diminution du besoin de distance sociale, avec utilisation de vignettes et questions/réponses sur une pathologie.</p>	<p>Le résultat primaire de l'étude quantitative fut l'augmentation de la confiance dans la fourniture d'aide dans des situations où les personnes sont en crise de santé mentale ou connaissent un problème de santé mentale, en comparant le groupe d'intervention qui a suivi le cours de formation avec le groupe contrôle.</p> <p>Le résultat secondaire fut l'augmentation des connaissances sur les problèmes de santé mentale, sur les crises, et sur les stratégies de traitement les plus appropriées. Une augmentation des attitudes positives envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale a également été observée en comparant les deux groupes.</p>
--	--	---

<p><i>Intentions and confidence as predictors of mental health first aid: Findings from a longitudinal study</i></p> <p><i>Aliya Usmani 2022</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - L'intention a été mesurée en demandant aux répondants : "Décrivez toutes les choses que vous feriez pour aider John/Paula". Les réponses ouvertes étaient codées en fonction de chaque composante de l'ALGEE (Approcher, Écouter sans jugements, Conseiller, Encourager la demande d'aide ou de soutien). Le score total allait de 0 à 12. - La confiance a été mesurée en demandant aux personnes interrogées "Dans quelle mesure vous sentez-vous confiant pour aider quelqu'un au travail qui a un problème comme John/Paula ?" sur une échelle de 5 points allant de 1 = pas du tout confiant, à 5 = extrêmement confiant. - La qualité de l'aide apportée en matière de santé mentale a été déclarée et évaluée en fonction des cinq composantes de l'ALGEE, comme décrit ci-dessus pour l'intention. - L'évaluation a porté sur l'aide apportée sur le lieu de travail : « Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un avec qui vous travaillez a-t-il eu un quelconque problème de santé mentale ? », suivi de « décrivez tout ce que vous avez fait pour l'aider » (réponse ouverte). <p>La réponse a été notée sur la base du plan ALGEE, la qualité du soutien allant de 0 à 12, et seules les personnes ayant apporté leur soutien à une personne connue dans la vie réelle ont été prises en compte.</p>	<p>L'analyse des intentions de réaliser les différentes composantes de l'ALGEE a montré qu'il existait des associations significatives pour certaines composantes, mais pas pour toutes. Par exemple, les personnes ayant l'intention d'écouter et de communiquer sans jugement avec une personne décrite dans une vignette sur le SSPT étaient trois à quatre fois plus susceptibles de réaliser la même action un à deux ans plus tard.</p> <p>En outre, des associations importantes ont été observées entre les intentions d'effectuer des gestes de premiers secours spécifiques et la réalisation de ces mêmes gestes lors du suivi, par exemple pour encourager l'aide professionnelle lors du suivi à deux ans.</p> <p>Un moindre désir de distance sociale prédit de manière significative la qualité du soutien au moment du suivi, tandis que la stigmatisation personnelle n'est un prédicteur positif que deux ans plus tard.</p> <p>Dans l'ensemble, les variables prédictives ont modifié la force de la relation pour « encourager d'autres soutiens » dans la vignette sur la dépression, qui est devenue deux et trois fois plus probable, et pour « écouter sans porter de jugement » dans la vignette sur le SSPT, qui est devenue quatre à six fois plus probable.</p> <p>Au total, l'intention d'aider a prédit la qualité du soutien pour aider quelqu'un au travail lors du suivi jusqu'à 2 ans, tandis que la confiance dans la fourniture d'une aide n'a prédit la qualité du soutien qu'un an plus tard.</p> <p>Ces relations étaient significativement atténuées après contrôle de la stigmatisation personnelle, du désir de distance sociale, du sexe, de l'âge, de la langue parlée à la maison, du niveau d'éducation et du fait que le participant gérait ou non du personnel.</p>
--	--	---

