

AVIS

relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale

6 juillet 2021

Dans le contexte actuel de l'épidémie de Covid-19, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) le 3 mars 2021 sur l'impact du Covid-19 sur la santé mentale (Annexe 1).

Il s'agit en particulier d'identifier les actions à mettre en œuvre pour améliorer la réponse dans le champ de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles psychiques dans le contexte du Covid-19 et d'examiner l'évolution des principaux déterminants de santé mentale de la population pendant cette crise sanitaire.

Cette saisine porte à la fois sur des personnes suivies pour des maladies psychiatriques, et également sur une très grande partie de la population générale, qui ne nécessite pas une prise en charge psychiatrique mais justifie d'une attention particulière.

En pratique, il s'agit d'émettre des recommandations supplémentaires aux mesures proposées par le Ministère en charge de la santé en vue d'améliorer la santé mentale de la population française, sur la base d'une analyse des démarches innovantes issues des initiatives territoriales, des interventions à l'étranger (*benchmark*) et des données probantes. Cette réflexion s'inscrit dans la volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Afin de répondre aux saisines en lien avec cette épidémie de Covid-19, le HCSP a réactivé en février 2020 le groupe de travail (GT) « Grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » composé d'experts membres ou non du HCSP. Un GT *ad hoc* (composition du GT en Annexe 2) a été mis en place pour répondre à cette saisine sous la présidence conjointe de :

- Philippe Michel, président de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP) du HCSP,
- Liana Euler-Ziegler, présidente de la Commission spécialisée « Maladies chroniques » (Cs-MC) du HCSP,
- Linda Cambon, membre de la Cs-MC du HCSP,
- Nicolas Franck, psychiatre au centre hospitalier Le Vinatier.

Le GT s'est appuyé sur une analyse de la revue documentaire disponible (annexe 3) ainsi que sur la réalisation d'auditions et sur des demandes de contributions écrites auprès des différentes parties prenantes (annexe 4) selon une trame indicative d'audition (annexe 5).

La revue documentaire a été réalisée avec l'appui du Bureau van Dijk Information Management dans le cadre d'un marché public.

Questions posées au HCSP

À partir de la saisine de la DGS, le HCSP a formulé les 5 questions évaluatives suivantes :

Question 1 : Quels sont les principaux déterminants modifiables à prendre en compte ? Et quelle est l'évolution des principaux déterminants pendant la crise Covid-19 ?

Question 2 : Quelles sont les interventions probantes en France et à l'étranger ? Quelles sont les actions de promotion et de prévention en santé mentale ?

Question 3 : Quelles sont les interventions prometteuses les plus fréquentes dans le cadre des contrats territoriaux, état des lieux des PTSM (Projet territorial de santé mentale) ?

Question 4 : Quelles sont celles qui permettent de favoriser le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique par la population, et le recours aux soins ?

Question 5 : Quelles mesures sont susceptibles de diminuer les ISTS (inégalités sociales et territoriales de santé) ?

INTRODUCTION

1. Définition de la santé mentale

La santé mentale est une composante essentielle de la santé globale telle que définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) dans sa constitution de 1948, à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social (OMS, 1999). Cette définition a pour important corollaire que la santé mentale va au-delà d'une absence de troubles psychiques ou de handicap mental et implique un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté. Au total, la notion de santé mentale recouvre aussi bien les problèmes de santé mentale que la santé mentale positive.

Les problèmes de santé mentale

Concernant les problèmes de santé mentale, il est important de faire la distinction entre la souffrance (ou détresse) psychique et les troubles psychiques.

- La définition de la souffrance psychique a été formalisée par l'OMS en 2005 et reprise en France par l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) comme étant un « état de mal-être se manifestant le plus souvent par des symptômes anxieux et dépressifs réactionnels à des situations éprouvantes et par des difficultés existentielles, sans être forcément révélateur d'un trouble mental » (OMS-Helsinki, 2005 (1)). Ces états peuvent se rapprocher des symptômes constitutifs des troubles psychiques, mais ils sont de moindre intensité et/ou de plus courte durée. Contrairement aux troubles psychiques dont l'étiologie est multifactorielle et repose sur la combinaison de déterminants exogènes (sociaux et psychologiques) et endogènes (dont des facteurs génétiques), la souffrance psychique est principalement la conséquence de déterminants sociaux. Il n'existe toutefois pas de seuil net entre souffrance et trouble du fait de l'existence d'un *continuum* en termes de vulnérabilité qui s'exerce au niveau de chaque dimension symptomatique (dépressive, maniaque, psychotique, anxieuse, etc.).
- Les troubles psychiques se caractérisent par des perturbations émotionnelles, cognitives et comportementales entraînant une souffrance psychique et/ou des problèmes de fonctionnement personnel et social. Ces troubles psychiques sont répertoriés au sein de deux classifications qui font consensus au niveau international aussi bien dans le domaine de la pratique clinique que dans celui de la recherche : la classification internationale des

maladies (CIM) proposée par l'OMS et le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) développé par l'Association américaine de Psychiatrie. Ces deux classifications permettent aux professionnels du soin et aux chercheurs de parler des mêmes réalités, d'échanger et de faire de la recherche sur des entités bien définies, facilitant ainsi l'évolution des connaissances (2). Elles permettent le diagnostic notamment des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des addictions (alcool, autres substances et pratique excessive d'un comportement), de la schizophrénie, des troubles obsessionnels compulsifs, de la maladie d'Alzheimer et des autres démences, de l'état de stress post-traumatique, du trouble panique et de l'insomnie primaire.

L'impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale a été très large. Du fait des bouleversements sociaux qu'elle a entraînés et du stress qu'elle a généré, elle a, d'une part, entraîné une souffrance psychique et, d'autre part, révélé ou aggravé certains troubles psychiques.

La santé mentale positive

La santé mentale positive est définie par l'OMS (WHO, 2004(b), 2004a) comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté ». De même que pour la santé physique, la santé mentale ne consiste donc pas seulement en une absence de troubles psychiques (3). Contrairement aux troubles psychiques qui sont définis dans des manuels de référence, il n'existe pas une seule et unique définition de la santé mentale positive et de ses composantes. Santé publique France s'appuie sur la définition proposée par la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale (Helsinki, 2005)(1) pour définir la santé mentale positive selon 3 composantes : « le bien-être, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux ». L'Institut canadien d'Information sur la Santé (ICIS)(4) en 2009, quant à lui, reprend la définition proposée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en 2006 et présente une définition de la santé mentale positive selon cinq composantes : l'aptitude à jouir de la vie, l'adaptation aux événements de la vie, le bien-être émotionnel, les valeurs spirituelles, l'appartenance sociale. Dans ses derniers travaux, l'ASPC propose de regrouper ces dimensions de la santé mentale positive autour de deux composantes principales :

- le bien-être émotionnel (incluant le bien-être subjectif, les affects positifs, la satisfaction à l'égard de la vie)
- le fonctionnement positif (incluant la capacité à développer des relations et des activités gratifiantes) (5).

L'intérêt et l'importance accordés à la santé mentale positive sont relativement récents. Les travaux portant sur cette thématique se sont développés ces dernières années, principalement au sein de deux disciplines : la santé publique (4) et la psychologie positive (6).

Ainsi, la santé mentale positive est mesurée par un ensemble de signes plutôt que par un diagnostic ou un test incluant par exemple, la satisfaction face à la vie, le bien-être psychologique, le bien-être subjectif, le sentiment de contrôle, le sentiment de maîtrise de sa vie ou encore l'estime de soi (7).

La santé mentale, une ressource pour la société

La santé et le bien-être mentaux sont indispensables pour que l'être humain puisse, au niveau individuel et collectif, penser, ressentir, échanger avec les autres, gagner sa vie et profiter de l'existence. Ainsi, la promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales pour les personnes, les collectivités et les sociétés partout dans le monde (8).

Si la santé mentale a longtemps été considérée comme un volet secondaire des programmes et des politiques en faveur de la santé des populations, un large consensus social et scientifique s'est forgé autour de la reconnaissance qu'il ne peut y avoir de bonne santé sans une bonne santé

mentale. Le fait que les problèmes de santé mentale constituent une part significative (7,4 % des DALY¹ selon Whiteford et coll en 2013 (9) des causes d'incapacité confirme le caractère incontournable des problématiques de santé mentale. L'amélioration de la santé mentale compte d'ailleurs parmi les objectifs de développement durable de l'Organisation des Nations Unies.

1. Les constats en France, d'un point de vue épidémiologique et les actions correctrices déjà en cours

- La dégradation de la santé mentale des Français a constitué un lourd tribut payé à la crise et aux mesures destinées à gérer la crise. Le rapport de la dernière vague de l'étude CoviPrev de Santé publique France (10) indiquait : la santé mentale des personnes interrogées reste dégradée (enquête CoviPrev du 21 au 23 avril 2021), avec une prévalence élevée des états anxieux, dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires, en particulier chez les jeunes (18-24 ans, étudiants), les personnes en situation de précarité (emploi, ressources financières), les personnes ayant des antécédents de trouble psychologique et celles ayant eu des symptômes de Covid-19. Plus précisément, les indicateurs-clés de cette étude étaient alors :
 - 79 % des Français se déclarent actuellement satisfaits de leur vie² [- 6 points par rapport au niveau hors épidémie, +13 points par rapport au niveau du début du 1^{er} confinement, tendance stable] ;
 - 22 % des Français disent souffrir d'un état dépressif [+ 12 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable] ;
 - 22 % des Français disent souffrir d'un état anxieux [+ 8,5 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable] ;
 - 64 % des Français déclarent des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours [+ 15 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable] ;
 - 9 % des Français ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année [+ 4 points par rapport au niveau hors épidémie, tendance stable].

De plus, il est constaté une augmentation des passages aux urgences pour troubles de l'humeur depuis septembre 2020 chez les moins de 15 ans, et en début d'année 2021 pour geste suicidaire chez les 11-17 ans et plus particulièrement chez les 11-14 ans³.

- Une santé mentale dégradée est associée à de la colère, à de la peur, à une inquiétude pour sa santé et pour sa situation économique, à de la frustration, ou encore à des sentiments, de tristesse, de solitude, d'isolement et d'impuissance, quelles que soient les caractéristiques sociodémographiques et les conditions de vie.
- La situation épidémique et les mesures prises pour la contrôler affectent de façon importante la santé mentale de la population, en particulier en termes de symptomatologie anxio-dépressive.

Le 6^{ème} rapport du groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPI-PHARE (constitué par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et la Caisse nationale d'Assurance maladie (Cnam)), couvrent la période du 16 mars 2020 au 25 avril 2021 et rapportent les données de 4 milliards de lignes de prescriptions remboursées par l'assurance maladie à 51,6

¹ DALY pour *Disability adjusted life years* ou années de vie ajustées sur l'incapacité

² Note de satisfaction par rapport à sa vie actuelle sur une échelle de 0 à 10

³ Analyse des regroupements syndromiques de santé mentale - Passages aux urgences du réseau Oscur et actes médicaux SOS Médecins. Santé publique France. Point du 14/06/2021

millions d'assurés du régime général : il montre que l'usage de médicaments anxiolytiques, hypnotiques mais aussi plus récemment antidépresseurs ne cesse d'augmenter. La tendance forte de l'augmentation d'utilisation de ces 3 classes de médicaments s'est encore amplifiée en 2021 avec des hausses des délivrances de +5% à 13% selon les médicaments, et des hausses d'instaurations de +15% à +26% par rapport à l'attendu⁴ (11).

Le confinement a également modifié l'exposition aux écrans et la consommation de certaines substances, la réduction des scores de bien-être et l'augmentation des scores de stress étant des facteurs généraux d'augmentation des habitudes liées à la dépendance (12). Les consommations de substances comme le tabac, le cannabis et l'alcool ont également augmenté (36 % pour l'usage du tabac, 25 % pour l'alcool et 31 % pour le cannabis), tandis que l'usage des écrans a augmenté de 65 %. Le risque d'augmenter sa consommation de tabac a été majeur chez les jeunes célibataires peu qualifiés, en particulier chez les jeunes femmes. L'augmentation de la consommation d'alcool a davantage concerné les 30-49 ans avec un niveau d'études plus élevé. La consommation de cannabis a plutôt augmenté chez les jeunes travailleurs avec un faible niveau d'études, à l'instar de ce qui est observé habituellement ; la délivrance de médicaments de la dépendance à l'alcool a été globalement stable en 2020, mais est en hausse marquée depuis le début de l'année 2021.

Les répercussions du confinement ont été sévères chez les personnes les plus fragiles ou lorsque celui-ci s'est déroulé dans des conditions particulièrement contraignantes. Le sentiment de contrainte dépendait de plusieurs facteurs, dont certains sur lesquels la personne n'avait pas de prise comme la taille du logement, l'absence d'accès à un espace extérieur et la durée du confinement. Le sentiment d'inutilité favorisé par le désœuvrement et la perte de contrôle causée par l'absence complète d'échéance ont augmenté le stress. À l'inverse, les échanges sociaux et l'activité physique ont joué un rôle favorable. Les données de l'étude française LockUwell (13) montrent le rôle délétère de la perte des contacts sociaux et explicitent les facteurs protecteurs durant le confinement de mars 2020.

Après cette période, des états de stress post-traumatique se sont principalement développés chez les personnes ayant été confrontées directement au décès d'un proche ainsi que chez les professionnels de santé exerçant dans les services de réanimation ou dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Un confinement appliqué de manière stricte a été à l'origine d'un stress ponctuel mais aigu et a favorisé ainsi des manifestations post-traumatiques. L'expression de troubles anxieux ou dépressifs peut être la conséquence d'un stress important sur une durée courte ou un stress moins intense sur une durée prolongée. À titre d'illustration, la population générale et notamment les étudiants ont présenté un mal-être plus important lors du deuxième confinement que lors du premier, alors que les mesures de contrainte étaient moins strictes (14).

Les conditions de travail ont également été impactées, selon la 7^{ème} vague du baromètre Empreinte Humaine, spécialiste de la prévention des risques psychosociaux, réalisée du 30 avril au 10 mai 2021 auprès de 2 007 personnes (15). Le taux de *burn out* ou syndrome d'épuisement professionnel sévère a été multiplié par deux en un an, et concerne désormais 2 millions de salariés ; 15% des sondés indiquent avoir été absents pour raisons de santé psychologique depuis un an, avec un nombre moyen de 2,83 jours d'absence par salarié - ce qui représente au total 56 millions de journées de travail. La détresse psychologique concerne plus souvent les managers et les collaborateurs en télétravail, notamment avec un jeune enfant ou un adolescent. Quatre salariés sur dix affirment avoir perdu confiance envers leur direction générale, et deux tiers des directions pensent qu'elles n'assument pas les dégâts psychologiques qu'elles provoquent. Six salariés sur dix jugent que leur direction ne prend pas la juste mesure de leur état psychologique, et n'agit pas en conséquence.

⁴ Valeur attendue en l'absence du contexte de crise sanitaire qui a marqué toute cette période au regard des deux années précédentes 2018 et 2019.

Enfin, la situation chez les professionnels de santé est particulièrement inquiétante, selon une revue systématique de la littérature internationale publiée par deux équipes françaises dans la revue *Neurosciences and Behavioral Reviews* (16). En France, Azoulay et coll (17) ont réalisé une étude transversale menée dans 21 unités de soins intensifs en France entre le 20 avril 2020 et le 21 mai 2020, ils montrent une prévalence des symptômes d'anxiété, de dépression et de dissociation péritraumatique de respectivement 50,4 %, 30,4 % et 32 %, les taux les plus élevés étant observés chez les infirmières. Les professionnels de la santé travaillant dans des hôpitaux non universitaires et les aides-soignants présentaient un risque élevé de symptômes d'anxiété et de dissociation péritraumatique. Il a été identifié les six déterminants modifiables suivants des symptômes de troubles de santé mentale : peur d'être infecté, incapacité à se reposer, incapacité à s'occuper de la famille, lutte contre les émotions difficiles, regret des restrictions des politiques de visite, et témoin de décisions de fin de vie hâtives.

Ces constats ont déclenché ou accéléré la prise de mesures correctrices, notamment celles qui sont synthétisées dans le tableau 1 « Principales mesures sur la santé mentale mises en place par le Ministère en charge de la santé » (Annexe 6).

LES DONNÉES PERMETTANT L'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Sur la base de ces définitions et constats, et en réponse aux questions évaluatives qui ont été définies, le HCSP a élaboré des recommandations basées sur 5 analyses :

- les déterminants de la santé mentale impactés par la crise (question évaluative 1),
- les interventions qualifiées de probantes (question évaluative 2),
- les interventions qualifiées de prometteuses (question évaluative 3) et les recommandations formulées par les acteurs auditionnés
- les interventions spécifiques au repérage et à la prise en charge (question évaluative 4)
- ces recommandations sont par ailleurs élaborées dans un souci constant de réduire ou pour le moins ne pas aggraver les inégalités sociales de santé (i.e. la distribution inégale de la santé en fonction d'un gradient social) (question évaluatives 5).

2. Les déterminants de la santé mentale

Définition

Conscient que la pandémie de Covid-19 et les mesures mises en place pour réduire la circulation du virus ont profondément marqué la société française, le HCSP a fait le choix de s'interroger dans un premier temps sur ce qui contribue à, ou détériore la santé mentale d'une population pour essayer de comprendre comment la pandémie a pu contribuer à la détérioration importante des indicateurs de santé mentale rapportée à travers différentes enquêtes.

On qualifie de déterminants de la santé, tout facteur individuel, interpersonnel et environnemental associé à un indicateur de santé et donc susceptible de générer une amélioration ou détérioration de l'état de santé d'un individu ou d'une population. Cette conception large des déterminants de la santé inclut donc des facteurs expliquant la morbidité ou mortalité qui vont des caractéristiques génétiques de l'individu, des comportements qu'il a adoptés (ex. des comportements à risque tels que le tabagisme) à la qualité des liens sociaux dont il bénéficie.

Pour ce travail, le HCSP retient la définition de l'OMS des déterminants sociaux de la santé (qui englobent la composante psychique de la santé). Ainsi, les déterminants sociaux de la santé :

« ... sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique (18)».

On comprend que ces déterminants dits sociaux constituent une catégorie excluant les explications de la morbidité et de la mortalité relevant de causes naturelles et du hasard - comme c'est le cas pour le bagage génétique de tout individu qui peut accroître sa vulnérabilité.

Les déterminants sociaux de la santé nous amènent donc à restreindre notre examen aux déterminants associés à l'intervention humaine et à l'organisation de la société. Ainsi, si on peut considérer que l'émergence du coronavirus SARS-CoV-2 relève d'une cause naturelle, et que l'exposition à ce virus constitue un déterminant de la morbidité et mortalité d'une population, le fait que les populations aux revenus les plus modestes soient davantage touchées montre que des déterminants sociaux de la santé sont à l'œuvre dans ce creusement des inégalités.

Il est courant de regrouper les déterminants dans différentes catégories. Si l'on exclut les déterminants non sociaux comme les facteurs génétiques, on distingue ainsi :

- Les déterminants individuels : spécifiques à l'individu bien qu'ils puissent être influencés par des facteurs environnementaux. Ils comprennent la santé physique, le genre, et les compétences psychosociales (CPS) définies par l'OMS⁵ (19).
- Les déterminants économiques et sociaux qui comprennent la situation économique : niveau d'éducation, revenus, emploi, dette.
- Les proches de la vie sociale de l'individu : la famille, les amis, la communauté, les collègues qui constituent le support social.
- Les expériences négatives en particulier dans les premières années de la vie : les expériences et conditions de vie dans les deux premières années de vie peuvent avoir une influence sur la santé mentale à tous les âges futurs.

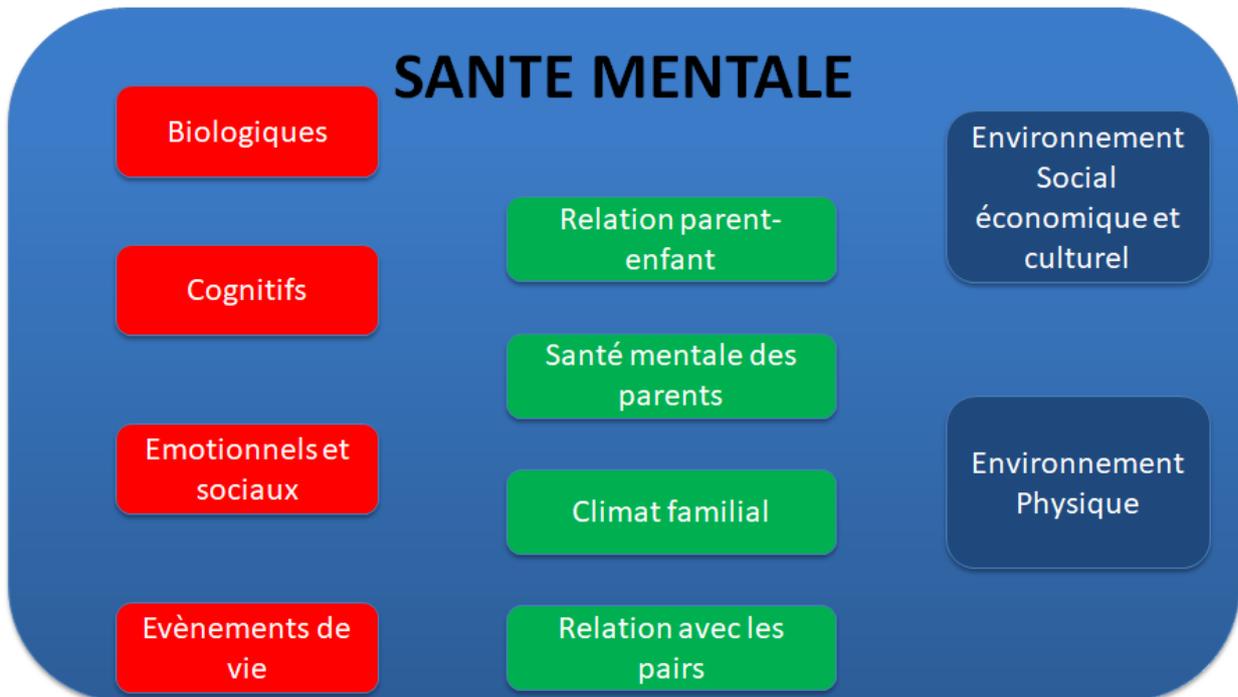
⁵ Selon l'OMS, trois grandes catégories (Mangrulkar, et al., 2001 ; Organisation mondiale de la santé, 2003 ; Organisation mondiale de la santé, 2009) : *les compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)* qui regroupent :

- les compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des *feedback* ;
- les capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui ;
- l'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;
- les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
- les compétences de plaidoyer (*advocacy*) qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.
- *Les compétences cognitives* qui regroupent :
 - les compétences de prise de décision et de résolution de problèmes ;
 - la pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les sources d'informations pertinentes.
- *Les compétences émotionnelles (ou d'autorégulation)* qui regroupent :
 - les compétences de la régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
 - les compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
 - les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation.

- Les facteurs sociétaux qui incluent les infrastructures et l'environnement : la sécurité, l'absence de violence, l'accès alloué aux infrastructures sanitaires, le logement, les infrastructures, le sentiment de confiance dans le quartier, l'environnement urbain, les espaces verts.
- La politique sociale et économique : comment les politiques de la communauté soutiennent une personne en cas de besoin, en cas de perte d'emploi, de problème de santé ou pour la gestion de la parentalité (garde d'enfants, scolarisation, etc.). L'auto-détermination correspondant aux sentiments de contrôle sur sa propre destinée, influencée par les politiques sociales (liberté individuelle, système démocratique).
- La culture : valeurs et attitudes partagées dans une société c'est-à-dire les croyances, préjugés et discrimination, application des droits humains.

Pour ce qui concerne la santé mentale, une représentation de ces déterminants peut être illustrée dans la figure 1 ci-après.

Figure 1 – Déterminants de la santé mentale



Au-delà des catégories de déterminants précités, une typologie courante de ces déterminants distingue les déterminants modifiables de ceux non modifiables. Cette distinction, bien qu'utile, a toutefois des limites. Un déterminant étroitement associé aux indicateurs de santé mentale telle que la catégorie socio-professionnelle est effectivement considéré comme un déterminant non modifiable. Pour autant cela ne signifie pas que des actions visant à atténuer son impact ne puissent être prises.

Une typologie plus utile pour la finalité de cette saisine, est celle distinguant les déterminants qui agissent comme facteurs de protection de ceux qui contribuent à la détérioration des indicateurs. La littérature scientifique (20) mentionne le caractère protecteur de bonnes conditions quotidiennes d'existence notamment en lien avec le logement, l'emploi, une rémunération

satisfaisante, l'accès à une alimentation saine, un bon niveau de soutien social, de sécurité. La qualité des environnements locaux est également reconnue comme jouant un rôle important dans la santé mentale de la population notamment chez les enfants (21). La présence d'espaces publics extérieurs et ouverts contribue à la bonne santé mentale de la population en favorisant entre autres les interactions sociales et les opportunités de loisirs. En lien avec ces environnements, la pratique d'une activité physique régulière contribue non seulement au bien-être physique mais aussi psychologique (22). En revanche, les personnes sans emploi, ou aux prises avec des conditions d'emploi précaires/défavorables sont plus à risque de souffrir d'une dégradation de leur santé mentale ; il en est de même pour celles exposées quotidiennement à de mauvaises conditions de logement, à des inquiétudes en lien avec la précarité des revenus, l'insécurité alimentaire ou à des situations de discrimination. En règle générale, la pauvreté est systématiquement associée à des indicateurs de santé mentale défavorables (23,24). L'offre de soin joue également un rôle central dans la préservation et la réparation de la santé psychique.

Ainsi, définir les déterminants de la santé d'une population est un exercice complexe d'autant qu'ils sont intriqués les uns aux autres et que leur impact sur la santé évolue avec les sociétés elles-mêmes (25). Aucun déterminant de la santé mentale de la population n'agit en soi de manière isolée des autres déterminants. Toute typologie est donc par nature simplificatrice de ce qu'il en est réellement.

État de santé mentale de la population et pandémie de Covid-19

Les experts, expertes et responsables des structures auditionnées dans le cadre de cette saisine ont régulièrement témoigné du fait que les principaux déterminants de la santé mentale de la population étaient connus et globalement admis de façon consensuelle. De nombreuses analyses ont effectivement été publiées dans des revues scientifiques françaises et internationales.

Comme présenté plus avant dans l'introduction de cet avis, la santé mentale des Français et des Françaises a été fortement impactée par la crise pandémique.

Concrètement il est possible de retenir ces éléments saillants :

- Les chiffres les plus récents de l'enquête CoviPrev menée par Santé publique France présentent des indicateurs de santé mentale détériorés lorsqu'on les compare à la période ayant précédé la crise. Ainsi les indicateurs en lien avec la satisfaction de vie, l'état dépressif, l'anxiété, les problèmes de sommeil, et les pensées suicidaires sont tous dégradés. Les variations observées au sein de la population vont de pair avec le degré de précarité et l'âge des répondants à l'étude. Les problèmes d'emploi, de finance et de logement ressortent comme des facteurs importants d'aggravation des indicateurs de santé mentale. L'âge est également un déterminant important. Le groupe des 18-24 ans présente notamment une forte prévalence d'états anxieux et de pensées suicidaires.
- De plus, dès son émergence, la pandémie est devenue synonyme de mortalité et de morbidité. La crainte des conséquences de la contagion a d'ailleurs été rapidement enregistrée par l'enquête CoviPrev qui a permis d'estimer que plus de 26% de la population française présentait un état anxieux une semaine après l'entrée dans le premier confinement suivi, une semaine après, d'une diminution significative de la prévalence de l'anxiété (autour de 20%) avec l'entrée dans ce confinement (27). Avec, en juin 2021, plus de 110 000 décès associés au Covid-19 en France et plus de 5,7 millions de cas confirmés, cette surmortalité et morbidité est susceptible d'avoir généré d'importants impacts sur la santé mentale de la population.

- À la peine des familles endeuillées, un ensemble de témoignages permet de croire que s'est ajoutée la douleur de ne pas pouvoir accompagner leurs proches malades dans leurs derniers moments. Les rassemblements et rites permettant de diminuer la douleur liée au deuil ont été sérieusement limités privant ainsi ces proches des moyens de faire ce deuil et de redonner un nouveau départ à sa vie. De même, les conséquences psychologiques d'un séjour prolongé en réanimation (quelle qu'en soit la cause) doivent être prises en compte (entre 14 et 41 % d'états de stress post-traumatique) (28).
- Enfin, le risque de symptômes anxio-dépressifs est majoré chez les populations présentant des susceptibilités importantes de développer des formes graves de la maladie. Un risque plus élevé d'anxiété était associé :
 - o à des caractéristiques sociodémographiques : être une femme, être un parent d'enfant(s) de 16 ans ou moins, déclarer une situation financière difficile
 - o aux conditions de vie liées à la situation épidémique : télétravailler en période de confinement et avoir un proche malade ou ayant eu des symptômes du Covid-19 ;
 - o aux connaissances, perceptions et comportements face au Covid-19 : percevoir le Covid-19 comme une maladie grave et se sentir vulnérable face à cette maladie. À l'inverse, le risque d'anxiété est diminué dans les catégories où l'on observe une bonne connaissance des modes de transmission de la maladie, le respect des mesures de confinement, la capacité d'adopter les mesures de protection et la confiance dans l'action des pouvoirs publics.

Les déterminants sociaux de la santé impactés par la crise

Pour expliquer ces constats et essayer de comprendre ce qui a généré cet impact, le HCSP prend en compte un ensemble de déterminants de la santé mentale de la population associés à la crise pandémique : i) perception du risque, ii) perte des repères et du sentiment de contrôle, iii) impacts sur les comportements liés à la santé, iv) impacts des mesures réglementaires, v) impacts spécifiques sur les professionnels du soin.

i) Perception des risques

La perception d'un risque relève d'un jugement subjectif et de l'estimation de ce risque par une personne. Il est important de noter que cette perception ne dépend que partiellement de la mesure objective des risques et que de très nombreux facteurs (dont la manière dont est réalisée la communication sur les risques) participent à la variance inter-individus observée.

D'une manière générale la perception d'un risque et la perception du bénéfice d'une action de protection peuvent entraîner une meilleure acceptabilité des actions protectrices contraignantes (29). Dans le cas particulier de la crise du Covid-19 une étude italienne (30) menée chez des adolescents et jeunes adultes a mis en évidence une corrélation positive significative ($p < 0,001$) mais modérée ($r = 0,255$) entre l'anxiété et la perception du risque. La nature du risque induit par une éventuelle infection varie selon les personnes. En effet si les personnes à risque de formes sévères (âgées, en surpoids ...) peuvent craindre pour elles-mêmes, les adolescents et jeunes adultes peuvent craindre d'être vecteur de contamination (31) pour leurs proches plus fragiles et ce d'autant plus que les modes de contagion ont été longtemps incertains et discutés (32).

Par ailleurs, il est important de souligner que les médias ont également contribué à amplifier les inquiétudes des personnes concernant les risques sanitaires, (33) en exerçant leur mission d'information sur les modes de transmission du SARS-CoV-2, sur les directives gouvernementales visant à en réduire la circulation, sur les conséquences sanitaires de la pandémie.

Une étude en Chine dans le contexte de la pandémie de Covid-19 (34) met en évidence une corrélation positive chez les personnes entre l'utilisation de réseaux sociaux d'un côté et le score d'anxiété et de dépression de l'autre (le sens et la nature de la causalité restant difficiles à évaluer). Une autre étude en Allemagne (35) également dans le contexte du Covid-19 confirme cette association entre l'exposition aux médias avec un seuil d'aggravation entre symptômes d'anxiété/dépression légers à modérés correspondant à une exposition journalière aux médias à sept reprises pour un total de 2,5 heures, l'impact des réseaux sociaux étant peut-être plus fort que celui des médias traditionnels (télévision, radio, journaux).

ii) Perte de repères et du sentiment de contrôle

La distinction entre les sphères de la vie familiale et de la vie professionnelle a fortement été bousculée par les mesures de confinement et l'imposition du télétravail privant ainsi les travailleurs et travailleuses d'un sas leur permettant de faire une coupure avec la vie professionnelle. Pour les parents d'enfants d'âge scolaire, le télétravail s'est également accompagné d'une surcharge de travail liée à la supervision des enfants. Cette surcharge et le stress afférant ont touché de manière disproportionnée les femmes. Les familles comptant un enfant en situation de handicap ont été tout particulièrement impactées par la perte des services de soutien.

De plus, plusieurs personnes auditionnées ont souligné l'impact important en matière de santé mentale de l'incapacité de la population à se projeter dans l'avenir, à faire des plans, à formuler des projets notamment de voyages. Pour les personnes aux prises avec des troubles psychiques se traduisant par des addictions, formuler un projet qui permet de se repositionner ailleurs est souvent une stratégie permettant de repartir sur d'autres bases. Contraints à rester chez soi, privés de l'altérité qu'offre un groupe de soutien, cette situation a fortement limité la capacité des personnes en difficulté à reprendre la maîtrise de leur problème et de leur vie. Les interdictions visant le contrôle de la pandémie auxquelles la population a été confrontée ont également représenté une importante source de frustrations et d'angoisse. Ces frustrations ont été exacerbées par ce qui a parfois été perçu comme un manque de cohérence dans les mesures et les décisions publiques sur les activités qui pouvaient ou ne pouvaient pas être maintenues.

La progression des étudiants universitaires dans leurs cursus a été fortement impactée par les directives restreignant voire mettant fin aux enseignements en classe. La perte de cadre et d'accompagnement a généré un phénomène de décrochage et un mal-être chez certains étudiants dont les services de santé universitaires (SSU) ont pu voir les conséquences. Dans l'enquête de la FAGE (36) en mars 2021, 60 % des étudiants considèrent que la crise sanitaire a provoqué un décrochage dans leurs études assez ou très important (versus 38% en mars 2020).

iii) Impacts sur les comportements liés à la santé

Activité physique et alimentation

La perte d'un cadre de vie ponctué par une séquence d'activités quotidiennes bien définie a aussi eu un impact important sur le niveau d'activité physique de la population. Si les médias et réseaux sociaux ont fortement insisté sur l'engouement pour la course à pied, la réalité du niveau d'activité physique est tout autre. Selon l'enquête CoviPrev 2020, durant la période de confinement la moitié de la population n'a pas atteint les recommandations d'au moins 30 minutes d'activité physique par jour et un tiers a déclaré un niveau élevé de sédentarité (passant plus de 7 heures par jour en position assise) ; en comparant à leurs pratiques d'avant le confinement, 47% des répondants ont déclaré avoir diminué leur activité physique et 61% avoir augmenté le temps quotidien durant lequel ils restaient assis. Le manque d'activité physique a concerné davantage les personnes de catégories socioprofessionnelles moins favorisées (CSP-) ou sans activité professionnelle, ainsi que les femmes les moins diplômées, en arrêt de travail ou au chômage partiel (37) (38).

La crise liée à la pandémie de Covid-19 et aux décisions politiques prises pour en freiner la diffusion (confinement strict en mars 2020 en particulier) a représenté un point de bascule important dans

la modification des comportements alimentaires de l'ensemble de la population, mais avec des effets très hétérogènes selon les groupes sociaux. Certaines grandes tendances de fond ont été renforcées : consommation de produits frais, accélération des consommations de produits bio et souhait d'aller vers des consommations plus durables (produits de saison, locaux, etc.), avec un renforcement des préoccupations 'santé' liées à l'alimentation (39).

Néanmoins, les modifications des comportements alimentaires pendant la période de confinement sont loin d'être homogènes. Une analyse réalisée auprès des participants à l'étude NutriNet-Santé (40,41) a pu montrer des profils d'évolution des comportements divergents, soit vers une amélioration de l'alimentation (plutôt pour des profils jeunes, en chômage partiel, étudiants ou en télétravail pendant la période de confinement et sans enfants, avec des revenus relativement élevés), soit en revanche vers une dégradation de l'alimentation (plutôt des profils féminins, jeunes, en télétravail pendant la période de confinement, avec un niveau d'éducation plus élevé mais des revenus relativement faibles et avec des enfants au domicile) (38).

Du point de vue des modes d'approvisionnement, le confinement a eu pour conséquence de renforcer le modèle de la grande distribution, mais davantage vers les petites et moyennes surfaces que les hypermarchés, et l'usage des services en ligne de type *drive* ou livraison à domicile. Au fur et à mesure de la crise, les enseignes *Hard Discount* ont vu leurs parts de marché augmenter, signalant l'impact de la crise économique sur les budgets des ménages (39).

En dehors de ces grandes tendances, la crise a été surtout révélatrice de la fragilité de certaines populations, aggravant pour certains des processus de précarisation déjà présents (42). L'arrêt des secteurs d'activité pendant le confinement a touché de façon plus importante les ménages les plus vulnérables : 30% des ménages dans le premier quintile de niveau de vie estimaient que leur situation financière s'était aggravée contre 11% dans les ménages du dernier quintile (43). À cette diminution des revenus s'est ajoutée une augmentation des dépenses, notamment alimentaires, en particulier pour les familles avec des enfants et qui bénéficiaient de subventions importantes pour la prise en charge des repas. Ces effets de cumul pourraient déjà mettre plus de 2 millions de ménages en situation de difficulté, les femmes étant plus fréquemment touchées (43). Une enquête auprès des bénéficiaires des banques alimentaires montre que la moitié d'entre eux n'avait pas recours à l'aide alimentaire avant la crise du Covid-19 (44). La crise a rendu visible des profils de personnes déjà vulnérables qui faisaient appel à des stratégies à l'extérieur de l'assistance alimentaire (glanage sur les marchés, promotions et récupération auprès des commerçants, etc.) ou qui y avaient recours de façon ponctuelle, mais aussi de nouveaux profils, qui ne recouraient pas à l'aide alimentaire avant que leur situation ne s'aggrave du fait du confinement. Les étudiants, qui avaient accès à l'emploi pour couvrir les coûts des études ou à la solidarité familiale, ont été particulièrement touchés, mais aussi les travailleurs étrangers saisonniers bloqués par les contraintes aux déplacements pendant le confinement et les travailleurs non déclarés ou dont les contrats précaires ne couvraient par les ruptures d'activité (40). Pour certains travailleurs ayant un contrat à durée indéterminée (CDI), la perte de revenus liée à la mise en chômage partiel a déstabilisé des budgets déjà tendus et a contraint les ménages à recourir à l'aide alimentaire (40).

S'il est encore trop tôt pour tirer des conclusions à long terme sur les effets d'une crise sanitaire et sociale se prolongeant dans le temps, sur les comportements alimentaires des Français, l'hétérogénéité des effets en fonction des populations suggère une aggravation forte des inégalités sociales de santé en rapport avec l'alimentation, renforçant la nécessité de mettre en place des politiques publiques fortes permettant de lutter contre ces dernières.