<p><i>Effects of the Mental Health First Aid for the suicidal person course on beliefs about suicide, stigmatising attitudes, confidence to help, and intended and actual helping actions: an evaluation</i></p> <p><i>Kathy S. Bond, 2021</i></p>	<p>Les connaissances ont été évaluées sur la base des croyances des participants avant et après le cours. Utilisation de l'échelle de Likert en 5 points allant de "Pas du tout d'accord" à "Tout à fait d'accord".</p> <p>La stigmatisation a été évaluée en utilisant une vignette clinique, avec questions-réponses utilisant l'échelle Likert.</p> <p>Pour la confiance et la qualité des aides données : Il a été demandé aux participants si, au cours des six derniers mois, ils avaient parlé à une personne dont ils craignaient qu'elle ait des pensées suicidaires. Dans l'affirmative, une série de questions leur a été posée, notamment sur les caractéristiques démographiques de la personne, sa relation avec elle et ce qu'ils ont fait pour l'aider. On a demandé aux participants quelles actions, parmi une liste de 13 actions, ils avaient pris pour aider la personne. Les réponses étaient binaires : "Oui/Non".</p> <p>La satisfaction par rapport au cours a été mesurée à l'aide d'une échelle de Likert en 5 points, notamment en ce qui concerne la nouveauté, la compréhension et la pertinence des informations, la qualité de la présentation et la satisfaction à l'égard du matériel de cours</p>	<p>L'enquête préalable a recueilli des informations démographiques, des informations sur la formation antérieure en santé mentale, et sur l'expérience personnelle et professionnelle avec des personnes présentant des pensées et des comportements suicidaires.</p> <p>La grande majorité des participants (85 %) ont suivi le cours pour des raisons professionnelles, tandis que près de la moitié (44 %) ont déclaré avoir été en contact avec des personnes suicidaires dans le passé, comme raison de leur participation.</p> <p>Plus de la moitié des participants (59%) avaient déjà suivi une formation en santé mentale et, pour la majorité d'entre eux, cette formation comprenait des conseils pour aider les personnes suicidaires. Parmi les participants ayant suivi une formation antérieure, 62 % avaient déjà suivi un cours de MHFA.</p> <p>Avant la formation, la plupart des participants avaient des convictions conformes à l'enseignement du cours. Les réponses des participants sans formation préalable se sont améliorées pour atteindre des niveaux similaires à ceux des participants ayant reçu une formation préalable.</p> <p>Une amélioration significative des connaissances a été constatée entre la période précédant le cours et la période suivant le cours, amélioration qui s'est maintenue lors du suivi.</p> <p>La confiance dans les compétences de « préventeur » s'est améliorée de manière significative après le cours et lors du suivi.</p> <p>La qualité des comportements d'aide intentionnelle s'est améliorée de manière significative entre la période précédant le cours et la période suivant le cours.</p> <p>Une amélioration significative a été constatée pour certaines actions entreprises par les participants pour aider une personne suicidaire entre le pré-cours et le post-cours (par exemple, poser des questions sur les pensées et les projets suicidaires, contacter les services d'urgence). Le cours a été très bien accepté par les participants.</p> <p>Après avoir suivi le cours, les participants ont déclaré avoir moins fait appel à d'autres personnes, y compris en contactant les services d'urgence.</p> <p>Les questions explicites sur le suicide ont augmenté de façon notable.</p>
--	--	---

<p><i>Mental Health Training, Attitudes toward Support, and Screening Positive for Mental Disorders among Canadian Coast Guard and Conservation and Protection Officers</i></p> <p><i>Katie L. Andrews, 2022</i></p>	<p>Indication d'une éventuelle formation antérieure en santé mentale et de son utilité selon les items suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Améliorer votre santé mentale - Améliorer la santé mentale de votre équipe - Réduire la stigmatisation - Atténuer les traumatismes liés au stress professionnel - Améliorer vos connaissances sur la santé mentale - Vous aider à répondre aux membres du public souffrant de troubles mentaux <p>Indication vers quelle source d'aide les participants s'orienteraient s'ils devaient avoir besoin d'un soutien mental :</p> <p>Source professionnelle : Programme d'assistance aux employés, médecin, psychiatre, psychologue, chef religieux ou spirituel ;</p> <p>Source non professionnelle : Collègue, supérieur, ami, conjoint.</p> <p>Les options de réponse étaient :</p> <p>(1) Je peux et je veux y accéder en tant que ressource précoce, (2) Je peux y accéder mais ne le ferais jamais ou seulement en dernier recours, (3) Je n'y ai pas accès mais j'aimerais y avoir accès, (4) Je n'y ai pas accès mais je ne le ferais jamais ou seulement en dernier recours, (5) Je ne sais pas si j'y ai accès.</p> <p>Dépistage de troubles de la santé mentale par auto-questionnaires : PCL-5 = état de stress post-traumatique ; PHQ-9 = trouble dépressif majeur ; PDSS-SR = trouble de panique ; GAD-7 = trouble d'anxiété généralisée ; SIPS = trouble d'anxiété sociale ; AUDIT = trouble d'anxiété lié à l'utilisation d'alcool.</p>	<p>Les participants qui ont reçu une formation en santé mentale, quelle qu'elle soit, l'ont jugée efficace pour tous les objectifs, à l'exception de l'atténuation des traumatismes liés au stress professionnel. Les participants ont déclaré que la formation CISD était la plus efficace pour améliorer la santé mentale (66,7 %), réduire la stigmatisation (66,7 %), accroître leurs connaissances sur la santé mentale (81,8 %) et les aider à répondre aux membres du public ayant des problèmes de santé mentale (69,7 %).</p> <p>La formation Peer support est celle qui a eu le plus d'impact sur l'amélioration de la santé mentale des membres de l'équipe (64,1 %) et sur la réduction des traumatismes liés au stress professionnel (46,2 %).</p> <p>Les participants ayant suivi un programme de formation, quel qu'il soit, ont indiqué une plus grande volonté d'accéder à des soutiens professionnels et non professionnels en tant que ressources précoces par rapport à ceux n'ayant reçu aucune formation. Pour les participants ayant suivi la formation MHFA, 54 % iraient voir un médecin en premier, 34 % un psychologue, 15% un psychiatre, 16% un aumônier, et 52% suivraient le programme d'assistance aux employés. Les résultats étaient concordants entre les formations. Concernant le soutien non professionnel chez ceux ayant suivi une formation MHFA, 75% le chercheraient auprès du conjoint, 71% un ami, 29% un collègue, et 13% un supérieur. Les proportions étaient les mêmes pour les autres formations. Au total, la plupart ont indiqué qu'ils s'adresseraient d'abord à leur conjoint (74 %), à un ami (65%) ou à un médecin (53 %). De nombreux participants n'auraient pas, ou peu, eu recours à d'autres soutiens professionnels, à un collègue, ou à leur direction.</p> <p>Les participants ayant reçu une formation en santé mentale ont déclaré une prévalence plus faible de dépistage positif pour tous les troubles mentaux par rapport aux personnes n'ayant pas reçu de formation (prévalence comprise entre 7,5 % et 22,4 % pour toute formation, contre 8,5 % et 31,4 % pour l'absence de formation). Concernant les participants formés au MHFA, les prévalences étaient de 16% pour le dépistage d'un SSPT ; 20% pour un trouble dépressif majeur ; 11% pour un trouble d'anxiété généralisée ; 17% pour un trouble d'anxiété sociale ; 12 % pour un trouble de panique ; et 8% pour un trouble lié à l'alcool. Cependant, aucune association statistiquement significative n'a été observée entre les catégories de formation en santé mentale et la diminution des probabilités de dépistages positifs pour les troubles mentaux. Les résultats, là encore, montrent que les catégories de formation en santé mentale donnent des résultats comparables.</p>
--	--	--

Discussion

L'objectif principal de notre travail était de faire un état des lieux bibliographiques sur la question spécifique des premiers secours en santé mentale en entreprise. Notre recherche a permis de sélectionner des articles traitant spécifiquement du sujet. L'efficacité du MHFA a été relevée dans les différentes recherches et il existe des preuves que cette formation a amélioré les connaissances en matière de santé mentale, les attitudes et comportements d'aide, l'intention et la confiance dans l'aide à apporter, l'aide réellement fournie et la qualité de l'aide ; ce programme a diminué la stigmatisation et le désir de distance sociale. Il a également été jugé utile par les participants.

Son format est flexible puisqu'il peut être dispensé sur une courte durée, sur le lieu de travail, en présentiel, en distanciel ou de façon mixte (20). Enfin, son efficacité semble perdurer dans le temps, jusqu'à deux ans telle que l'a démontré l'étude de Reavley et al., 2021 (11).

L'originalité de notre travail est qu'il est axé sur le milieu professionnel. Nous avons choisi la formation MHFA, même si d'autres formations de sensibilisation existent, car c'est celle qui apparaît être la plus rigoureuse et qui est l'une des plus populaires (citée comme exemple de bonne pratique en santé mentale dans la publication 2018 sur la feuille de route européenne en santé mentale) (9).