Addictions

La consommation de substances telles que le tabac, le cannabis et l'alcool a également augmenté (12). L'augmentation de la consommation de tabac a particulièrement touché les jeunes célibataires peu qualifiés, en particulier les jeunes femmes. L'augmentation de la consommation d'alcool a davantage concerné les 30-49 ans avec un niveau d'études plus élevé. Enfin, la consommation de cannabis était plutôt élevée chez les jeunes travailleurs avec un faible niveau d'études, à l'instar de ce qui est observé habituellement. Dans des cas minoritaires, le confinement a été associé à une diminution voire à un arrêt des usages. Plusieurs études ont confirmé que les sujets jeunes, en particulier les étudiants, ont été les populations les plus touchées par une augmentation de l'usage de substances.

De plus, les mesures de confinement, les incitatifs au télétravail et l'accroissement du temps passé chez soi ont fortement accentué le temps passé devant des écrans. En France, l'enquête CoviPrev menée par Santé publique France sur les comportements et le vécu des Français de plus de 18 ans pendant le confinement (45) révèle que 6 personnes sur 10 ont augmenté leur temps d'usage des écrans. Une étude préliminaire en Chine comparant les données d'octobre 2019 à mars 2020 a fait état d'une forte augmentation (23%) de la prévalence de la dépendance sévère à Internet avec une multiplication par 20 du degré de dépendance des personnes déjà "accros" à Internet (46). Derrière ce terme de dépendance à internet se cachent divers comportements problématiques relatifs à l'utilisation excessive des médias sociaux et des sites de communication y compris, mais sans s'y limiter, l'utilisation de la pornographie en ligne, les troubles du jeu sur Internet etc.

iv) Impacts des mesures règlementaires visant à la réduction de la transmission du coronavirus

Nous l'avons vu dans l'explicitation des déterminants, les facteurs qui contribuent à la cohésion sociale ont une influence sur la santé mentale, les mesures mises en œuvre par les autorités pour réduire la circulation du virus les ont modifiés, générant des retombées directes sur la santé mentale de la population.

Restriction des activités économiques

Les différents textes règlementaires gouvernementaux limitant les opérations pour des secteurs entiers de l'économie ont été accompagnés d'aides compensatoires visant à limiter les pertes de revenus. Néanmoins, les niveaux de compensation ont différé selon les professions et varié en fonction des textes. L'incertitude a suscité des inquiétudes tant chez les employeurs que les employés. Lors du premier confinement, la proportion de personnes témoignant de difficultés financières a augmenté de 11,7% à 14,8 %, voire 24,6 % en incluant ceux qui déclaraient un découvert bancaire. Une enquête réalisée en France début avril 2020 (47) montre que les symptômes anxio-dépressifs sont plus présents chez les personnes ayant des difficultés financières (34,3% des personnes qui disaient avoir des difficultés financières lors du premier confinement présentaient des symptômes anxio-dépressifs, contre 20 % de celles qui n'avaient pas ces difficultés). Pour les étudiants qui assuraient leur subsistance par des "petits boulots", la disparition de nombreux emplois dans le secteur tertiaire a entraîné une précarité économique importante avec des problèmes de logement et la nécessité d'un recours aux banques alimentaires.

Restriction des relations sociales

La carence en contacts sociaux est reconnue comme ayant un très fort impact sur la santé mentale de la population. Avant même l'épidémie, on pouvait entendre parler aux États-Unis ou au Royaume-Uni d'épidémie de solitude (48). La solitude consiste en une carence en soutien social ; elle est associée dans une relation bidirectionnelle à un large spectre d'indicateurs et de comportements de santé : consommation d'alcool, suicide, etc. À l'inverse, un bon soutien social a un effet protecteur pour la santé physique et psychique et l'amélioration du soutien social apparaît

avoir des vertus thérapeutiques favorisant, par exemple, un meilleur contrôle des comportements addictifs (49). La carence en soutien social et l'expérience prolongée de la solitude ressortent aujourd'hui comme des déterminants majeurs à prendre en compte au même titre que les comportements de santé et habitudes de vie de la population.

Dans le cas particulier du Covid-19, une grande partie de la population a vécu pendant cette période une restriction des contacts et de ce fait une diminution importante du soutien social (étudiants vivant en chambre seuls, familles monoparentales, personnes âgées vivant seules ou personnes âgées en maisons de retraite privées de contact avec leur famille pendant des mois chez qui on a observé un syndrome de glissement).

La conséquence la plus visible des mesures visant à réduire la transmission du virus par les confinements, les couvre-feux, le télétravail, le recours à l'enseignement à distance, l'arrêt des activités sportives et de loisirs a été d'accroître le sentiment de solitude d'une portion importante de la population. Il existe une corrélation positive entre la durée de la quarantaine et la détérioration de la santé mentale, notamment en ce qui concerne les symptômes de stress post-traumatique, l'évitement de certains comportements et la colère (50). Les témoignages de questionnaires de service de soutien et d'écoute téléphonique pointent d'ailleurs vers un recours accru de la population à leurs services. Les personnes âgées, les étudiants, les mères de famille monoparentale ont été tout particulièrement sujets à ce sentiment de solitude et à une santé mentale dégradée.

Impact sur la vie affective et sexuelle

Le Covid-19 peut se propager lors de contacts rapprochés entre les personnes, ce qui inclut les contacts intimes tels que les baisers, caresses, étreintes, relations sexuelles, etc. La pandémie a donc eu des répercussions directes sur la sexualité dans le monde entier en modifiant et compliquant les relations sociales. Les restrictions imposées et la crainte de contracter la maladie sont deux facteurs pouvant expliquer ces modifications pour ceux ne vivant pas sous le même toit. Mais l'obligation de cohabiter en permanence avec son partenaire, la limitation de l'espace, les tensions, les conflits, et les divergences d'opinion peuvent également avoir fragilisé les couples. De même la présence continue des enfants au domicile peut aggraver les tensions et réduire les moments d'intimité. Par ailleurs les émotions négatives ont un impact sur les rapports sexuels et sur la qualité de la vie sexuelle, contributive du bien-être émotionnel et social. Il existe peu de travaux étudiant la sexualité des Français pendant et après la période de confinement. Une étude internationale sur la santé sexuelle « International Sexual Health And REproductive health survey during COVID-19 » portée par l'Inserm pour la France est en cours de réalisation. D'après un sondage de l'institut Ifop⁶ réalisé par questionnaire auto-administré en ligne du 24 au 27 avril 2020 auprès d'un échantillon de 3 045 personnes représentatives de la population âgée de 18 ans et plus et résidant en France métropolitaine, la proportion totale de personnes ayant eu un rapport sexuel au cours des quatre dernières semaines (soit sur le premier mois du premier confinement) est passée de 74 % à 56%, touchant majoritairement les célibataires en passant de 44 % à 13%. À l'étranger les données disponibles vont dans le même sens (51,52). Cette situation s'est traduite en France d'après l'Insee (53) par une baisse des naissances enregistrées de 13% au mois de janvier 2021 par rapport au mois de janvier 2020.

Réduction de l'accès aux services du Planning familial

Le numéro national anonyme et gratuit "Sexualités, contraception, IVG" (0800 08 11 11), reçoit les demandes d'écoute, d'information et d'orientation de tout le territoire. Durant la période du 30 mars au 19 avril 2020, il a été constaté d'une part une augmentation des appels de 31% (par rapport à la même période de l'année 2019) concernant l'IVG (58% contre 48%) et les tests de

⁶ IFOP : Pôle « Politique/ Actualités » François KRAUS / Florentin PIRON. *Étude Ifop pour Charles.co*

grossesse (13% contre 8%) et d'autre part une diminution concernant la contraception, la vie affective et sexuelle, et les IST/VIH. Au cours de cette période, le Planning familial a constaté une augmentation de 330% de difficultés exprimées par les appelants relatant notamment :

- i) des dysfonctionnements ou le non-respect de la loi dans la prise en charge des personnes souhaitant réaliser une IVG ou se faire délivrer ou poser une contraception (accueil IVG culpabilisant et/ou jugeant, dépassement des délais légaux français pour la réalisation d'une IVG entraînant un avortement à l'étranger, etc.),
- ii) des violences conjugales ou difficultés liées au confinement.

Même si un lien n'a pas été clairement établi entre ces situations et la santé mentale des personnes les subissant, on peut penser que ces situations ont eu probablement un impact sur celle-ci. En effet, certaines femmes ont été considérées plus à risque d'altération de la santé mentale dans le contexte de Covid-19, notamment (54), les femmes âgées de 24 à 34 ans qui ont 25% de risque supplémentaire de faire face à une extrême pauvreté par rapport aux hommes. Dans une revue de la littérature, Thibaut et al (55) soulignent les difficultés rencontrées par les femmes présentant une grossesse pendant cette période, travaillant dans le secteur de la santé, ou subissant des violences domestiques.

Impacts des restrictions sur les violences intrafamiliales

À partir du 16 mars 2020, les mesures de confinement pour faire face à l'épidémie de Covid-19 ont pu transformer la cohabitation forcée au sein d'un foyer en piège pour certaines femmes et enfants se trouvant isolés et contraints au silence. Dès la 2e semaine après le début du confinement, les appels au 3919 "Violences Femmes info" ont fortement augmenté (56) : 44 235 appels ont été reçus entre le 16 mars et le 11 mai 2020. Pour faire face à la hausse d'activité observée, un système de secours a été mis en place et l'équipe a été renforcée en lien avec le réseau Solidarités Femmes. À partir du 19 avril 2020, les horaires ont été élargis avec une activité 7j/7 et 24h/24. Malgré les moyens déployés certaines victimes n'ont pu recevoir de réponse. Certaines se sont tournées vers la ligne d'écoute destinée aux auteurs de violence ou encore par mails vers la plateforme d'hébergement des conjoints violents. Le 114 (numéro d'appel d'urgence pour les personnes sourdes et malentendantes) a vu son activité tripler dès l'annonce de son extension aux victimes de violences conjugales, et a également soulevé les difficultés rencontrées pour joindre le 3919. De même le numéro national 116006 (numéro d'aide aux victimes d'une infraction) a été fortement sollicité. Les appels et mails ont augmenté de 9% par rapport à 2019. Les appels pour faits de violences conjugales ont triplé par rapport à 2019. Dans son rapport, la MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violences et la lutte contre la traite des êtres humains)(56) fait de nombreuses recommandations afin de faire perdurer la bonne prise en charge de ces violences. Thibaut et al. (55) soulignent par ailleurs l'augmentation du nombre d'appels au 119 (Service national d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger : SNATED) pour violences faites aux enfants, avec une augmentation de 20% associée à une augmentation de 60% des appels pour urgence en comparaison à mars 2019. Ceci est d'autant plus grave que le rapport de retour d'expérience sur la crise réalisé par le Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI) (57) montre qu'il y a eu une restriction ou un décalage dans le temps des mesures de protection de l'enfance.

Impact du télétravail

Le télétravail a pris une place particulière pendant cette pandémie. En effet, face à cette crise sanitaire majeure au printemps 2020 et comme le recommande le protocole sanitaire, de nombreuses entreprises ont eu massivement recours au télétravail pour maintenir leur activité. L'objectif était de réduire les déplacements et de faciliter la mise en œuvre des mesures de

distanciation physique en entreprise. Le télétravail, en général, est source d'un certain nombre de risques professionnels⁷.

L'impact du télétravail en période pandémique sur la santé des salariés a toutefois été encore peu étudié, d'autant plus qu'il a concerné deux catégories très différentes de salariés. La première concerne les salariés dont le travail peut être réalisé à distance et pour lesquels le télétravail avait déjà été mis en place par un accord collectif ou par une charte avant la crise sanitaire. La seconde concerne les salariés atteints d'une comorbidité les plaçant à risque d'une forme grave de Covid-19 et pour lesquels le télétravail a constitué une adaptation de poste, sur prescription médicale, souvent à temps plein et parfois en dépit de leur volonté. Dans ce cas, le regard des collègues a pu, en soi, être source de stress⁸.

Cependant, dans une enquête récente portant sur 6 750 personnes (dont 2 103 français), alors que 53% des répondants n'avaient jamais travaillé en télétravail avant la pandémie et que 44% estimaient que cela avait augmenté leur charge de travail, 85% estimaient avoir de bonnes conditions de télétravail et être fonctionnels à partir de leur domicile. De plus, un peu plus d'un répondant sur deux (51%) déclarait être d'accord pour continuer en télétravail après la crise si on lui donnait le choix de le faire⁹.

Une enquête menée dans le cadre du programme EVREST (Evolution et Relations en Santé au Travail) entre octobre 2020 et avril 2021 sur 2 857 salariés français a montré que le télétravail exclusif avait concerné 5,4% des sujets, et que 72% des personnes avaient continué à avoir un travail exclusivement présentiel, les 22% restant ayant un mode de travail mixte¹⁰. Une perte de sens au travail était rapportée par 10% des salariés, tandis que plus de 30% rapportaient plutôt un gain d'intérêt et que 20% disaient craindre un changement non désiré dans leur situation de travail. Pendant la période d'enquête, 16% des salariés participants ont rapporté être anxieux, 20% être fatigués et 19% avoir des troubles du sommeil. Ces troubles de la sphère mentale variaient considérablement selon le lieu du travail : l'anxiété était rapportée par 24% des télétravailleurs exclusifs, 15% des travailleurs mixtes et 16% des travailleurs exclusivement sur site ; la fatigue concernait 26% des télétravailleurs exclusifs, 18% des travailleurs mixtes et 20% des travailleurs exclusivement sur site ; enfin, les troubles du sommeil touchaient 26% des télétravailleurs exclusifs, 20% des travailleurs mixtes, et 18% des travailleurs exclusivement sur site. En régression logistique, on ne constatait pas de risque d'anxiété chez les travailleurs mixtes comparativement aux travailleurs exclusivement sur site (OR=1,1 IC95% [0,8-1,6]), alors que le risque d'anxiété était majoré chez les télétravailleurs exclusifs (OR=1,8 ; IC95% [1,1-2,9]).

iv) Impact de la crise sur le personnel de soins

Faisant écho aux études réalisées dans le cadre des épidémies du SARS et du MERS et indiquant de forts taux de détresse émotionnelle et de troubles psychiatriques chez les soignants, Marvaldi et al. (16) ont conduit une méta-analyse sur la prévalence des symptômes d'anxiété, dépression, de troubles du sommeil et de syndromes post-traumatiques pour le Covid-19 (données déjà citées ci-dessus). Si les auteurs attribuent une partie de ces symptômes aux chocs d'une forte mortalité dans les services, et à la peur d'être contaminé et de contaminer ses proches, d'autres facteurs

⁷ Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) Covid 19 et prévention en entreprise. 2020. <https://www.inrs.fr/risques/COVID19-prevention-entreprise/teletravail-situation-exceptionnelle.html>

⁸ <https://www.lavoixdunord.fr/771173/article/2020-06-29/coronavirus-et-isollement-me-dit-que-je-suis-un-faineant-et-un-profiteur>

⁹ Saba, T, Cachat-Rosset G. COVID-19 et télétravail : un remède universel ou une solution ponctuelle. Québec et comparaison internationale. Octobre 2020. https://diversite-gouvernance.umontreal.ca/wp-content/uploads/2020/10/Rapport-Teletravail-2020_OBVIA_PUB.pdf

¹⁰ Evrest (EVolutions et RELations en Santé au Travail). Crise sanitaire. Quels impacts du vécu au travail sur la santé ? Une analyse à partir des données 2020-2021 du dispositif Evrest. Avril 21. N°14. http://evrest.istnf.fr/_docs/Fichier/2021/4-210506070708.pdf

peuvent aussi expliquer la prévalence cette fois en lien avec une charge de travail accrue, des modes d'organisation du travail bouleversés, etc.

Conclusion quant aux déterminants impactés par la crise : La somme des documents analysés et des témoignages des experts auditionnés offre un portrait préoccupant de la santé mentale de la population en période de crise pandémique. Cette santé mentale dégradée s'explique par l'évolution d'une série de déterminants de la santé qui ont concouru à une détérioration des conditions quotidiennes d'existence jouant un rôle clé dans la promotion de la santé mentale et la protection de la population face aux événements de la vie quotidienne susceptibles de la détériorer. Mais ce tour d'horizon des principaux déterminants impactés par la pandémie laisse sans réponse la question de savoir si la France fait face à une dégradation de la santé mentale de sa population susceptible de perdurer à long terme. Si on ne peut apporter une réponse définitive à ce questionnement, on peut tout de même faire le constat d'un cumul d'arguments indiquant que les tensions vécues laisseront sans doute des séquelles psychiques et psychologiques susceptibles de se répercuter à long terme : tensions au sein de nombreuses familles et qui se sont soldées parfois par des violences, conséquences sur les enfants de tous les âges liées à la limitation des contacts physiques, sur ceux en crèche qui ne voient pas les visages, sur les enfants ou étudiants qui ont décroché, etc. Il y a aussi matière à s'inquiéter des conséquences sur la santé mentale des personnes ayant souffert du Covid-19 et tout particulièrement de celles vivant avec ce qu'il est convenu de désigner sous le terme de Covid long. Une leçon importante et répétée à différentes reprises par les personnes auditionnées est que la crise provoquée par la pandémie de Covid-19 a baissé le seuil de l'apparition des problèmes déjà prévalents dans la population. Elle a ainsi contribué à révéler les fragilités déjà existantes au sein de la population.

S'il faut prioriser les déterminants sur lesquels devrait porter l'action publique, les plus lourds sont sans doute ceux associés :

- à la perte de lien social (isolement/solitude)
- à la sécurité économique
- aux conditions de logement (incluant l'accès aux espaces verts)
- à l'insécurité/incertitude face à l'avenir

Il faut également souligner que si la crise a frappé l'ensemble de la population, il reste que certains groupes ont de toute évidence été beaucoup plus durement touchés que d'autres. Ce constat a d'ailleurs fortement impacté les recommandations formulées dans cet avis ce qui explique qu'une attention toute particulière a été portée à certains groupes de population tels que les personnes ayant des revenus modestes, les personnes âgées non autonomes, les étudiants, les femmes élevant de jeunes enfants.

3. Recension des actions probantes en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques en situation de crise Covid-19

En adéquation avec les recommandations de l'OMS (58), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) a développé une méthodologie pour synthétiser les données scientifiques sur les interventions probantes en prévention et promotion de la santé afin de pouvoir répondre rapidement à une demande urgente de santé publique (*rapid reviews, review of reviews*). Elle a été développée à l'Inpes en 2011 (59,60) actualisée en 2017 à Santé publique France.

La synthèse de littérature sur les interventions probantes de prévention et de promotion de la santé mentale en situation de crise sanitaire Covid-19 présentée ci-dessous a été réalisée en s'appuyant

sur cette démarche systématique. Elle vise à présenter de façon synthétique et lisible les interventions probantes de prévention primaire et de promotion de la santé mentale en situation de crise sanitaire Covid-19, identifiées dans les synthèses de la littérature scientifique internationale publiées en 2020 et 2021.

Sont présentées dans ce qui suit les interventions probantes ainsi repérées, organisées en 7 parties, 6 correspondant aux populations auxquelles ces interventions sont destinées et une spécifique à une modalité d'intervention :

- Adultes en population générale (tableau 2 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour la population générale adulte en situation de crise sanitaire Covid-19 dans différents pays, Annexe 6) ;
- Professionnels de santé (tableau 3, Annexe 6) ;
- Patients Covid-19 et populations à risque pour raisons de santé (tableau 4, Annexe 6) ;
- Enfants, Jeunes, Personnes âgées (tableaux 5,6 et 7, Annexe 6) ;
- Interventions probantes de *coping*¹¹ et de gestion du stress en situation de crise sanitaire du Covid-19.

Les programmes de ressources en santé mentale n'ont que rarement fait l'objet d'une évaluation robuste (moins de 25% selon des revues de littérature), et ceci encore moins en période de Covid-19. Les composantes de ces programmes ayant montré leur efficacité sont néanmoins décrites dans cette partie de l'avis consacrée aux actions probantes : du point de vue purement scientifique, il s'agit d'une limite de notre revue mais qui nous paraît pragmatique et acceptable si l'on se place dans une réponse urgente à une situation de crise.

Adultes en population générale (Tableau 2, Annexe 6)

Des programmes psychologiques en ligne fondés sur les modèles théoriques des thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont démontré des effets positifs en population générale adulte (61–63) ; comme auprès de publics spécifiques (voir tableaux). Ils permettent de réduire les symptômes anxio-dépressifs, le stress, la consommation de substances psychoactives et d'augmenter le bien-être, les compétences émotionnelles et le sentiment d'auto-efficacité. Ces programmes en ligne (*via* une application ou Internet, par exemple Moodkit, MoodMission, MoodPrism apps ou Moodgym) se présentent sous forme de modules interactifs construits selon l'approche TCC : auto-évaluation, analyse de la situation, restructuration cognitive, exercices de relaxation... Ces différentes techniques sont utilisées de façon combinée au sein du programme que les personnes réalisent en auto-apprentissage (*self-help*) et qu'elles peuvent parfois moduler en fonction de leurs besoins et de leurs préférences.

Plusieurs interventions utilisant **des techniques psychocorporelles** ayant démontré des effets significatifs auprès de populations captives pourraient être applicables, après analyse de transférabilité et adaptation le cas échéant, en population générale en situation d'isolement et de confinement. **Des programmes de thérapie musicale en ligne** ont permis de réduire les symptômes anxieux, les émotions difficiles et la fatigue. Ces interventions conçues par des musicothérapeutes proposent pendant plusieurs semaines (3 à 5) et plusieurs fois par jour, des musiques (de relaxation, de respiration, de vitalité, ...) et des images favorisant la visualisation positive. **Des programmes intensifs de yoga et d'exercices physiques** sur plusieurs semaines (6 à 12), plusieurs fois par semaine (45 mn à 2 heures par jour ou *a minima* 2 fois par semaine) ont entraîné une diminution des problèmes anxio-dépressifs, du stress et de la souffrance psychologique (64).

¹¹ Le *coping* désigne la capacité à faire face aux situations difficiles c'est-à-dire la capacité d'adaptation en situation adverse : les compétences psychosociales favorisent le *coping*, c'est-à-dire la capacité à faire face aux situations nouvelles et difficiles.

Professionnels de santé (Tableau 3, Annexe 6)

Les interventions psychologiques fondées sur les TCC qu'elles soient en présentiel ou en ligne, en individuel ou en groupe, ont démontré des résultats positifs auprès des professionnels de soin en situation de crises sanitaires (Covid-19, Ebola) (61,65–68) ; il est à noter dans la revue de littérature de Fredericks et *al.* que moins d'une intervention sur 5 avait fait l'objet d'une évaluation. Une réduction des symptômes anxieux et dépressifs, du stress et du trouble de stress post-traumatique a pu être observée chez les professionnels ayant bénéficié de ces interventions, de même qu'une amélioration du bien-être, des relations interpersonnelles et du sommeil.

Des programmes de *coping* et de gestion du stress en présentiel ou en ligne à destination de soignants ont aussi eu des effets sur les symptômes anxieux et dépressifs, les symptômes de stress, les capacités de *coping* et de résilience¹², le sentiment d'auto-efficacité et les problèmes interpersonnels (61,65,66,69). Les programmes d'auto-apprentissage par ordinateur étaient relativement longs (entre 7 et 17 sessions) et comportaient en plus des techniques de relaxation et de gestion du stress, des modules interactifs sur la résilience (connaissances, auto-évaluation, quizz, jeux...). Les meilleurs résultats ont été obtenus avec les programmes de durée moyenne comportant 12 séances (davantage d'abandons ont été observés avec le programme long de 17 séances). Plusieurs interventions probantes s'appuyant sur **des techniques psychocorporelles** ont démontré des effets positifs chez les soignants. **Des programmes de pleine conscience en ligne** ont permis de réduire les symptômes anxieux et dépressifs et les problèmes de stress (stress aigu, trouble de stress post-traumatique, *burn out*) (61,63). Des interventions telles que le site internet et l'application *Headspace* améliorent le bien-être, les émotions positives, la satisfaction de vie, le fonctionnement physiologique, les capacités de résilience, de pleine conscience, de compassion et réduisent les problèmes de sommeil. Elles proposent (en accès libre partiellement) des exercices de pleine conscience et de relaxation, des supports en ligne sur la pleine conscience et le bien-être et des rencontres avec des professionnels. Certaines interventions en ligne telles que *Virusanxiety.com* et *pause4providers* ont été spécialement conçues dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19. **Des programmes de thérapie musicale en ligne** ont permis de réduire les symptômes anxieux, les émotions difficiles et la fatigue auprès de soignants isolés (64,66,69). Ces interventions conçues par des musicothérapeutes proposent pendant plusieurs semaines (3 à 5) et plusieurs fois par jour, des musiques (de relaxation, de respiration, de vitalité...) et des images favorisant la visualisation positive.

Des programmes de soutien par les pairs en groupe ou en ligne permettent de diminuer les symptômes anxieux et d'améliorer le bien-être, les émotions positives, la satisfaction de vie et au travail et le fonctionnement physiologique chez les soignants (61,69). Ces programmes tels que «*The psychological health support scheme* » (69) proposent des échanges avec d'autres professionnels, des ressources, des techniques d'affirmation positive, de l'auto-évaluation quotidienne.

Plusieurs interventions probantes s'appuient sur plusieurs stratégies d'intervention. **Une intervention psychologique multiniveaux** a permis de réduire les symptômes anxieux et dépressifs et d'améliorer le bien-être des soignants en situation de crise sanitaire en proposant plusieurs interventions adaptées à l'état de santé mentale des professionnels (66). Les phases 1 et 2 à destination de tous les professionnels proposaient des ateliers de psychoéducation pour renforcer le bien-être ainsi qu'une évaluation de l'état de santé mentale (repérage). La phase 3 qui consistait en une TCC de groupe de 6 semaines était proposée aux soignants qui obtenaient des scores de dépression et d'anxiété élevé ; elle était réalisée par un binôme, psychologue clinicien ou psychiatre et pair soignant formé à la TCC.

¹² La résilience est le fait d'être en mesure de rebondir face à une situation difficile (le *coping* fait référence à la capacité d'adaptation face à des situations nouvelles)

Une diminution des symptômes anxieux et dépressifs et des problèmes de sommeil chez les soignants a pu être mise en évidence suite à **une intervention multimodale de coping** à l'hôpital (66,69). Cette dernière agissait à la fois sur les facteurs organisationnels (modification de l'environnement et de l'espace, mise en place de protocoles, formation et mise à jour des connaissances en temps réel, organisation du temps de travail...), et sur les facteurs psychologiques (équipe interne de santé mentale constituée de psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques et assistantes sociales disponibles à la fois pour les soignants et pour les patients ; une clinique de santé mentale pour les professionnels nécessitant une prise en charge) (70,71). Ce type de programmes multimodaux de coping en milieu de soin a été de nouveau mis en place dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19. Par exemple, le Département des urgences médicales à Ottawa a mis en place un programme d'intervention permettant d'agir à la fois au niveau organisationnel et au niveau individuel. En plus des actions sur l'environnement de soin, plusieurs techniques ayant démontré leur efficacité pour prévenir les symptômes anxieux et dépressifs sont ainsi proposées aux soignants : méditation de pleine conscience, ateliers d'exercices physiques (en présentiel ou en ligne, 150 minutes par semaine pouvant être séquencées en 10 minutes), soutien par les pairs et les proches et limitation des connexions sociales superficielles ; alimentation équilibrée (ex. régime méditerranéen), *counseling* et psychothérapie pour les soignants qui ont besoin d'une prise en charge (71).

Patients Covid-19 et populations à risque pour raisons de santé (Tableau 4, Annexe 6)

Des programmes de coping et de gestion du stress en présentiel ou en ligne ont aussi démontré des effets positifs auprès de patients souffrant du Covid-19 (61,66). Des interventions brèves de crise (4 séances délivrées par un psychologue) ou des programmes en ligne en auto-apprentissage (administré chaque jour à heure fixe) permettaient de développer des compétences d'adaptation et de gestion du stress par des pratiques d'ajustement, de relaxation, de respiration, de renforcement positif, de spiritualité et de pleine conscience (66).

Des interventions de counseling et de psychoéducation en ligne ont permis de réduire les symptômes anxio-dépressifs et de stress et d'augmenter le bien-être de populations testées positives au Covid-19 et de populations en quarantaine (61,66). Une intervention impliquait deux consultations de 10 minutes par jour par une infirmière et proposait une écoute et un dialogue positif, un soutien émotionnel et matériel et des informations.

Des programmes intensifs de relaxation (technique de relaxation progressive de Jacobson ; 30 minutes par jour sur 5 jours) ont permis de réduire les symptômes anxieux et les problèmes de sommeil chez des patients hospitalisés pour Covid-19 (64).

Des programmes multimodaux de coping et de renforcement des capacités de résilience tels que le « Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach for Resilience and Transformation (SMART) (65) permettent d'améliorer la santé mentale des personnes souffrant de maladies chroniques ou atteintes du Covid-19. Ces programmes de groupe en face à face s'appuient sur de la psychoéducation, des techniques de gestion des émotions et des cognitions, le renforcement du bien-être, les techniques psychocorporelles (méditation, bien-être) et l'auto-évaluation. Les résultats des études ont mis en évidence un haut niveau d'adhésion à ce type de programme en ligne (plus de 80%) et de satisfaction de la part des patients (72). Comparativement au groupe contrôle, ceux qui avaient bénéficié du programme en ligne rapportaient de plus hauts niveaux de résilience et une réduction du stress après les 2 semaines de programme.

Des programmes de bibliothérapie¹³ ont montré une efficacité pour des patients présentant des problématiques de santé mentale telles que l'hypochondrie, les attaques de panique ou des troubles de la personnalité plus sévères. Les recherches répertoriées dans la revue systématique de Monroy-Faustro et coll (73) ont mis en évidence que cette approche pouvait être aussi efficace qu'une prise en charge habituelle proposée par la structure (*treatment as usual*), et plus efficace que d'être sur liste d'attente. Cette synthèse a mis en évidence que la bibliothérapie pouvait notamment être utile pour la réduction de problèmes d'hypochondrie (74), d'attaques de panique, d'anxiété, d'évitement et de symptômes dépressifs (75).

L'activité physique et la nutrition ont également montré leur efficacité en termes d'effets bénéfiques sur la santé mentale des patients atteints du Covid-19, notamment de réduction du stress, de l'anxiété et des symptômes dépressifs (76,77). De plus, la sédentarité accrue en période de confinement a généré des effets secondaires augmentant les risques d'aggravation des symptômes du Covid-19. Les auteurs préconisent ainsi des programmes d'activité physique pouvant être dispensés en ligne de manière à permettre des pratiques à domicile notamment le yoga, des activités aérobiques et favorisant l'activité des muscles respiratoires, et des activités physiques en extérieur telles que la marche nordique. Les auteurs soulignent l'importance de prévoir des programmes d'activité physique adaptés en fonction des possibilités de chaque personne, notamment celles qui sont en phase symptomatologique aiguë. L'activité physique a même pu être proposée à des personnes alitées, et contribue à promouvoir la santé physique et mentale.

Enfants (Tableau 5, Annexe 6)

Mentionné dans plusieurs synthèses de littérature, **un programme de *coping* psycho-artistique** de plusieurs mois (3 à 5 mois) à destination d'enfants vulnérables confrontés à la crise sanitaire Ebola a permis de réduire les symptômes de stress : *Playing to Live program* (66,78). Ces interventions réalisées par des cliniciens permettent de développer les capacités d'adaptation par l'art-thérapie, la thérapie par le jeu et la yoga-thérapie.

La synthèse de Boldt et al. (2021) (79) mentionne plusieurs études évaluatives en cours sur des programmes en ligne de développement des CPS à destination des enfants et des parents en situation de crise sanitaire du Covid-19. Au regard des travaux antérieurs et des résultats accumulés au cours des dernières décennies sur les programmes CPS (60,80), des effets positifs sur la santé mentale des enfants et des parents peuvent être attendus.

Deux programmes de 5 séances (ateliers philosophie et ateliers pleine conscience) ont été testés en ligne pour des élèves d'école primaire au Québec pendant la période de pandémie (81). Les résultats ont mis en évidence que les ateliers de philosophie ont permis de réduire des problèmes d'anxiété et d'inattention, tandis que les ateliers de pleine conscience ont permis de mieux répondre aux besoins psychologiques fondamentaux des élèves que sont le sentiment d'autonomie, de compétence et de lien social ; ces besoins psychologiques fondamentaux sont reconnus comme étant des déterminants importants du bien-être et de la motivation scolaire (82).

Jeunes (Tableau 6, Annexe 6).

¹³ bibliothérapie : processus de lecture, de réflexion et de discussion de la littérature pour favoriser un changement cognitif.

Le programme multimodal de *coping* (SMART) (mentionné précédemment pour les populations souffrant de maladie chronique) a aussi montré des effets positifs sur la santé mentale des adolescents (65), permettant ainsi de réduire l'isolement social et le sentiment d'insécurité et d'améliorer leur sentiment de maîtrise et d'engagement social.

Des programmes de pleine conscience avec ou sans immersion dans la nature permettent de réduire la détresse psychologique, les symptômes anxieux et dépressifs, le stress, les émotions négatives et les ruminations, et d'augmenter les émotions positives (79,83–85). Ces programmes probants sont réalisés soit en présentiel soit en ligne ; ils sont structurés en cycle de plusieurs semaines (8 séances hebdomadaires le plus souvent) et s'appuient sur les modèles des TCC de 3^e génération tels que les programmes *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) et *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR). Un programme de pleine conscience de 15 minutes par jour pendant 6 mois de pratique de pleine conscience en format audio à faire au domicile chaque soir a été testé auprès d'adolescents, montrant des effets sur le développement des compétences émotionnelles et la résilience (86). La résilience a augmenté avec le temps et plus les compétences émotionnelles étaient développées, plus la résilience était élevée.

Pour les étudiants, une application (Atena Chatbot) pour téléphone mobile a été proposée pour 4 semaines à raison de deux séances par semaine, apportant des contenus et des exercices permettant de développer les stratégies de *coping* actives fondées sur les TCC, la psychologie positive et la pleine conscience. Les résultats ont mis en évidence une réduction du stress pour l'ensemble des participants et une réduction des symptômes anxieux pour les étudiants qui avaient des scores élevés au départ (87). De plus, les résultats mettent en évidence une augmentation de certaines compétences de pleine conscience comme la capacité de non-jugement. Ce type de programme offre ainsi des pistes prometteuses pour un déploiement à grande échelle accessible aux étudiants. Une méta-analyse réalisée sur les programmes de résilience pour les étudiants (et un programme pour les doctorants), essentiellement fondés sur des pratiques de pleine conscience et d'approche d'acceptation et d'engagement, a mis en évidence des effets sur la réduction des symptômes anxieux (65).

Personnes âgées (Tableau 7, Annexe 6)

Des plateformes sociales en ligne, favorisant la communication et de saines habitudes de vie, telles que « *The Personal Reminder Information and Social Management* » ont permis de réduire l'isolement social et la solitude, et d'augmenter la participation sociale et le bien-être des personnes âgées (62,88).

Interventions probantes de *coping* et de gestion du stress en situation de crise sanitaire du Covid-19

Plusieurs programmes probants mis en évidence dans cette synthèse de littérature correspondent à des interventions visant à accroître les capacités d'adaptation (*coping*) et de gestion du stress des personnes. À partir d'une analyse de plusieurs de ces programmes probants de *coping* et de gestion du stress, Kunzler et al. (65) ont identifié les composantes individuelles et organisationnelles de ces interventions.

Au niveau individuel, ces programmes comportent plusieurs composantes, notamment :

- des informations sur la santé et l'organisation des soins (ex. santé, hygiène, structures-organisation des soins ...)
- de la psychoéducation sur les problèmes de santé mentale et le stress (ex. signes et facteurs de stress et de problèmes de santé mentale ...)

- des techniques de renforcement des CPS de *coping* (ex. gestion du stress, de régulation de la colère, résolution des problèmes et des conflits ...)
- des techniques de renforcement des facteurs de résilience (ex. soutien psychosocial (famille, pairs, ...), sens/buts de vie (forces et valeurs), religiosité et spiritualité, optimisme, auto-efficacité et estime de soi ...)
- des techniques psychocorporelles (ex. relaxation, tai-chi, pleine conscience ...)
- des stratégies de prévention du syndrome de stress post-traumatique (ex. TCC, art-thérapie ...)
- des premiers soins psychologiques (*Psychological First Aid* : PFA) (5 principes de base : sécurité, apaisement, auto-efficacité, espoir, optimisme et 8 actions : contact, engagement, sécurité et confort, stabilisation, collecte d'informations, aide pratique, soutien social, lien avec les services ...)
- des conseils pour faire face à la mort (ex. gérer les réactions de deuil ...)

Au niveau organisationnel, ces programmes comportent plusieurs composantes, notamment :

- des informations sur la santé et l'organisation des soins (ex. santé, hygiène, structures-organisation des soins, éducation des familles et des communautés, déstigmatisation ...)
- des activités pour renforcer le sentiment de contrôle et de soutien (ex. supervision ...)
- des formations de préparation à la gestion de crise (ex. débriefings, formation de formateurs, certificat de santé publique ...)
- des techniques pour renforcer un *leadership* soutenant (ex. *leadership* fort, solidaire et conscient, valorisation des équipes ...)
- des procédures et aménagements pour assurer la sécurité du personnel (ex. équipements de protection individuels, protection antivirale, espaces sûrs pour les pauses, vigilance à la fatigue...)
- des services de soutien supplémentaire aux familles (ex. garde et soins des enfants, stratégies de *coping* pour la famille, communication avec les familles de patients, hébergement des membres de la famille ...)
- des services pour faire face à la mort (ex. enterrements dignes, aides aux familles endeuillées).

L'exemple de ces interventions multimodales qui s'adressent aussi bien aux adultes, aux jeunes qu'aux enfants montre une efficacité sur un grand nombre de facteurs individuels et organisationnels détériorés au cours de la crise sanitaire du Covid-19. Elles permettraient aux personnes d'accroître leur capacité de gestion du stress et de mieux faire face aux situations stressantes (*coping*) ; elles peuvent ainsi avoir un impact positif sur la santé mentale des populations.

4. Les actions prometteuses identifiées en France

Au-delà des interventions reconnues comme probantes, efficaces, dans la littérature scientifique, les auditions et une recherche documentaire devaient permettre d'identifier des interventions prometteuses ou des innovations "de terrain", à pérenniser. L'accent a été mis sur les actions développées en France et ayant émergé pendant la crise.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ont été explorés à la recherche d'actions spécifiquement développées en lien avec la crise sanitaire, mais leur calendrier de construction et

de suivi explique le faible nombre d'actions repérées par ce biais¹⁴. Par ailleurs la majorité de leurs initiatives concerne l'accès aux soins et non pas la promotion de la santé mentale.

Au total, de très nombreuses initiatives ont été répertoriées. Il s'agit soit d'actions nouvelles en réponse à la crise du Covid-19, soit d'amplification d'actions ou de renforcement de dispositifs préexistants. Il ne s'agit donc pas toujours « d'innovations » si l'on considère l'innovation comme un dispositif ou une intervention qui apporte une solution nouvelle à un problème. Ce bilan regroupe à la fois des outils (lignes d'écoute, outils pédagogiques ou d'animation, guides techniques...) et des modalités d'intervention (actions de soutien, mobilisation communautaire, coordination territoriale...).