Notre méthodologie a été rigoureuse. Nous avons pris comme fourchette d'étude les dix dernières années, ce qui donne un aperçu des avancées, même si le programme

a débuté en 2000. De ce fait, certains articles intéressants ont pu être omis de notre travail.

Nous avons utilisé trois moteurs de recherche principaux (PUBMED, EMBASE, Science Direct) qui nous semblent apporter une exhaustivité, mais cela pourrait être une limite de notre recherche. Notre recherche bibliographique n'a retrouvé au final que peu d'articles traitant uniquement du sujet dans le cadre professionnel (8 sur un total de 450). On pourrait expliquer cela par le fait que la formation, son contenu et ses résultats ne diffèrent pas entre le milieu professionnel et le reste de la population. Les revues systématiques et méta-analyses que nous avons étudiées vont dans ce sens (12,21,22).

Concernant les limites des articles, tous n'ont pas étudié chaque trouble de la santé mentale. Ceux qui revenaient le plus souvent étaient la dépression, le risque suicidaire, le trouble anxieux et le SSPT. Deux études n'étaient pas contrôlées (15,20), et la période d'étude n'était pas toujours décrite.

Différents biais ont été décrits par les auteurs dans leurs études : biais de sélection (échantillon non représentatif de la population visée, participants déjà expérimentés en santé mentale) (6,15,17,18) ; biais de mesures (questionnaires imprécis et/ou non compris par les participants) ; biais de désirabilité sociale et de mémorisation d'autant plus que les réponses étaient recueillies longtemps après la formation (6,11) ; manque de puissance (échantillon faible, questionnaires non ou partiellement remplis, participants perdus de vue) (6,16,17) ; Une étude (Kubo et al., 2018) avait une courte durée de suivi d'un mois. Les études qualitatives étaient limitées par la subjectivité des réponses, sensibles à l'interprétation (17,18). Une autre limite est l'inclusion dans certaines études d'une large tranche d'âge, ainsi que de membres de la population

générale, non concernés par notre population cible que sont les travailleurs (15,16). Les auteurs ont reconnu que le double aveugle n'était pas toujours facile à obtenir. Enfin, un résultat intéressant dans l'étude de Reavley et al., 2021, vient nuancer l'efficacité du MHFA dans la qualité de l'aide sur le lieu de travail. En effet, il n'y avait pas de différences (statistiquement significatives) lors du suivi en ce qui concerne les changements dans la qualité des comportements de soutien auto-déclarés à l'égard d'une personne qui a développé un problème de santé mentale sur le lieu de travail, à l'inverse d'une personne l'ayant développé en dehors du travail (11). Mais étant auto-déclarées, les réponses pouvaient être sujettes à des biais. Toujours est-il qu'il est recommandé d'avoir des essais contrôlés randomisés de plus grande envergure pour mieux établir l'efficacité de ce type de programme (16).

Parmi les points forts, l'étude de Reavley et al., 2021, est celle qui a le plus long suivi de formation MHFA connu (jusqu'à 2 ans) (11). L'utilisation d'environnements simulés, de jeux, d'activités et de jeux de rôle a permis une pratique plus transférable. La prestation virtuelle permet une plus grande accessibilité aux participants, une plus grande souplesse dans l'administration et une meilleure rentabilité (11). Ces constats sont également retrouvés dans les revues de la littérature (21). Une durée de formation accélérée est possible et permettrait une mise en place plus aisée en milieu de travail (20). La tenue de séances de groupe a permis aux animateurs d'avoir un accès simultané à un plus grand nombre de personnes, de favoriser l'entraide et le partage entre les individus (17,21). La formation a permis également de tracer plus facilement une ligne entre le début et la fin de la responsabilité de chacun, et le moment où d'autres professionnels (par exemple, des professionnels de la santé) doivent intervenir pour aider une personne en crise. L'importance d'instructeurs expérimentés

a été soulignée par les participants (17). La structure du programme a souvent été décrite comme répétitive, mais néanmoins utile car récapitulative (17).

Comparativement à d'autres études qui ont été faites en dehors du milieu professionnel, on a remarqué des similitudes sur les trois aspects de la formation MHFA (forme, contenu, résultats). D'abord on peut citer la méthodologie utilisée dans les études qui était rigoureuse, l'inclusion complète d'études pertinentes réalisées dans plusieurs pays et en plusieurs langues (y compris d'études non publiées ou en cours) (12) ; la formation pouvait se faire de façon mixte, à distance et en présentiel ; elle reposait sur le plan d'action ALGEE, alliant conférences, discussion, jeux de rôle...(21). Les animateurs étaient tous expérimentés en éducation et en santé mentale. Les résultats ont été positifs sur les connaissances, l'intention, la confiance et la capacité à fournir l'aide, l'aide fournie, et les attitudes stigmatisantes (12,22). Dans nos articles sélectionnés, il peut y avoir une limite concernant le fait que certains participants ont été pris parmi la population générale à titre de comparaison (15,16). Mais cela semble ne pas influencer sur les résultats car ils sont les mêmes que pour les revues systématiques étudiant le sujet sur un échantillon comprenant aussi des membres du public (12,22). Finalement il n'y a pas de différences majeures entre les formations organisées spécifiquement dans le milieu professionnel et celles réalisées dans le reste de la population. Il est à noter qu'en comparaison avec d'autres programmes de formation (Andrews et al., 2022), le MHFA n'a pas eu les résultats les plus élevés en termes d'utilité, mais il est possible que des différences importantes entre les modèles de formation aient été négligées (6). Il semble que les différentes catégories de formation donnent des résultats comparables et qu'aucun programme de formation n'est supérieur aux autres (6).

L'intérêt de cette formation réside dans la prévention de l'impact de la maladie mentale sur les travailleurs et au sein du milieu professionnel. Elle est basée sur une intervention précoce, efficace, non contraignante et applicable à tout type d'environnements avec de très bons résultats. Il existe des barrières qui empêchent l'accès à un soutien (dont la stigmatisation) qui se reflètent sur la réticence à demander de l'aide à un collègue ou un chef (6). Cette formation permet de lever ces barrières. Elle permet la reconnaissance précoce des troubles, la recherche précoce d'aide et l'apprentissage de méthodes de secourisme. Enfin, d'un point de vue socio-économique, elle aide à diminuer l'absentéisme et à augmenter la productivité au sein d'une entreprise.

Au regard des différences que nous avons retrouvé en termes de contenu, de forme, et de durée de formation, un défi à l'uniformité a été soulevé par les experts. Ainsi, une étude consensuelle Delphi a été menée en 2016 (Bovopoulos et al.) pour établir des lignes directrices sur la façon d'adapter la prestation des premiers secours en milieu professionnel. Elles décrivent les stratégies qu'un travailleur peut utiliser lorsqu'il est préoccupé par la santé mentale d'un collègue ou d'un employé. L'objectif de Bovopoulos et al., était de compléter le contenu des directives existantes en développant des directives sur la manière d'adapter les premiers secours en matière de santé mentale lorsqu'ils sont dispensés sur le lieu de travail. Elles seront utilisées pour adapter la formation au secourisme en santé mentale lorsqu'elle sera dispensée sur le lieu de travail et pourraient influencer les politiques et procédures organisationnelles (23).

C'est ce qui a été fait par Mental Health First Aid International depuis sa création en 2003. Aujourd'hui, MHFA International développe, offre et évalue des programmes de formation en santé mentale agréés qui sont ensuite adaptés par les pays détenteurs de leur licence. La France a obtenu sa licence en 2018 et c'est l'association PSSM France qui adapte les contenus et programmes du MHFA au contexte francophone (13). PSSM France forme et accrédite des formateurs. Des nombreuses études d'impact ont été menées par les pays proposant le programme MHFA. La France prévoit de lancer une étude en 2024 (13).

La loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, entrée en vigueur le 31 mars 2022, a modifié les missions des Services de Prévention et de Santé au Travail (SPST). Elle a mis l'accent sur la prévention, le décloisonnement entre santé travail et santé publique, le maintien en emploi (MEE) et sur la lutte contre la désinsertion professionnelle. Une nouveauté est également apparue avec la création du passeport de prévention. Ce passeport permet de tracer les formations sur la santé et la sécurité au travail suivies par le travailleur tout au long de sa carrière. L'article L. 4141-5 énonce que « *l'employeur renseigne dans un passeport de prévention les attestations, certificats et diplômes obtenus par le travailleur dans le cadre des formations relatives à la santé et à la sécurité au travail dispensées à son initiative. [...] Le travailleur peut également inscrire ces éléments dans le passeport de prévention lorsqu'ils sont obtenus à l'issue de formations qu'il a suivies de sa propre initiative.* » (24). Ainsi, le programme PSSM peut avoir un intérêt à être proposé par les SPST aux entreprises dont ils ont la charge au vu des missions des services de participer à cet enjeu majeur de santé publique qu'est la prévention