L'état des lieux ainsi réalisé ne prétend pas à l'exhaustivité, mais décrit un panel de champs d'actions et de types d'interventions. En particulier, ne sont pas comptabilisées de nombreuses initiatives très locales probablement intéressantes mais qui n'ont pu être prises en compte. Les contenus précis ne sont en général pas détaillés, et on ne dispose le plus souvent pas (encore) de données d'évaluation. Il ne s'agit donc pas ici d'actions dont l'efficacité a été prouvée, mais ce sont des actions qui ont globalement donné satisfaction. Le qualificatif de « prometteuses » est donné à ce genre d'actions.

A. Les initiatives répertoriées sur le terrain

Dans ce qui suit, nous présentons une synthèse qualitative des initiatives rapportées par les acteurs auditionnés, organisée par groupes de population : enfants-adolescents-jeunes, étudiants, population générale, population en situation de précarité, personnes vivant avec des troubles psychiques et professionnels de santé. Un bref descriptif est présenté pour chaque type d'actions ou interventions, avec quelques focus visant à les illustrer.

Étudiants

Les actions de promotion et de prévention primaire dirigées vers la population étudiante ont priorisé le maintien des liens sociaux et les espaces de rencontre (sportifs et/ou culturels). Quelques universités ont soutenu et opérationnalisé la cohésion sociale et l'entraide entre pairs (exemple : fonction d'étudiants ambassadeurs à l'Université Gustave Eiffel¹⁵, organisant des temps d'échange, des rencontres et des animations). D'autres universités se sont également mobilisées pour mettre à disposition des ressources et des informations relatives aux thématiques de santé, de santé mentale et de bien-être en période de confinement. Les activités visant la gestion du stress, le contrôle des addictions, le développement des capacités de résilience individuelle et/ou collective, ont été particulièrement ciblées et parfois *gamifiées* à l'aide des outils numériques. Certaines métropoles ont activement soutenu la vie étudiante et la vie associative auprès de jeunes et d'animateurs jeunesse de l'ensemble de leurs communes.

Les autres types d'interventions rapportées ont proposé des actions de repérage, de dépistage et d'orientation.

Enfants/jeunes/adolescents

Les actions menées auprès des publics jeunes étaient axées sur le maintien de l'accès aux pratiques culturelles (artistiques ou scientifiques). Ces actions se sont plus fréquemment déployées à un niveau local, et se sont également appuyées sur de nouveaux médias spécifiquement mis en place pendant la période des confinements : usage des réseaux sociaux, émissions de radio, *newsletter*, visioconférence, création de film documentaire, débats. La

¹⁴ Les PTSM en région. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/les-ptsm-en-region#:~:text=Cet%20article%20a%20pour%20objectif.des%20Agences%20R%C3%A9gionales%20de%20Sant%C3%A9>

¹⁵ 77 Champs-sur-Marne

circulation de l'information relative à l'impact du confinement et les solutions existantes (aides financières, alimentaires, psychologiques...) –notamment chez les plus jeunes– a également été un axe majeur des actions repérées.

Deux autres types d'interventions caractérisent les actions proposées auprès de ces publics : le soutien aux familles et la continuité éducative. Des situations de « huis clos familial » ont été rapportées, imposant la priorisation du maintien des liens avec les familles (par téléphone essentiellement au regard des restrictions de visites à domicile rendues quasi inexistantes) et l'émergence de contenus de formation spécifiquement dédiés au soutien à la parentalité. Des coopérations nouvelles ont eu lieu entre l'Éducation nationale et les Agences régionales de santé (ARS) au profit de programmes soutenant le développement et le renforcement des CPS à l'école, et de programmes de support d'éducation et de promotion de la santé (mentale).

Population générale

Les actions destinées à la population générale ont majoritairement visé la création d'outils et/ou de dispositifs d'écoute et de soutien en ligne, ainsi que la mise à disposition d'une information centralisée et sélectionnée : référencement des dispositifs d'aide et de soutien, éducation à la santé, renforcement des CPS, dispositifs ou technique de maintien du bien-être et maintien d'une bonne santé mentale, lutte contre l'infodémie, mesures d'hygiène face à la pandémie/gestes barrières, écriture de guides pour « prendre soin de soi » en période de confinement, etc. De très nombreuses lignes téléphoniques, plateformes et permanences d'écoute ont également été mises en place, à des niveaux régionaux et national, dont le nombre déployé n'a pas toujours facilité leur lisibilité, leurs spécificités (public cible, type d'interventions, horaires de fonctionnement...), ni leurs solutions d'aval (écoute, orientation, soutien psychologique...)

De nombreuses autres actions menées dans le champ de la promotion de la santé mentale ont consisté à maintenir ou à établir de nouveaux liens entre acteurs, et à en assurer leur coordination (acteurs du milieu éducatif, du sanitaire, du social, du médico-social, du milieu associatif...). D'autres actions concrètes de soutien ou des démarches pratiques « d'aller-vers » ont également été mises en place : lutte contre les déterminants de santé tels que l'isolement, l'apport de repas, la mise à disposition de matériel informatique, groupe de paroles, groupe d'entraide ou groupe d'échanges sur des thématiques identifiées par les citoyens. Ces actions pratiques ont parfois été le résultat de concertations et de mobilisations citoyennes autonomes. Cette entraide auto-organisée a ainsi témoigné de mouvements collectifs de solidarité et de soutien majeurs. Un effort de communication externe, souhaitée positive, a globalement utilisé des supports de diffusion divers : guides, livres, sites web, podcast, radio...

Exemple - Groupes citoyens d'entraide auto-organisés : voisins solidaires

Le principe des « voisins solidaires » est un exemple d'initiative solidaire mise au point au plus près des citoyens. Le dispositif vise à développer la convivialité et l'entraide entre les voisins, pour améliorer le bien-être de tous et la vitalité du quartier. Il repose sur une démarche municipale et collective qui implique la participation des habitants et des acteurs locaux. Il peut s'inscrire dans tous les plans municipaux pertinents. Parmi les actions concrètes, le dispositif a mis en place de l'aide aux devoirs, de l'aide pour les cours, il a permis de diffuser des récits positifs sur les quartiers et les communautés, etc. Cette dynamique peut permettre d'agir dans le champ de la promotion de la santé mentale.

Les actions inscrites dans le champ de la promotion de la santé mentale à destination de la population générale et parfois de publics cibles, ont également été rapportées comme satisfaisantes lorsqu'elles étaient portées par des instances de démocratie sanitaire préexistantes à la crise. Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) - instances locales de concertation et de coordination qui rassemblent élus locaux, professionnels de la psychiatrie et des secteurs du social, médico-social et sanitaire, ainsi qu'usagers et aidants- ont continué de fonctionner pendant la crise et ont été repérés comme des dispositifs efficaces, assurant localement des actions de

promotion de la santé mentale adaptées et spécifiques. Ils ont diffusé une information actualisée et localisée, en favorisant l'interconnaissance et le travail en réseau.

Publics en situation de précarité

Une vingtaine d'actions de promotion de la santé mentale ont été recueillies. Les publics ciblés sont principalement les personnes en grande précarité ou exclues, souffrant de mal-logement, les familles pauvres ; autres cibles : les femmes enceintes, les jeunes parents, les jeunes et les bébés vulnérables, les personnes en zone rurale ; plus rarement les personnes âgées. L'initiative est celle des ARS, du Ministère en charge de la santé, des communes, des CLSM, des services de Protection maternelle et infantile (PMI), des établissements hospitaliers et des associations.

Certaines de ces actions sont innovantes du fait de leur promoteur : une commune organise des productions artistiques pour donner et accueillir la parole lors d'activités culturelles ; les autres types d'actions : actions sur le logement, aides financières, actions d'aller-vers, créations de postes de médiateurs, prévention auprès de femmes enceintes.

Quelques exemples :

- Durant la crise, une commune a ainsi créé une structure pour répondre aux besoins des personnes isolées, notamment des seniors. Une forte augmentation du nombre de bénévoles, impliqués dans la mise en œuvre de cette structure, a ainsi été constatée.
- Un fichier collaboratif a été lancé par des professionnels et bénévoles du Samu social et de l'association pour mise en commun des informations des acteurs de l'urgence sociale.
- Actions des CLSM dans les QPV (quartier prioritaire de la ville) : formation de type "Premiers Secours en Santé Mentale" pour les acteurs de quartiers ; aide à la parentalité (espace écoute...) ; coordination des situations complexes ; permanences psychologiques au plus près des habitants (dans un lieu identifié) ; projet de visites psychologiques à domicile ; médiateurs de santé en réflexion ; mise à disposition des ordinateurs aux familles défavorisées.
- Soutien des LHSS (Lits halte soins santé) et des LAM (Lits d'accueil médicalisés) dans le cadre du Ségur de la santé (89).
- Développement d'hébergement « bas seuil » (le dispositif « bas seuil d'exigence » est dédié à des personnes en situation de grande précarité pour lesquelles des problématiques spécifiques compliquent l'accueil dans les dispositifs locaux existants).

Personnes vivant avec un trouble psychique

Les actions de soutien par des acteurs locaux : centres de réhabilitation, GEM (groupe d'entraide mutuelle), CLSM.

- E-learning pour retrouver un rythme de vie favorable au bien-être, mieux dormir, gérer son anxiété, reprendre les transports en commun)
- Éducation thérapeutique du patient autour de l'hygiène de vie et du Covid-19
- Recueil et traitement des situations complexes (usage du lien par téléphone, mise en place de cellule cas complexes).

Professionnels de santé

Il a été repéré un peu moins de 10 actions proposées aux professionnels de santé, destinées à des publics diversifiés: professionnels spécialisés en psychiatrie, hospitaliers, soignants dans leur ensemble, médecins généralistes, acteurs auprès des migrants. Un CLSM a mis en place une action particulière d'attribution de coupe-file dans les supermarchés aux aides-soignants. Les

initiateurs de ces guides/actions, sont variés : universités, administration, CLSM, associations scientifiques, etc.

- Guide pour les psychiatres, psychologues et soignants de santé mentale pour prendre soin de leurs patients.
- HAS (Haute Autorité de Santé) : réponse rapide dans le cadre du Covid-19 concernant la souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir (alternance des fonctions stressantes, accès facile au matériel de protection, travail en binôme, etc.), repérer, orienter¹⁶.
- Plateforme d'une association qui s'adresse aux acteurs agissant auprès des publics migrants, leur permettant de faire remonter les besoins rencontrés, d'être mis en lien avec d'autres acteurs et de bénéficier d'un soutien psychologique.

Institutions

Des collectivités ont utilisé une infolettre à destination des élus et partenaires pour diffuser une synthèse des articles sur le sujet du Covid-19 et communiquer sur les services d'écoute et d'accompagnement ouverts localement.

B. Les recommandations formulées par les acteurs auditionnés

cf. liste des personnes auditionnées en annexe 4

Parmi les recommandations formulées par les acteurs, certaines sont spécifiques à la crise causée par la pandémie de Covid-19 alors que d'autres sont à envisager dans une approche plus globale dépassant largement la gestion de la crise mais répondent aux faiblesses que cette dernière a révélées. Elles concernent 10 grands axes : un décloisonnement et une structuration de la réponse plus efficace / des services spécialisés à destination des étudiants à renforcer / des collectivités à renforcer dans leur rôle sur les déterminants structurels de la santé mentale / une offre structurée de première ligne en santé mentale / déployer des interventions probantes / renforcer les approches d'aller-vers, de soutien social / les actions supports / la communication sur la crise et sur la santé mentale / une adaptation et une proportionnalité des mesures liées aux risques et aux vulnérabilités / reconsidérer la manière dont les décisions se prennent en temps de crise.

Un décloisonnement et une structuration plus efficace de la réponse

De manière générale, une organisation structurée et coordonnée entre les acteurs de la psychiatrie, les personnels sociaux, médico-sociaux et ceux de l'éducation, lorsqu'elle était effective, a permis de mieux répondre à la crise et à ses conséquences. Il est fortement souligné que la santé mentale dépend d'autres facteurs tels que l'emploi, le logement, la cohésion sociale, etc, et que ces facteurs ont d'autant plus d'effets que la précarité s'accroît. Cela induit un cercle vicieux : la dégradation des conditions de vie dégrade la santé mentale et inversement la dégradation de la santé mentale dégrade les conditions de vie. La coordination des acteurs autour d'une réponse globale se révèle alors essentielle pour l'efficacité de la prise en charge. Cette coordination doit se faire à plusieurs niveaux, dans la conception de la politique de santé comme autour de chaque individu ou groupe d'individus. Cette coordination doit permettre à la fois de rendre lisible le rôle de chacun mais également de mettre en évidence les actions menées sur le terrain et les ressources mobilisables à l'échelle locale. Cette coordination est favorisée via le recrutement de coordinateurs au sein des dispositifs spécialisés lorsqu'ils sont stabilisés comme

¹⁶ HAS. Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Mis en ligne le 12 mai 2020 https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter

les PTSM et les CLSM ou encore au sein des dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Dans ce sens d'ailleurs, les acteurs plaident même pour un quadrillage obligatoire et complet du territoire français par ces dispositifs. En effet actuellement, environ 250 CLSM fonctionnent, pour 720 à 760 secteurs de psychiatrie¹⁷, leur nombre est insuffisant. Pour favoriser la priorisation des actions, les acteurs soulignent enfin l'importance de l'anticipation et du repérage des personnes à risque et/ou vulnérables.

Des services spécialisés à destination des étudiants à renforcer

Les SSU ont de nombreuses faiblesses qui se sont accrues pendant la crise : défaut de moyens, absence de politique de promotion de la santé mentale en faveur des étudiants, manque d'implication des ARS, absence de formation des médecins directeurs et des personnels des SSU sur les interventions probantes, peu d'espaces d'échange de pratiques. À la lumière de la crise, il serait opportun de renforcer ces différents aspects.

Des collectivités à renforcer dans leur rôle sur les déterminants structureaux de la santé mentale

Les auditions qui ont fait état de mesures de promotion de la santé mentale au sens d'une action sur les déterminants structureaux sont majoritairement celles des acteurs locaux (élus, associations). Ces actions s'appuient sur des ressources locales sociales, éducatives et s'inscrivent dans une logique de proximité. Les acteurs interrogés plaident par conséquent pour un investissement plus important des collectivités locales et notamment des communes sur les questions de santé mentale, et plus largement de santé, de manière à pouvoir mobiliser ces leviers qu'ils soient sociaux (Centre communal d'action sociale (CCAS), maisons de quartiers, Points accueil écoute jeunes (PAEJ), espaces santé-jeunes, structures de soutien à la parentalité) ou infrastructurelles (pour favoriser l'activité physique, la culture, par exemple). Le maillage du territoire par ces structures est un atout dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, comme le montre par exemple la cartosanté à destination des jeunes¹⁸. Ainsi, les élus locaux appellent à être davantage associés à la gestion de la crise afin de pouvoir mobiliser à côté des données scientifiques leurs expertises de terrain, de ses faiblesses comme de ses potentialités.

Une offre structurée de première ligne en santé mentale

De manière générale pour tous les publics, la question de la formation a été plaidée que ce soit celle :

- des acteurs de première ligne recevant des publics vulnérables : acteurs des CCAS, associatifs, des centres médico-sociaux afin de pouvoir assurer une écoute professionnelle et facilement accessible et dispenser des premiers secours en santé mentale (PPSM) ;
- des professionnels de santé (médecins généralistes, professionnels de la santé scolaire ...) afin de leur conférer la capacité à prendre en charge des situations avant l'entrée dans les soins psychiatriques, qui doivent être réservés aux cas plus complexes ;
- tous publics : formation aux premiers secours en santé mentale.

Cela rejoint la préoccupation de compléter, structurer, coordonner et communiquer sur une offre de soin cohérente en santé mentale, ce qui fait actuellement défaut. Pour ce faire, il s'agit en

¹⁷ Développement des CLSM au 1er janvier 2020. Le centre national de ressources et d'appui aux CLSM, CCOMS.

<http://clsm-ccoms.org/2020/03/23/developpement-des-clsm-au-1er-janvier-2020/#:~:text=Vision%20nationale%20des%20CLSM.de%20plus%20qu'en%202019.>

¹⁸ <https://www.cartosantejeunes.org/?CartoSante>

premier lieu de s'appuyer sur des dispositifs qui existent déjà partiellement par public, par secteur ou par territoire, avec une approche globale d'écoute et d'accompagnement.

Par exemple, les Points Accueil et Ecoute Jeunes (PAEJ) créés par l'État en 2002 pour les jeunes de plus de 15 ans, dispositif de première ligne, permettent une évaluation et une orientation éventuelle afin d'affiner un diagnostic et d'organiser une prise en charge au besoin.

Quelques conditions doivent y être adossées : un financement forfaitaire, non adressé par le nombre d'actes, une gratuité pour le public ou une prise en charge universelle.

Déployer des interventions probantes

Il est nécessaire de garantir que les politiques et la formation des acteurs soient fondées sur des données probantes, et de travailler sur les problématiques d'implantation des politiques et des pratiques promotrices de santé mentale, c'est-à-dire sur la mise en capacité des milieux à promouvoir la santé mentale en agissant sur ses déterminants (accès réel aux soins notamment pour les enfants et les jeunes les plus vulnérables, pratiques promotrices de la santé mentale au sein des écoles, centres de loisirs, clubs sportifs, soutien aux familles vulnérables...). En milieu scolaire, le parcours éducatif de santé peut y contribuer. Quand les enfants et les jeunes nécessitent des soins de santé mentale, l'accès n'est pas garanti dans des délais adéquats. La généralisation d'un service adapté implique le développement professionnel des acteurs, le soutien et l'accompagnement des établissements, le renforcement des liens intersectoriels avec la psychiatrie de ville et hospitalière et notamment avec l'offre de santé mentale dispensée par les secteurs de psychiatrie (gestion du stress).

Renforcer les approches d'aller vers, de soutien social

Pendant cette crise, l'intérêt des stratégies d'« aller-vers » -les étudiants, les personnes âgées, les familles monoparentales, les personnes en situation d'exclusion, les migrants- a été montré. La médiation en santé est une stratégie d'intervention efficace qui doit être renforcée.

Les stratégies entre pairs (étudiants, parents, soignants, migrants, patients, etc.) sont également préconisées. Ce type de démarche fait appel à une méthodologie particulière qui peut être accompagnée notamment par des équipes issues d'ONG (organisation non gouvernementale) internationales qui ont davantage l'habitude de mettre en place ces stratégies (le site <https://mhps.net>¹⁹ permet par exemple aux humanitaires qui travaillent dans le champ de la santé mentale et du soutien psychosocial d'échanger sur leurs pratiques, notamment en contexte de crise).

Actions supports

La population

Des publications ont montré l'intérêt des dispositifs utilisant les stratégies de psychologie positive pour maintenir ou améliorer la santé mentale (« mindfulness », relaxation, activité physique, cadre de vie, soin aux proches, etc.). Certains sites ont associé des stratégies de psychologie positive et de promotion de la santé avec des stratégies de prise en charge psychologique. Certains hôpitaux asiatiques et français ont installé des salles de repos pour les professionnels de santé, et de bien-être avec des psychologues. Il s'agit aussi d'accompagner la fracture numérique des plus défavorisés ou des plus âgés, soutenir les familles au regard de la déscolarisation induite par la gestion de la crise. Enfin, il s'agit de renforcer et de légitimer les programmes favorisant les CPS chez les jeunes, et ce dès le plus jeune âge, et chez les adultes. Il s'agit de s'appuyer sur les ressources propres des personnes, leur permettant de reprendre du pouvoir sur leur vie. La condition d'efficacité des programmes de ce type est d'être au long cours et nécessitent donc d'être anticipés et mobilisés sur un temps long.

¹⁹ Mental Health and Psychosocial Support Network

Les professionnels de première ligne

Répondre aux demandes de montée en compétences de professionnels (structure sociale, infirmières scolaires, assistantes sociales, etc.) par une offre de formation au repérage de la souffrance psychique est sollicité. Cela leur permettrait d'avoir confiance en eux-mêmes et dans ce rôle.

Les aidants

Le terme d'aidant englobe, dans sa définition la plus large, toute personne qui vient en aide à une autre personne touchée par une perte d'autonomie, un handicap ou une longue maladie²⁰.

Les acteurs auditionnés ont alerté sur l'épuisement des aidants et le manque de soutien. Il n'y a pas, ou peu de relais, de soutiens, d'associations pour aider les aidants. Il conviendrait de renforcer la création de lieux, d'espaces, d'environnements pour l'écoute, le partage et l'échange sur le territoire à destination des adultes, favoriser la création de groupes d'entraide - comme, par exemple, les GEM destinés aux personnes vivant avec des troubles psychiques ou étant isolées - et également des lits et des structures de répit.

Communication sur la crise et sur la santé mentale

La question de la communication sur l'épidémie a largement été discutée dans les auditions, le caractère anxiogène étant perçu comme un facteur aggravant de la dégradation de la santé mentale. Ce registre de communication est par ailleurs pointé dans la littérature comme inadapté dès lors que les réponses sont incertaines et que la situation se chronicise. En effet, en dégradant les sentiments d'efficacité perçue et de contrôle perçu, cette communication contribue à favoriser l'anxiété et freine les réactions protectrices attendues (*coping*, réactance) (90,91). En ce sens, les acteurs plaident pour une communication à la fois plus positive (centrée sur un esprit de solidarité, les avancées, les atouts de la population) et transparente (explications des fondements des mesures, séquençement, perspectives à moyen et long termes). Il s'agit d'enrayer les sentiments d'incertitude, d'incohérence, d'inefficacité des mesures qui contribuent à l'installation de la « fatigue pandémique ».

Il conviendrait davantage de faire monter en compétences les citoyens dans leur capacité à sélectionner de façon rationnelle les informations disponibles et ne pas les « subir » passivement ou s'y perdre, avec par exemple une éducation aux médias. Dans le même sens, il s'agit de diversifier la communication selon les publics afin de l'adapter aux problématiques rencontrées par les différents types de population.

Enfin, les questions de santé mentale gagneraient aussi à être communiquées dans une approche dépsychiatisée de manière à contribuer à lever les tabous sur le mal-être, permettre d'auto-évaluer ce dernier, faciliter le recours à une aide ou à des soins.

Une adaptation et une proportionnalité des mesures liées aux risques et aux vulnérabilités

Les acteurs interrogés sont très clairs sur le lien entre les mesures anti-Covid-19 d'une part et la dégradation de la santé mentale d'autre part. Ils soulignent la nécessité de mettre en place des alternatives ou des adaptations à certaines d'entre elles si cela devait se poursuivre en 2021-2022. L'adaptation des mesures de confinement pour mettre à distance le risque de « fatigue pandémique » est devenue nécessaire car le confinement réduit l'acceptabilité des mesures de restriction et l'application des gestes de prévention. En ce sens, ils ont fait plusieurs propositions propres à lever l'étau psychosocial qu'induisent ces mesures :

²⁰ Cf Association Française des Aidants : www.aidants.fr

- Maintenir des espaces de libre circulation sans condition : permettre l'accès aux parcs et jardins, forêts, littoraux et autres espaces naturels ;
- Relancer des activités socialisantes : visites pour un nombre restreint de proches à domicile, relance des activités sportives par tous les moyens utiles (ex. identifier les espaces extérieurs disponibles pour chaque université afin de donner des cours et de permettre aux étudiants de se réunir), les activités sociales et culturelles et d'enseignement dans une perspective de réduction des risques ;
- Réduire la précarisation induite par les mesures (conditions de logement, indemnisation des étudiants, etc.) ;
- Maintenir la cohésion sociale en restaurant un environnement favorable à la santé mentale et un climat social positif et soutenant. Par exemple, des services hospitaliers ont mis en place de petites initiatives (photos sans masque) dont les évaluations ont montré l'intérêt en termes de santé mentale ;
- Protéger les plus jeunes : les enfants et adolescents ne sont pas une population parmi d'autres. Les adversités (comme cette crise) intervenant durant l'enfance influencent la santé à long terme. Les enfants et les adolescents constituent donc un public prioritaire d'autant qu'il subit les risques des mesures (pauvreté, maltraitance, isolement) sans en avoir de bénéfice direct (92,93). En ce sens, différentes recommandations ont été formulées concernant la nécessité d'analyser les effets délétères du port du masque et les mesures de distanciation sur le développement des émotions et des comportements pro-sociaux, mettre en place des actions d'« aller-vers » les mineurs non accompagnés, renforcer les plateformes d'appels pour libérer la parole sur la souffrance psychique induite par la crise, renforcer la recherche pour envisager des solutions en contexte français, adapter les mesures anti-Covid-19, fournir aux intervenants œuvrant auprès des plus jeunes les ressources pour promouvoir la santé mentale et savoir repérer très précocement les signes de souffrance psychique afin d'orienter vers une prise en charge adaptée.

Reconsidérer la manière dont les décisions se prennent en temps de crise

Il est notamment plaidé de revoir la structuration de la décision à l'aune de cette crise notamment :

- i) doter les prochains dispositifs d'appui à la décision d'experts en prévention, pédagogie, sciences humaines et sociales, méthodologie et non seulement d'experts du domaine technique concerné par la crise ;
- ii) en cas de crise infectieuse, intégrer dans le système de décision l'approche *One health*, et le renforcement de la protection des milieux naturels à l'échelle mondiale alors que la majorité des pandémies sont des zoonoses ;
- iii) intégrer dans la réponse à l'urgence les stratégies de réduction des risques notamment quand le rapport bénéfice-risque des mesures est défavorable à certaines populations.

5. Les mesures favorisant le repérage

Santé mentale et éducation à la santé

Le repérage, la prise de conscience et l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale dépendent des représentations que la population a de la santé mentale et de ceux qui ont une altération de la santé mentale. En effet la santé mentale est encore souvent considérée à travers ses altérations, plutôt que comme une richesse. Ce raccourci est à la fois favorisé et aggravé par la stigmatisation dont font l'objet les maladies mentales. Cette stigmatisation a pour conséquence de véhiculer une représentation négative des questions qui s'y attachent en population générale (94). La santé mentale est ainsi associée à la maladie, au "fou", à la dangerosité et à la violence

(95). L'appropriation des stéréotypes sociaux par les personnes concernées par les troubles conduit à une autostigmatisation (96), elle-même facteur de mauvais accès aux soins.

Or, comme évoqué dans l'introduction de cet avis, la santé mentale est une dimension à part entière de notre santé qui ne se résume pas à ses altérations. Certains déterminants décrits précédemment (contacts sociaux, activité physique, hygiène alimentaire, qualité du sommeil, accès à des activités diversifiées autres que le travail, équilibre travail-loisir, ...) améliorent la qualité de notre santé mentale. Celle-ci devrait donc faire l'objet d'une démarche de promotion à l'échelle nationale au même titre que la santé physique. Ces éléments mériteraient également d'être intégrés dans une démarche précoce - à l'école voire dès la maternelle- d'éducation à la santé afin d'améliorer les compétences de chacun à prendre soin de sa santé mentale, tant dans une démarche de prévention primaire que de repérage de sa dégradation et de connaissance des structures de soins, d'accompagnement et de soutien²¹.

Comme dans toute crise sanitaire majeure qui s'inscrit dans la durée, la pandémie de Covid-19 a exposé la population à de nombreux facteurs pouvant altérer sa santé mentale : peur pour sa propre santé ou pour celle de ses proches, incertitude quant à l'avenir, impact anxiogène d'une médiatisation alarmiste et anarchique, situation de précarité favorisée par les conséquences économiques et sociales de la pandémie, isolement social, désœuvrement, etc.

La fragilisation de la santé mentale

Le besoin d'information sur la santé mentale et du repérage des troubles concerne potentiellement l'ensemble de la population, certaines étapes de vie et certaines circonstances étant plus particulièrement liées à de possibles altérations de la santé mentale.

La période après la naissance de l'enfant est la première d'entre elles. Repérer des troubles qui apparaissent durant cette période permet de réduire les conséquences sur la santé mentale des mères et de leurs enfants. Le dispositif "Ariane" (97) est destiné à investiguer les besoins sanitaires et sociaux chez les femmes enceintes en tout début de grossesse à travers des entretiens téléphoniques.

La seconde période décisive est la petite enfance durant laquelle doit être mis en œuvre un repérage précoce d'éventuels troubles neurodéveloppementaux et l'intégration des enfants en situation de handicap, notamment dans les écoles. On peut citer les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) 0-6 ans récemment mises en place sur le territoire pour favoriser le repérage et l'orientation thérapeutique des troubles du neurodéveloppement (TND) (cf. stratégie nationale TND/handicap.gouv).

L'adolescence est la troisième période critique, durant laquelle il est important de repérer précocement d'éventuels états mentaux à risque ou des troubles déjà constitués et de ne pas laisser s'installer des comportements à risque, dont les comportements addictifs. Ce repérage est l'une des principales missions des Maisons des Adolescents et les PAEJ. L'adolescence est la période durant laquelle peuvent se développer des troubles psychotiques, dont le pronostic est d'autant plus péjoratif que le diagnostic est tardif. Les dispositifs dits "Premier épisode psychotique" (PEP) favorisent l'accès aux soins grâce à l'instauration d'un *case management*. Du point de vue des addictions avec et sans produit, il faut favoriser la prévention. Lorsque celle-ci n'est plus possible parce que l'addiction est déjà en place, les stratégies de réduction des risques, visant à réduire les dommages sans rechercher l'abstinence, sont favorisées. Des consultations jeunes consommateurs (CJC), gratuites, anonymes ont été développées à partir de 2004. Les entretiens motivationnels permettent aux jeunes de s'inscrire dans des soins appropriés. Les TCC

²¹ Certains programmes (notamment pour la gestion des comportements perturbateurs) à l'attention des parents et des enseignants démarrent dès la maternelle et ciblent les enfants dès l'âge de 2 ans (ex : *Incredible years* ; *PATH program* ; *LearntoLive*® ; programme de l'Université de Pennsylvanie).

leur fournissent des stratégies alternatives leur permettant de faire face aux situations qui concourent au passage à l'acte. Les thérapies familiales mobilisent les parents et leur environnement pour encadrer et accompagner les jeunes. Elles ont montré leur efficacité dans le contexte des CJC. Elles sont davantage efficaces dans les situations sévères, chez les moins de 16 ans et lorsque les troubles du comportement sont importants. Ces structures de prévention et de soins devraient être en mesure de poursuivre leurs activités en période de crise sanitaire (accueil dans les centres et dans les établissements scolaires ou recours à des équipes mobiles pour aller au-devant des familles concernées).

Le stress et les traumatismes psychiques favorisent l'entrée dans les addictions, elles-mêmes sources causales ou aggravantes de troubles psychiques, y compris en population non symptomatique auparavant. La co-occurrence de troubles psychiatriques et addictifs résulte des vulnérabilités spécifiques. Les personnes qui en souffrent constituent, à ce titre, un public prioritaire auquel il faut être particulièrement attentif en particulier en période de crise sanitaire. Le projet PsychoTraumAddicto résultant d'un partenariat entre le CN2R (Centre National de Ressource et de Résilience) et le CHU (centre hospitalier universitaire) de Clermont-Ferrand, ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques en ce domaine. En rapprochant des CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et des centres régionaux du psychotraumatisme, il améliore l'interconnaissance et la coordination des acteurs, ainsi que le repérage et l'accompagnement des usagers souffrant de troubles co-occurents psychiatriques et addictifs dans un contexte de psychotraumatisme, ce qui permet de fluidifier leur parcours de soins et d'améliorer leur qualité de vie.

Les actions développées spécifiquement pendant la pandémie

Avec la pandémie de Covid-19, de nombreuses actions d'information, de soutien et d'aide à l'orientation vers des services spécialisés ont été mises en place grâce à des numéros d'appel, sites web, tchat, applications *smartphone* complétées par des actions nationales et de nombreuses actions de terrain (voir tableaux annexe 7).

Face au renforcement de la précarité en raison de l'incertitude et des conséquences économiques et sociales de la pandémie, les ressources pour la population sont difficiles à identifier. La psychiatrie ne constitue pas la meilleure ressource à ce besoin. Le stress post-traumatique et la détresse psychologique d'origine sociale sont notamment pris en charge par des psychologues intervenant en libéral ou au sein d'associations ou encore par certains médecins généralistes. Il existe un enjeu autour de l'identification des bonnes pratiques dans cet espace psychosocial existant et de leur renforcement. Le remboursement de la psychologie par la Sécurité sociale est un véritable enjeu. Cette initiative devrait s'inscrire dans une démarche plus globale sur la formation et la reconnaissance officielle du statut de psychothérapeute.

Les ressources françaises sont explicitées dans un premier temps. Des ressources internationales sont ensuite décrites. Une partie d'entre elles préexistait à la pandémie, d'autres ont été créées spécifiquement pour y faire face.

1. Numéros d'appel et sites web nationaux développés depuis le début de la pandémie de Covid-19 (Cf. liste des sites web des ARS, les autres sites web et les sites web internationaux portant sur la santé mentale en annexe 7)

Des dispositifs ont été mis en place dans le cadre particulier de l'état d'urgence sanitaire. Leurs conditions d'organisation et de coordination n'ont pas toujours été optimales.

De nombreux numéros d'appel (pouvant s'agir de ressources associatives, de ressources régionales ou départementales et parfois de ressources des communautés urbaines ou des villes) et sites internet ont été créés, ainsi que quelques applications pour *smartphone*. Des adresses e-

mail et des tchats ont été mis en place. Une offre diversifiée par catégorie de population (tous publics, étudiants, jeunes, personnes en situation de handicap, personnes âgées, etc.) a été élaborée.

La disponibilité de ces dispositifs est importante, mais leurs pratiques sont disparates. L'information sur leur éventuelle gratuité n'est pas toujours disponible. Certains ne sont pas anonymes. Le devenir des données recueillies sur les sites n'est pas toujours explicite.

La profusion de ressources peut nuire à l'usager. Elle interroge leur rationalisation. Celle-ci pourrait s'appuyer sur les résultats de leur évaluation (nombre d'appels, retour des utilisateurs, retour des professionnels assurant les permanences et coût).

Il n'existe pas d'outil validé facilement accessible qui permettrait à chacun d'autoévaluer sa santé mentale et de prendre conscience de son éventuelle altération. Ce type d'outils devrait être largement accessible en ligne, mais également *via* tous types de supports pour en garantir l'accessibilité quel que soit le niveau de littératie de l'utilisateur. L'absence d'inscription et de collecte de données personnelles est nécessaire pour améliorer la confiance et l'adhésion à cette démarche.

2. Actions déployées dans le milieu professionnel français

Comme évoqué dans les déterminants impactés par la pandémie, le milieu professionnel a été source d'altération de la santé mentale, en raison du risque de contamination liée à l'activité professionnelle, des conséquences économiques du confinement, de l'absence d'activité professionnelle ou du télétravail.

Le milieu de travail est également une ressource permettant de favoriser le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique, l'orientation et le recours aux soins ; cela implique les collègues de travail et les services de santé au travail. La reconnaissance d'une souffrance psychique par les collègues de travail est un élément constant au sein d'un milieu de travail, compliqué néanmoins par le fait que cette reconnaissance repose sur des critères subjectifs et que les personnes identifiant cette souffrance ne sont le plus souvent pas armées pour orienter la personne en souffrance.

La place des services de santé au travail est, dans ce contexte, primordiale. L'ensemble des salariés est, théoriquement, couvert par un service de santé au travail en France, avec des fréquences de consultations qui varient selon les risques auxquels ils sont exposés. Le médecin du travail assure la surveillance de la santé des salariés à l'occasion des visites d'embauche, périodiques, de reprise (après un arrêt de plus de 30 jours), de pré-reprise (elle a lieu pendant l'arrêt de travail, lorsque l'arrêt dure plus de 3 mois, mais elle peut être sollicitée également à l'occasion d'un arrêt plus court ou être occasionnelle (en situation de chômage partiel notamment) à son initiative ou à la demande de l'employeur ou du salarié. Les travailleurs affectés à un poste de travail présentant des risques particuliers pour leur santé (agents cancérigènes comme l'amiante par exemple) ou toxiques pour la reproduction, agents biologiques de classe 3 dont le SARS-CoV-2...) ou leur sécurité (montage d'échafaudages par exemple) ou pour celles de leurs collègues bénéficient d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé. Ce suivi comprend un examen médical d'aptitude avant l'embauche, réalisé par le médecin du travail et un suivi périodique, au moins tous les 4 ans. Des visites intermédiaires peuvent être confiées par le médecin du travail aux infirmiers du service de santé au travail. Les salariés « hors poste de travail à risque » bénéficient depuis 2016 d'une « visite d'information de prévention » (VIP) à l'embauche et de façon périodique, au moins tous les 5 ans. Cette VIP peut être déléguée à un infirmier de santé au travail, qui adressera le salarié au médecin du travail en cas de problème. De plus, tout salarié peut demander une consultation avec le médecin du travail, en dehors de cette périodicité réglementaire, et ceci même s'il est en arrêt de travail.

Tout est donc en place pour que, pendant cette période de pandémie, les salariés soient évalués par un médecin ou une infirmière de santé au travail, qui pourra repérer une souffrance psychique et orienter l'agent vers une prise en charge adaptée ; toutefois, plusieurs facteurs limitent l'accès à ce système de soins : ainsi, l'ordonnance 2020-386 a prescrit que les visites médicales qui devaient être réalisées à compter du 12 mars 2020 dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé pouvaient faire l'objet d'un report, sauf lorsque le médecin du travail estimait indispensable de maintenir la visite compte tenu notamment de l'état de santé du travailleur ou des caractéristiques de son poste de travail. De plus, les salariés dont la visite périodique ne tombait pas pendant la période de pandémie, ou qui n'ont pas eu un arrêt de travail de plus de 30 jours, n'ont pas été convoqués. Ainsi, bien que les services de santé au travail aient maintenu leur activité pendant la pandémie, il est probable qu'un certain nombre de salariés, qui auraient pu bénéficier d'une prise en charge initiée par la santé au travail ne l'aient pas eue. Il faut rappeler qu'un salarié peut à tout moment demander une visite au service de santé au travail et ceci doit être encouragé. Les services de santé au travail ont été impliqués dans la vaccination des salariés, indépendamment des risques professionnels, sauf en milieu de soins.

Au total, il convient de renforcer le suivi des travailleurs par les services de santé au travail dans cette période de pandémie, si besoin par l'utilisation de téléconsultations, en particulier pour ceux en télétravail prolongé ou en arrêt maladie, pour lesquels des actions proactives devraient être menées. La possibilité de ce suivi, indépendamment des dates prévues des visites réglementaires, via les consultations à la demande du salarié ou de l'employeur, doit être rappelée et promue mais également évaluée. Les interventions des différents professionnels et services impliqués (médecin du travail, médecine de ville dont médecine générale, assurance maladie, association) doit être coordonnée.

Pour les non-salariés, qui n'ont pas accès à un suivi de santé au travail, il existe des structures d'appui en population générale qui leurs sont accessibles (voir chapitre les concernant). Pour les professionnels de santé libéraux, il existe plusieurs dispositifs. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a ouvert en 2018 un numéro unique destiné à l'écoute et l'assistance des médecins. Il existe par ailleurs des associations régionales ou nationales de soutien. Parmi elles, on peut citer l'association MOTS (Médecins Organisation Travail Santé), créée en 2010, et qui concerne actuellement tous les professionnels de santé disposant d'un ordre professionnel. Son activité 2020 a été supérieure à l'activité de 2019, avec un pic en avril 2020, sans que la thématique Covid-19 n'ait été isolée dans les motifs d'appel.

3. Actions de terrain déployées en France

Sensibilisations et formations

Créé en Australie en 2001 et désormais déployé dans de nombreux pays le programme "Mental Health First Aid" est promu en France par la fédération Santé Mentale France sous l'appellation "Premiers secours en santé mentale". Il a pour ambition de produire une culture de l'accompagnement d'urgence au niveau national. Ce programme vise à toucher un public large. Il a pour objectif de développer les compétences d'un public large en vue de repérer les premières manifestations des troubles psychiques (qu'il s'agisse d'une dépression, de troubles anxieux, de troubles psychotiques ou d'addictions) et les situations de crise, à se comporter de façon adaptée, et à orienter vers un dispositif susceptible d'apporter une écoute et des soins pertinents grâce à une connaissance suffisante du système de soins et d'accompagnement ainsi que du tissu associatif.

Ce programme est organisé en plusieurs niveaux : une formation de formateurs accessible à tous (en particulier aux étudiants, aux professionnels de tous milieux, associatifs, aux familles et aux proches aidants) en vue de devenir un instructeur/formateur apte à former des personnes aux

premiers secours en santé mentale. Ce formateur aux « Premiers secours en santé mentale » forme des volontaires aux principaux troubles de santé mentale. Ces volontaires deviennent des sentinelles susceptibles de repérer des manifestations de souffrance psychique dans leur communauté et de proposer une orientation.

Le programme “Premiers secours en santé mentale” a déjà été initié en France. Selon l'association PPSM²², le 1^{er} mai 2021, 512 formations de secouristes avaient été organisées, 6 018 secouristes PPSM avaient déjà été formés et 204 formateurs avaient été accrédités. L'adaptation de cette formation à la culture française et son déploiement accéléré aurait pour mérite d'améliorer la connaissance des troubles psychiques et des dispositifs de soins et d'accompagnement de la population française. Ce programme peut contribuer à faire reculer la stigmatisation des personnes malades ou en situation de handicap psychique et de leurs familles. Il est susceptible d'améliorer l'acceptation d'une prise en charge en santé mentale quand celle-ci est nécessaire et, ainsi, l'accès aux soins.

Médiation et déstigmatisation

Le dispositif ZEST (Zone d'expression contre la stigmatisation) proposé par le Centre ressource de réhabilitation psychosociale²³ et déployé au niveau national par le réseau de réhabilitation psychosociale est destiné aussi bien aux personnes concernées par les troubles psychiques et à leurs familles qu'aux professionnels de la santé mentale. Il propose un accompagnement au témoignage et à la prise de parole, un partage du vécu avec le grand public, notamment les étudiants à travers différents médias, l'organisation et la co-animation de conférences quizz interactives « Pop culture et santé mentale » à destination notamment des Universités et des bibliothèques vivantes. Ce dispositif, dont les premières actions ont vu le jour lors du confinement du printemps 2020, a pour objectif de renforcer l'estime de soi et l'*empowerment*, de favoriser le regard critique du grand public – dont celui des étudiants - sur la santé mentale.

Dans le cadre de la crise sanitaire, le dispositif “CONFiture Maison” a été mis en place par le Centre ressource de réhabilitation psychosociale. Il s'adresse aux personnes concernées par les troubles psychiques. C'est un dispositif ouvert à toute personne concernée par la santé mentale. Il permet à tous de prendre la parole chaque semaine autour de trois thématiques d'expression, dont une abordant la question de l'actualité, de la crise sanitaire et du vécu. Les participants proposent des créations (textes, dessins, photos, etc.) qui sont partagées à tous chaque semaine. Une émission de radio et une exposition des créations sont également organisées.

La déstigmatisation est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie sur des personnes concernées par des difficultés psychiques. Parmi ces dernières, les pair-aidants sont un puissant vecteur de déstigmatisation, du fait de la légitimité de leur discours, dont l'impact est augmenté par la formation qu'ils ont suivie. Les bénéfiques de leur action s'exercent aussi bien sur la population suivie que sur les professionnels et sur la population générale.

Recours aux outils numériques

La pandémie de Covid-19 a rapidement favorisé le développement des téléconsultations, 64% des structures n'y ayant pas recours avant. Elles sont plutôt bien acceptées par les professionnels et par les patients mais le processus, mis en place dans l'urgence, devra être évalué. Le recours aux outils numériques a permis de faciliter l'accueil, mener des entretiens individuels (par téléphone ou en visioconférence) avec les usagers et donc de créer ou de maintenir un lien avec eux, mais aussi d'organiser des réunions avec les partenaires associatifs ou institutionnels. Ce

²² <https://pssmfrance.fr/presentation/>

²³ www.centre-ressource-rehabilitation.org

développement a été limité par le nombre d'équipements dans les équipes et leur absence chez certains usagers, conformément au constat dit de la fracture numérique. L'intégration de ces nouvelles modalités de suivi qui, pendant la crise (téléphone, WhatsApp ou visio), ont permis de garder le lien, est à envisager pour certaines catégories de population, selon leurs caractéristiques et de leurs besoins.

Actions de proximité

Une crise sanitaire telle que la pandémie de Covid-19 a un impact sur la santé mentale du fait du stress qu'elle génère en plaçant la population en situation de risque vital, d'incertitude et de bouleversement de ses repères, sans aucune préparation. Il serait utile que certaines personnes (professionnels, pairs, associatifs) immergées dans la population soient sensibilisées, voire formées, au repérage des situations de souffrance psychique nécessitant une prise en charge spécialisée.

Ces actions peuvent s'appuyer sur des plateformes de pair-aidance. Les pair-aidants contribuent à changer la perspective des équipes, à modifier les représentations autour de la pathologie mentale, et à permettre aux personnes qui ont des troubles psychiques sévères de s'engager dans les soins en s'appuyant sur leur savoir expérientiel. Les pair-aidants sont formés et ils bénéficient idéalement d'une supervision régulière (il importe en effet de prêter une attention particulière à tous ceux qui rencontrent des personnes en souffrance et de les soutenir). Ces pair-aidants pourraient être désignés « accompagnateurs de parcours » afin d'accompagner les patients chroniques. Ils pourraient jouer le rôle d'interlocuteurs pour les patients et les familles, avec lesquels les relations seraient ainsi facilitées.

Toutes les structures recevant des personnes en difficulté pourraient bénéficier de personnels formés proposant des temps d'écoute et orientant vers les structures de proximité aptes à proposer une prise en charge appropriée. Les professionnels de ces structures au contact de la population, notamment vulnérable, pourraient bénéficier d'une formation du type "Premiers secours en santé mentale". Ces intervenants devront connaître le réseau des structures de santé mentale afin de pouvoir orienter au mieux les personnes. Ils pourront s'appuyer sur les CLSM pour créer puis développer une dynamique partenariale efficace.

Ces actions de proximité sont à envisager au plus près des lieux de vie (dont le milieu professionnel) en s'appuyant sur les collectivités locales, les structures sanitaires, médico-sociales et sociales, les associations et les entreprises.

Le développement de l'aide aux familles permettrait de faciliter le repérage et l'orientation vers les acteurs pertinents pour la prise en charge de la souffrance psychique. La périnatalité est une période où le repérage de la souffrance psychique pourrait être amélioré par une sensibilisation des acteurs et une meilleure coordination des acteurs du territoire. L'objectif est d'identifier la détresse parentale, d'en estimer l'ampleur et d'encourager la famille à faire une évaluation supplémentaire ou à être prise en charge rapidement. Il faudrait déployer le contact prénatal systématique de manière *a minima* à s'assurer que les personnes qui présentent des vulnérabilités dont il n'est pas possible de prévoir la forme, seront repérées. Il existe en France une offre de soins certes hétérogène mais aujourd'hui assez développée en santé mentale sur la période prénatale. La mise en œuvre de l'entretien prénatal précoce y a contribué (plan périnatalité) même si l'on peut encore déplorer le manque de couverture de celui-ci (70% des femmes n'en bénéficient pas pendant leur grossesse alors qu'il est obligatoire). Plus récemment des initiatives de coordination ont été mises en place (ex : Alliance francophone pour la santé mentale périnatale²⁴ / *task force*

²⁴<https://alliance-psyperinat.org>

Aura : alliance régionale Rhône-Alpes en périnatalité). Le récent rapport et les recommandations de la commission des 1000 premiers jours (98) vont dans le même sens.

La coordination pourrait, par exemple, prendre corps au travers de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), à l'image de la *Task force* en périnatalité inscrite dans le PTSM 69. Il s'agit d'un dispositif dédié à la famille et à l'enfance, partageant des projets avec l'ensemble des acteurs d'un territoire, notamment sur la continuité des soins préventifs et curatifs, et sur l'aide à l'élaboration de politiques locales et nationales.

L'école est un environnement pertinent pour identifier et repérer les enfants, voire les familles, en souffrance psychique. Elle ne doit pas seulement être un lieu de repérage, mais un environnement où sont aussi transmises précocement des compétences d'auto-soin (99). Les liens entre l'école, les acteurs de la santé mentale, et le secteur social sont à renforcer, en développant des outils adaptés pour favoriser leur coordination, tels que le GEVA-Sco²⁵ proposé par l'Éducation nationale (EN). Par ailleurs, divers dispositifs de type PAP (plan d'accompagnement personnalisé), PAI (projet d'accueil individualisé) ou PPS (projet personnalisé de scolarisation) proposés également par l'Éducation Nationale²⁶ ont pour but de favoriser le parcours scolaire des élèves en situation de handicap toutes natures confondues.

Les professionnels de santé délivrant des soins de premier recours jouent naturellement un rôle dans le repérage, la prise en charge et l'orientation des populations vers les ressources adaptées. La mise à disposition de recommandations permettrait de promouvoir des outils adaptés, également utiles aux professionnels de la santé au travail. La coordination des acteurs sur un territoire donné est un important enjeu - porté par les dispositifs d'appui à la coordination afin d'éviter la dispersion des moyens et d'améliorer le repérage des troubles et leur prise en charge. Des expérimentations pourraient être envisagées afin de déterminer les organisations les plus adaptées en fonction des territoires.

Dispositifs "d'aller vers"

La crise sanitaire et ses conséquences sur la santé mentale amènent les personnes concernées par les difficultés les plus sévères à se replier sur elles-mêmes. La méconnaissance de besoins propres et de l'offre disponible, combinée à la stigmatisation des personnes qui en relèvent, limite l'accès aux soins. La crise sanitaire a montré l'intérêt des équipes mobiles pluriprofessionnelles d'intervention à domicile ou dans le milieu de vie des personnes concernées, apportant également du soutien aux aidants naturels. Les équipes mobiles montrent leur pertinence en alternative à une hospitalisation complète. En prévenant les ruptures de parcours et les hospitalisations inadéquates et en restructurant les jalons d'une prise en charge adaptée, elles réactivent le potentiel du réseau des acteurs de proximité du territoire (médecine de ville, soins ambulatoires ...).

Conclusion

Le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique par la population et le recours aux soins bénéficiaient déjà de divers dispositifs avant la crise sanitaire. Ils se sont enrichis d'initiatives

²⁵ Le GEVA-Sco est une extraction d'items du GEVA, guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation des personnes handicapées, outil réglementaire pour les équipes pluridisciplinaires des MDPH. <https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa-geva-sco-web.pdf>

²⁶ Le projet d'accueil individualisé (PAI), le projet personnalisé de scolarisation (PPS), le plan d'accompagnement personnalisé (PAP) https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Handicap/41/0/ecole_inclusive_dossier_extrait_QPPQ_376117_378410.pdf

locales, régionales voire nationales qui, en augmentant l'offre, ont, par leur dispersion, paradoxalement dilué leur portée. Néanmoins ils n'ont pas touché toutes les populations qui le nécessitent et des démarches plus proactives doivent être envisagées.



6. La question des inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS)

La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (CDSS, 2009) conclut dans son rapport de 2009 qu'une réduction significative des inégalités sociales de santé implique l'amélioration des conditions de vie quotidienne de la population, un constat auquel fait écho le rapport du HCSP sur ce sujet (100).

Dans le présent rapport, le HCSP a souligné à quel point les indicateurs de santé mentale défavorable allaient de pair avec des conditions de vie précaires se traduisant par des problèmes de logement, de revenus, de conditions de travail, d'accès aux services dont les soins, etc. Si les inégalités sociales de santé et de santé mentale relèvent pour une part d'un problème d'accès aux ressources (25,101), elles découlent aussi beaucoup plus largement d'expositions différenciées aux facteurs de risque et à la traduction de la position sociale en indicateurs de santé, à travers des mécanismes physiologiques (102).

Avant d'évoquer plus précisément les causes de ces inégalités, il faut rappeler que le HCSP adhère à une construction de ces inégalités selon un gradient social. Dans une conception traditionnelle et ancienne, les inégalités étaient pensées comme une différence entre les indicateurs des personnes dites vulnérables et le reste de la population. Désormais, la perspective est plutôt à l'image d'un escalier où chaque marche représente une classe sociale : chaque échelon gagné dans la hiérarchie sociale s'accompagne d'une amélioration des indicateurs de santé. Ainsi par exemple, les ouvriers présentent des indicateurs moins favorables que les employés, qui à leur tour sont en moins bonne santé que les cadres. Ce gradient est indiscutable pour la morbidité et la mortalité associées au Covid-19 dans la population française.

L'action publique en santé peut réduire les inégalités sociales de santé (ISS). En règle générale, il est déjà permis de se féliciter qu'elle n'ait pas pour résultat de les accroître. Une explication de ces inégalités passe par une distribution inégalitaire des ressources permettant de convertir l'action publique en gains sanitaires.

Pour tenter de réduire les inégalités, les différents groupes doivent pouvoir transformer la ressource proposée en bénéfice pour leur santé. Si l'on considère la capacité à fournir un effort comme une ressource, on peut dire que l'action publique exigeant de la population un haut niveau d'effort et de motivation accroît les inégalités (103). Ce n'est pas le cas des interventions dites passives qui protègent la population sans que celle-ci n'ait à y penser. Par exemple, recommander à la population un certain niveau d'activité physique (qui impose aux individus beaucoup d'efforts pour convertir cette recommandation en actions) va accroître les inégalités. À l'inverse, une mesure réglementaire imposant des infrastructures favorisant la marche ou le vélo peut réduire les inégalités.

Ces ressources peuvent aussi être instrumentales pour se protéger ou limiter l'impact de l'exposition à des facteurs de risque. On peut citer comme ressource protectrice pour sa santé mentale le fait de disposer d'un jardin, qui permet un lien avec la nature, ou un espace personnel et de s'isoler si nécessaire des membres de sa famille...

L'action la plus susceptible de creuser les inégalités est celle qui requiert, comme condition préalable pour en tirer des bénéfices, que les personnes et groupes visés mobilisent certaines de leurs ressources alors que celles-ci ne sont pas équitablement réparties. Par exemple, une action visant le dépistage de troubles psychiques qui ne prendrait pas en compte d'éventuelles difficultés de transport ou d'absence de flexibilité dans les horaires de travail des personnes concernées peut creuser les inégalités. La piste des ressources est ainsi parfois considérée comme cause fondamentale des inégalités (101) et offre une explication valable au gradient de santé. Il existe cependant d'autres facteurs explicatifs, comme les ressources dites psychosociales. C'est ainsi que la comparaison sociale a un effet délétère sur la santé (100,102,104-106). Par exemple être préposé au nettoyage implique non seulement d'être désavantagé sur un large spectre de ressources, mais également de vivre le stress chronique de se situer au bas de la hiérarchie sociale.

En somme, les connaissances acquises sur les moteurs des ISS mettent en exergue le rôle joué par des conditions quotidiennes d'existence qui s'améliorent en montant dans la hiérarchie sociale et aussi le rôle de la position sociale qui se traduit par une expérience différenciée de stress chronique. Les moyens de réduire le gradient social de santé (incluant la santé mentale) sont connus. Il s'agit du développement de la capacité d'agir des individus et des groupes (connaissances, attitudes, aptitudes, motivation), du renforcement de la cohésion sociale et de la solidarité, de l'amélioration des conditions de vie et de travail, et de l'optimisation de l'accès aux biens et services essentiels (éducation, alimentation, logement, soins, ...). Parmi ces leviers, certains peuvent être activés à court terme contrairement à d'autres. C'est sur ces premiers que le HCSP s'est attaché à proposer dans ses recommandations des solutions applicables à relativement court terme.

SUR LA BASE DE CETTE ANALYSE, LE HCSP RECOMMANDE :

Principes généraux des recommandations du HCSP

Les auditions et l'analyse documentaire permettent de conclure que, comme sur d'autres sujets, la crise du Covid-19 et les modalités de sa gestion ont d'abord été des révélateurs des forces et des faiblesses de notre culture et de notre organisation en matière de santé mentale en France. Cette crise a aggravé la situation des plus vulnérables. Elle a également mis en valeur la multitude d'actions et de micro-actions existantes en matière de repérage du mal-être en santé mentale, de soutien et d'orientation vers les soins. Elle a enfin clairement montré la faiblesse de la promotion et de la prévention primaire en santé mentale.

Ces recommandations se situent donc essentiellement dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé, en amont des réflexions et des démarches actuelles de structuration de la psychiatrie. Cependant, les approches étant complémentaires et parfois portées par les mêmes acteurs, certaines recommandations qui sont déterminantes pour le succès d'actions recommandées en prévention et en promotion de la santé touchent à cette structuration.

Une refonte structurelle nécessaire

L'élaboration de recommandations en urgence a conduit à proposer des actions qui ne sont pas uniquement liées à la crise. Le tableau récapitulatif en fin d'avis présente les recommandations et actions considérées comme prioritaires du fait de leur lien avec la gestion de crise et leur faisabilité à court terme. Néanmoins, leur efficacité est conditionnée aux effets à long terme d'actions structurelles.

La prise en compte des données probantes

Une analyse récente des synthèses de littérature met en évidence un corpus d'actions dont l'efficacité a été démontrée par des études robustes. Tenir compte de ces données est une priorité lorsque des interventions sont mises en place en promotion de la santé mentale et en prévention.

Un champ vaste, de nombreuses données de terrain

La masse considérable d'informations recueillies lors des travaux du HCSP nous conduit à présenter les recommandations et certaines actions associées avec un argumentaire explicitant les choix faits par le groupe de travail.

La nécessité d'une vision globale et d'une gestion en phase avec les principes de réduction des risques

Les informations, obtenues lors des auditions ou à la lecture des rapports, montrent un décalage entre les actions entreprises pour gérer la crise et leur impact sur les déterminants de la santé mentale : incertitude, isolement, défaut de perspectives, précarité économique, difficultés à s'orienter pour l'aide et l'accès aux soins, informations anxiogènes, absence de certains facteurs d'équilibre psychique (activité physique, sommeil, soutien amical, social et familial, accès aux loisirs et à la culture). Ce décalage est lié au manque de culture en santé mentale - l'absence de promotion de la santé mentale réduit ce champ à la psychiatrie-, au défaut de structuration et de soutien des acteurs hors secteur sanitaire, et à des mesures de gestion de crise altérant ces déterminants (confinement, distanciation, approche universelle des mesures, etc.). En ce sens, le HCSP s'est attaché à réaliser des recommandations relatives à :

- i) la diffusion d'une culture de santé mentale,
- ii) la nécessité d'avoir une approche de réduction des risques dans la gestion de la crise prenant en compte l'impact différencié des mesures sur la santé globale des personnes,
- iii) la reconnaissance d'une meilleure coordination et du rôle fondamental des acteurs locaux et des collectivités notamment dans la mise en œuvre d'actions d'aller-vers et de soutien social, de lutte contre la précarité, de communication de proximité, etc.,

- iv) l'accompagnement de stratégies probantes de promotion des facteurs d'équilibre psychique.

Le HCSP émet les recommandations suivantes

POLITIQUE ET STRATÉGIE DE SANTÉ MENTALE

Recommandation 1 : Coordonner une politique interministérielle de santé mentale

Argumentaire : L'hétérogénéité et l'absence de structuration globale des dispositifs de santé mentale nuisent à leur lisibilité et à leur efficacité. Par ailleurs, le manque de connaissance en ce domaine de la population générale mais également des professionnels de premières ligne (sociaux, médicaux), consécutif à une absence de culture de la santé mentale, rend difficile l'orientation des personnes vers les professionnels ou structures appropriés. La politique nationale de santé gagnerait en conséquence à être rationalisée, coordonnée et dotée d'une organisation lisible et d'une véritable régulation. Cela permettrait notamment de valoriser les actions sur les déterminants structurels de la santé mentale menées par des opérateurs et des ministères non sanitaires, et soutenues le plus souvent au niveau local par les collectivités : logement, emploi, aménagement urbain, politiques sociales, etc.

Action 1 - Définir une stratégie nationale interministérielle sur la santé mentale visant à organiser, structurer, coordonner et évaluer la santé mentale, et qui pourrait s'inscrire comme un volet fort du Comité Interministériel pour la Santé.

Recommandation 2 : Soutenir et conforter les actions et les acteurs locaux qui œuvrent à renforcer et à restaurer les déterminants sociaux et structurels de la santé mentale à l'issue de la crise

Argumentaire : Si la plupart des initiatives recensées sur le terrain concernent le repérage et la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques ou d'addiction, c'est-à-dire traitant l'aval du problème, de très nombreuses initiatives locales ont porté sur les déterminants générant la dégradation de la santé mentale, c'est-à-dire l'amont, tels que l'isolement (*phoning*, pair-aidance, sentinelles, portage de repas, don de matériel de communication, etc.), le défaut d'interaction sociale (événements extérieurs), de liberté, de loisirs, d'activité physique, d'accès à la culture, la précarité économique (bons, indemnisation, etc.), l'incertitude et/ou l'anxiété (soutien à la parentalité, entretiens périnataux, groupes de paroles, webinaires, etc.). Ces actions mobilisent des dispositifs et des leviers aux mains des collectivités locales, notamment des communes, dont le rôle s'est avéré fondamental pendant cette crise bien que peu valorisé.

Action 1 - Renforcer le rôle des collectivités territoriales (notamment les communes et communautés de communes) pour la promotion de la santé mentale, en privilégiant la contractualisation entre l'État et les collectivités territoriales et en précisant la mission de l'ARS dans cette démarche. Ce rôle est justifié par leur proximité avec les citoyens, leur capacité à mobiliser les ressources et les réseaux locaux, et fonction de leur investissement propre dans les dispositifs relevant de la santé mentale.

Action 2 - Renforcer et soutenir les acteurs mobilisés par les communes afin de poursuivre leurs missions et restaurer les déterminants dégradés par la crise du Covid-19, notamment partager les initiatives menées via leurs réseaux respectifs (Association des maires de France (AMF), Villes-Santé de l'OMS, Élus, santé publique & territoires, Fabrique des territoires ...) et communiquer positivement sur leurs activités dans les médias.

Recommandation 3 : Organiser, coordonner et assurer l'équité d'action en santé mentale sur les territoires dans une logique globale de la promotion de la santé à la prise en charge des troubles psychiques

Argumentaire : les CLSM ont été repérés par les acteurs comme étant les meilleurs outils de réponse à la crise du Covid-19 en matière de promotion de la santé mentale, notamment en agissant sur les déterminants structurels de la santé mentale (cohésion, soutien social, logement,

précarité, etc.) et en menant des actions de lutte contre la stigmatisation. Ils sont des espaces de concertation et de coordination entre élus, professionnels de la psychiatrie, représentants des usagers, aidants et l'ensemble des professionnels du territoire avec l'objectif de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. Ils considèrent les représentants d'usagers et d'aidants comme des acteurs clés de leur fonctionnement.

Ces nouveaux dispositifs territoriaux (Contrat local de santé : CLS, CLSM, PTSM) s'appuient sur l'expérience des secteurs de psychiatrie, eux-mêmes issus des dispensaires d'hygiène mentale créés en 1955, en charge de la santé mentale d'une population en fonction de son lieu de résidence. Les secteurs de psychiatrie sont insuffisamment pourvus aujourd'hui pour faire face aux missions qui leur sont confiées et ils se consacrent principalement au diagnostic et à la prise en charge médicale des pathologies psychiatriques les plus sévères. Dans maints endroits ils ont redéployé de manière innovante une partie de leurs moyens pour faire face à l'évolution des besoins. Ils sont le pivot du dispositif psychiatrique publique et il est important qu'ils puissent contribuer globalement à l'évaluation des besoins de la population et à l'orientation des personnes concernées par les troubles, devant l'hétérogénéité et le manque de lisibilité de l'offre de soin considérés dans leur ensemble.

Le CLSM permet donc une approche locale et participative concernant la prévention, le parcours de soins et le rétablissement en associant acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire. En effet, le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM a réalisé depuis le début de la pandémie de Covid-19, deux états des lieux nationaux mettant en évidence que nombre d'entre eux ont pris des initiatives pour freiner la dégradation de la santé mentale, mais les temps de travail alloués à la coordination de ces dispositifs sont souvent insuffisants et leur absence de lien systématique avec les ARS limitent le *reporting* comme le partage de ces initiatives.

En revanche, sur un minimum de 600 CLSM prévus, seuls 250 sont actuellement actifs avec des niveaux d'opérationnalités différents. De plus, l'articulation de leur action avec les PTSM, les Projets régionaux de santé (PRS) et les CLS pourrait être davantage systématisée dans l'ambition de coordonner sur les territoires un véritable parcours de santé mentale de la promotion à la prise en charge des troubles psychiques. Dans ce sens, l'appui à l'élaboration du volet santé mentale des CLS par les CLSM pour le volet santé mentale de ses actions répond directement aux enjeux de santé publique et de démocratie sanitaire mobilisés dans le champ de la promotion en santé mentale. Le cadre de travail flexible du CLSM permet également au CLS de proposer et d'adapter des actions répondant aux besoins préalablement identifiés des populations.

La systématisation de cette convergence entre les dispositifs l'appui à leur coordination et la veille quant à l'équité de leur présence d'action sur le territoire est un enjeu de déploiement d'une véritable politique de promotion de la santé mentale.

Action 1 – Systématiser l'existence d'un axe de prévention primaire-promotion de la santé mentale dans les Contrats locaux de santé (CLS) et dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

Action 2 – Intégrer plus systématiquement les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) dans l'élaboration et le renouvellement des Contrats locaux de santé (CLS) en vue de faire converger et rendre complète l'offre de santé sur l'ensemble du territoire français : systématiser le fait que le CLSM constitue le volet santé mentale du CLS. Rendre de fait obligatoire la conclusion de CLS intégrant un volet santé mentale pour s'assurer de la diffusion sur l'ensemble du territoire français.

Action 3 – Atteindre d'ici fin 2023, l'objectif de 600 CLSM sur le territoire français en leur donnant les moyens de leur action : un poste de coordonnateur dont le statut est clairement établi et des crédits fléchés au sein des ARS pour le financement, des possibilités de financement d'actions ponctuelles.

Action 4 – Élaborer à l'échelle des territoires un répertoire des acteurs mobilisables pour promouvoir la santé mentale en direction de toutes les populations, et donner la mission et les

moyens aux CLSM de faire ce *reporting* (financement des ARS, demandes de bilans d'activité annuels des CLSM *via* les ARS, recensements régionaux des CLSM actifs/en projet ...). Ce travail de *reporting* est appuyé par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM (grille de *reporting*, espace médiatisé).

STRATÉGIE DE GESTION DE CRISE ET PROCESSUS DÉCISIONNEL EN SANTÉ PUBLIQUE

Argumentaire : Si l'impact des mesures anti-Covid-19 sur la saturation des hôpitaux et donc la mortalité par Covid-19 au moment de leur application semble consensuelle, les répercussions sur la santé des personnes au sens global et sur les autres pathologies dont la prise en charge a été retardée (affections cardio-vasculaires, de la cancérologie ou des infections sexuellement transmissibles) ne l'est pas moins. L'application systématique et indifférenciée de ces mesures sur les populations et sur les territoires quelles que soient la vulnérabilité des premières et la dynamique de l'épidémie dans les seconds, pose aujourd'hui très nettement la question du rapport bénéfice-risque populationnel. La littérature scientifique tend à parler dès lors de déplacement de fardeau sanitaire au regard de l'impact des mesures anti-Covid-19 sur les déterminants de la santé et de la santé mentale qu'ils soient individuels (tabac, addiction, activité physique) ou structureaux (précarité, cohésion sociale, travail, recours aux soins, etc.). L'impact des mesures prises sur la santé globale, dont la santé mentale fait partie, doit être intégré dans le bilan de la crise liée au Covid-19.

Plus largement, cet exemple sur le Covid-19 a mis en évidence une des failles du système français en matière de santé publique : une incapacité à organiser et intégrer dans le processus de décision une analyse *a priori* des effets des mesures et des politiques sur la santé des populations, telles que préconisées par l'OMS. En effet, en santé publique les mesures doivent être prises au regard de leur impact sur le problème à résoudre mais également de leur potentiel impact sur la santé à court, moyen et long termes sur des fractions de la population soit parce qu'elles ne sont pas concernées par le risque, soit parce qu'elles sont plus vulnérables aux mesures qu'aux risques.

Ces analyses *a priori* d'impact sont appelées études d'impact en santé (EIS) et sont faisables. Concrètement ces études d'impact en santé (EIS) (107) s'intéressent aux effets potentiels des politiques, programmes ou projets sur la santé des populations, et notamment de l'inégale répartition de ces effets parmi les groupes de population, et propose des alternatives ou des mesures "correctrices" destinées à en atténuer les impacts négatifs et à renforcer leurs impacts positifs. Il s'agit donc d'examiner les mesures et leurs effets à l'échelle de la population en amont de leur mise en œuvre dans une forme de modélisation et de distinguer les inconvénients et les bénéfices de chaque mesure pour chaque groupe. Elle permet aussi de mettre par exemple en évidence les effets de dosage (par ex. l'usage du numérique et le télétravail peuvent être des solutions favorables à condition de ne pas totalement remplacer les relations pédagogiques ou professionnelles directes) ou encore de mettre en évidence des différences interpersonnelles générant des réponses différentes aux mêmes mesures (ex. décrochage scolaire pour certains dans les enseignements à distance).

La méthode utilisée mobilise à la fois le corpus de littérature scientifique, l'expertise des acteurs et des méthodes de modélisation d'impact des actions sur la santé (par ex. l'effet sur la santé d'une population de la perte d'un point de produit intérieur brut (PIB), de la prise de poids liée à la sédentarité, du retard au dépistage de maladies chroniques, etc.).

Cette méthode permet finalement à l'échelle d'une politique ou d'une population de mesurer le rapport bénéfice-risque des mesures. Il y a plusieurs types d'EIS, de la plus légère (quelques jours) à la plus approfondie (plusieurs mois). Elle peut donc tout à fait être conduite en situation d'urgence (108). Ainsi, dans le cas d'un rapport bénéfice-risque démontré comme équilibré ou défavorable pour la santé globale des populations, les stratégies dites de Réduction des risques et des dommages (RdRD) sont proposées et doivent être appliquées. Ces stratégies de RdRD concernant la pandémie de Covid-19 par exemple ont été rappelées dans le guide de l'OMS pour lutter contre la fatigue pandémique (109).

Recommandation 4 - Systématiser le recours à des études d'impact en santé pour les mesures envisagées, dès lors qu'elles concernent l'ensemble d'une population, en tenant compte notamment du gradient social pour ne pas risquer de majorer les inégalités sociales de santé, y compris dans les situations d'urgence

Action 1 – Développer chez les professionnels impliqués dans la décision publique et en santé publique la culture des études d'impact en santé (EIS) à travers la formation initiale et continue de ces derniers.

Action 2 - Réaliser des études d'impact en santé permettant une analyse bénéfice-risque sur la santé globale, dont la santé mentale, des mesures prises dès lors qu'elles impactent toute une population. Ceci nécessite i) d'encourager et de systématiser l'usage des EIS dans les différentes arènes de décisions (nationales et infranationales) et ii) d'identifier un opérateur en capacité de les réaliser selon différents niveaux d'urgence. Ceci pourrait être une des missions du HCSP.

Action 3 a - Promouvoir en situation d'urgence l'usage d'EIS rapide afin de trouver rapidement des alternatives ou des adaptations à l'attention des populations pour lesquelles le rapport bénéfice-risque ne serait pas favorable.

Action 3 b - Ne mettre en œuvre que les actions ayant une balance bénéfice-risque favorable à la santé globale.

Action 3 c – Privilégier, dans le cas d'un rapport bénéfice-risque équilibré pour les populations, des mesures de réduction des risques et des dommages, élaborées et mises en œuvre en concertation avec les acteurs, les communautés et les élus locaux, les plus à même d'imaginer des adaptations et des alternatives.

Action 4 - Renforcer l'évaluation au fil de l'eau et en vie réelle des mesures prises, incluant notamment les répercussions sociales et en santé mentale des mesures de gestion de crise.

Action 5 - Privilégier une communication de crise bienveillante, aidante, réactive, compréhensible, et transparente sur les enjeux comme sur les solutions s'appuyant sur les données probantes en matière de communication en santé et sur les valeurs de l'éducation pour la santé. Inciter notamment à créer du lien et à sortir de l'isolement.

MISE À DISPOSITION D'INTERVENTIONS PROBANTES UNIVERSELLES ET CIBLÉES

Argumentaire : Alors que les problèmes de santé mentale représentaient déjà un problème de santé publique majeur avant la crise sanitaire consécutive à la pandémie de Covid-19 (pandémie et mesures de prévention universelles), celle-ci a amplifié ces difficultés préexistantes et a contribué à détériorer l'état de santé mentale d'une grande partie de la population, en particulier les populations les plus vulnérables. La santé mentale des Français a décliné dès le printemps 2020, mais de manière encore plus nette à partir de novembre 2020. Les données issues des dernières pandémies nous laissent présager des effets importants et durables sur la santé mentale, bien au-delà de la période de pandémie, notamment si aucune mesure efficace de prévention et de promotion de la santé mentale n'est prise.

Il est donc nécessaire de développer et de mettre en œuvre au plus vite, et dans la durée, des stratégies et actions de prévention primaire efficaces fondées sur les données probantes pour éviter l'augmentation des troubles psychiques et des comportements à risque tels que les conduites suicidaires ou les conduites addictives. En complément des interventions de soin de santé mentale qui devraient être réservées aux personnes présentant des troubles psychiques avérés, les actions de promotion de la santé mentale et de prévention primaire devraient permettre

de réduire les problèmes de stress et de mal-être et favoriser le développement/maintien des facteurs protecteurs dont l'alimentation, le sommeil, l'activité physique, etc.

Les données accumulées depuis plus de 30 ans au niveau international sur la promotion de la santé mentale, ainsi que les données de dizaines de synthèses et méta-analyses réalisées sur les données liées à la crise sanitaire actuelle ou à des pandémies passées, permettent aujourd'hui d'avoir suffisamment de recul pour connaître les interventions et outils efficaces et validés en promotion de la santé mentale. Parmi les interventions efficaces, figurent celles qui sont fondées sur le développement des CPS, les pratiques de pleine conscience et les pratiques psychocorporelles (yoga, relaxation, cohérence cardiaque), les interventions de psychologie positive, l'activité physique régulière et les habitudes saines de vie. L'ensemble de ces interventions sont complémentaires et utiles en promotion de la santé quel que soit l'état de santé mentale de la personne.

En outre, le développement des compétences psychosociales a été accentué dans le programme de l'Éducation nationale en 2016 mais la formation à l'utilisation de ces outils et la mise à disposition d'outils sur une plateforme publique sont aujourd'hui nécessaires pour mieux accompagner les enseignants dans cette mission. De nombreux outils existent déjà, ainsi qu'une forte demande de la part des enseignants. En effet, il y a eu près de 20 000 téléchargements de guides à destination des enseignants en libre accès sur le site www.covidailles.fr, et l'enquête d'utilisation et de satisfaction de la prise en main de ces outils a montré que les enseignants ont apprécié leur diversité, le choix possible en fonction des objectifs ciblés, la précision dans le déroulement des activités proposées, et les bénéfices qu'ils ont perçus dans leurs classes. Des séquences pédagogiques et des outils de développement des CPS pourront être développés également pour d'autres publics, à l'image du programme en ligne à destination des étudiants intitulé ETUCARE (110), développé par l'IREPS Bourgogne-Franche-Comté, et financé par l'ARS. La formation des adultes à l'utilisation des outils peut également être prévue en ligne sur une même plateforme publique.

Les recherches menées au cours de la période de crise sanitaire ont confirmé encore le rôle protecteur de l'activité physique sur la santé mentale. La recommandation de l'OMS d'une heure d'activité physique par jour pour les enfants et les jeunes ne correspond pas à ce qui est actuellement en place dans les établissements scolaires. Il est nécessaire de mettre en œuvre dès que possible l'augmentation du temps d'activité physique, en particulier en période de post-confinement où les activités physiques ont été très restreintes pour les enfants et les jeunes.

Enfin, parmi les interventions efficaces ayant été recensées au cours de la période de la crise sanitaire, les dispositifs de soutien par les pairs font partie des pratiques efficaces pour prévenir et réduire les problématiques de santé mentale. Des dispositifs de ce type ont été expérimentés par exemple dans certaines universités françaises, et gagneraient à être mieux documentés et diffusés dans d'autres structures similaires. En outre le soutien (tutorat) des étudiants pairs relais est nécessaire à développer.

Il est nécessaire de procéder à une analyse de leur transférabilité et de leur adaptation au contexte et à la culture française. L'accompagnement social préexistant ne doit pas être écarté et l'acceptabilité tant des professionnels que des usagers doit être prise en compte.

Pour autant ce déploiement n'est pas facile faute d'organisation *ad hoc* et de professionnels formés notamment pour analyser dans quelles conditions ces interventions sont transférables selon les particularités organisationnelles et culturelles françaises. Par ailleurs, de nombreuses initiatives sont portées par les acteurs français dont certaines produisent des résultats prometteurs mais ne sont pas recensées, ni déployées faute de système de veille et d'évaluation adéquats.

Recommandation 5 - Mettre en place des actions probantes universelles de renforcement des capacités d'adaptation (*coping*) et de gestion du stress pour toutes les populations et organiser leur déploiement sur les territoires.

Action 1 – Poursuivre et renforcer les travaux menés par Santé publique France dans le cadre du portail de données probantes en permettant une mise à jour du site internet sur les interventions probantes, une mise en évidence des actions probantes de prévention et de promotion de la santé mentale disponibles en France, et la mise en œuvre d'une veille et d'une présentation des initiatives locales repérées comme prometteuses.