des problèmes de santé mentale en entreprise. Le but final étant la détection précoce des troubles, l'aide et l'orientation vers l'accès aux soins, la lutte contre la stigmatisation et la désinsertion sociale et professionnelle. Mais ces actions doivent s'inscrire dans une démarche globale de prévention et ne peuvent s'exonérer d'une évaluation globale des risques professionnels et notamment des risques psychosociaux.

Conclusion

Notre travail a permis de donner une vue d'ensemble sur la question des formations en premiers secours en santé mentale en entreprise. Son efficacité a été démontrée à l'échelle internationale, aussi bien auprès des salariés que du grand public. Au regard des nouvelles missions des services de prévention et de santé au travail, et d'un nécessaire décloisonnement entre santé travail et santé publique, cette formation prometteuse mérite l'attention et l'implication du secteur de la santé au travail.

Références

1. Santé mentale [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>
2. Troubles mentaux [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
3. Santé mentale [Internet]. [cité 11 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
4. Askenazy P, Baudelot C, Brochard P, Brun JP, Davezies P, Falissard B, et al. Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.
5. Risques psychosociaux (RPS). Conséquences pour le salarié et l'entreprise - Risques - INRS [Internet]. [cité 14 août 2023]. Disponible sur: <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/consequences-salaries.html>
6. Andrews KL, Jamshidi L, Nisbet J, Teckchandani TA, Price JAB, Ricciardelli R, et al. Mental Health Training, Attitudes toward Support, and Screening Positive for Mental Disorders among Canadian Coast Guard and Conservation and Protection Officers. *Int J Environ Res Public Health*. 26 nov 2022;19(23):15734.
7. Directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.
8. Le portail de la fonction publique [Internet]. [cité 14 août 2023]. Définitions et principes. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/etre-agent-public/mon-quotidien-au-travail/sante-et-securite-au-travail/definitions-et-principes>
9. Kovess-Masfety V, Saunder L, Mellor N. Améliorer la santé mentale et le bien-être des salariés : quelles sont les interventions qui marchent ? *Arch Mal Prof Environ*. févr 2020;81(1):45-54.
10. Richardson R, Dale HE, Wellby G, McMillan D, Churchill R. Mental Health First Aid as a tool for improving mental health and well-being. Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 12 sept 2018 [cité 28 oct 2022]; Disponible sur: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013127>
11. Reavley NJ, Morgan AJ, Fischer JA, Kitchener BA, Bovopoulos N, Jorm AF. Longer-term effectiveness of eLearning and blended delivery of Mental Health First Aid training in the workplace: 2-Year follow-up of a randomised controlled trial. *Internet Interv*. sept 2021;25:100434.
12. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. Doran CM, éditeur. *PLOS ONE*. 31 mai 2018;13(5):e0197102.
13. Moudjari L. PSSM France. 2023 [cité 14 août 2023]. 6 millions de secouristes en santé mentale dans le monde. Disponible sur: <https://pssmfrance.fr/6-millions-secouristes-sante-mentale-monde/>
14. Circulaire du 23 février 2022 relative aux actions de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale dans la fonction publique - Légifrance [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45298>
15. Bond KS, Cottrill FA, Mackinnon A, Morgan AJ, Kelly CM, Armstrong G, et al. Effects of the Mental Health First Aid for the suicidal person course on beliefs about suicide, stigmatising attitudes, confidence to help, and intended and actual helping actions: an evaluation. *Int J Ment Health Syst*. 20 avr 2021;15(1):36.
16. Mohatt NV, Boeckmann R, Winkel N, Mohatt DF, Shore J. Military Mental Health