Action 2 - Développer et mettre en œuvre un programme en ligne de renforcement des capacités d'adaptation (*coping*) et de gestion du stress fondé sur les données probantes à destination des adultes et des jeunes (programme adapté). Ce programme multimodal en ligne devra contenir plusieurs axes d'intervention issus des données et programmes probants :

- psychoéducation sur la santé mentale, le bien-être et le stress
- renforcement des compétences psychosociales favorisant l'adaptation aux situations difficiles (gestion du stress, régulation des émotions, résolution des problèmes et des conflits, prévention des addictions ...)
- renforcement des facteurs de résilience (soutien social, sens et buts de vie, optimisme, estime de soi, sentiment de compétence, sentiment de maîtrise ...)
- techniques psychocorporelles favorisant le bien-être et réduisant l'anxiété (exercices de relaxation, de yoga, de pleine conscience, thérapie musicale ...)
- renforcement des habitudes de vie saine, notamment sur le sommeil, l'alimentation équilibrée, l'activité physique, la consommation de substances et l'exposition aux écrans, adaptées à l'âge et applicables en fonction de la situation des personnes.

Action 3 a - Regrouper tous les supports probants pour les enfants et mettre à disposition des adultes en position d'éducation (parents, enseignants, éducateurs, animateurs ...) des supports d'intervention fondés sur les données probantes permettant de renforcer les capacités d'adaptation (*coping*) et de gestion du stress des enfants : activités de développement des compétences psychosociales des enfants, des parents et des éducateurs, interventions de psychologie positive, ateliers philo, activités psychocorporelles en particulier de pleine conscience et de yoga, activités psycho-artistiques. Ces supports devront être complétés par des propositions de formations des adultes à l'animation de ces ateliers.

Action 3 b - Inclure dans les maquettes de formation initiale des enseignants, éducateurs, animateurs, professionnels de santé, et médiateurs sociaux, et dans les formations continues de ces professionnels, la maîtrise des outils scientifiquement validés favorisant le développement des compétences d'adaptation et de gestion du stress.

Action 4 – Atteindre dans le cadre de l'organisation scolaire la recommandation de l'OMS d'une heure d'activité physique par jour pour chaque élève de la maternelle au lycée. Cette action peut être mise en œuvre sous deux formes combinables : i) intégrer dans l'organisation des enseignements comme dans l'aménagement de l'environnement (le cadre bâti) la possibilité de rompre la sédentarité en permettant aux élèves de bouger, se déplacer, s'étirer à intervalle régulier, de privilégier les pédibus et vélobus (tels que préconisés dans le rapport du HCSP de 2017 sur le PNNS4 (111)), les bureaux-vélos, etc., ii) compléter la journée scolaire/périscolaire d'un temps d'activité physique animé par des intervenants en activité physique.

Action 5 - Mettre en œuvre des dispositifs de soutien par les pairs dans les milieux de vie et les institutions publiques (notamment les établissements de soin, les structures médico-sociales, les centres sociaux, les établissements scolaires, les universités, les structures de la petite enfance, les établissements pour personnes âgées, les administrations) de façon individuelle ou sous forme de groupe en présentiel et/ou sous forme de plateforme sociale en ligne.

Action 6 – Renforcer la lutte contre les addictions (avec ou sans produit) : ligne d'écoute, jeux d'évasion (*escape game*), site internet d'incitation brève avec *feedback* normatif sur les addictions et le bien-être (de type Addict'prév) ou le recours à des outils de réalité virtuelle ou immersive, repérage précoce par intervention brève chez les adolescents *via* des Consultations jeunes

consommateurs (CJC) et les Maisons des adolescents, repérage des conduites addictives aggravantes (écrans, cannabis et protoxyde d'azote en particulier), entretiens motivationnels, TCC, thérapies familiales.

Action 7 - Organiser et accompagner à l'échelle nationale et régionale, l'analyse de la transférabilité, le transfert et le déploiement des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé mentale par la mise à disposition de supports d'intervention et de formation. Cela suppose d'articuler les missions spécifiques de chacun des acteurs nécessaires, notamment l'ARS en tant que pilote de la politique régionale de santé, le CLSM en tant qu'animateur de la politique dédiée à la santé mentale, Santé Publique France en tant qu'agence d'expertise en prévention et promotion de la santé développant le répertoire des données probantes et le Dispositif d'appui à la prévention et la promotion de la santé (DAPPS), ainsi que l'accompagnement régional à la qualité des interventions.

Recommandation 6 - Mettre en œuvre des actions de prévention primaire ciblées et fondées sur les données probantes afin de réduire le stress et le mal-être des personnes en situation de vulnérabilité

Argumentaire : Les recherches menées au cours de la période de crise sanitaire ont mis en évidence l'efficacité des dispositifs en ligne, fondés sur les données probantes, pour les personnes en situation de mal-être. Les interventions efficaces sont celles qui combinent les outils en ligne (*self-help*) et les téléconsultations s'appuyant sur les TCC. L'avantage d'un tel dispositif est la mise à l'échelle rapide. En termes de faisabilité, une démarche de co-construction des outils en ligne avec les usagers permet d'assurer son acceptabilité auprès des publics ciblés. Plusieurs programmes existent déjà en France. Pour les programmes développés à l'étranger, il est nécessaire de procéder à une analyse de leur transférabilité et de leur adaptation au contexte et à la culture française. De nombreux professionnels français sont d'ores et déjà formés. L'accompagnement social préexistant ne doit pas être écarté et l'acceptabilité tant des professionnels que des usagers doit être prise en compte.

Les experts français formés à ces méthodes pourront être des relais pour le développement d'une telle plateforme et pour les téléconsultations gratuites. À titre d'exemple, le programme ETUCARE développé par l'IREPS Bourgogne-Franche-Comté financé par l'ARS a pu être mis en place en quelques mois sur la base des outils déjà existants et validés et dans une démarche de co-construction avec les étudiants.

De plus, peu de programmes efficaces ont été publiés pendant la période de crise sanitaire dans le but de favoriser les compétences adaptatives des enfants en situation de vulnérabilité sociale. Le programme *Playing to live* a été déployé dans différents contextes lors de situations de crise afin de favoriser le développement des compétences d'adaptation et de résilience chez l'enfant. Ce programme gagnerait à être adapté à la culture française et à la situation actuelle afin de favoriser les processus de résilience des enfants en situation de vulnérabilité.

Enfin, la situation de crise sanitaire a augmenté la charge reposant sur les parents (école à la maison, activités de loisir, absence de relais ou de possibilité de prendre du recul...). Cette situation a pu aggraver certaines situations familiales déjà difficiles et les risques d'épuisement parental peuvent être accrus, en particulier pour les familles monoparentales. Le *burn out* parental regroupe trois dimensions : l'épuisement émotionnel relatif au rôle parental, la distance émotionnelle par rapport à l'enfant et l'impression d'inefficacité dans son rôle parental (112,113). De récentes études ont montré que, de la même manière qu'une longue exposition au stress professionnel peut conduire au *burn out* professionnel, une longue exposition au stress parental peut conduire à un *burn out* parental. Une recherche menée auprès de 1 551 parents (108) a montré que le *burn out* parental a des conséquences préjudiciables pour le parent (idéation de fuite et pensées suicidaires, augmentation des conduites addictives, troubles du sommeil, problèmes de santé), pour le couple (augmentation de la fréquence et de l'intensité des conflits) et pour le(s) enfant(s).

Ainsi le *burn out* parental expliquerait 32% de la fréquence des comportements négligents et violents, alors que le *burn out* professionnel et la dépression en expliquent seulement 3%. S'appuyer sur des interventions efficaces pour prévenir le *burn out* parental apparaît donc nécessaire. Il existe un programme scientifiquement validé permettant de réduire le *burn out* parental développé par Mikolajczak et Roskam (114). Il est aujourd'hui nécessaire d'adapter et d'évaluer des programmes s'inspirant de celui-ci et d'interventions efficaces en promotion de la santé mentale (115–118), ou des interventions de psychologie positive (119) (120), ciblées sur la prévention de l'épuisement parental et la promotion de la santé mentale des parents.

Action 1 - Adapter et mettre à disposition une intervention psychologique brève en ligne (téléconsultation et modalités de *self-help* de type MoodGym inspirée des thérapies cognitives et comportementales) à destination des populations adultes et jeunes, en situation de mal-être, notamment les populations à risque.

Action 2 - Adapter, expérimenter, évaluer, faire connaître, et accompagner le déploiement de programmes de *coping* psycho-artistique (tel que *Playing to live program*, validé à l'étranger) fondés sur des données probantes. Ces programmes s'adresseront en priorité aux enfants en situation de vulnérabilité sociale, sanitaire et psychologique.

Action 3 - Adapter, expérimenter, évaluer, faire connaître et déployer si efficace, un programme de prévention du *burn out*/épuisement parental en présentiel et en ligne auprès de parents en situation de stress parental ou de mal-être.

Action 4 - S'assurer de la continuité de la réponse aux violences conjugales et adapter les dispositifs en période de restriction des déplacements (confinement, couvre-feu...) afin de permettre la mise en sécurité des personnes menacées.

Action 5 - Dans la lignée des recommandations du rapport des 1000 premiers jours de l'enfant, mettre à disposition un « chèque parentalité » qui permettrait à tout parent qui le souhaite de bénéficier d'un programme de prévention de l'épuisement parental fondé sur des données probantes et organiser, si nécessaire, l'accompagnement de ces parents.

Action 6 – Assurer une prise en charge psychologique ou un accompagnement pour les personnes souhaitant interrompre une grossesse.

Recommandation 7 – Renforcer les actions d'“aller-vers” vers les personnes en situation de fragilité soit du fait d'une pathologie psychiatrique ou du fait des conditions socio-économiques.

Argumentaire : les mesures prises pour lutter contre la pandémie de Covid-19 et leurs conséquences sur la santé mentale amènent les personnes concernées par les difficultés les plus sévères à se replier sur elles-mêmes. Une méconnaissance -portant à la fois sur leurs besoins propres et sur l'offre pouvant permettre d'y répondre-, combinée à une stigmatisation qui porte à la fois sur ce champ et sur les personnes qui en relèvent, limite l'accès aux soins. La crise sanitaire a montré l'intérêt d'équipes pluriprofessionnelles intervenant dans le milieu de vie des personnes concernées par les troubles ou de leurs aidants, potentialisant le réseau des acteurs de proximité du territoire (médecine de ville, soins ambulatoires...) en créant du lien de manière efficace et facilitant l'accès aux soins.

Elle a aussi montré l'intérêt de dispositifs numériques créant des liens entre personnes concernées par des troubles psychiques. Ces derniers peuvent reposer sur des actions de création collective (exemple des Confitures maisons au sein de l'action ZEST -Zone d'expression contre la stigmatisation- du Centre ressource de réhabilitation psychosociale – <https://centre-ressource-rehabilitation.org/confiture-maison-12-recoltes>]

Enfin, les stratégies de mobilisation entre pairs ont fortement été recommandées par les acteurs interrogés. Elles ont largement été mobilisées dans les interventions ciblant la population des étudiants et des patients pris en charge avant la crise. Ces dispositifs sont décrits comme efficaces. Par ailleurs, des équipes ont développé des actions « d'aller-vers » permettant non seulement de mobiliser les "savoirs profanes" des familles mais également de leur apporter un soutien. Ces actions d'"aller-vers" peuvent également être à destination de la population générale et favoriser le recours à une prise en charge. Elles peuvent utiliser les modalités de prise en charge à distance sur le modèle des actions mises en place notamment pendant le premier confinement de 2020. Dans ce cadre, la médiation en santé s'est avérée particulièrement intéressante. Elle est définie comme un accompagnement à l'autonomie en santé par des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien organisées au sein des communautés (patients, migrants, étudiants, etc.). Elle est destinée à toute personne, ou à son entourage, éprouvant une vulnérabilité en santé, dans une visée de renforcement de ses capacités à opérer ses propres choix pour la préservation ou l'amélioration de sa santé (121). C'est donc un processus "d'aller-vers" temporaire et de "faire avec" les communautés, les individus (122) dans une logique d'*empowerment* pour favoriser l'équité en santé, le recours à la prévention et aux soins, ainsi que l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé, ou encore la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, des potentialités et des facteurs de vulnérabilité du public. Les médiateurs sont généralement des pairs dans la communauté, mobilisés à ces fins par les professionnels des secteurs sociaux, médicaux, médico-sociaux.

Action 1 – Mettre en place des actions d'interface entre les populations cibles et les dispositifs de prise en charge (dispositif d'appui à la coordination pour l'évaluation des besoins, équipes mobiles, plateforme 360).

Action 2 – Organiser et renforcer les actions de soutien aux aidants (familles...)

Action 3 - Promouvoir l'entraide, la solidarité, notamment en ligne, entre personnes ayant des troubles psychiques.

Action 4 - Faire bénéficier d'une formation du type "Premiers secours en santé mentale" les professionnels des milieux sanitaires, médico-sociaux, socio-éducatifs au contact de populations notamment vulnérables (Maison des adolescents, Point Accueil et Ecoute Jeunes, Centre communal d'action sociale (CCAS), mairie, enseignants et CPE (conseiller principal d'éducation), associations, etc.). Ces intervenants devront connaître le réseau des structures de santé mentale afin de pouvoir orienter au mieux les personnes. Ils pourront s'appuyer sur les CLSM pour créer puis développer une dynamique partenariale efficace. L'ARS pourrait lancer un appel à projets pour financer ces formations.

Action 5 - Doter toutes les structures recevant des personnes en difficulté, de personnels formés proposant des temps d'écoute (binôme psychologue et pair-aidant) et orientant vers les structures de proximité aptes à proposer une prise en charge appropriée.

Action 6 - Développer la médiation en santé notamment dans les zones rurales, squats, bidonvilles, pour faire le lien entre les services.

Action 7 - Accompagner les acteurs de l'aller-vers en termes d'outils (repérage, compétences psychosociales, réduction des risques) avec une coordination de proximité.

Ces actions de proximité sont à envisager au plus près des lieux de vie (dont le milieu professionnel) en s'appuyant sur les collectivités locales, structures sanitaires médico-sociales et sociales, les associations et les entreprises.

DÉTERMINANTS INDIVIDUELS ET SOCIAUX DE LA SANTÉ MENTALE EN SITUATION DE CRISE

Argumentaire : comme évoqué dans la présentation des déterminants de la santé mentale, la vie dans un milieu bienveillant, le recours à la cohésion sociale, le sens de la cohérence, la perception d'avoir un plus grand contrôle sur sa vie comme le maintien d'habitudes de vie favorables à la santé (sommeil, alimentation, activité physique, etc.) sont des déterminants sociaux et individuels majeurs de la santé mentale positive, jouant le rôle de facteurs protecteurs vis-à-vis des adversités.

En ce sens, le maintien de ce lien social tout comme les actions permettant de garder de bonnes habitudes de sommeil, d'alimentation et d'activité physique (l'activité physique jouant également sur les deux premiers) est primordial.

Recommandation 8 – Soutenir et organiser le déploiement dans l'ensemble des milieux de vie des actions de prévention et promotion de la santé ciblant les déterminants majoritaires de la santé mentale

Action 1 - Encourager le développement d'environnements bienveillants (école, université, milieu du travail...) limitant les situations de stress et attentifs aux difficultés des individus et du personnel y compris en période de crise.

Action 2 - Renforcer le lien social dans tous les milieux (quartiers, voisins, institutions, pairs/personnes d'âge différent...) et le soutien social en reprenant les activités de groupe, les activités sociales et culturelles, les loisirs avec des mesures de protection appropriées.

Action 3 – Communiquer sur l'importance et les bénéfices de l'activité physique pour tous (y compris pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées)(123,124) et permettre, pendant la période de crise :

- la promotion de l'activité physique (campagnes de communication sur l'activité physique même en période de confinement (125)).
- la pratique d'une activité sportive ou de loisirs en adaptant les restrictions et les mesures d'hygiène, laisser ouverts des espaces naturels et des parcs.

INFORMATION, SENSIBILISATION, CULTURE

Recommandation 9 - Développer une culture partagée de la santé mentale auprès des populations et de l'ensemble des acteurs susceptibles de pouvoir y concourir

Argumentaire : Selon l'OMS, la promotion de la santé mentale englobe toutes les actions contribuant à améliorer l'état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, et contribuer à la vie de la communauté. Plus précisément, celle-ci consiste à favoriser l'acquisition d'une santé mentale positive en encourageant la résilience individuelle, en créant des environnements de soutien et en étudiant l'influence des déterminants (sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux) plus généraux de la santé mentale. Elle vise à améliorer les facteurs de protection qui aident les personnes, les familles et les collectivités à faire face aux événements, ainsi qu'à renforcer les conditions –comme la cohésion sociale– susceptibles de réduire les facteurs de risques de problèmes de santé mentale. Ces facteurs de protection sont dépendants des déterminants bio-psycho-sociaux-environnementaux de la santé (logement, travail, réseau social, configuration familiale, qualité des liens, compétences éducatives et parentales, CPS, comportements de santé, etc.). Promouvoir la santé mentale nécessite donc de prendre en compte l'ensemble de ces déterminants. Elle est l'affaire de tous, englobant l'ensemble des acteurs, y compris les populations elles-mêmes, susceptibles d'intervenir sur ces facteurs protecteurs, de les renforcer ou les déplacer.

En revanche, le repérage, la prise en charge en santé mentale concerne en premier lieu les professionnels de santé et du secteur médico-social aux cotés des patients vivant avec des troubles psychiques. Le système doit donc s'organiser pour favoriser une prise en charge le plus

précocement possible par rapport à l'émergence et à l'installation de ces troubles et accompagner le patient dans une logique de rétablissement. La précocité de la prise en charge dépend pour beaucoup de la stigmatisation qui est faite de la santé mentale, créant chez les personnes des réserves à recourir aux soins dès lors qu'ils ne vont pas bien. Cette stigmatisation favorise des démarches de préservation visant à ne pas être associé à la catégorie des malades. Ces situations conduisent à de l'auto-exclusion et à un non-recours au soin par ailleurs favorisés par une méconnaissance des dispositifs de prise en charge ou parce que les personnes ne se sentent pas capables d'entreprendre des démarches ou encore parce qu'elles croient qu'elles n'y ont pas droit. La déstigmatisation est donc une condition d'efficacité du système de soins. Elle est d'autant plus efficace qu'elle s'appuie et mobilise des personnes concernées par des difficultés psychiques. Parmi ces dernières, les pair-aidants (dont la formation est à consolider, le statut et la supervision restant à définir) sont un puissant vecteur de déstigmatisation du fait de la légitimité de leur discours, dont l'impact est augmenté par la formation qu'ils ont suivie. Les bénéfices de leur action s'exercent aussi bien sur la population suivie que sur les professionnels et sur la population générale. La recommandation ainsi proposée vise à articuler ces deux dimensions favorables à la santé mentale.

Action 1 - Mettre en œuvre une campagne nationale récurrente de communication sur la promotion de la santé mentale et le bien-être, orientée vers l'*empowerment* des personnes et la promotion du site "ressources en prévention et promotion de la santé mentale", et l'adapter dans les relais locaux aux spécificités des personnes (littératie, conseils spécifiques).

Action 2 – Mettre en œuvre une campagne de communication récurrente sur la santé mentale, les troubles psychiques et le recours aux soins, visant notamment la déstigmatisation. Par exemple, promouvoir une communication nationale positive sur le handicap psychique à visée déstigmatisante sur le modèle de la campagne "Et alors ?"²⁷ et de la Zone d'expression contre la stigmatisation (ZEST)²⁸.

Action 3a - Favoriser les interventions ayant pour objectif de lutter contre la stigmatisation de la santé mentale et l'exclusion sociale en s'appuyant sur les savoirs expérientiels de type "pair-aidance".

Action 3b- Pérenniser les lignes d'écoute portées par des pairs-aidants pour développer des stratégies de compensation (ex : ligne d'écoute proposée par l'association ESPAIRS de professionnalisation et valorisation de la pair-aidance en santé mentale).

Action 4a - Élaborer un référentiel (et/ou un guide d'aide à l'action) sur la promotion de la santé mentale à destination des professionnels de santé, de l'éducation, du social et du médico-social.

Action 4b - Inscrire dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, de l'éducation, du social, du médico-social, des modules de promotion de la santé mentale centrés sur les stratégies efficaces.

Action 5 - Systématiser l'intégration dans les parcours éducatifs et les programmes des CESCE (Comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement) des actions de promotion de la santé mentale et de déstigmatisation de la santé mentale, basées sur des référentiels et des stratégies fondées sur les données probantes.

Recommandation 10 - Mettre à disposition sous une forme intégrée et cohérente des informations relatives à la santé mentale

²⁷ <https://www.lescouleurs.fr>

²⁸ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-zest-zone-d-expression-contre-la-stigmatisation-258->

Argumentaire : Lors de cette crise, les dispositifs de repérage et d'orientation se sont multipliés, dans une communication devenue obscure pour la population, les ressources étant mal identifiées et les possibilités d'accès à des soins de première ligne, inéquitables.

Action 1 – Harmoniser et renforcer la visibilité des outils de repérage et d'orientation en santé mentale :

- Créer et animer un site national d'information unique ainsi qu'un numéro d'appel national unifié, permettant l'accès à des conseils pratiques, à des outils standardisés et validés d'auto-repérage, à des indications en faveur de l'auto-soin (99), à une information sur les services d'aide, sur les démarches à suivre pour se faire aider et à de l'orientation.
- Mettre à disposition de la population et des sous-groupes (malades, aidants, professionnels) des outils standardisés et validés en langue française de repérage de la souffrance psychique et d'orientation vers les ressources disponibles afin d'initier un parcours de soins. Ces outils d'accès libre (en ligne et en présentiel) reposeraient prioritairement sur l'auto-évaluation afin d'en assurer un déploiement rapide.

Action 2 - Mettre à disposition un répertoire des ressources (probantes et prometteuses) en santé mentale, centralisé et régulièrement actualisé spécifiant les interventions de promotion de la santé mentale, de prévention primaire et de soin en santé mentale (en ligne) ainsi que sur le repérage et la cartographie des ressources. Le site *Retab.fr*, fondé sur une alimentation auto-déclarative par les professionnels sous la supervision d'un modérateur, pourrait servir d'exemple.

RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES PAR POPULATION

Précédemment ont été listées des recommandations à destination de la population générale. Il s'agit ici de présenter soit une déclinaison de ces dernières sur des publics spécifiques, soit un renforcement de ces dernières liées à des spécificités populationnelles ou territoriales ou à l'organisation du système. Cette spécification s'inscrit dans une logique de proportionnalité des mesures aux fragilités repérées dans certaines populations.

Recommandation 11 - Formuler un discours de santé publique cohérent sur la période périnatale, mettre en œuvre un parcours d'accompagnement et de soutien personnalisé pour les parents et leur bébé.

Argumentaire : la période des 1000 premiers jours (s'étendant de la grossesse aux deux ans révolus de l'enfant) est une période particulièrement « sensible » où le repérage de la souffrance psychique des mères et des couples pourrait être grandement amélioré par une meilleure sensibilisation et formation des différents acteurs (sage-femme, infirmière puéricultrice, médecin généraliste, pédiatre, obstétricien, psychiatre, PMI, travailleur familial). Bien que l'entretien prénatal précoce (EPP) ait été proposé en ce sens, on constate que sa mise en œuvre – rendue obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020²⁹ – reste encore très limitée, seulement 30% des mères en moyenne en bénéficiant durant leur grossesse.

L'impact du stress vécu et/ou ressenti par la mère durant cette période sur la trajectoire développementale de l'enfant à naître, puis secondairement sur son parcours de vie, est aujourd'hui clairement démontré par la littérature scientifique. Cela est particulièrement vrai pour les situations les plus défavorisées (mère seule et isolée socialement, conduites addictives, psychopathologie/handicap psychique d'un conjoint ou du couple, précarité et stigmatisation sociale, etc.) avec un coût médico-économique très significatif comme l'ont bien démontré les études de l'équipe de Bauer au Royaume-Uni (126). Si les répercussions durant la grossesse et en post-partum immédiat de la crise du Covid-19 sont encore en cours d'évaluation, nombre de

²⁹ <https://www.ameli.fr/hauts-de-seine/sage-femme/actualites/lentretien-prenatal-precoce-un-accompagnement-desormais-obligatoire-pour-les-futurs-parents>

femmes et de couples ont clairement décrit une situation de stress et d'inquiétude majorée, amplifiée par les mesures d'isolement et de séparation de leur famille. Une attention toute particulière devra donc être portée à ces situations dans un paysage d'offre de soins et d'accompagnement spécialisé en périnatalité³⁰, qui reste en France très disparate selon les territoires, peu visible et qui ne propose que très rarement des parcours d'accompagnement et/ou de soins personnalisés, structurés selon les données probantes, et coordonnés entre les différents acteurs (obstétriciens, sages-femmes, psychologue, psychiatre, généraliste, pédiatre, médecin de PMI). Prolongeant les recommandations du rapport des 1000 premiers jours (<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>), il conviendra de :

Action 1 – Identifier le plus précocement possible toute détresse parentale durant la grossesse et plus largement sur la période des 1000 premiers jours de l'enfant, afin d'en estimer l'ampleur et d'encourager la famille à faire une évaluation supplémentaire ou à être prise en charge rapidement.

Action 2 - Accentuer, sous l'impulsion et l'égide de la PMI, la systématisation de l'entretien prénatal précoce en cours de grossesse car il reste insuffisamment ou mal proposé aux femmes et aux couples durant la grossesse.

Action 3 - Mettre en place un suivi psychosocial très adapté pour les femmes enceintes ayant contracté le Covid-19.

Action 4 - Déployer au niveau national un outil systématique d'information des futurs parents et jeunes parents concernant les services publics et les différentes aides disponibles durant la période des 1000 premiers jours.

Action 5 - Proposer à toute femme quelques jours après sa sortie de maternité (par un personnel formé : sage-femme, infirmière puéricultrice, psychologue, assistante sociale) un entretien téléphonique ou en visioconférence pour identifier ses besoins et attentes en cas de difficulté au retour et l'orienter vers les dispositifs ressources (sur le modèle du dispositif Ariane expérimenté en Moselle (97)).

Action 6 – Pérenniser les possibilités de téléconsultations de puéricultrices, des éducatrices de jeunes enfants et les plateformes téléphoniques de puéricultrices au sein des PMI.

Action 7 - Développer les équipes mobiles psy-périnatalité destinées à soutenir et accompagner les situations complexes ou les personnes en situation de plus grande fragilité sur le plan psychosocial.

Recommandation 12 - Concernant la population infanto-juvénile, renforcer dans l'ensemble des milieux de vie les environnements et interventions favorables à la santé mentale et développementale des enfants et des adolescents

Argumentaire : la qualité du développement cognitif, psychoaffectif et relationnel durant l'enfance et l'adolescence conditionne le parcours scolaire et, ultérieurement, l'insertion socioprofessionnelle et la qualité de vie. Des données épidémiologiques ont objectivé l'impact sur la population infanto-juvénile de la pandémie de Covid-19 et des mesures de contraintes prises pour lutter contre elle. Cette population a été significativement affectée par les mesures de confinement, par la réduction ou la privation des liens entre pairs, par la réduction voire la suppression des activités physiques mais aussi par l'inquiétude pour la santé physique et psychologique des parents, par d'éventuels deuils ou par les conséquences de difficultés économiques parentales. Malgré les bénéfices des mesures de rescolarisation et l'impact positif du recours aux outils numériques, ces difficultés se sont inscrites dans le temps, plusieurs

³⁰ personnels soignants dédiés dans les maternités, suivi psychologique personnalisé des couples vulnérables, dispositifs psychiatriques spécialisés, jardin d'enfants et crèche avec soutien psychologique aux parents, programme de soutien à la parentalité, maison de répit, information des parents et de leurs aidants

indicateurs épidémiologiques objectivant actuellement la persistance et l'aggravation d'états anxieux et dysthymiques dans cette population, ou encore la majoration des troubles du comportement, notamment des conduites alimentaires.

Cette dynamique complexe peut s'expliquer en partie par la large couverture médiatique autour de la pandémie de SARS-CoV-2, traitée le plus souvent de façon anxiogène, à laquelle les enfants et les adolescents ont été particulièrement sensibles vu l'importance prise par certains médias dans leur mode de vie et, en partie, par la déstabilisation de leurs parents. L'afflux des jeunes dans les services d'urgences pédiatriques, sur les différents dispositifs d'accueil et de prise en charge en santé mentale n'a fait, par ailleurs, qu'accroître les tensions existantes de longue date sur ces structures. Si les publics les plus vulnérables (familles monoparentales, parents séparés, précarité sociale, mineurs isolés, mineurs résidant dans les foyers de l'enfance) sont surreprésentés, nombre de parents sans difficulté préalable ont été déstabilisés et désemparés devant les difficultés psychiques de leur enfant, et sans recours possible.

Les différentes informations, conseils éducatifs mis en ligne par plusieurs établissements de santé ou médico-sociaux sont salués mais ne remplacent pas l'importance et la nécessité d'un lien physique « en présentiel » avec les professionnels de santé ou le milieu scolaire. La pandémie a souligné l'importance chez les enfants et les adolescents d'une « bonne hygiène de vie » (alimentation, sommeil, rythmes de vie, limitation du recours aux écrans) dans la prévention mais aussi les mesures d'accompagnement et de réponses au stress. En ce sens, la pandémie a mis en lumière l'importance d'une sensibilisation précoce des enfants –et ce dès le plus jeune âge- aux conditions du « bien-être » et de la « vie en bonne santé ». Plusieurs programmes de sensibilisation et de développement des compétences émotionnelles et sociales (du comportement individuel aux interactions sociales) aux résultats validés et dont certains se déclinent dès l'âge de deux ans sont implantés dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord mais trop peu déployés en France (que ce soit dans les écoles, les CMP (Centre médico-psychologique), CMPP (Centre Médico-Pscho-Pédagogique) ou MDA (Maison des adolescents). Quant aux adolescents, ils constituent un public spécifique, aux fortes attentes vis-à-vis de leur santé générale et mentale en particulier. À ce titre, il est urgent d'adapter à leur niveau de compréhension et de communication (réseaux sociaux, YouTube et autres plateformes internet) les nombreuses informations médicales sur la santé et le bien-être mental, véhiculées dans les médias classiques (journaux spécialisés, revues de presse, TV) dont ils se désintéressent.

De la même façon, il paraît primordial de rendre plus accessibles en milieu scolaire, sportif, culturel et éducatif, les programmes de sensibilisation au bien-être mental, à l'hygiène de vie, au « bien-vivre ensemble » et à la citoyenneté. Enfin, une attention doit être portée aux parents qui restent, comme le montrent les nombreuses enquêtes internationales (*Health Behaviour in School-Aged Children* : HBSC & EnClasse France 2018)(127) le point de référence et de recours privilégié de leur enfant en cas de difficulté. Il faut renforcer les campagnes de sensibilisation et d'information qui leur sont destinées pour accompagner le développement affectif et relationnel de leur enfant (lieu d'échange et de partages d'expérience, école des parents, café-débat sur l'éducation positive, programme de soutien des compétences parentales), voire les soulager en cas de tensions intra-familiales trop fortes (lieu ou structure de répit).

Action 1 – Réaliser et faire connaître un site internet validé à destination des parents et rassemblant les recommandations, les actions probantes qu'ils peuvent mettre en œuvre pour soutenir et développer la promotion de la santé mentale de leurs enfants, et les différentes aides et dispositifs ressources durant la période des 1000 premiers jours. Être attentif à l'accès à tous et à la littératie.

Action 2 - Favoriser l'implantation et la généralisation des programmes validés de soutien à la parentalité auprès des professionnels de santé de la petite enfance (sage-femme, infirmière

puéricultrice, pédiatre, médecin généraliste, psychologue, pédopsychiatre, médecin de PMI, médecin de santé scolaire), des enseignants de l'Éducation nationale et des professionnels du médico-social et de la protection de l'enfance (éducateur, psychologue).

Action 3 - Inscrire dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la Caisse nationale d'Allocations familiales (COG CNAF/État) le déploiement des programmes probants de soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire national : répertoire, accompagnement des acteurs, financements.

Action 4 – Renforcer et soutenir l'inscription des établissements scolaires dans une démarche du type "Écoles promotrices de santé" (Guide OMS)

Action 5 - Réaliser pour chaque mesure de protection sanitaire qui s'applique dans les centres de loisirs, d'éducation et d'accueil une analyse bénéfico-risque de ces dernières au regard de la globalité de la santé des enfants (dimension mentale et développementale) (étude d'impact), de préférence à l'échelon local.

Action 6 – Soutenir le déploiement des programmes probants de développement des compétences psychosociales dans les milieux de vie et d'accueil des enfants sur l'ensemble du territoire national : partage des supports d'intervention, répertoire, accompagnement des acteurs, financements.

Action 7 - Structurer et généraliser les actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes de la maternelle au lycée (tel que mentionné dans le Parcours Éducatif de Santé de l'Éducation nationale) afin de permettre une mise en œuvre effective et accessible à tous, en veillant à associer les parents à ces projets pédagogiques de santé dans une démarche de co-éducation.

Action 8 – Systématiser dans les programmes scolaires l'éducation aux médias et à l'information.

Action 9 - Favoriser les diverses actions de sensibilisation et de formation au repérage de la souffrance psychique auprès des différents acteurs de l'enfance (personnels soignants, personnels de l'Éducation nationale, protection de l'enfance, PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse), assistants sociaux, etc.).

Action 10 - Améliorer la lisibilité et renforcer l'accessibilité des différents dispositifs d'aide et d'écoute (Maison des adolescents, Fil santé jeune, Points Accueil et Ecoute Jeunes : PAEJ) auprès des parents et de leurs enfants.

Action 11 - Développer la structure du Canapmi (Comité d'animation nationale des actions de PMI) avec une assise réglementaire si besoin, en lui donnant un réel cadre d'impulsion pour donner de grands objectifs pluriannuels de politique de PMI (État, Conseils départementaux, CNAM).

Action 12 – Soutenir les familles d'enfants ayant des difficultés sévères par le déploiement de maisons ou de lits de répit.

Recommandation 13 : Renforcer le soutien psychologique et promouvoir la santé mentale des étudiants

Argumentaire : les étudiants ont été particulièrement frappés par cette crise. Au-delà de mesures nécessaires à court terme, les auditions font apparaître la nécessité d'entreprendre une évaluation et une révision du fonctionnement des services de santé universitaires en vue de faciliter : i) le recours aux interventions probantes de promotion de la santé mentale, ii) le partage des bonnes pratiques à l'échelle nationale, iii) la formation des responsables de SSU à la promotion de la santé (incluant la promotion de la santé mentale), iv) leur recours comme soins de santé primaires, v) un état des lieux des mobilisations des personnels et étudiants effectuées au sein des universités au

bénéfice de la promotion de la santé et la prévention des troubles psychiques afin d'en déterminer les conditions de succès et de pérennité et en organiser et renforcer le déploiement et vi) le rassemblement dans un site internet unique, accessible à l'ensemble des étudiants du territoire national, les ressources en ligne créées par les différentes universités pour promouvoir la santé mentale.

Enfin, actuellement, le ratio psychologue/nombre d'étudiants est de 1/30 000 en France alors que la moyenne européenne est de 1/3 000. Les services de santé universitaires ne sont pas en mesure de répondre à la demande d'accompagnement tout en mettant en œuvre des interventions de promotion de la santé mentale à destination des étudiants. Il est nécessaire aujourd'hui de renforcer le nombre de psychologues dans ces services de manière à répondre aux besoins croissants des étudiants, en particulier en période de crise.

Action 1. Développer une application pour le repérage et l'orientation en cas de besoin, et la présentation de techniques de promotion de la santé mentale pouvant être utilisées par les étudiants.

Action 2. Développer de façon coordonnée au niveau local la mise en place de cellules d'écoute ou de lutte contre toutes les formes de harcèlement à l'université.

Action 3. Poursuivre le renforcement des postes de psychologues dans les services de santé universitaires (SSU) associé à des conditions adéquates de salaire et de statut.

Action 4. Transformer tous les SSU en centres de santé universitaires (CSU) afin d'augmenter l'offre de soins, allier les soins à la prévention en veillant à la continuité et à la répartition des moyens des deux missions « prévention et soins » en proposant un parcours de santé de proximité. Attribuer et flécher aux universités des financements supplémentaires pour leur permettre d'ériger les SSU en CSU car la Contribution à la vie étudiante et de campus (CVEC) est insuffisante.

Action 5. Mettre en place une structure nationale de type pôle national d'appui capable d'aider à former les médecins directeurs et personnels des SSU et les psychologues des SSU aux interventions probantes, leurs adaptations aux différents terrains, d'échanger sur les pratiques et d'aider à diffuser les bonnes pratiques, de faire remonter les données utiles au pilotage de la santé mentale en population étudiante.

Action 6. Assurer la discrétion du rendez-vous et les conditions du secret professionnel pour toute consultation d'un étudiant en santé.

Action 7. Mettre en place une structure dédiée à l'amélioration de la qualité de vie et d'études des étudiants. Afin de diminuer la part des risques psychosociaux imputables aux études et aux aspects académiques, cette structure devra notamment :

- Prendre en compte l'intégralité des facteurs influençant la santé mentale des étudiants
- Impulser des bonnes pratiques à destination des établissements d'enseignement supérieur (respect de la pause méridienne, une demi-journée par semaine banalisée pour permettre la pratique d'activités physiques, organisation des groupes d'étudiants sous formes de « classes » restant les mêmes pour plusieurs TD³¹ de manière à renforcer les liens sociaux entre étudiants)
- Répertorier ou mettre en place des cellules locales, externes aux établissements, permettant à un étudiant en situation de mal-être du fait de ses études ou stage (harcèlement, violences sexistes et sexuelles, pressions...), d'être accompagné et extrait de la situation de maltraitance. Des sanctions, telle que la suspension de la personne mise en cause et/ou de l'agrément d'un terrain de stage, doivent pouvoir être prises. Ces cellules

³¹ Travaux dirigés

devraient intégrer des représentants du Rectorat et des représentants de l'ARS, en particulier lorsqu'il s'agit d'étudiants en santé.

Recommandation 14 - Renforcer les dispositifs de soutien à la santé mentale en direction des personnes en situation de handicap psychique

Argumentaire : la stigmatisation et l'autostigmatisation, résultant de l'appropriation des stéréotypes sociaux par les personnes concernées, sont des facteurs d'exclusion sociale pour elles. Toutes les actions susceptibles d'en réduire l'impact sont au contraire susceptibles de favoriser leur inclusion sociale et leur rétablissement.

Afin de faciliter l'accès aux soins il faut promouvoir les dispositifs d'aller-vers et la coordination des parcours. Toutes ces dispositions, ainsi que la reconnaissance de l'investissement des aidants, sont favorables au maintien des personnes dans leur logement propre.

Action 1 – Développer les sites web en faveur de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes en situation de handicap (dont www.psycom.org et www.centre-ressource-rehabilitation.org)

Action 2 – Rehausser la valorisation financière de la prestation de compensation du handicap et la rendre accessible aux personnes en situation de handicap psychique

Action 3 - Favoriser le développement d'équipes mobiles destinées à prendre en charge les personnes en situation de handicap psychique qui ne peuvent pas aller vers les soins.

Action 4 - Généraliser le *case management* (gestion de cas) en s'assurant que chaque personne ayant un parcours complexe est bien référée à un *case manager* (*gestionnaire de cas*).

Recommandation 15 - Renforcer les dispositifs de soutien à la santé mentale en direction des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou un autre trouble du neurodéveloppement

Argumentaire : il est nécessaire d'améliorer la connaissance de ces troubles, facteur d'acceptation par la société. Afin de faciliter l'inclusion sociale, il faut adapter les conditions d'accueil de ces personnes dans tous les lieux recevant du public en tenant compte de leurs particularités sensorielles et de leurs difficultés relationnelles. Ces dispositions, ainsi que la reconnaissance de l'investissement des aidants, favorisent l'autonomie de ces personnes.

Action 1 – Intégrer un volet portant sur les particularités liées aux troubles du spectre de l'autisme dans la campagne nationale de communication sur la santé mentale.

Action 2 – Désigner des "ambassadeurs" concernés par ce type de troubles (permettant la montée en puissance de discours légitimes à l'instar de celui de Joseph Schovanec).

Action 3 - Définir un label pour les établissements qui offrent un accueil approprié aux personnes ayant ce type de particularités.

Concernant les personnes âgées

Argumentaire : il est acquis que le vieillissement est un processus d'ordre biologique marquant l'avancée en âge et qui entraîne des perturbations plus ou moins graves de la santé physique (pathologies de la vieillesse, chronicisation des maladies, neurodégénérescence ...), réduisant notablement les capacités fonctionnelles des individus. Ce processus s'accompagne d'une transformation du rapport au monde, à la société, à l'entourage et à soi, qui modifie l'état psychocognitif et psychique du sujet âgé, pouvant lui aussi conduire au développement de dysfonctionnements, troubles et de pathologies relevant du champ de la santé mentale. Ce

processus est jalonné d'étapes sociales porteuses de risques accrus pour la santé mentale, comme le départ à la retraite, l'oisiveté, la perte du conjoint et l'isolement, l'entrée en institution ou la prise en charge à domicile Une de ces phases critiques est celle de l'entrée dans la dépendance, qui distingue généralement dans nos représentations sociales la personne « âgée » de celle du senior encore actif, aux caractéristiques proches de celles de la population générale. La gestion des transitions est un moment clé pour intervenir dans le but de maintenir au cours du vieillissement la santé mentale positive par des actions de promotion et de prévention prometteuses ou fondées sur les preuves. Les recommandations émises s'adressent de manière générale aux seniors, et de manière particulière au sujet « âgé », fragilisé par une situation de dépendance, de risque d'isolement, de perte d'activités sociales qui pèsent négativement sur ses désirs, aspirations, rêves, projets d'épanouissement personnel. Elles s'appliquent quel que soit le stade du vieillissement (senior ou dépendant), quel que soit le mode et le milieu de vie (à domicile, en institution). Elles présentent un impératif d'action, renforcé par le contexte de la pandémie de Covid-19, qui a pu accentuer l'exposition aux risques d'atteinte à la santé mentale, du fait notamment de l'application des contraintes sanitaires et sociales (distanciation, interdiction des visites en EHPAD, rupture des parcours de soins à domicile ...). Au nom de la protection des personnes vulnérables âgées, l'urgence de la crise sanitaire a conduit à des prises rapides de décision sur les modalités de prise en charge à domicile comme en institution, dont les effets immédiats et différés en termes de santé mentale n'ont pas toujours été anticipés correctement.

Dès lors, le HCSP recommande de manière générale d'agir sur la santé mentale positive des personnes entrant dans le processus biopsychosocial du vieillissement, en promouvant les interventions pluridisciplinaires qui visent à soutenir la déstigmatisation sociale de l'avancée en âge et à favoriser la qualité de vie, l'engagement dans de nouveaux projets, le maintien des désirs et orientations vers l'avenir, et le développement des capacités créatives de chaque individu, vecteurs d'épanouissement mental à tout âge, y compris à un âge avancé ou fragile. La mise en œuvre de cette recommandation de portée générale doit s'appuyer sur un ensemble d'actions visant à améliorer les moyens de la PPSM en direction des personnes âgées et de leurs aidants, en agissant tant au niveau du développement des compétences en promotion et prévention de la santé mentale des professionnels de l'intervention, qu'au niveau de la mise à disposition des outils et ressources nécessaires à la réalisation des actions éducatives, psychosociales, médicales, soignantes et préventives.

De manière plus spécifique ensuite, le HCSP recommande tout d'abord de cibler prioritairement l'effort de déploiement des moyens au niveau de la détection précoce des troubles de santé mentale des personnes âgées fragiles, dépendantes, isolées ou en institution, de façon à mieux repérer et suivre le risque d'atteinte à la santé mentale tout au long de leur parcours de vieillissement. Le HCSP recommande également de porter une attention particulière aux aidants des personnes âgées fragilisées pour leur fournir le soutien nécessaire à la prévention de leur propre santé mentale et de celle de leurs proches. Enfin, tirant les premiers enseignements de la gestion des processus de décisions en période de crise sanitaire, le HCSP recommande pour conclure l'application systématique d'un principe d'évaluation bénéfice-risque des mesures de santé publique à l'endroit des personnes âgées vivant en institution ou à domicile.

Recommandation 16. Promouvoir la santé mentale positive au cours du vieillissement par des actions de PPSM adaptées à leurs besoins

Action 1. Redonner du pouvoir d'agir aux personnes âgées au niveau individuel et collectif, en améliorant les conditions de vie et de participation sociale et en favorisant des interventions éducatives et psychosociales d'amélioration de la qualité de vie et d'adaptation aux besoins de l'avancée en âge.

Action 2. Lutter contre la stigmatisation du vieillissement en sensibilisant l'ensemble de la population générale par des messages de communication intergénérationnels positifs.

Action 3. S'appuyer sur l'ensemble des acteurs et dispositifs locaux des milieux de vie des personnes âgées (centre socio-culturel, centre d'animation de loisirs et sportifs, syndicat de copropriété, conseils de la vie sociale, CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique), PTA (plateforme territoriale d'appui), maisons de santé, cabinets libéraux, Centre communal d'action sociale ...) et les mettre en lien avec les acteurs spécialisés en PPSM, pour développer la promotion de la santé mentale.

Recommandation 17- Mettre à disposition les moyens existants en PPSM et en développer de nouveaux intégrant les spécificités du vieillissement et des personnes âgées

Action 1. Renforcer la formation initiale et continue en PPSM de tous les professionnels de l'intervention auprès des personnes âgées, en particulier à l'endroit des récents infirmiers en Pratique Avancée (IPA) en gériatrie, mais aussi de manière générale à tous les professionnels sanitaires et médico-sociaux des dispositifs d'appui à la coordination, des médecins/infirmiers coordinateurs exerçant en institution, ainsi que des pairs-aidants.

Action 2. Intégrer les spécificités du vieillissement dans le développement de plateformes ressources en PPSM, développer des ressources adaptées en direction des personnes âgées et de leurs aidants, et faciliter l'accès aux ressources des professionnels qui les accompagnent dans leurs différents milieux de vie.

Action 3. Renforcer les moyens humains en effectifs de psychologues dans l'ensemble des établissements et services d'accompagnement spécifiques des personnes âgées (hospitalisation à domicile (HAD), Service d'Aide à Domicile (SAAD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Résidence Service Autonomie ...) et faciliter l'accès au psychologue en inscrivant systématiquement son intervention dans le parcours de soins coordonné.

Action 4. Inciter au déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires spécialisées en santé mentale du vieillissement (par exemple, sur le modèle des équipes de liaison en addictologie), intégrant les professionnels de l'intervention gérontologique, gériatrique, éducative, sociale, psychologique, médicale, paramédicale, ainsi que les pairs-aidants et les dispositifs d'entraide, que ce soit pour des interventions intra-hospitalières ou en ambulatoire et en ville.

Action 5. Appuyer le développement de l'accès à distance aux consultations et aux soins de prévention en santé mentale et en faciliter l'accès aux personnes âgées et à leurs aidants.

Action 6. Mobiliser l'ensemble des ressources et moyens en PPSM par un pilotage coordonné des acteurs territoriaux de la santé mentale en lien avec les professionnels de la gérontologie et de la gériatrie.

Recommandation 18. Mettre en place prioritairement les processus et dispositifs de détection précoce des troubles de la santé mentale auprès des personnes âgées fragiles, isolées ou en institution

Action 1. Favoriser le repérage des populations âgées les plus fragiles en déployant le principe du « aller-vers » et les moyens de lutte contre l'isolement (visites à domicile ...).

Action 2. Suivre l'évolution des troubles anxieux et dépressifs des sujets âgés avec l'appui des équipes d'intervention à domicile (HAD, SSIAD, SPASAD, infirmiers libéraux...), notamment chez les patients qui ont eu le Covid-19 en évaluant la consommation d'alcool, tabac et de substances psychoactives.

Action 3. Assurer la mise à disposition pour les médecins généralistes des outils d'évaluation d'anxiété/dépression (type échelle HAD : *Hospital Anxiety Depression*) et proposer une évaluation systématique répétée à 6 mois-1 an en post Covid-19 des patients infectés.

Recommandation 19. Améliorer les processus de prise de décision en période de crise sanitaire et renforcer les capacités d'appréciation des conséquences en matière de santé mentale des mesures de santé publique en direction des personnes âgées

Action 1. Réaliser pour chaque mesure qui s'applique dans les EHPAD, Résidence Service Autonomie et dans les structures d'intervention à domicile (SAAD, SSIAD, SPASAD, HAD ...) une analyse bénéfice-risque de ces dernières au regard de la globalité de la santé des personnes âgées tenant compte de la santé mentale, par des études d'impact, et de préférence à l'échelon local.

Action 2. Favoriser, notamment au décours d'une période de crise sanitaire, les retours d'expérience (RETEX) sur les actions de PPSM qui fonctionnent ou pas, dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, accueillant ou intervenant auprès des personnes âgées

Action 3. Piloter et animer à l'échelon local, par le biais des ARS ou des CLSM/PTSM, le partage de ces RETEX établissement/services, notamment sur les actions de résilience et en favoriser la diffusion.

Action 4. Mobiliser les compétences éthiques des professionnels de l'intervention auprès de la personne âgée pour discuter et capitaliser les expériences de PPSM vécues pendant la période de crise sanitaire et en produire des outils d'action et de formation à diffuser et transmettre aux acteurs de l'accompagnement

Recommandation 20 - Renforcer les actions de promotion et de prévention relatives à la santé mentale au travail

Argumentaire : le débat sur la qualité de vie au travail (QVT) est antérieur à la crise sanitaire. Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte. Au-delà d'un seul discours positif sur le travail, la QVT désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises, d'autant plus quand leurs organisations se transforment, ce qui fut le cas pendant cette crise sanitaire. Celle-ci a en effet bouleversé les organisations de travail, dans la presque totalité des secteurs. L'adaptation s'est faite dans l'urgence, avec des conséquences sur les conditions de travail des salariés, la première période de confinement ayant servi de révélateur de certains dysfonctionnements, mais également des ressources existantes insuffisamment mises en valeur.

Il convient de capitaliser sur cette crise pour réduire les sources, organisationnelles, managériales ou individuelles, d'altération de cette QVT, et de renforcer les capacités d'adaptation, de travail en équipe et de prise en compte du sens du travail.

En parallèle, il est nécessaire de prendre en charge les personnels dont la santé mentale a été altérée par la crise.

Action 1 - Analyser les conséquences de la crise sanitaire sur le fonctionnement de chaque entreprise pour identifier les modifications organisationnelles, positives ou négatives, qu'elle a induites, réduire les facteurs délétères et promouvoir les solutions positives qui en sont issues.

Action 2 - Rappeler aux salariés et aux employeurs la possibilité de demander une consultation de santé au travail à tout moment, y compris pendant une période d'arrêt de travail ou de mise en situation de chômage partiel.

Action 3 - Proposer *via* les services de santé au travail un accompagnement psychologique aux salariés ayant été plusieurs mois en télétravail ou en arrêt de travail prolongé.

Recommandation 21 - Renforcer les actions de promotion et de prévention relatives aux professionnels de santé

Argumentaire : la crise sanitaire du Covid-19 a eu un impact important sur la santé mentale des soignants, et la littérature, portant sur cette crise ou sur les précédentes (SARS, MERS, H1N1), a mis en évidence un certain nombre de facteurs protecteurs ou, au contraire, délétères (doi: 10.1136/bmj.m1642).

Parmi les facteurs prédisposant à un impact psychologique, on retrouve des facteurs intrinsèques (genre féminin, âge jeune, préexistence d'une affection physique ou psychique, crainte d'infecter un membre de sa famille, présence d'enfants au domicile) ou extrinsèques (manque d'expérience professionnelle, contact avec des patients infectés, manque de soutien de la hiérarchie, disponibilité des équipements de protection individuels, manque de soutien social et stigmatisation en tant que soignant). Parmi les facteurs au contraire protecteurs, il est noté l'expérience professionnelle et une formation adéquate, l'équilibre de la vie professionnelle et extra-professionnelle avec la possibilité de pauses dans l'activité clinique, la confiance dans les mesures de prévention et un soutien social (institution et famille). L'accès à un soutien psychologique, la bonne communication avec les membres de l'équipe constituaient également des facteurs de protection. Les facteurs protecteurs ou délétères sont finalement assez peu spécifiques et on retrouve les éléments classiquement décrits dans les facteurs de risques dits « psychosociaux ». En outre, les auditions ont montré qu'il y avait finalement peu d'actions mises en œuvre à destination de ces professionnels (des guides essentiellement ou une plateforme d'écoute), y compris pour ceux qui ont été maltraités dans le contexte de crise en raison de leur profession et de leur exposition au Covid-19, quand bien même on peut espérer que les cas relatés soient exceptionnels. Pourtant de la littérature existe sur des interventions soit individuelles (sur le *coping* et la gestion des émotions, la relaxation, la thérapie musicale) ou groupales (actions de soutien par les pairs, multiniveaux).

Les mesures plus spécifiques pour les professionnels de santé, complémentaires à la recommandation précédente à mettre en œuvre sont ainsi :

Prévention primaire :

Action 1 - Mettre en œuvre une communication claire sur les risques,

Action 2 - Former aux spécificités de la maladie et de la prise en charge,

Action 3 - Renforcer les mesures de prévention et mettre à disposition les équipements de protection individuels adaptés et en nombre suffisant,

Action 4 - Favoriser les temps d'échange entre professionnels et veiller au respect du temps de travail et des repos réglementaires.

Prévention secondaire :

Action 5 - Promouvoir un accompagnement psychologique aux professionnels en cours de crise, et après celle-ci,

Action 6 - Lutter contre la stigmatisation des soignants et les maltraitances dont ils peuvent faire l'objet en raison de leur exposition au virus.

RECHERCHE ET ÉVALUATION

Recommandation 22- Développer les évaluations et la recherche sur les interventions en prévention et promotion de la santé mentale

Argumentaire :

- Les appels à projets (AAP) concernant spécifiquement la santé mentale sont insuffisamment soutenus, et cette thématique est rarement identifiée comme prioritaire dans les AAP de recherches généralistes sur les services de santé.
- Il existe peu de données en vie réelle ; la production de données récente, fortement impulsée par la crise, doit être pérennisée.
- Au-delà de l'intérêt à renforcer la production de ces données épidémiologiques descriptives, il faut surtout soutenir la recherche interventionnelle en santé des populations, c'est-à-dire celle qui permet de développer et de valider les solutions interventionnelles aux problèmes rencontrés en prenant en compte le contexte dans lequel elles se construisent, qu'elles soient de l'ordre du programme, de l'intervention, du dispositif ou d'un outil.

Action 1 - Suivre l'évolution des déterminants de santé mentale à distance de la fin de crise, notamment des indicateurs-clés généraux dont un score de bien-être mental, la prévalence des troubles anxieux et dépressifs, des troubles du sommeil, des conduites addictives, des conduites suicidaires mais également les impacts cités dans cet avis sur les différentes populations ainsi que des indicateurs de santé mentale positive comme le niveau de bien-être mental.

Action 2 - Mettre en place à l'échelle nationale un appel à projets récurrent de recherche interventionnelle en promotion de la santé mentale visant plus particulièrement l'élaboration et l'évaluation des interventions portant sur les facteurs protecteurs et les déterminants structuraux de la santé mentale, c'est-à-dire réalisées en dehors du système de santé.

Action 3 - Assortir d'un volet évaluatif la mise en œuvre d'actions issues des recommandations de cet avis du HCSP.

Action 4 - Intégrer systématiquement la question de la majoration/réduction des ISTS dans les évaluations (prise en compte du gradient social) et projets de recherche sur les interventions (dans les types d'interventions et leurs impacts en fonction du gradient social) visant la promotion de la santé mentale et la réduction des troubles psychiques.

Action 5 – Identifier les thématiques prioritaires des appels à projets à partir de l'état des recherches et de l'évolution de la situation de la santé mentale. À titre d'exemple, l'étude de l'impact de la crise sur les très jeunes enfants apparaîtrait comme une thématique prioritaire.

Action 6- Développer la recherche ou s'appuyer sur les expériences étrangères pour valider des outils de repérage de la dépression chez les personnes âgées pour la différencier des troubles neurodégénératifs.

Tableau récapitulatif des recommandations et actions associées avec la temporalité attendue de leur mise en œuvre. La crise sanitaire a permis de révéler certaines failles en matière de santé mentale en France. Le travail du HCSP sur cet avis a mis en lumière l'importance de tenir compte de la crise mais aussi de cibler des transformations durables de l'organisation du champ de la santé mentale. Ces dernières déterminent en partie l'efficacité attendue des recommandations liées explicitement à la crise. Ce tableau présente, dans un souci d'opérationnalité, les recommandations dont nous pensons qu'elles pourraient être mises en place dans les mois à venir, ainsi que celles, souvent structurelles, à plus long terme.

Numéro	Intitulé de la recommandation	Actions	Court terme
1	Coordonner une politique interministérielle de santé mentale	Action 1 - Définir une stratégie nationale interministérielle sur la santé mentale visant à organiser, structurer, coordonner et évaluer la santé mentale et qui pourrait s'inscrire comme un volet fort du Comité interministériel pour la Santé (CIS).	non
2	Soutenir et conforter les actions et les acteurs locaux qui œuvrent à renforcer et à restaurer les déterminants sociaux et structurels de la santé mentale à l'issue de la crise	Action 1 – Renforcer le rôle des collectivités territoriales (notamment les communes et communautés de communes) pour la promotion de la santé mentale, en privilégiant la contractualisation entre l'État et les collectivités territoriales, et en précisant la mission de l'ARS dans cette démarche. Ce rôle est justifié par leur proximité avec les citoyens, leur capacité à mobiliser les ressources et les réseaux locaux, et fonction de leur investissement propre dans les dispositifs relevant de la santé mentale.	oui
		Action 2 – Renforcer et soutenir les acteurs mobilisés par les communes afin de poursuivre leurs missions et restaurer les déterminants dégradés par la crise du Covid-19, notamment partager les initiatives menées via leurs réseaux respectifs (Association des maires de France (AMF), Villes-Santé de l'OMS, Élus, santé publique & territoires, Fabrique des territoires ...) et communiquer positivement sur leurs activités dans les médias.	oui
3	Organiser, coordonner et assurer l'équité d'action en santé mentale sur les territoires dans une logique globale de la promotion de la santé à la prise en charge des troubles psychiques	Action 1 – Systématiser l'existence d'un axe de prévention primaire-promotion de la santé mentale dans les Contrats locaux de santé (CLS) et dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM).	oui
		Action 2 – Intégrer plus systématiquement les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) dans l'élaboration et le renouvellement des Contrats locaux de santé (CLS) en vue de faire converger et de rendre complète l'offre de santé sur l'ensemble du territoire français : systématiser le fait que le CLSM constitue le volet santé mentale du CLS. Rendre de fait obligatoire la conclusion de CLS intégrant un volet santé mentale pour s'assurer de la diffusion sur l'ensemble du territoire français.	non
		Action 3 – Atteindre d'ici fin 2023 l'objectif de 600 CLSM sur le territoire français en leur donnant les moyens de leur action : un poste de coordonnateur dont le statut est clairement établi et des crédits fléchés au sein des ARS pour le financement, des possibilités de financement d'actions ponctuelles.	non
		Action 4 – Élaborer à l'échelle des territoires un répertoire des acteurs mobilisables pour promouvoir la santé mentale en direction de toutes les populations, et donner la mission et les moyens aux CLSM de faire ce <i>reporting</i> (financement	non

		des ARS, demandes de bilans d'activité annuels des CLSM via les ARS, recensements régionaux des CLSM actifs/en projet ...). Ce travail de <i>reporting</i> est appuyé par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM (grille de <i>reporting</i> , espace médiatisé).	
4	Systématiser le recours à des études d'impact en santé pour les mesures envisagées, dès lors qu'elles concernent l'ensemble d'une population, en tenant compte notamment du gradient social pour ne pas risquer de majorer les inégalités sociales de santé, y compris dans les situations d'urgence	Action 1 - Développer chez les professionnels impliqués dans la décision publique et en santé publique la culture des études d'impact en santé (EIS) à travers la formation initiale et continue de ces derniers.	oui
		Action 2 - Réaliser des études d'impact en santé permettant une analyse bénéfice-risque sur la santé globale, dont la santé mentale, des mesures prises dès lors qu'elles impactent toute une population. Ceci nécessite i) d'encourager et de systématiser l'usage des EIS dans les différentes arènes de décisions (nationales et infranationales) et ii) d'identifier un opérateur en capacité de les réaliser selon différents niveaux d'urgence. Ceci pourrait être une des missions du HCSP.	oui
		Action 3 a - Promouvoir en situation d'urgence l'usage d'EIS rapide afin de trouver rapidement des alternatives ou des adaptations à l'attention des populations pour lesquelles le rapport bénéfice-risque ne serait pas favorable. Action 3 b - Ne mettre en œuvre que les actions ayant une balance bénéfice-risque favorable à la santé globale. Action 3 c - Privilégier, dans le cas d'un rapport bénéfice-risque équilibré pour les populations, des mesures de réduction des risques et des dommages, élaborées et mises en œuvre en concertation avec les acteurs, les communautés et les élus locaux, les plus à même d'imaginer des adaptations et des alternatives.	oui
		Action 4 - Renforcer l'évaluation au fil de l'eau et en vie réelle des mesures prises, incluant notamment les répercussions sociales et en santé mentale des mesures de gestion de crise.	oui
		Action 5 - Privilégier une communication de crise bienveillante, aidante, réactive, compréhensible, et transparente sur les enjeux comme sur les solutions s'appuyant sur les données probantes en matière de communication en santé et sur les valeurs de l'éducation pour la santé. Inciter notamment à créer du lien et à sortir de l'isolement.	oui
5	Mettre en place des actions probantes universelles de renforcement des capacités d'adaptation (<i>coping</i>) et de gestion du stress pour toutes les populations et organiser leur déploiement sur les territoires	Action 1 - Poursuivre et renforcer les travaux menés par Santé publique France dans le cadre du portail de données probantes en permettant une mise à jour du site internet sur les interventions probantes, une mise en évidence des actions probantes de prévention et de promotion de la santé mentale disponibles en France, et la mise en œuvre d'une veille et d'une présentation des initiatives locales repérées comme prometteuses.	non
		Action 2 - Développer et mettre en œuvre un programme en ligne de renforcement des capacités d'adaptation (<i>coping</i>) et de gestion du stress fondé sur les données probantes à destination des adultes et des jeunes (programme adapté). Ce programme multimodal en ligne devra contenir plusieurs axes d'intervention issus des données et programmes probants : <ul style="list-style-type: none"> • psychoéducation portant sur la santé mentale, le bien-être et le stress • renforcement des compétences psychosociales favorisant l'adaptation aux situations difficiles (gestion du stress, régulation des émotions, résolution des problèmes et des conflits, prévention des addictions ...) 	oui

	<ul style="list-style-type: none"> • renforcement des facteurs de résilience (soutien social, sens et buts de vie, optimisme, estime de soi, sentiment de compétence, sentiment de maîtrise ...) • techniques psychocorporelles favorisant le bien-être et réduisant l'anxiété (exercices de relaxation, de yoga, de pleine conscience, thérapie musicale ...) • renforcement des habitudes de vie saine, notamment sur le sommeil, l'alimentation équilibrée, l'activité physique, la consommation de substances et exposition aux écrans, adaptées à l'âge et applicables en fonction de la situation des personnes. 	
	<p>Action 3 a - Regrouper tous les supports probants pour les enfants et mettre à la disposition des adultes en position d'éducation (parents, enseignants, éducateurs, animateurs ...) des supports d'intervention fondés sur les données probantes permettant de renforcer les capacités d'adaptation (<i>coping</i>) et de gestion du stress des enfants : activités de développement des compétences psychosociales des enfants, des parents et des éducateurs, interventions de psychologie positive, ateliers philo, activités psychocorporelles en particulier de pleine conscience et de yoga, activités psycho-artistiques. Ces supports devront être complétés par des propositions de formations des adultes à l'animation de ces ateliers.</p> <p>Action 3 b - Inclure dans les maquettes de formation initiale des enseignants, éducateurs, animateurs, professionnels de santé et médiateurs sociaux, et dans les formations continues de ces professionnels, la maîtrise des outils scientifiquement validés favorisant le développement des compétences d'adaptation et de gestion du stress.</p>	oui
	<p>Action 4 – Atteindre dans le cadre de l'organisation scolaire la recommandation de l'OMS d'une heure d'activité physique par jour pour chaque élève de la maternelle au lycée. Cette action peut être mise en œuvre sous deux formes combinables : i) intégrer dans l'organisation des enseignements comme dans l'aménagement de l'environnement (le cadre bâti) la possibilité de rompre la sédentarité en permettant aux élèves de bouger, se déplacer, s'étirer à intervalle régulier, de privilégier les pédibus, bureaux-vélos, etc. (tels que préconisés dans le rapport du HCSP de 2017 sur le PNNS4), ii) compléter la journée scolaire/périscolaire d'un temps d'activité physique animé par des intervenants en activité physique.</p>	oui
	<p>Action 5 - Mettre en œuvre des dispositifs de soutien par les pairs dans les milieux de vie et les institutions publiques (notamment les établissements de soin, les structures médico-sociales, les centres sociaux, les établissements scolaires, les universités, les structures de la petite enfance, les établissements pour personnes âgées, les administrations) de façon individuelle ou sous forme de groupe en présentiel et/ou sous forme de plateforme sociale en ligne.</p>	oui
	<p>Action 6 – Renforcer la lutte contre les addictions (avec ou sans produit) : ligne d'écoute, jeux d'évasion (<i>escape game</i>), site internet d'incitation brève avec <i>feedback</i> normatif sur les addictions et le bien-être (de type Addict'prév) ou le recours à des outils de réalité virtuelle ou immersive, repérage précoce par intervention brève chez les adolescents <i>via</i> des Consultations jeunes consommateurs (CJC) et les Maisons des adolescents, repérage des conduites addictives</p>	oui

		aggravantes (écrans, cannabis et protoxyde d'azote en particulier), entretiens motivationnels, thérapies cognitives et comportementales, thérapies familiales.	
		Action 7 - Organiser et accompagner à l'échelle nationale et régionale l'analyse de la transférabilité, le transfert et le déploiement des interventions probantes et prometteuses en prévention et promotion de la santé mentale par la mise à disposition de supports d'intervention et de formation. Cela suppose d'articuler les missions spécifiques de chacun des acteurs nécessaires, notamment l'ARS en tant que pilote de la politique régionale de santé, le CLSM en tant qu'animateur de la politique de santé mentale, SpF en tant qu'agence d'expertise en prévention et promotion de la santé développant le répertoire des données probantes et le Dispositif d'appui à la prévention et la promotion de la santé (DAPPS) ainsi que dans l'accompagnement régional à la qualité des interventions.	non
6	Mettre en œuvre des actions de prévention primaire ciblées et fondées sur les données probantes afin de réduire le stress et le mal-être des personnes en situation de vulnérabilité	Action 1 - Adapter et mettre à disposition une intervention psychologique brève en ligne (téléconsultation et modalités de <i>self-help</i> de type MoodGym inspirée des thérapies cognitives et comportementales à destination des populations adultes et jeunes, en situation de mal-être, notamment les populations à risque	oui
		Action 2 - Adapter, expérimenter, évaluer, faire connaître, et accompagner le déploiement de programmes de <i>coping</i> psycho-artistique (tel que <i>Playing to live program</i> , validé à l'étranger) fondés sur des données probantes. Ces programmes s'adresseront en priorité aux enfants en situation de vulnérabilité sociale, sanitaire et psychologique.	oui
		Action 3 - Adapter, expérimenter, évaluer, faire connaître et déployer si efficace, un programme validé à l'étranger de prévention du <i>burn out</i> /épuisement parental en présentiel et en ligne auprès de parents en situation de stress parental ou de mal-être.	oui
		Action 4 - S'assurer de la continuité de la réponse aux violences conjugales et adapter les dispositifs en période de restriction des déplacements (confinement, couvre-feu ...) afin de permettre la mise en sécurité des personnes menacées.	oui
		Action 5 - Dans la lignée des recommandations du rapport des 1000 premiers jours de l'enfant, mettre à disposition un « chèque parentalité » qui permettrait à tout parent qui le souhaite de bénéficier d'un programme de prévention de l'épuisement parental fondé sur des données probantes et organiser, si nécessaire, l'accompagnement de ces parents.	non
		Action 6 - Assurer une prise en charge psychologique ou un accompagnement pour les personnes souhaitant interrompre une grossesse.	oui
7	Renforcer les actions d'"aller-vers" vers les personnes en situation de fragilité soit du fait d'une	Action 1 - Mettre en place des actions d'interface entre les populations cibles et les dispositifs de prise en charge (dispositif d'appui à la coordination pour l'évaluation des besoins, équipes mobiles, plateforme 360).	oui
		Action 2 - Organiser et renforcer les actions de soutien aux aidants (familles ...).	oui

	pathologie psychiatrique ou du fait des conditions socio-économiques	Action 3 - Promouvoir l'entraide, la solidarité, notamment en ligne, entre personnes ayant des troubles psychiques.	oui
		Action 4 - Faire bénéficier d'une formation du type "Premiers secours en santé mentale" les professionnels des milieux sanitaires, médico-sociaux, socio-éducatifs au contact de populations notamment vulnérables (Maison des adolescents Point Accueil et Écoute Jeunes, centre communal d'action sociale (CCAS), mairie, enseignants et CPE (conseiller principal d'éducation), associations, etc.). Ces intervenants devront connaître le réseau des structures de santé mentale afin de pouvoir orienter au mieux les personnes. Ils pourront s'appuyer sur les CLSM pour créer puis développer une dynamique partenariale efficace. L'ARS pourrait lancer un appel à projets pour financer ces formations.	oui
		Action 5 - Doter toutes les structures recevant des personnes en difficulté, de personnels formés proposant des temps d'écoute (binôme psychologue et pair-aidant) et orientant vers les structures de proximité aptes à proposer une prise en charge appropriée.	non
		Action 6 - Développer la médiation en santé notamment dans les zones rurales, squats, bidonvilles, pour faire le lien entre les services.	non
		Action 7 - Accompagner les acteurs de l'aller-vers en termes d'outils (repérage, compétences psychosociales, réduction des risques) avec une coordination de proximité. Ces actions de proximité sont à envisager au plus près des lieux de vie (dont le milieu professionnel) en s'appuyant sur les collectivités locales, structures sanitaires médico-sociales et sociales, les associations et les entreprises.	oui
8	Soutenir et organiser le déploiement dans l'ensemble des milieux de vie des actions de prévention et promotion de la santé ciblant les déterminants majoritaires de la santé mentale	<p>Action 1 - Encourager le développement d'environnements bienveillants (école, université, milieu du travail ...) limitant les situations de stress et attentifs aux difficultés des individus et du personnel y compris en période de crise.</p> <p>Action 2 - Renforcer le lien social dans tous les milieux (quartiers, voisins, institutions, pairs/personnes d'âge différent) et le soutien social en reprenant les activités de groupe, les activités sociales et culturelles, loisirs avec des mesures de protection appropriées.</p> <p>Action 3 - Communiquer sur l'importance et les bénéfices de l'activité physique pour tous (y compris pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes âgées)³² et permettre, pendant la période de crise :</p>	oui

³² <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>

l'avis du HCSP du 6 juillet 2020 : « reprise d'une activité physique adaptée des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées pendant l'épidémie de Covid-19 » <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=875>,

		<ul style="list-style-type: none"> - la promotion de l'activité physique (campagnes de communication sur l'activité physique même en période de confinement³³) - la pratique d'une activité sportive ou de loisirs en adaptant les restrictions et les mesures d'hygiène, laisser ouverts des espaces naturels et des parcs. 	
9	Développer une culture partagée de la santé mentale auprès des populations et de l'ensemble des acteurs susceptibles de pouvoir y concourir	Action 1 - Mettre en œuvre une campagne de communication nationale récurrente sur la promotion de la santé mentale et le bien-être orientée vers l' <i>empowerment</i> des personnes et la promotion du site "ressources en prévention et promotion de la santé mentale", et l'adapter localement aux spécificités des personnes (littératie, conseils spécifiques).	non
		Action 2 - Mettre en œuvre une campagne de communication récurrente sur la santé mentale, les troubles psychiques et le recours aux soins, visant notamment la déstigmatisation. Par exemple, promouvoir une communication nationale positive sur le handicap psychique à visée déstigmatisante sur le modèle de la campagne "Et alors ?" et de la Zone d'expression contre la stigmatisation (ZEST)	Non
		Action 3a - Favoriser les interventions ayant pour objectif de lutter contre la stigmatisation de la santé mentale et l'exclusion sociale en s'appuyant sur les savoirs expérientiels de type "pair-aidance". Action 3b - Pérenniser les lignes d'écoute portées par des pairs-aidants pour développer des stratégies de compensation (ex : ligne d'écoute proposée par l'association ESPAIRS de professionnalisation et valorisation de la pair-aidance en santé mentale).	oui
		Action 4a - Élaborer un référentiel (et/ou un guide d'aide à l'action) sur la promotion de la santé mentale à destination des professionnels de santé, de l'éducation, du social et du médico-social. Action 4b - Inscrire dans la formation initiale et continue des professionnels de santé, de l'éducation, du social, du médico-social, des modules de promotion de la santé mentale centrés sur les stratégies efficaces.	oui
		Action 5 - Systématiser l'intégration dans les parcours éducatifs et les programmes des CESCE (comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement) des actions de promotion de la santé mentale et de déstigmatisation de la santé mentale, basées sur des référentiels et des stratégies fondées sur les données probantes.	non
10	Mettre à disposition sous une forme intégrée et cohérente des informations relatives à la santé mentale	Action 1 – Harmoniser et renforcer la visibilité des outils de repérage et d'orientation en santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> • Créer et animer un site national d'information unique ainsi qu'un numéro d'appel national unifié, permettant l'accès à des conseils pratiques, à des outils standardisés et validés d'auto-repérage, à des indications en faveur de l'auto-soin, à une information sur les services d'aide, sur les démarches à suivre pour se faire aider et à de l'orientation. 	oui

³³ « Maintenir une activité physique et limiter la sédentarité : l'Anses adapte ses repères au confinement ». <https://www.anses.fr/fr/content/maintenir-une-activit%C3%A9-physique-et-limiter-la-s%C3%A9dentarit%C3%A9-l%E2%80%99anses-adapte-ses-rep%C3%A8res-au>

		<ul style="list-style-type: none"> Mettre à disposition de la population et des sous-groupes (malades, aidants, professionnels) des outils standardisés et validés en langue française de repérage de la souffrance psychique et d'orientation vers les ressources disponibles afin d'initier un parcours de soins. Ces outils d'accès libre (en ligne et en présentiel) reposeraient prioritairement sur l'auto-évaluation afin d'en assurer un déploiement rapide. 	
		Action 2 - Mettre à disposition un répertoire des ressources (probantes et prometteuses) en santé mentale, centralisé et régulièrement actualisé spécifiant les interventions de promotion de la santé mentale, de prévention primaire et de soin en santé mentale (en ligne) ainsi que sur le repérage et la cartographie des ressources. Le site <i>Retab.fr</i> , fondé sur une alimentation auto-déclarative par les professionnels sous la supervision d'un modérateur, pourrait servir d'exemple.	non
11	Formuler un discours de santé publique cohérent sur la période périnatale, mettre en œuvre un parcours d'accompagnement et de soutien personnalisé pour les parents et leur bébé.	Action 1 - Identifier le plus précocement possible toute détresse parentale durant la grossesse et plus largement sur la période des 1000 premiers jours de l'enfant, afin d'en estimer l'ampleur et d'encourager la famille à faire une évaluation supplémentaire ou à être prise en charge rapidement.	oui
		Action 2 - Accentuer, sous l'impulsion et l'égide de la PMI, la systématisation de l'entretien prénatal précoce en cours de grossesse car il reste insuffisamment ou mal proposé aux femmes et aux couples durant la grossesse..	oui
		Action 3 - Mettre en place un suivi psychosocial très adapté pour les femmes enceintes ayant contracté le Covid-19.	oui
		Action 4 - Déployer au niveau national un outil systématique d'information des futurs parents et jeunes parents concernant sur les services publics et les différentes aides disponibles durant la période des 1000 premiers jours.	non
		Action 5 - Proposer à toute femme quelques jours après sa sortie de maternité (par un personnel formé : sage-femme, infirmière puéricultrice, psychologue, assistante sociale) un entretien téléphonique ou en visioconférence pour identifier ses besoins et attentes en cas de difficulté au retour et l'orienter vers les ressources locales (sur le modèle du dispositif Ariane expérimenté en Moselle).	oui
		Action 6 - Pérenniser les possibilités de téléconsultations de puéricultrices, des éducatrices de jeunes enfants et les plateformes téléphoniques de puéricultrices au sein des PMI.	oui
		Action 7 - Développer les équipes mobiles psy-périnatalité destinées à soutenir et accompagner les situations complexes ou les personnes en situation de plus grande fragilité sur le plan psychosocial.	oui
12	Concernant la population infanto-juvénile, renforcer	Action 1 - Réaliser et faire connaître un site internet validé à destination des parents et rassemblant les recommandations, les actions probantes qu'ils peuvent mettre en œuvre pour soutenir et développer la promotion de la	non

dans l'ensemble des milieux de vie les environnements et interventions favorables à la santé mentale et développementale des enfants et des adolescents	santé mentale de leurs enfants, et les différentes aides et dispositifs ressources durant la période des 1000 premiers jours. Être attentif à l'accès à tous et à la littératie.	
	Action 2 - Favoriser l'implantation et la généralisation des programmes validés de soutien à la parentalité auprès des professionnels de santé de la petite enfance (sage-femme, infirmière puéricultrice, pédiatre, médecin généraliste, psychologue, pédopsychiatre, médecin de PMI, médecin de santé scolaire), des enseignants de l'Éducation nationale et des professionnels du médico-social et de la protection de l'enfance (éducateur, psychologue).	non
	Action 3 - Inscrire dans la Convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et la Caisse nationale d'Allocations familiales (COG CNAF/État) le déploiement des programmes probants de soutien à la parentalité sur l'ensemble du territoire national : répertoire, accompagnement des acteurs, financements.	non
	Action 4 - Renforcer et soutenir l'inscription des établissements scolaires dans une démarche du type "Écoles promotrices de santé" (guide OMS).	non
	Action 5 - Réaliser pour chaque mesure de protection sanitaire qui s'applique dans les centres de loisirs, d'éducation et d'accueil une analyse bénéfice-risque de ces dernières au regard de la globalité de la santé des enfants (dimension mentale et développementale) (étude d'impact), de préférence à l'échelon local.	oui
	Action 6 - Soutenir le déploiement des programmes probants de développement des compétences psychosociales dans les milieux de vie et d'accueil des enfants sur l'ensemble du territoire national : partage des supports d'intervention, répertoire, accompagnement des acteurs, financements.	non
	Action 7 - Structurer et généraliser les actions de développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes de la maternelle au lycée (tel que mentionné dans le Parcours Éducatif de Santé de l'Éducation nationale) afin de permettre une mise en œuvre effective et accessible à tous, en veillant à associer les parents à ces projets pédagogiques de santé dans une démarche de co-éducation.	oui
	Action 8 - Systématiser dans les programmes scolaires l'éducation aux médias et à l'information.	non
	Action 9 - Favoriser les diverses actions de sensibilisation et de formation au repérage de la souffrance psychique auprès des différents acteurs de l'enfance (personnels soignants, personnels de l'Éducation nationale, protection de l'enfance, PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse), travailleurs sociaux, etc.).	oui
	Action 10 - Améliorer la lisibilité et renforcer l'accessibilité des différents dispositifs d'aide et d'écoute (Maison des adolescents, Fil santé jeune, Points Accueil et écoute jeunes) auprès des parents et de leurs enfants.	non