- First Aid: Development and Preliminary Efficacy of a Community Training for Improving Knowledge, Attitudes, and Helping Behaviors. *Mil Med.* janv 2017;182(1):e1576-83.
17. Svensson B, Hansson L, Stjernswärd S. Experiences of a Mental Health First Aid Training Program in Sweden: A Descriptive Qualitative Study. *Community Ment Health J.* mai 2015;51(4):497-503.
 18. Jensen KB, Morthorst BR, Vendsborg PB, Hjorthøj CR, Nordentoft M. The effect of the mental health first-aid training course offered employees in Denmark: study protocol for a randomized waitlist-controlled superiority trial mixed with a qualitative study. *BMC Psychiatry.* 14 avr 2015;15(1):80.
 19. Usmani A, Morgan AJ, Reavley NJ. Intentions and confidence as predictors of mental health first aid: Findings from a longitudinal study. *Early Interv Psychiatry* [Internet]. [cité 20 avr 2023];n/a(n/a). Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eip.13345>
 20. Kubo H, Urata H, Katsuki R, Hirashima M, Ueno S, Suzuki Y, et al. Development of MHFA-based 2-h educational program for early intervention in depression among office workers: A single-arm pilot trial. Hashimoto K, éditeur. *PLOS ONE.* 7 déc 2018;13(12):e0208114.
 21. Costa TFO, Sampaio FMC, Sequeira CA da C, Ribeiro IMOC, Parola VS de O. Review of Mental Health First Aid Programs. *West J Nurs Res.* déc 2021;43(12):1146-56.
 22. Forthal S, Sadowska K, Pike KM, Balachander M, Jacobsson K, Hermosilla S. Mental Health First Aid: A Systematic Review of Trainee Behavior and Recipient Mental Health Outcomes. *Psychiatr Serv.* 1 avr 2022;73(4):439-46.
 23. Bovopoulos N, Jorm AF, Bond KS, LaMontagne AD, Reavley NJ, Kelly CM, et al. Providing mental health first aid in the workplace: a Delphi consensus study. *BMC Psychol.* déc 2016;4(1):41.
 24. LOI n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail (1). 2021-1018 août 2, 2021.

AUTEUR : Nom : TRADI

Prénom : Salim

Date de soutenance : 18/10/2023

Titre de la thèse : Formation premiers secours en santé mentale en entreprise : état des lieux des connaissances

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine

DES + FST/option : Médecine et Santé au Travail

Mots-clés : Mental health first aid, MHFA, Work, Workplace, Occupational, Employee

Introduction : La santé mentale est un enjeu majeur en termes de prévention. Le Mental Health First Aid (MHFA) est une formation apparue en Australie en 2000 qui vise à enseigner les stratégies de premiers secours en santé mentale au grand public. Cette formation qui s'est étendue à 29 pays, est portée par l'association Premiers Secours en Santé Mentale France depuis 2018. L'objectif de notre travail était de faire un état des lieux bibliographiques de cette formation dans le milieu professionnel, en analysant son cadre, son contenu et ses résultats.

Méthodes : Notre recherche bibliographique a retrouvé un total de 450 références, dont huit articles scientifiques et trois revues de la littérature utilisés pour notre synthèse.

Résultats : Les huit études étaient des études longitudinales prospectives avec randomisation et comparaient des personnes formées au MHFA à des personnes n'ayant jamais reçu la formation. Des entreprises du secteur public et privé étaient retrouvées dans notre analyse. La formation MHFA pouvait être réalisée sous plusieurs formats (présentiel, distanciel, mixte) et le type de formateur était variable. Les évaluations ont été réalisées à l'aide de questionnaires et d'entretiens, en ligne ou en présentiel. Les questionnaires ont été remplis avant la formation, immédiatement après la formation, et à distance. Les critères d'évaluation des participants étaient variables d'une étude à l'autre, mais nous pouvons citer les résultats positifs de cette formation sur : les connaissances en matière de premiers secours en santé mentale ; la confiance dans l'aide à apporter ; l'intention d'aider ; la qualité de l'aide ; les compétences, attitudes et comportements d'aide ; la réduction de la stigmatisation et du désir de distance sociale ; la satisfaction et l'utilité de la formation.

Discussion : Ce type de formation est efficace sur le lieu de travail et sur le long terme. Son contenu et ses résultats sont semblables aux formations dispensées au grand public. Au regard des nouvelles missions des services de prévention et de santé au travail, et d'un nécessaire décloisonnement entre santé travail et santé publique, cette formation prometteuse mérite l'attention et l'implication du secteur de la santé au travail.

Composition du Jury :

Président : Madame la Professeure Annie SOBASZEK

**Assesseurs : Madame la Professeure Sophie QUINTON-FANTONI
Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Édouard DALLE