		Action 11 - Développer la structure du Canapmi (Comité d'animation nationale des actions de PMI) avec une assise réglementaire si besoin, en lui donnant un réel cadre d'impulsion pour donner de grands objectifs pluriannuels de politique de PMI (État, Conseils départementaux, CNAM).	non
		Action 12 - Soutenir les familles d'enfants ayant des difficultés sévères par le déploiement de maisons ou de lits de répit.	non
13	Renforcer le soutien psychologique et promouvoir la santé mentale des étudiants	Action 1. Développer une application pour le repérage et l'orientation en cas de besoin, et la présentation de techniques de promotion de la santé mentale pouvant être utilisées par les étudiants.	non
		Action 2. Développer de façon coordonnée au niveau local la mise en place de cellules d'écoute ou de lutte contre toutes les formes de harcèlement à l'université.	non
		Action 3. Poursuivre le renforcement des postes de psychologues dans les services de santé universitaires (SSU) associé à des conditions adéquates de salaire et de statut.	non
		Action 4. Transformer tous les SSU en centres de santé universitaires (CSU) afin d'augmenter l'offre de soins, allier les soins à la prévention en veillant à la continuité et à la répartition des moyens des deux missions « prévention et soins » en proposant un parcours de santé de proximité. Attribuer et flécher aux universités des financements supplémentaires pour leur permettre d'ériger les SSU en CSU car la Contribution à la vie étudiante et de campus (CVEC) est insuffisante.	oui
		Action 5. Mettre en place une structure nationale de type pôle national d'appui capable d'aider à former les médecins directeurs et personnels des SSU et les psychologues des SSU aux interventions probantes, leurs adaptations aux différents terrains, d'échanger sur les pratiques et d'aider à diffuser les bonnes pratiques, de faire remonter les données utiles au pilotage de la santé mentale en population étudiante.	non
		Action 6. Assurer la discrétion du rendez-vous et les conditions du secret professionnel pour toute consultation d'un étudiant en santé.	non
		Action 7. Mettre en place une structure dédiée à l'amélioration de la qualité de vie et d'études des étudiants. Afin de diminuer la part des risques psychosociaux imputables aux études et aux aspects académiques, cette structure devra notamment : <ul style="list-style-type: none"> • Prendre en compte l'intégralité des facteurs influençant la santé mentale des étudiants • Impulser des bonnes pratiques à destination des établissements d'enseignement supérieur (respect de la pause méridienne, une demi-journée par semaine banalisée pour permettre la pratique d'activités physiques, organisation des groupes d'étudiants sous formes de « classes » restant les mêmes pour plusieurs TD de manière à renforcer les liens sociaux entre étudiants) • Répertoire ou mettre en place des cellules locales, externes aux établissements, permettant à un étudiant en situation de mal-être du fait de ses études ou stage (harcèlement, violences sexistes et sexuelles, pressions...), d'être accompagné et extrait de la situation de maltraitance. Des sanctions, telle que la suspension de la personne mise en 	non

		cause et/ou de l'agrément d'un terrain de stage, doivent pouvoir être prises. Ces cellules devraient intégrer des représentants du Rectorat et des représentants de l'ARS, en particulier lorsqu'il s'agit d'étudiants en santé.	
14	Renforcer les dispositifs de soutien à la santé mentale en direction des personnes en situation de handicap psychique	Action 1 – Développer les sites web en faveur de l'inclusion sociale et du rétablissement des personnes en situation de handicap (dont www.psycom.org et www.centre-ressource-rehabilitation.org).	non
		Action 2 – Rehausser la valorisation financière de la prestation de compensation du handicap et la rendre accessible aux personnes en situation de handicap psychique.	non
		Action 3 - Favoriser le développement d'équipes mobiles destinées à prendre en charge les personnes en situation de handicap psychique qui ne peuvent pas aller vers les soins.	non
		Action 4 - Généraliser le <i>case management</i> (gestion de cas) en s'assurant que chaque personne ayant un parcours complexe est bien référée à un <i>case manager</i> (gestionnaire de cas).	non
15	Renforcer les dispositifs de soutien à la santé mentale en direction des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme ou un autre trouble du neurodéveloppement	Action 1 – Intégrer un volet portant sur les particularités liées aux troubles du spectre de l'autisme dans la campagne nationale de communication sur la santé mentale.	non
		Action 2 – Désigner des "ambassadeurs" concernés par ce type de troubles (permettant la montée en puissance de discours légitimes à l'instar de celui de Joseph Schovanec).	non
		Action 3 - Définir un label pour les établissements qui offrent un accueil approprié aux personnes ayant ce type de particularités.	non
16	Promouvoir la santé mentale positive au cours du vieillissement par des actions de PPSM adaptées aux besoins des personnes	Action 1. Redonner du pouvoir d'agir aux personnes âgées au niveau individuel et collectif, en améliorant les conditions de vie et de participation sociale, et en favorisant des interventions éducatives et psychosociales d'amélioration de la qualité de vie et d'adaptation aux besoins de l'avancée en âge.	oui
		Action 2. Lutter contre la stigmatisation du vieillissement en sensibilisant l'ensemble de la population générale par des messages de communication intergénérationnels positifs.	oui
		Action 3. S'appuyer sur l'ensemble des acteurs et dispositifs locaux des milieux de vie des personnes âgées (centre socio-culturel, centre d'animation de loisirs et sportifs, syndic de copropriété, conseils de la vie sociale, CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique), PTA (plateforme territoriale d'appui), maisons de santé, cabinets libéraux, Centre communal d'action sociale ...) et les mettre en lien avec les acteurs spécialisés en PPSM, pour développer la promotion de la santé mentale.	non

17	Mettre à disposition les moyens existants en PPSM et en développer de nouveaux intégrant les spécificités du vieillissement et des personnes âgées	Action 1. Renforcer la formation initiale et continue en PPSM de tous les professionnels de l'intervention auprès des personnes âgées, en particulier à l'endroit des récents infirmiers en Pratique Avancée (IPA) en gériatrie, mais aussi de manière générale à tous les professionnels sanitaires et médico-sociaux des dispositifs d'appui à la coordination, des médecins/infirmiers coordinateurs exerçant en institution, ainsi que des pairs-aidants.	non
		Action 2. Intégrer les spécificités du vieillissement dans le développement de plateformes ressources en PPSM, développer des ressources adaptées en direction des personnes âgées et de leurs aidants, et faciliter l'accès aux ressources des professionnels qui les accompagnent dans leurs différents milieux de vie.	oui
		Action 3. Renforcer les moyens humains en effectifs de psychologues dans l'ensemble des établissements et services d'accompagnement spécifiques des personnes âgées (hospitalisation à domicile (HAD), Service d'Aide à Domicile (SAAD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Résidence Service Autonomie ...) et faciliter l'accès au psychologue en inscrivant systématiquement son intervention dans le parcours de soins coordonné.	oui
		Action 4. Inciter au déploiement d'équipes mobiles pluridisciplinaires spécialisées en santé mentale du vieillissement (par exemple, sur le modèle des équipes de liaison en addictologie), intégrant les professionnels de l'intervention gériatologique, gériatrique, éducative, sociale, psychologique, médicale, paramédicale, ainsi que les pairs-aidants et les dispositifs d'entraide, que ce soit pour des interventions intra-hospitalières ou en ambulatoire et en ville.	oui
		Action 5. Appuyer le développement de l'accès à distance aux consultations et aux soins de prévention en santé mentale et en faciliter l'accès aux personnes âgées et à leurs aidants.	oui
		Action 6. Mobiliser l'ensemble des ressources et moyens en PPSM par un pilotage coordonné des acteurs territoriaux de la santé mentale en lien avec les professionnels de la gériatologie et de la gériatrie.	oui
18	Mettre en place prioritairement les processus et dispositifs de détection précoce des troubles de la santé mentale auprès des personnes âgées fragiles, isolées ou en institution	Action 1. Favoriser le repérage des populations âgées les plus fragiles en déployant le principe du « aller-vers » et les moyens de lutte contre l'isolement (visites à domicile ...).	oui
		Action 2. Suivre l'évolution des troubles anxieux et dépressifs des sujets âgés avec l'appui des équipes d'intervention à domicile (HAD, service de soins infirmier à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), infirmiers libéraux ...), notamment chez les patients qui ont eu le Covid-19 en évaluant la consommation d'alcool, tabac et de substances psychoactives.	oui
		Action 3. Assurer la mise à disposition pour les médecins généralistes des outils d'évaluation d'anxiété/dépression (type échelle HAD : <i>Hospital Anxiety Depression</i>) et proposer une évaluation systématique répétée à 6 mois-1 an en post Covid-19 des patients infectés.	non

19	Améliorer les processus de prise de décision en période de crise sanitaire et renforcer les capacités d'appréciation des conséquences en matière de santé mentale des mesures de santé publique en direction des personnes âgées	Action 1. Réaliser pour chaque mesure qui s'applique dans les EHPAD, Résidence Service Autonomie et dans les structures d'intervention à domicile (SAAD, service de soins infirmier à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), HAD ...) une analyse bénéfice-risque de ces dernières au regard de la globalité de la santé des personnes âgées tenant compte de la santé mentale, par des études d'impact, et de préférence à l'échelon local.	oui
		Action 2. Favoriser, notamment au décours d'une période de crise sanitaire, les retours d'expérience (RETEX) sur les actions de PPSM qui fonctionnent ou pas, dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, accueillant ou intervenant auprès des personnes âgées.	oui
		Action 3. Piloter et animer à l'échelon local, par le biais des ARS ou des CLSM/PTSM, le partage de ces RETEX établissement/services, notamment sur les actions de résilience et en favoriser la diffusion.	oui
		Action 4. Mobiliser les compétences éthiques des professionnels de l'intervention auprès de la personne âgée pour discuter et capitaliser les expériences de PPSM vécues pendant la période de crise sanitaire et en produire des outils d'action et de formation à diffuser et transmettre aux acteurs de l'accompagnement.	oui
20	Renforcer les actions de promotion et de prévention relatives à la santé mentale au travail	Action 1 - Analyser les conséquences de la crise sanitaire sur le fonctionnement de chaque entreprise pour identifier les modifications organisationnelles, positives ou négatives, qu'elle a induites, réduire les facteurs délétères et promouvoir les solutions positives qui en sont issues.	oui
		Action 2 - Rappeler aux salariés et aux employeurs la possibilité de demander une consultation de santé au travail à tout moment, y compris pendant une période d'arrêt de travail ou de mise en situation de chômage partiel.	non
		Action 3 - Proposer <i>via</i> les services de santé au travail un accompagnement psychologique aux salariés ayant été plusieurs mois en télétravail ou en arrêt de travail prolongé.	oui
21	Renforcer les actions de promotion et de prévention relatives aux professionnels de santé	Prévention primaire : Action 1- Mettre en œuvre une communication claire sur les risques.	oui
		Action 2- Former aux spécificités de la maladie et de la prise en charge.	oui
		Action 3- Renforcer les mesures de prévention et mettre à disposition les équipements de protection individuels adaptés et en nombre suffisant.	oui

		Action 4 - Favoriser les temps d'échange entre professionnels et veiller au respect du temps de travail et des repos règlementaires	oui
		Prévention secondaire : Action 5 - Promouvoir un accompagnement psychologique aux professionnels en cours de crise, et après celle-ci.	oui
		Action 6 - Lutter contre la stigmatisation des soignants et les maltraitances dont ils peuvent faire l'objet en raison de leur exposition au virus	oui
22	Développer les évaluations et la recherche sur les interventions en prévention et promotion de la santé mentale	Action 1 - Suivre l'évolution des déterminants de santé mentale à distance de la fin de crise, notamment les indicateurs-clés généraux comme la prévalence des troubles anxieux et dépressifs, des troubles du sommeil, des conduites addictives, des conduites suicidaires mais également les impacts cités dans cet avis sur les différentes populations, ainsi que des indicateurs de santé mentale positive comme le niveau de bien-être mental.	oui
		Action 2 - Mettre en place à l'échelle nationale un appel à projets récurrent de recherche interventionnelle en promotion de la santé mentale visant plus particulièrement l'élaboration et l'évaluation des interventions portant sur les facteurs protecteurs et les déterminants structuraux de la santé mentale, c'est-à-dire réalisées en dehors du système de santé.	non
		Action 3 - Assortir d'un volet évaluatif la mise en œuvre d'actions issues des recommandations de cet avis du HCSP.	oui
		Action 4 - Intégrer systématiquement la question de la réduction des ISTS dans les évaluations (prise en compte du gradient social) et projets de recherche sur les interventions (dans les types d'interventions et leurs impacts en fonction du gradient social) visant la promotion de la santé mentale et la réduction des troubles psychiques.	non
		Action 5 - Identifier les thématiques prioritaires des appels à projets à partir de l'état des recherches et de l'évolution de la situation de la santé mentale. À titre d'exemple, l'étude de l'impact de la crise sur les très jeunes enfants apparaîtrait comme une thématique prioritaire.	non
		Action 6 - Développer la recherche ou s'appuyer sur les expériences étrangères pour valider des outils de repérage de la dépression chez les personnes âgées pour la différencier des troubles neurodégénératifs.	non

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du HCSP. Aucun conflit d'intérêt identifié.

La CS-MC a été consultée par vote électronique le 29 juin 2021 : 16 membres qualifiés sur 19 membres qualifiés votant, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 13 votants, 2 abstentions, 1 vote contre.

La CS-3SP a tenu séance le 6 juillet 2021 : 11 membres qualifiés sur 18 membres qualifiés votant étaient présents, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention, 0 vote contre.

Cet avis est dédié à la mémoire de Liana Euller-Ziegler, présidente de la Commission Maladies Chroniques, qui a été à l'origine de ces travaux, mais n'a pas pu voir leur achèvement.

Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe Relever les défis, trouver des solutions -Helsinki [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf
2. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. janv 2003;160(1):4-12.
3. Organisation mondiale de la santé, Murthy SRM. Rapport sur la santé dans le monde 2001: la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2001.
4. ICIS. Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive. Rapport sommaire [Internet]. 2009. Disponible sur: https://secure.cihi.ca/free_products/summary_mh_mar0309_f.pdf
5. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J, McRae L, Jayaraman G. Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. janv 2016;36(1):1-10.
6. Jean Cottraux J. La psychologie positive. Un nouveau modèle pour la psychothérapie et la prévention ? *PSN*. 1 nov 2008;6:175-80.
7. National Research and Development Centre, for Welfare and Health, Helsinki, Korkeila, Jyrki JA. Measuring aspects of health. 11 févr 2000;134.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
9. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 9 nov 2013;382(9904):1575-86.
10. Santé Publique France. Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 24 de l'enquête CoviPrev [Internet]. 2021 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/comment-evolue-la-sante-mentale-des-francais-pendant-l-epidemie-de-covid-19-resultats-de-la-vague-24-de-l-enquete-coviprev>
11. Epi phare. Usage des médicaments remboursés durant l'épidémie de Covid-19 en France-rapport 6 : point de situation jusqu'au 25 avril 2020 [Internet]. EPI-PHARE. 2021 [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport-6/>
12. Rolland B, Haesebaert F, Zante E, Benyamina A, Haesebaert J, Franck N. Global Changes and Factors of Increase in Caloric/Salty Food Intake, Screen Use, and Substance Use During the Early COVID-19 Containment Phase in the General Population in France: Survey Study. *JMIR Public Health and Surveillance*. 18 sept 2020;6(3):e19630.
13. Haesebaert F, Haesebaert J, Zante E, Franck N. Who maintains good mental health in a locked-down country? A French nationwide online survey of 11,391 participants. *Health Place*. nov 2020;66:102440.

14. Franck N et Zante E. Impact of recurrent lockdown on student mental health. L'Encephale Letter to the editor.
15. Empreinte Humaine. Baromètre T6 - Empreinte Humaine (1/3) – Infographie sur l'état psychologique des salariés français, un an de crise Covid-19 [Internet]. Empreinte Humaine. 2021 [cité 16 juin 2021]. Disponible sur: <https://empreintehumaine.com/tag/barometre-t6/>
16. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 1 juill 2021;126:252-64.
17. Azoulay E, Cariou A, Bruneel F, Demoule A, Kouatchet A, Reuter D, et al. Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. Am J Respir Crit Care Med. 15 nov 2020;202(10):1388-98.
18. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé; 2016.
19. Mangrulkar, Leena Vince-Whitman, Cheryl Posner, Marc. Life skills approach to child and adolescent healthy human development | Health and Education Resource Centre [Internet]. 2001 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/life-skills-approach-child-and-adolescent-healthy-human-development>
20. Alegría M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I, Wang Y, Alvarez K. Social Determinants of Mental Health: Where We Are and Where We Need to Go. Curr Psychiatry Rep. 17 sept 2018;20(11):95.
21. Alderton A, Villanueva K, O'Connor M, Boulangé C, Badland H. Reducing Inequities in Early Childhood Mental Health: How Might the Neighborhood Built Environment Help Close the Gap? A Systematic Search and Critical Review. Int J Environ Res Public Health. 29 avr 2019;16(9).
22. Farkhad F (last), Albarracín D. Insights on the implications of COVID-19 mitigation measures for mental health. Econ Hum Biol. janv 2021;40:100963.
23. Nations unies -Conseil des droits de l'homme. Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible [Internet]. Disponible sur: <https://undocs.org/pdf?symbol=fr/A/HRC/41/34>
24. Commission on Social Determinants of Health. Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé [Internet]. 2009. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>
25. EHESP Éric Breton (dir) Françoise Jabot (dir) Jeanine Pommier (dir) William Sherlaw (dir) Laurent Chambaud (Préface) Liane Comeau (Postface). La promotion de la santé : Comprendre pour agir dans le monde francophone - Livre [Internet]. 2020 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/promotion-de-sante/>
26. Magill E, Siegel Z, Pike KM. The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature. Psychiatr Serv. 1 déc 2020;71(12):1260-9.
27. Santé Publique France, Chan-Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique JM, Raude J, Arwidson P, du Roscoät E. La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et

- déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev, 23-25 mars et 30 mars-1er avril 2020) [Internet]. 2021 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: [/import/la-sante-mentale-des-francais-face-au-covid-19-prevalences-evolutions-et-determinants-de-l-anxiete-au-cours-des-deux-premieres-semaines-de-confi](#)
28. Pochard F, Kentish-Barnes N, Azoulay E. Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation. *Réanimation*. 1 oct 2007;16(6):533-7.
 29. Coroiu A, Moran C, Campbell T. Barriers and facilitators of adherence to social distancing recommendations during COVID-19 among a large international sample of adults [Internet]. *Plos One*. 2020 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239795>
 30. Germani A, Buratta L, Delvecchio E, Gizzi G, Mazzeschi C. Anxiety Severity, Perceived Risk of COVID-19 and Individual Functioning in Emerging Adults Facing the Pandemic. *Front Psychol* [Internet]. 2020 [cité 11 juin 2021];11. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.567505/full>
 31. Germani A, Buratta L, Delvecchio E, Mazzeschi C. Emerging Adults and COVID-19: The Role of Individualism-Collectivism on Perceived Risks and Psychological Maladjustment. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. mai 2020 [cité 11 juin 2021];17(10). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277425/>
 32. Han Q, Lin Q, Ni Z, You L. Uncertainties about the transmission routes of 2019 novel coronavirus. *Influenza Other Respir Viruses*. juill 2020;14(4):470-1.
 33. Witthöft M, Freitag I, Nußbaum C, Bräscher A-K, Jasper F, Bailer J, et al. On the origin of worries about modern health hazards: Experimental evidence for a conjoint influence of media reports and personality traits. *Psychol Health*. mars 2018;33(3):361-80.
 34. Junling Gao, Pinpin Zheng, Yingnan Jia et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak [Internet]. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231924>
 35. Bendau A, Petzold MB, Pyrkosch L, Mascarell Maricic L, Betzler F, Rogoll J, et al. Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 20 juill 2020;1-9.
 36. FAGE. Un an après : l'urgence d'agir pour ne pas sacrifier la jeunesse [Internet]. Disponible sur: https://www.fage.org/ressources/documents/3/6985-DP_09_05_21_Enquete_FAGE-IPSOS_Un_A.pdf
 37. Santé publique france. Activité physique et sédentarité des adultes pendant la période de confinement lié à l'épidémie de Covid-19 : état des lieux et évolutions perçues (CoviPrev, 2020) [Internet]. 2020 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [/import/activite-physique-et-sedentarite-des-adultes-pendant-la-periode-de-confinement-lie-a-l-epidemie-de-covid-19-etat-des-lieux-et-evolutions-percues](#)
 38. Deschasaux-Tanguy M, Druésne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *Am J Clin Nutr*. 6 avr 2021;113(4):924-38.
 39. Direction Marchés, études et prospectives. L'impact de la crise de la COVID-19 sur la consommation alimentaire en France : parenthèse, accélérateur ou élément de rupture de

- tendances ? [Internet]. Les études. Montreuil: FranceAgriMer; 2020. Disponible sur: https://www.franceagrimer.fr/fam/content/download/65172/document/15_CONSO%20COVID%20Impact%20tendances_vf.pdf?version=4
40. Guénée L, Le Méner E and Macchi O L. Aux guichets de l'aide alimentaire : les "nouveaux publics" du confinement ? (Paris et Saint-Denis, 29 avril- 19 mai 2020). (Juin 2020):132.
 41. Chantal Julia, Julia Baudry, Mathilde Touvier, Serge Hercberg. État des lieux des inégalités de santé liées à l'alimentation : analyse quantitative - à paraître. Vie sociale; 2021.
 42. Arnal C, Réguer-Petit M, Martin A, et coll. Etude flash sur les effets de la crise sanitaire (Covid-19) sur les publics reçus par les Restos du Coeur. Synthèse de l'étude. Agence Phare pour L'observatoire des restos du Coeur [Internet]. 2021. Disponible sur: https://www.restosducoeur.org/wp-content/uploads/2021/03/restos-du-coeur_etude_covid_publics_edition-2021.pdf
 43. DREES DC-L Pollak C and Rey S. Les inégalités sociales face à l'épidémie de Covid-19 - État des lieux et perspectives | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dubost C-L, Pollak C and Rey S) [Internet]. 2020 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/131647/1/dossiers_62.pdf
 44. Banque alimentaire. Les Banques Alimentaires publient le profil des bénéficiaires [Internet]. Banques Alimentaires. 2021 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.banquealimentaire.org/les-banques-alimentaires-publent-le-profil-des-beneficiaires-3879>
 45. Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2021 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: [/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19](https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19)
 46. Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al. Brief Report: Increased Addictive Internet and Substance Use Behavior During the COVID-19 Pandemic in China. Am J Addict [Internet]. 4 juin 2020 [cité 11 juin 2021]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300868/>
 47. Chaix B, Delamon G, Guillemassé A, Brouard B, Bibault J-E. Psychological distress during the COVID-19 pandemic in France: a national assessment of at-risk populations. Gen Psych. 1 déc 2020;33(6):e100349.
 48. Julianne Holt-Lunstad. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors: The Power of Social Connection in Prevention - Julianne Holt-Lunstad, 2021 [Internet]. 2021 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15598276211009454>
 49. Berkman LF, Melchior M, Chastang J-F, Niedhammer I, Leclerc A, Goldberg M. Social integration and mortality: a prospective study of French employees of Electricity of France-Gas of France: the GAZEL Cohort. Am J Epidemiol. 15 janv 2004;159(2):167-74.
 50. OMS Europe. Mental health and COVID-19 [Internet]. 2020 [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/mental-health-and-covid-19>
 51. Lehmillier JJ, Garcia JR, Gesselman AN, Mark KP. Less Sex, but More Sexual Diversity: Changes in Sexual Behavior during the COVID-19 Coronavirus Pandemic. Leisure Sciences. 1 mars 2021;43(1-2):295-304.

52. Jacob L, Smith L, Butler L, Barnett Y, Grabovac I, McDermott D, et al. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 juill 2020;17(7):1229-36.
53. Insee. Forte baisse des naissances en décembre 2020 et janvier 2021 | Insee [Internet]. 2021 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/5227830>
54. Almeida M, Shrestha AD, Stojanac D, Miller LJ. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*. déc 2020;23(6):741-8.
55. Thibaut F, van Wijngaarden-Cremers PJM. Women's Mental Health in the Time of Covid-19 Pandemic. *Front Glob Womens Health* [Internet]. 2020 [cité 11 juin 2021];1. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2020.588372/full>
56. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF). Les violences conjugales pendant le confinement : évaluation, suivi et propositions [Internet]. *Vie publique.fr*. 2020 [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/275675-violences-conjugales-pendant-le-confinement-evaluation-suivi-proposition>
57. SNMPMI, Christine Bellas-Cabane et Marie-Laure Cadart. Pratiques et réalités de la PMI et de la planification familiale à l'épreuve de l'épidémie de COVID-19 [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.snmpmi.org/IMG/pdf/etude_covid19-pmi_snmpmi_decembre2020_rapport_synthese.pdf
58. Tricco AC, Langlois EV. Rapid Reviews to Strengthen Health Policy and Systems: A Practical Guide [Internet]. Geneva, World Health Organization Alliance for Health Policy and Systems Research. 2017. Disponible sur: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&q=Tricco+AC%2C+Langlois+EV+%28eds%29%3A+Rapid+Reviews+to+Strengthen+Health+Policy+and+Systems%3A+A+Practical+Guide.+Geneva%2C+World+Health+Organization+Alliance+for+Health+Policy+and+Systems+Research%2C+2017>
59. Lamboy B. Synthèses de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes. *Sante Publique*. 20 juin 2013;S1(HS1):9-11.
60. Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes. *Sante Publique*. 2011;Vol. 23(HS):113-25.
61. Fredericks S, Miranda J, Sidani S, Abdul-Ali Farooqui M. Identifying evidence informed psychological interventions during the COVID-19 pandemic: Rapid review of the literature. *Brain Behav Immun Health*. déc 2020;9:100171.
62. Rauschenberg C, Schick A, Hirjak D, Seidler A, Paetzold I, Apfelbacher C, et al. Evidence Synthesis of Digital Interventions to Mitigate the Negative Impact of the COVID-19 Pandemic on Public Mental Health: Rapid Meta-review. *J Med Internet Res*. 10 mars 2021;23(3):e23365.
63. Marciniak MA, Shanahan L, Rohde J, Schulz A, Wackerhagen C, Kobylińska D, et al. Standalone Smartphone Cognitive Behavioral Therapy-Based Ecological Momentary Interventions to Increase Mental Health: Narrative Review. *JMIR Mhealth Uhealth*. 12 nov 2020;8(11):e19836.
64. Puyat JH, Ahmad H, Avina-Galindo AM, Kazanjian A, Gupta A, Ellis U, et al. A rapid review of home-based activities that can promote mental wellness during the COVID-19 pandemic. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243125.

65. Kunzler AM, Stoffers-Winterling J, Stoll M, Mancini AL, Lehmann S, Blessin M, et al. Mental health and psychosocial support strategies in highly contagious emerging disease outbreaks of substantial public concern: A systematic scoping review. *PLoS One*. 2021;16(2):e0244748.
66. Soklaridis S, Lin E, Lalani Y, Rodak T, Sockalingam S. Mental health interventions and supports during COVID- 19 and other medical pandemics: A rapid systematic review of the evidence. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2020;66:133-46.
67. Zhang M, Smith HE. Digital Tools to Ameliorate Psychological Symptoms Associated With COVID-19: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 21 août 2020;22(8):e19706.
68. Zaçe D, Hoxhaj I, Orfino A, Viteritti AM, Janiri L, Di Pietro ML. Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: A systematic review. *J Psychiatr Res*. avr 2021;136:319-33.
69. Zaçe D, Hoxhaj I, Orfino A, Viteritti AM, Janiri L, Di Pietro ML. Interventions to address mental health issues in healthcare workers during infectious disease outbreaks: A systematic review. *J Psychiatr Res*. avr 2021;136:319-33.
70. Chen R, Chou K-R, Huang Y-J, Wang T-S, Liu S-Y, Ho L-Y. Effects of a SARS prevention programme in Taiwan on nursing staff's anxiety, depression and sleep quality: a longitudinal survey. *Int J Nurs Stud*. févr 2006;43(2):215-25.
71. Maniuk T, Mok G, Schouela N, Thurgur L, Ho M, Fischer L, et al. Beyond survival: Practical wellness tips during the 2019 coronavirus disease pandemic. *CJEM*. 2020;1-5.
72. Shaygan M, Yazdani Z, Valibeygi A. The effect of online multimedia psychoeducational interventions on the resilience and perceived stress of hospitalized patients with COVID-19: a pilot cluster randomized parallel-controlled trial. *BMC Psychiatry*. 11 févr 2021;21(1):93.
73. Monroy-Fraustro D, Maldonado-Castellanos I, Aboites-Molina M, Rodríguez S, Sueiras P, Altamirano-Bustamante NF, et al. Bibliotherapy as a Non-pharmaceutical Intervention to Enhance Mental Health in Response to the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Systematic Review and Bioethical Meta-Analysis. *Front Public Health*. 2021;9:629872.
74. Buwalda FM, Bouman TK. Cognitive-behavioural bibliotherapy for hypochondriasis: a pilot study. *Behav Cogn Psychother*. mai 2009;37(3):335-40.
75. Wright J, Clum GA, Roodman A, Febraro GA. A bibliotherapy approach to relapse prevention in individuals with panic attacks. *J Anxiety Disord*. oct 2000;14(5):483-99.
76. Khoramipour K, Basereh A, Hekmatikar AA, Castell L, Ruhee RT, Suzuki K. Physical activity and nutrition guidelines to help with the fight against COVID-19. *J Sports Sci*. janv 2021;39(1):101-7.
77. Maugeri G, Musumeci G. Adapted Physical Activity to Ensure the Physical and Psychological Well-Being of COVID-19 Patients. *J Funct Morphol Kinesiol*. 29 janv 2021;6(1).
78. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, et al. Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 26 mars 2021;18(7).
79. Boldt K, Coenen M, Movsisyan A, Voss S, Rehfuess E, Kunzler AM, et al. Interventions to Ameliorate the Psychosocial Effects of the COVID-19 Pandemic on Children-A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 28 févr 2021;18(5).

80. Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? *Devenir*. 2014;Vol. 26(4):307-25.
81. Malboeuf-Hurtubise C, Léger-Goodes T, Mageau GA, Joussemet M, Herba C, Chadi N, et al. Philosophy for children and mindfulness during COVID-19: Results from a randomized cluster trial and impact on mental health in elementary school students. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 20 avr 2021;107:110260.
82. Ryan R, Deci E. Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *The American psychologist*. 1 févr 2000;55:68-78.
83. Holland M, Hawks J, Morelli LC, Khan Z. Risk Assessment and Crisis Intervention for Youth in a Time of Telehealth. *Contemp Sch Psychol*. 6 janv 2021;1-15.
84. Lo Moro G, Sonesson E, Jones PB, Galante J. Establishing a Theory-Based Multi-Level Approach for Primary Prevention of Mental Disorders in Young People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. janv 2020;17(24):9445.
85. Timko Olson ER, Hansen MM, Vermeesch A. Mindfulness and Shinrin-Yoku: Potential for Physiological and Psychological Interventions during Uncertain Times. *Int J Environ Res Public Health*. 14 déc 2020;17(24).
86. Yuan Y. Mindfulness training on the resilience of adolescents under the COVID-19 epidemic: A latent growth curve analysis. *Pers Individ Dif*. avr 2021;172:110560.
87. Gabrielli S, Rizzi S, Bassi G, Carbone S, Maimone R, Marchesoni M, et al. Engagement and Effectiveness of a Healthy-Coping Intervention via Chatbot for University Students During the COVID-19 Pandemic: Mixed Methods Proof-of-Concept Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 28 mai 2021;9(5):e27965.
88. Choi HK, Lee SH. Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*. 7 mars 2021;9(3).
89. Haute Autorité de Santé. LHSS, LAM et ACT : l'accompagnement des personnes en situation de précarité et la continuité des parcours - Soutien des LHSS et des LAM [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/recommandation_lhss_lam_act_08122020.pdf
90. Miron A, Brehm J. Reactance Theory - 40 Years Later. *Zeitschrift Fur Sozialpsychologie - Z SOZPSYCHOL*. 1 mars 2006;37:9-18.
91. Lazarus RS. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill; 1966.
92. Julia Griggs with Robert Walker. The costs of child poverty for individuals and society: a literature review [Internet]. JRF. 2008 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.jrf.org.uk/report/costs-child-poverty-individuals-and-society-literature-review>
93. Linda Cambon, Henri Bergeron, Patrick Castel. Quand la réponse mondiale à la pandémie de COVID-19 se fait sans la promotion de la santé [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/17579759211015131>
94. Roelandt J.L., Caria A., Angius M., et al 1. Santé Mentale en Population Générale : Images et Réalités (Smpg) : Présentation de La méthodologie d'enquête [Internet]. EM-Consulte. [cité 11 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/264477/-sante-mentale-en-population-generale-images-et-re>

95. Ozenne J. La stigmatisation en santé mentale dans le contexte de pandémie. L'information psychiatrique. 4 févr 2021;Volume 97(1):19-26.
96. Dubreucq J, Faraldo M, Abbes M, Ycart B, Richard-Lepouriel H, Favre S, et al. Narrative enhancement and cognitive therapy (NECT) to improve social functioning in people with serious mental illness: study protocol for a stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 8 févr 2021 [cité 11 juin 2021];22(1). Disponible sur: <https://link.gale.com/apps/doc/A653575585/HRCA?sid=googleScholar&id=c22f5a37>
97. Saïas T, Mörch C-M, Comtois J, Girard I, Bodard J, Gerhard J-L. Evaluer les besoins de toutes les femmes enceintes : étude-pilote du dispositif Ariane. à paraître.
98. Ministère des solidarités et de la santé. Rapport de la Commission des premiers 1000 jours Septembre 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
99. Organisation Mondiale de la Santé, Narasimhan M, Allotey P, Hardon A. Lignes directrices consolidées sur les interventions d'autoprise en charge en matière de santé, santé sexuelle et reproductive et droits connexes. *BMJ*. 1 avr 2019;l688.
100. Haut Conseil de la Santé Publique. Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [Internet]. Paris; 2009 nov [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
101. Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J Health Soc Behav*. 2010;51 Suppl:S28-40.
102. Santé Publique France. Environnement social précoce, usure physiologique et état de santé à l'âge adulte : un bref état de l'art. Numéro thématique. Les inégalités de santé au carrefour de la veille, de la prévention et de la recherche [Internet]. [cité 14 juin 2021]. Disponible sur: </notices/environnement-social-precoce-usure-physiologique-et-etat-de-sante-a-l-age-adulte-un-bref-etat-de-l-art-numero-thematique.-les-inegalites-de-san>
103. Wight D, Wimbush E, Jepson R, Doi L. Six steps in quality intervention development (6SQuID). *J Epidemiol Community Health*. mai 2016;70(5):520-5.
104. Macintyre S. The Black Report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med*. mars 1997;44(6):723-45.
105. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 8 juin 1991;337(8754):1387-93.
106. Richard Wilkinson and Kate Pickett S. *The Spirit Level : Why More Equal Societies Almost Always Do Better*. Allen Lane, London. Social Justice Research. 2009;25.
107. Haut Conseil de la Santé Publique. Évaluation d'impacts sur la santé (EIS) sur les documents de planification territoriale [Internet]. Paris; 2018 avr [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=638>
108. Organisation Mondiale de la Santé. Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action [Internet]. 2014. Disponible sur: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf
109. UNICEF. COVID-19 Global Risk Communication and Community Engagement Strategy | UNICEF [Internet]. 2021 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur:

<https://www.unicef.org/documents/covid-19-global-risk-communication-and-community-engagement-strategy>

110. ETUCARE : un programme numérique pour prendre soin de sa santé mentale quand on est étudiant | IREPS Bourgogne Franche-Comté [Internet]. 2021 [cité 4 mai 2021]. Disponible sur: <https://ireps-bfc.org/sinformer/etucare-un-programme-numerique-pour-prendre-soin-de-sa-sante-mentale-quand-est-etudiant>
111. Haut Conseil de la Santé Publique. Pour une Politique nutritionnelle de santé publique en France. PNNS 2017-2021 [Internet]. 2017 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=632>
112. Mikolajczak M, Brianda ME, Avalosse H, Roskam I. Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse Negl.* juin 2018;80:134-45.
113. Roskam I, Raes M-E, Mikolajczak M. Exhausted Parents: Development and Preliminary Validation of the Parental Burnout Inventory. *Front Psychol.* 2017;8:163.
114. Mikolajczak M, Roskam I. A Theoretical and Clinical Framework for Parental Burnout: The Balance Between Risks and Resources (BR2). *Front Psychol.* 2018;9:886.
115. Anclair M, Lappalainen R, Muotka J, Hiltunen AJ. Cognitive behavioural therapy and mindfulness for stress and burnout: a waiting list controlled pilot study comparing treatments for parents of children with chronic conditions. *Scand J Caring Sci.* mars 2018;32(1):389-96.
116. Bögels SM, Lehtonen A, Restifo K. Mindful Parenting in Mental Health Care. *Mindfulness (N Y).* juin 2010;1(2):107-20.
117. Duncan LG, Coatsworth JD, Greenberg MT. A Model of Mindful Parenting: Implications for Parent-Child Relationships and Prevention Research. *Clin Child Fam Psychol Rev.* sept 2009;12(3):255-70.
118. Duncan LG, Coatsworth JD, Greenberg MT. Pilot Study to Gauge Acceptability of a Mindfulness-Based, Family-Focused Preventive Intervention. *J Prim Prev.* sept 2009;30(5):605-18.
119. Nowak C, Heinrichs N. A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clin Child Fam Psychol Rev.* sept 2008;11(3):114-44.
120. Waters L. Using positive psychology interventions to strengthen family happiness: A family systems approach. *The Journal of Positive Psychology.* 2 sept 2020;15(5):645-52.
121. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé (Christian Saout - Jérôme Voiturier) [Internet]. *Vie publique.fr.* 2015 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/35006-cap-sante-rapport-en-vue-du-cahier-des-charges-des-experimentations-de>
122. Haute Autorité de Santé. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 29 juin 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2801497/fr/la-mediation-en-sante-pour-les-personnes-eloignees-des-systemes-de-prevention-et-de-soins

123. Inserm. Activité physique : Prévention et traitement des maladies chroniques | Inserm - La science pour la santé [Internet]. 2019 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>
124. Haut Conseil de la Santé Publique. Reprise d'une activité physique adaptée des personnes atteintes de maladies chroniques et des personnes âgées pendant l'épidémie de Covid-19 [Internet]. 2020 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=875>
125. ANSES. Maintenir une activité physique et limiter la sédentarité : l'Anses adapte ses repères au confinement | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. 2020 [cité 28 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.anses.fr/fr/content/maintenir-une-activit%C3%A9-physique-et-limiter-la-s%C3%A9dentarit%C3%A9-l%E2%80%99ances-adapte-ses-rep%C3%A8res-au>
126. Bauer A. The costs of perinatal mental health problems. Technical Report · [Internet]. 2014. Disponible sur: DOI: 10.13140/2.1.4731.6169
127. OFDT. Comportements de santé et bien-être des élèves de 11, 13 et 15 ans - HBSC et EnCLASS France 2018 [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2020/comportements-de-sante-et-bien-etre-des-eleves-de-11-13-et-15-ans-hbsc-et-enclass-france-2018/>
128. Abbott J-A, Klein B, Hamilton C, Rosenthal A. The impact of online resilience training for sales managers on wellbeing and performance. *E-Journal of Applied Psychology*. 2009;5(1):89-95.
129. Bekki J, Smith ML, Bernstein B, Harrison C. Effects of an online personal resilience training program for women in stem doctoral programs. *Journal of Women and Minorities in Science and Engineering*. 14 juin 2013;19(1):17-35.

Annexe 1 – Saisine de la Direction générale de la santé en date du 3 mars 2021



Subs-direction : Santé des populations et de la prévention
des maladies chroniques
Bureau de la santé mentale
Affaire suivie par Dr Pascale FRITSCH,
Tél. 01 40 56 42 06
pascale.fritsch@santepubliquefrance.fr

n° D. 21-066432

Direction générale de
la santé

Paris, le 03 MARS 2021

Le Directeur général de la santé

A

M. Franck Chauvin
Président du Haut Conseil
de la Santé Publique (HCSP)

OBJET : Saisine du Haut Conseil sur l'impact de la Covid-19 sur la santé mentale

L'enquête récurrente CoviPrev menée chaque mois par Santé publique France (personnes de 18 ans et plus) montre que la santé mentale des Français s'est significativement dégradée entre fin septembre et début novembre 2020, et particulièrement chez les jeunes : augmentation importante des états dépressifs pour l'ensemble de la population, doublement de leur prévalence entre fin septembre (11%) et début novembre (21%) qui se maintient à ce niveau depuis : en décembre et janvier, les états anxieux et dépressifs (29% des personnes interrogées en janvier) ainsi que les problèmes de sommeil (67%) se maintiennent à un niveau élevé, sans évolution significative par rapport à novembre.

Il est à craindre que cette aggravation ne s'amplifie, notamment en cas de nouveau confinement, et au vu des difficultés socio-économiques qui s'annoncent. Les populations concernées sont diverses et regroupent des personnes suivies pour des maladies psychiatriques, et également une très grande partie de la population générale, qui ne nécessite pas une prise en charge psychiatrique mais justifie d'une attention particulière.

Le Ministère chargé de la santé a déjà pris des mesures pour répondre à ces besoins, un plan de réponse est en cours de mise en place, mais je souhaite disposer de recommandations complémentaires sur ce qu'il faudrait faire de plus, notamment sur quels déterminants il serait nécessaire d'agir pour améliorer la situation actuelle. Plus que jamais des mesures de prévention et de promotion en santé mentale sont nécessaires.

14 AVENUE DUQUERNE – 75350 PARIS 07 SP
TEL. 01 40 56 60 00 - WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR

Aussi, je sollicite votre expertise pour examiner l'évolution des principaux déterminants de santé mentale de la population pendant la crise de la Covid.

A partir de cette analyse, vous identifierez les actions à mettre en œuvre pour améliorer notre réponse dans le champ de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles psychiques dans le contexte de la Covid. Vous tiendrez compte de ce qui est déjà en place au niveau national et dans les territoires, ainsi que d'actions mises en place dans d'autres pays qui vous sembleraient pertinentes.

Vous proposerez des recommandations permettant dans le contexte, de promouvoir au mieux la santé mentale et prévenir la souffrance psychique : quelles mesures urgentes mettre en œuvre en période de crise Covid ? Sur quels déterminants faut-il agir en priorité ?

Vous apporterez une attention particulière aux mesures susceptibles de diminuer les inégalités de santé sociales et territoriales, ainsi que celles pour les publics vulnérables, dont personnes avec un handicap psychique, personnes en situation de précarité, étudiants...

Je souhaite recevoir votre avis d'ici le 15 juin 2021. Mes services sont à votre disposition pour appuyer votre démarche.


Le Directeur Général Adjoint de la santé

Jérôme SALOMON
Maurice-Pierre PLANEL

Annexe 2 - Composition du groupe de travail dédié « Covid-19 et santé mentale »

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » (Cs-3SP) :

- Eric BRETON
- Frédérique CLAUDOT
- Maxime GIGNON
- Philippe MICHEL, pilote du groupe de travail
- Matthieu SIBÉ

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Maladies chroniques »

- Linda CAMBON, co-pilote du groupe de travail
- Pascale DUCHÉ
- François EISINGER
- Liana EULLER-ZIEGLER, pilote du groupe de travail †
- Marcel JAEGER
- Isabelle MILLOT

Membres qualifiés de la Commission spécialisée « Maladies infectieuses et maladies émergentes » (Cs-MIME) :

- Eric BILLAUD
- Jean-François GEHANNO

Autres membres du GT

- Catherine BROUTIN PILOTT, UNAFAM
- Marc CHANELIÈRE, médecin généraliste, MCU-MG, Collège de la médecine générale
- Pierre FOURNERET, pédopsychiatre. Professeur des Universités à l'université Claude Bernard Lyon 1 & Chef de service adjoint aux Hospices Civils de Lyon.
- Nicolas FRANCK, Professeur de psychiatrie à l'université Claude Bernard Lyon 1, chef du pôle Centre rive gauche et responsable du Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive (CRR) au Centre hospitalier Le Vinatier, Lyon, co-pilote du groupe de travail
- Béatrice LAMBOY, Santé publique France
- Déborah SEBBANE, CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale)
- Rebecca SHANKLAND, Professeur de psychologie du développement, Chercheur en psychologie positive et santé mentale positive. Laboratoire DIPHE, Développement, Individu, Personnalité, Handicap, Education, université Lumière Lyon 2
- Jocelyne TERRAND, ancienne Directrice de la Protection de l'Enfance, département de la Loire

Secrétariat général du HCSP :

- Marie-France d'ACREMONT, coordinatrice de la Cs-MC
- Ann PARIENTE-KHAYAT, coordinatrice de la Cs-3SP

Annexe 3 – Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée avec l'appui du Bureau van Dijk Information Management dans le cadre d'un marché public.

Pour répondre aux cinq questions liées à la recherche bibliographique, la stratégie de recherche suivante a été appliquée :

- Date d'antériorité retenue pour la sélection des informations pertinentes :
 - o Le 1^{er} janvier 2000 pour les références bibliographiques concernant les déterminants de la santé mentale associées à la France.
 - o Le 1^{er} janvier 2020 pour les références bibliographiques concernant les déterminants de la santé mentale associées aux 10 pays étrangers.
- Etablissement d'une dizaine de mots-clés en français et en anglais rubriqués dans 5 champs sémantiques qui seront croisés pour l'identification et la sélection de l'information pertinente :
 - o Champ sémantique SANTE MENTALE (SANTE MENTALE ou DEPRESSION ou ANXIETE ou FATIGUE ou STRESS ou BIEN-ETRE),
 - o Champ sémantique COVID (COVID ou COVID-19 ou CORONAVIRUS ou SARS ou SARS-COV-2 ou PANDEMIE ou EPIDEMIE),
 - o Champ sémantique DETERMINANTS DE SANTE MENTALE (DETERMINANTS ou DETERMINANTS SOCIAUX ou DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE ou DETERMINANTS DE LA SANTE MENTALE ou DISPARITÉ DE L'ÉTAT DE SANTÉ ou CORRELATS ou FACTEURS INDIVIDUELS ou FACTEURS FAMILIAUX ET RELATIONNELS ou FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX),
 - o Champ sémantique INTERVENTIONS / POLITIQUE DE SANTE (POLITIQUE DE SANTE ou RECOMMANDATIONS ou PROMOTION DE LA SANTÉ ou INTERVENTION OU PRÉVENTION FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES ou INTERVENTION COMMUNAUTAIRE ou COMMUNICATION ou ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE EFFICACE ou SANTÉ COMMUNAUTAIRE ou RECHERCHE INTERVENTIONNELLE ou RECHERCHE-ACTION ou PRÉVENTION DES TROUBLES (PSYCHIQUES) ou DÉPISTAGE, REPÉRAGE ou SOIN, THÉRAPEUTIQUE (TRAITEMENTS : PSYCHOTHÉRAPIES, PSYCHOTROPES) ou RÉADAPTATION),
 - o Champ sémantique INEGALITES SOCIALES DE SANTE (INEGALITES SOCIALES ou INEGALITES SOCIALES DE SANTE ou INEGALITES SOCIOECONOMIQUES ou DEFAVEUR ou DESAVANTAGE ou DISPARITES SOCIALES ou VULNERABILITE ou PRECARITE ou PAUVRETE ou UNIVERSALISME PROPORTIONNE).
- Etablissement d'une vingtaine de mots-clés en français et en anglais rubriqués dans un champ sémantique complémentaire qui sera exploité pour la caractérisation des déterminants de la santé mentale susceptibles d'être mentionnés dans les références pertinentes et initialement établi à partir de la classification de l'OMS, dont ICD-10 et ICD-11, voire d'autres institutions.
- Recherche d'information à partir de l'interrogation des moteurs de recherche existants au sein des sites Internet d'une sélection d'institutions d'expertise médicale et scientifique spécialisées en santé mentale (en portant une attention particulière aux bases documentaires qui y sont intégrés) ou par consultation directe de leur page dédiée à la Covid-19 ou aux recommandations le cas échéant en politique de santé mentale en France.
- Recherche d'information à partir de l'interrogation des moteurs de recherche existants ou des sites Internet des gouvernements et des ministères de la santé et des affaires sociales des 10 pays étrangers retenus pour l'analyse, ou par consultation directe de leur page dédiée à la Covid-19 le cas échéant, dont Allemagne, Australie, Belgique, Canada, États-Unis, Italie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni et la Suède :
 - o Pays étrangers avec une tradition de politique sociale (Allemagne, Italie),
 - o Pays étrangers avec une forte proportion de cas de Covid-19 (Belgique, États-Unis, Pays-Bas, Royaume-Uni),
 - o Pays étrangers avec une approche spécifique de la pandémie (Nouvelle-Zélande, Suède),
 - o Pays étrangers avec une faible proportion de cas de Covid-19 (Australie, Canada).
- Recherche d'information à partir de l'interrogation de sources web institutionnelles et documentaires internationales :
 - o Monde :

- OMS : <https://www.who.int/fr/home>
- UNICEF : <https://www.unicef.fr/>
- Banque mondiale : <https://www.banquemondiale.org/fr/home>
- OCDE : <https://www.oecd.org/social/> , <https://www.oecd.org/health/> , <https://www.oecd.org/coronavirus/en/policy-responses>
- La Tribune sur les Inégalités Sociales de Santé : <http://www.tribuneiss.com/>
- American Public Health Association : <https://www.apha.org/>
- Centre d'expertise et de référence en santé publique : <https://www.inspq.gc.ca>
- Réseau Santécom : <https://catalogue.santecom.qc.ca/>
- Veille informationnelle et scientifique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de l'île-de-Montréal : <http://veille.ccsmtl-biblio.ca>
- Portail Santé de Montréal au Canada : <https://santemontreal.qc.ca/population/>
- Queensland Government of Australia : <https://www.qld.gov.au/>
- Europe :
 - Observatoire européen des systèmes et politiques de santé : <https://www.euro.who.int/>
 - Comité européen des régions (CdR) : <https://cor.europa.eu>, <https://cor.europa.eu/en/engage/Pages/COVID19-exchangeplatform.aspx>
 - Moniteur des systèmes de santé et des politiques : <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>
 - Service national de santé (*National Health Service* - NHS) au Royaume-Uni : <https://www.nhs.uk/>
 - Institut national pour l'excellence de la santé et des soins au Royaume-Uni (*National Institute for Health and Care Excellence* - NICE) : <https://www.nice.org.uk/>
 - Centre régional de documentation sur la promotion de la santé du Piémont : <https://www.dors.it/>
 - Agence régionale de la santé et des affaires sociales des Pouilles : <https://www.sanita.puglia.it/web/ares/>
 - Portail de la Région Vénétie en Italie : <https://www.regione.veneto.it/>
 - Association nationale des municipalités italiennes : <http://www.federsanita.it/>
 - Agence de santé publique de Suède : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/>
 - Conseil du comté de Stockholm : <https://www.sll.se/>
 - Comité de santé publique de la Région Västra Götaland en Suède : <https://www.vgregion.se/folkhalsa>
 - Institut fédéral Robert Koch : https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html
 - Institut national de santé publique en Belgique : <https://www.sciensano.be>
- Portails et bases de données ouvertes en SHS :
 - *Directory of Open Access Journals* (DOAJ): <https://doaj.org/>
 - Isidore : <https://isidore.science/>
 - Projet Muse : <https://muse.jhu.edu/>
 - OpenEdition : <https://search.openedition.org/>
 - *Revue Covid Economics, Vetted and Real-Time Papers* du Centre de recherche économique et politique (Centre for Economic and Policy Research) : <https://cepr.org/content/covid-economics>
 - Portail politique Vox du Centre de recherche économique et politique (*Centre for Economic and Policy Research*) : <https://voxeu.org/>
 - Moteur de recherche Google Scholar : <https://scholar.google.com>
 - Portail ScienceDirect de l'éditeur Elsevier : <https://www.sciencedirect.com>

Annexe 4 - Liste des personnes/structures auditionnées ou ayant fourni une contribution écrite

Zinna BESSA, sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques à la Direction générale de la santé (DGS) et Raphaël CAPIAN, chef du bureau de la santé mentale à la DGS le 10 mars 2021 pour présenter la saisine

Réunion avec les référents santé mentale des ARS à l'initiative du Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP), le 6 mai 2021

Auditions réalisées entre le 9 avril 2021 et le 17 mai 2021

Frank BELLIVIER, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie et Patrick RISSELIN, Secrétaire général, le 9 avril 2021

Carole LE FLOCH, Conseil national des personnes accompagnées (CNPA), le 9 avril 2021

Xavier BRIFFAULT, sociologue, chargé de recherche CNRS, Cermes3, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société, le 12 avril 2021

Aude CARIA, directrice du Psycom, le 12 avril 2021

Claude FINKELSTEIN, présidente de la Fnapsy, le 12 avril 2021

Christophe TZOURIO, professeur d'épidémiologie, université de Bordeaux, Directeur du centre Inserm U1219 Bordeaux Population Health, Directeur scientifique de l'Espace Santé Etudiants, le 13 avril 2021

Florence THIBAUT, professeur de psychiatrie, adjointe au chef de service de Psychiatrie et Addictologie au CHU Cochin, Paris, le 14 avril 2021

Laurent EL GHOZI, président d'honneur et Gilbert HANGARD, président d'Élus santé publique et territoires (ESPT), le 14 avril 2021

Laurent GERBAUD, pôle de Santé Handicap Etudiant-Université Clermont-Auvergne, le 14 avril 2021

Alain MATHIOT, président de SOS Amitié France et François GOURDAULT-MONTAGNE en charge de la communication SOS Amitié, le 16 avril 2021

Eve BÉCACHE psychiatre, cheffe de service de la ligne LIVE, Florence CLÉMENTIN cheffe du pôle, Thierry ROCHET pédopsychiatre, le 16 avril 2021

Donata MARRA, présidente du Centre National d'Appui à la qualité de vie des étudiants en santé (CNA), le 16 avril 2021

Enguerrand DU ROSCOAT, Santé publique France, le 16 avril 2021

Patrick BELAMICH, président de la Fédération des CMPP et Amandine BUFFIÈRE, le 19 avril 2021

Agnès GINDT-DUCROS, directrice de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE), le 21 avril 2021

Philippe de BOTTON, président et Guillaume PEGON, membre du Conseil d'administration de Médecins du Monde, le 21 avril 2021

Marie-Aleth GRARD, présidente d'ATD Quart-Monde, le 21 avril 2021

Marine JEANTET, déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté et Chloé RAVOUNA, le 21 avril 2021

Jean-Michel DELILE, président de la Fédération Addiction, le 22 avril 2021

Romain DUGRAVIER, pédopsychiatre au Centre de psychopathologie périnatale, Institut Paris Brune, Centre hospitalier Sainte-Anne, Professeur associé Département de Psychologie - Université du Québec à Montréal (UQAM), le 23 avril 2021

Anne-Cécile CORNIBERT, chef de projets, Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, le 27 avril 2021

Maryse BONNEFOY, Marie-Christine COLOMBO, Cécile GARRIGUES et Pierre SUESSER, co-présidents du Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI), le 28 avril 2021

Arnaud WIEHN, vice-président, Chantal MANNONI, membre du Conseil d'administration de la Fabrique Territoires Santé, le 28 avril 2021

Béatrice BAYO, directrice de la FNEPE (Fédération Nationale des Ecoles des Parents et des éducateurs) et Michel WAWRZYNIAK, président de la FNEPE, le 28 avril 2021

Guillaume VAIVA, professeur de psychiatrie, service de Psychiatrie adulte & 59G08, Centre Hospitalier Universitaire de Lille – Hôpital Michel Fontan, Université de Lille – Lille Neurosciences & Cognitions, U1172 Inserm, Centre National de Ressources & Résilience pour les psychotraumatismes, le 28 avril 2021

Marie-Jeanne RICHARD, présidente de l'Unafam, le 29 avril 2021

Christine FERRON, déléguée générale de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes), le 29 avril 2021

Jean-Marc ANTOINE, administrateur, Hugo SI HASSEN, chargé de mission Santé de la Fédération des Acteurs de la Solidarité, le 29 avril 2021

Lucie SUPIOT, chargée de projet-co-référente santé mentale, Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, le 30 avril 2021

Francis BRUNELLE, adjoint au maire de Sceaux, Sarah REILLY, conseillère technique santé au Département action sociale, éducative, sportive et culturelle : Association des Maires de France et des présidents d'intercommunalité, le 30 avril 2021

Guillaume BRONSARD, président de l'Association nationale des Maisons des Adolescents, le 4 mai 2021

Thomas SAÏAS, Professeur - département de Psychologie - Université du Québec à Montréal, directeur de l'Equipe de recherche Epione : santé publique-santé communautaire, le 4 mai 2021

Emmanuel RUSCH, président et Pascal MELIHAN-CHEININ, secrétaire général de la Conférence nationale de santé (CNS), le 5 mai 2021

Pierre CZERNICHOW, président de la Fédération 3977, le 5 mai 2021

Anne-Sophie BARTHEZ, Directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), Christophe CASTELL, sous-directeur de la vie étudiante, Christine SALOMÉ, Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, le 17 mai 2021

Brigitte MOLTRECHT, Conseillère technique, Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO), Benoit ROGEON, Chef de bureau de la santé et de l'action sociale, Françoise PETREAU, sous-directrice action éducative à la DGESCO, Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports, le 17 mai 2021

Noël POMMEPUY, pédopsychiatre, EPS Ville-Evrard (93), le 17 mai 2021

Contributions écrites auprès de :

Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), Olivier GUERIN, le 1^{er} mai 2021

Espairs, Camille NIARD (présidente), le 5 mai 2021

Didier JOURDAN, titulaire de la chaire Unesco et directeur du centre collaborateur OMS “ÉducationS & Santé”, le 8 mai 2021

FAGE – Fédération des Associations Générales Étudiantes, Mamadou NDOYE, Vice-Président en charge des Affaires de Santé, le 12 mai 2021

Pierre VIDAILHET, professeur de psychiatrie, CHRU Strasbourg

Annexe 5 – Trame indicative d’audition

Saisine relative à l’impact du Covid-19 sur la santé mentale

La personne auditionnée comme toute personne apportant son concours au Haut Conseil de la santé publique (HCSP) **susceptible d’avoir un lien d’intérêts privé ou public constitutif d’un conflit d’intérêts avec l’objet de la saisine en informe le président de séance.**

La personne auditionnée est également **soumise à une obligation de confidentialité**, qui couvre non seulement ce qui lui a été confié au cours de l’audition, mais aussi ce qu’elle a vu, entendu ou compris.

Le HCSP s’engage à préserver le caractère confidentiel des informations données et propos tenus par l’intéressé dans le cadre de la présente audition.

Dans le cadre de la crise sanitaire Covid-19, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi le 3 mars 2021 par la Direction générale de la santé (DGS) sur l’impact du Covid-19 sur la santé mentale.

Il s’agit en particulier d’identifier les actions à mettre en œuvre pour améliorer la réponse dans le champ de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles psychiques dans le contexte du Covid-19 et d’examiner l’évolution des principaux déterminants de santé mentale de la population pendant la crise du Covid-19.

Cette saisine porte à la fois sur des personnes suivies pour des maladies psychiatriques, et également une très grande partie de la population générale, qui ne nécessite pas une prise en charge psychiatrique mais justifie d’une attention particulière. La réponse du HCSP est demandée pour le 15 juin 2021.

En pratique, il s’agit d’émettre des recommandations supplémentaires aux mesures proposées par le Ministère en charge de la santé en vue d’améliorer la santé mentale de la population française, en prenant en compte les données après évaluation des démarches innovantes à partir des initiatives territoriales et des interventions à l’étranger (benchmark).

Cette réflexion devra s’inscrire dans la volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Afin de répondre à cette saisine, le HCSP a mis en place un groupe de travail *ad hoc* piloté par Philippe Michel, président de la Commission spécialisée « Système de santé et sécurité des patients » du HCSP (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/personne?clef=2150>) et Liana Euller-Ziegler, présidente de la Commission spécialisée « Maladies chroniques » du HCSP (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/personne?clef=2672>).

Le GT dans un premier temps a défini 5 questions évaluatives :

Question 1 : Quels sont les principaux déterminants modifiables à prendre en compte ? Et quelle est l’évolution des principaux déterminants pendant la crise Covid-19 ?

Question 2 : Quelles sont les interventions probantes en France et à l’étranger ? Quelles sont les actions de promotion et de prévention en santé mentale ?

Question 3 : Quelles sont celles qui permettent de favoriser le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique par la population, et le recours aux soins ?

Question 4 : Quelles sont les interventions prometteuses les plus fréquentes dans le cadre des contrats territoriaux, état des lieux des PTSM (Projet territorial de santé mentale)?

Question 5 : Quelles mesures sont susceptibles de diminuer les ISTS (inégalités sociales et territoriales de santé) ?

Date de l’audition :

Nom(s) et qualité de la ou des personne(s) auditionnée(s) :

.....

-
- 1) Présentation de la personne auditionnée, de ses fonctions et missions, et de ses éventuels liens d'intérêts en rapport avec la saisine
 - 2) Quelle est votre expérience dans le champ des questions concernant la santé mentale en lien ou non avec le Covid-19 ?
 - 3) Dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19, quels sont à votre avis les principaux déterminants qui ont été impactés ? (en distinguant les déterminants modifiables et non modifiables)
Quelle en a été l'évolution depuis le début de la crise ?
Avez-vous des informations sur ces déterminants selon les publics ? (population générale, patients pris en charge en psychiatrie, population des enfants, jeunes, des étudiants, des personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité, ...) ?
Qu'en est-il des déterminants individuels du recours aux soins dans le cadre de la souffrance psychique ? (en distinguant la capacité d'auto-évaluation et la possibilité d'accès réel à une prise en charge effective),

Merci de préciser sur quelles sources vous appuyez votre réponse (études publiées/non publiées/expérience personnelle)

- 4) Sur quels déterminants, vous semble-t-il nécessaire et possible de mettre en place des actions de façon prioritaire, à court terme, moyen terme ?
Question déclinée si possible par type de publics (population générale, patients pris en charge en psychiatrie, population des enfants, jeunes, des étudiants, des personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité, ...) ?
- 5) Connaissez-vous des interventions probantes (évaluées) de type actions de promotion et de prévention en santé mentale en France et à l'étranger qui pourraient être déclinées sur le territoire français ?
Visant des déterminants de santé mentale de manière directe ou indirecte
- 6) Connaissez-vous des interventions prometteuses ou des innovations de terrain et développées dans les territoires pendant la crise Covid-19 ?
Visant des déterminants de santé mentale de manière directe ou indirecte
Dans quel cadre ont-elles été développées ?
Y a-t-il des données d'évaluation ?
Quel type de public est visé ? (y compris les professionnels en contact avec les patients, les publics vulnérables, milieux médico-sociaux, sociaux, éducatifs).
A votre avis, est-ce qu'elles pourraient être développées, pérennisées et déclinées sur les autres territoires ? Dans quelles conditions ?

Avez-vous aussi des idées d'interventions qui pourraient être proposées ?
Avez-vous des documents que vous pourriez nous transmettre ?
Nom des personnes contacts éventuels ?
- 7) Connaissez-vous des interventions probantes susceptibles de favoriser le repérage, la prise de conscience de la souffrance psychique par la population, et le recours aux soins, et développées dans les territoires pendant la crise Covid-19 ?
Visant des déterminants de santé mentale de manière directe ou indirecte

Ces actions sont-elles déclinées selon les publics (population générale, patients pris en charge en psychiatrie, population des enfants, jeunes, des étudiants, des personnes âgées, personnes en situation de handicap, en situation de précarité ...) ?

Dans quel cadre ont-elles été développées ?

A votre avis, est-ce qu'elles pourraient être développées, pérennisées et déclinées sur les autres territoires ? Dans quelles conditions ?

Avez-vous aussi des idées d'interventions qui pourraient être proposées ?

Nom des personnes contacts éventuels

- 8) Quelle stratégie vous semble pertinente pour prendre en compte les ISTS (inégalités sociales et territoriales de santé) et veiller à ne pas les accroître via les mesures qui seraient mises en place ?
- 9) Avez-vous des références, documents, expériences y compris internationales en matière de prévention/promotion de la santé mentale dans le contexte de la pandémie de Covid-19 ?

<p>Informations : Les éléments recueillis lors des auditions sont utilisés pour la rédaction de l'avis du HCSP mais ne figurent <i>pas in extenso</i> dans le document, seuls les noms et fonctions des personnes auditionnées y sont indiqués.</p>
--

Annexe 6

Tableau 1 – Principales mesures sur la santé mentale mises en place par le Ministère en charge de la santé

<ul style="list-style-type: none"> - Tableau de bord par SpF depuis février 2021 basé sur les passages aux urgences du réseau Oscour et SOS médecins - Enquête Coviprev complétée par une question sur les idées/pensées suicidaires pour la prochaine vague d'enquête - Ressources pour le grand public sur les sites de SpF et du Psycom, lignes d'écoute à partir du n° vert Covid, lignes d'écoute dédiées pour les étudiants - Grille de repérage des signes évocateurs nécessitant une prise en charge médicale précoce auprès, des professionnels de santé du secteur éducatif. - Mobilisation des acteurs de l'enfance et de la jeunesse avec la réunion du Comité pour la santé des enfants et des jeunes et de la Conférence de prévention étudiante - Poursuite du déploiement de la Formation aux premiers secours en santé mentale dans le milieu étudiant 	<ul style="list-style-type: none"> - MESRI : chèque psy, renforcement des SSU, emplois étudiants référents dans les cités universitaires - Campagne de communication grand public sur la santé mentale (SpF) - Mise en place d'une enquête pérenne sur la santé mentale des enfants (SpF et DREES) - Stratégie de déploiement des compétences psychosociales en cours d'élaboration. Santé publique France doit réaliser un référentiel des programmes probants d'ici l'été 2021 - Renforcement des psychologues dans différentes structures (MSP) pour un accès accru à des consultations prises en charge (Mesure Ségur) - Accélération du déploiement du numéro national de prévention de suicide pour le rendre disponible à l'automne prochain au lieu de début 2022 (lien avec les dispositifs d'écoute existants)
---	--

Tableau 2 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour la population générale adulte en situation de crise sanitaire Covid-19 dans différents pays.

Type d'interventions (Références)	Public	Description	Principaux effets sur les facteurs de risque et de protection	Principaux effets sur les problèmes de SM	Exemples
Programme psychologique en ligne (fondée sur la TCC) (61)(62)(63)	Adultes	Digital	- Compétences émotionnelles - Sentiment d'auto-efficacité	- Symptômes dépressifs - Symptômes anxieux - Bien-être - Stress - Consommation de substances psychoactives	MoodKit, MoodMission, and MoodPrism apps https://ecouch.anu.edu.au/welcome
Programme de thérapie musicale en ligne (64) (66)	- Population captive (prisonnier, Israël)		- Emotions difficiles : tristesse, peur, inquiétude - Fatigue	- Symptômes anxieux	
Programme de yoga (64)	Population captive (prisonniers, Suède, Royaume-Uni)		- Symptômes de stress	- Symptômes dépressifs - Symptômes anxieux	
Programme d'exercices physiques (64)	Population captive = Prisonniers		- Désespoir	- Symptômes dépressifs	

	(France, Grèce, Iran, Irlande, Italie, États- Unis,			-Symptômes anxieux -Stress -Souffrance psychologique	
--	---	--	--	--	--

Tableau 3 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour les professionnels de santé en situation de crise sanitaire du Covid-19.

Type d'interventions (synthèse de référence)	Public bénéficiaire	Description	Principaux effets sur les facteurs de risque et de protection	Principaux effets sur les problèmes de SM	Exemples
Programme psychologique et de psychoéducation (fondée sur la TCC) (61,65,66,69)	-Soignants (Covid-19) -Soignant (pendant et après Ebola)	-En présentiel (individuel ou groupe) -En ligne (téléphone, Internet)	-Relations interpersonnelles -Sommeil	-Symptômes anxieux -Symptômes dépressifs -Symptômes de stress - syndrome de stress post-traumatique -Bien-être	https://moodgym.com.au/ https://ecouch.com.au/
Programme de <i>coping</i> et de gestion du stress (61,65,66,69)	-Soignants (Covid-19) (hôpitaux)	-En présentiel -En ligne (<i>self-help</i>)	-Sentiment de compétence -Capacité de <i>coping</i> -Problèmes interpersonnels	-Symptômes anxieux -Symptômes dépressifs -Symptômes de stress	
Programme de pleine conscience en ligne (61,63)	Soignants		-Emotions positives -Résilience -Conscience de soi -Compassion -Satisfaction -Capacités de pleine conscience -Problèmes de sommeil, insomnies	-Symptômes de stress -Symptômes d'anxiété - <i>Burn out</i> -Symptômes dépressifs - syndrome de stress post-traumatique -Bien-être	https://www.headspace.com/ https://my.happify.com/ https://www.virusanxiety.com/ https://insighttimer.com/ https://www.pause4providers.com/

			-Fonctionnement physiologique		
Programme de thérapie musicale en ligne (64,66,69)	-Soignants (Unité Covid, Italie)		-Emotions difficiles : tristesse, peur, inquiétude -Fatigue	-Symptômes anxieux	Breathing Playlist, Energy Playlist and Serenity Playlist (83)
Soutien par les pairs (61,69)	Soignants (Covid)	-En groupe -En ligne -Avec mesure quotidienne de l'état émotionnel -Avec affirmations positives	-Emotions positives -Satisfaction vie, travail -Fonctionnement physiologique	-Symptômes anxieux -Bien-être	-The psychological health support scheme (69)
Interventions psychologiques multiniveaux (ateliers psychoéducatifs + repérage+ psychothérapie de groupe) (66)	Soignants (Ebola)			-Bien-être -Symptômes anxieux -Symptômes dépressifs	
Intervention multimodale de coping en institution (66,69)	Soignants (Covid-19) (Infirmières dans un hôpital de Taiwan, SARS)		-Sommeil	-Symptômes dépressifs -Symptômes anxieux	SARS prevention program (66,69) Personalized training (Covid-19) (69)

Tableau 4 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour les patients Covid-19 et les populations à risque pour raisons de santé en situation de crise sanitaire Covid-19.

Type d'interventions (synthèse de référence)	Public(s) bénéficiaire(s)	Description	Principaux effets sur les facteurs de risque et de protection	Principaux effets sur les problèmes de SM	Exemples
Programme de <i>coping</i> et de gestion du stress (61,66)	Patients (Covid-19)	-Intervention brève en présentiel -En ligne (<i>self-help</i>)	-Sentiment d'autoefficacité -Capacité de <i>coping</i> -Problèmes interpersonnels	-Symptômes dépressifs -Symptômes anxieux -Symptômes de stress	4-Session brief crisis intervention
Counseling et psychoéducation par téléphone (61,66,77)	- Population testée positive (Covid-19) -Population en quarantaine (Covid-19) -Population clinique ayant des problèmes de santé mentale	- Téléconsultations -Digital -Effets supérieurs lorsque digital + téléconsultation pour les patients ayant des problèmes de santé mentale -Contenus fondés sur les TCC		-Symptômes anxieux, -Symptômes dépressifs -Symptôme de stress -Bien-être - Troubles des conduites alimentaires - Consommations de substances psychoactives	
Programme de relaxation (64)	Patients Covid-19 (hôpital)		-Sommeil	-Symptômes anxieux	

Programme multimodal de coping et résilience (65,72)	Personnes avec maladies chroniques Patients atteints de Covid-19	Psychoéducation Auto-évaluation Gestion des émotions, cognitions Renforcement du bien-être Yoga, méditation Groupe, face à face TCC	-Relations sociales - Résilience	-Symptômes dépressifs - Stress perçu	- <i>Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach for Resilience and Transformation (SMART)</i> - 2 semaines, en ligne 14 modules (TCC, gestion du stress, <i>mindfulness</i> , psychologie positive) 1 module par jour (60 min) : vidéo, texte, 1-2 exercices par jour
Activité physique pour les patients (76,77)	Patients atteints de Covid-19	Activité physique adaptée : aérobie, marche nordique, yoga ...		-stress -symptômes anxieux -symptômes dépressifs	
Bibliothérapie (73)	Patients atteints d'hypochondrie, d'attaques de panique et de troubles de la personnalité sévères	-Lecture <i>self-help</i> – Manuels d'auto-traitement (<i>self-help</i>) sur la problématique ciblée		- symptômes hypochondriaques -attaques de paniques, symptômes anxieux -symptômes dépressifs - fonctionnement cognitif et social	

Tableau 5 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour les enfants en situation de crise sanitaire Covid-19.

Type d'interventions (Synthèse)	Public bénéficiaire	Description intervention	Principaux effets sur les facteurs de risque et de protection	Principaux effets sur les problèmes de santé mentale	Exemples
------------------------------------	---------------------	--------------------------	---	--	----------

Programme de <i>coping</i> psycho-artistique (66,78)	Enfants vulnérables (3 -18 ans) (dans zones infectés, Ebola)	-art-thérapie -thérapie par le jeu -yoga-thérapie -engagement communautaire Intervenants : cliniciens formés Durée : 3 ou 5 mois Adaptation culturelle		-Symptômes de stress	<i>Playing to Live program</i> (60,85)
<i>Programme de développement des CPS parentales en ligne</i> (79)	Parents		Attendus : stress, stress parental, sentiment compétence parentale	Attendus : bien-être	Essais en cours (79)
<i>Programme de développement des CPS parents et enfants en ligne</i> (79)	Enfants	-parents : supports, self-care -enfants : serious game -application		-Attendus parent : stress, engagement familial... -Attendus enfants : compétences sociale, fonctionnement comportemental	Essais en cours (79)
<i>Ateliers philo et pleine conscience en ligne</i> (81)	Enfants (école primaire) en	-en ligne (visio) -5 séances d'ateliers	-Sentiment d'autonomie,	Réduction des symptômes anxieux (ateliers philo)	

	période de Covid-19	philosophiques autour des questions soulevées par la crise et pleine conscience (1 h hebdomadaire pendant 5 semaines)	-Sentiment de compétence -Lien social (pleine conscience)		
--	---------------------	---	--	--	--

Tableau 6 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour les jeunes en situation de crise sanitaire Covid-19.

Type d'interventions (Références)	Public bénéficiaire	Description intervention	Principaux effets sur les facteurs	Principaux effets sur les problèmes SM	Exemples
Programme multimodal de coping et de gestion du stress (87)	Adolescents (13-14 ans) - Etudiants - Etudiants en santé (et une étude chez les doctorants ; Barry, 2019)	Psychoéducation (maladie...) Gestion des émotions, cognitions Renforcement du bien-être Yoga, méditation Groupe, Face à face -Digital Chatbot (discussions avec un coach digital) + Psychoéducation via vidéos	-Sentiment de maîtrise -Engagement social -Isolement social -Sentiment d'insécurité -Pleine conscience (non-jugement, description) -Résilience -Qualité de vie	-Stress -Symptômes anxieux -Symptômes dépressifs (certaines études)	<i>Strength-Focused and Meaning-Oriented Approach for Resilience and Transformation (SMART)</i> Pratiques evidence-based fondées sur les TCC, la psychologie positive, <i>Acceptance and commitment therapy</i> et la pleine conscience. Testé sur 4 semaines (87,128,129)
Programme de pleine conscience et lien avec la nature (79,83-85)	Adolescents Etudiants et universitaires	-Cycle de 8 séances hebdomadaires -Pleine conscience seule (ou avec bain de nature) -En présentiel ou en ligne avec des pratiques audio	-Emotions positives -Emotions négatives -Ruminations - Compétences émotionnelles - Résilience	-Détresse psychologique -Stress -Symptômes anxieux -Symptômes dépressifs	- Programme pour adolescents : 15 min de <i>mindfulness</i> audio par jour pendant 6 mois - <i>Mindful Student Study</i> (84), voir notamment Galante et al., 2018 : 8 séances de 2h30 en présentiel, fondé sur le manuel <i>Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world</i> - <i>Online Mindfulness-Based Stress Reduction program (MBSR)</i> (83) - <i>Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)</i> (83) -MBSR en milieu naturel (85)

Tableau 7 : interventions probantes de prévention et promotion de la santé mentale pour les personnes âgées en situation de crise sanitaire du Covid-19.

Type d'interventions (Références)	Description	Principaux effets sur les facteurs	Principaux effets sur les problèmes SM	Exemples
Plateforme sociale en ligne (62,88)	Fonctions favorisant la communication et les saines habitudes de vie	-Isolement social, solitude -Participation sociale	-Bien-être	<i>The Personal Reminder Information and Social Management (88)</i>

Annexe 7

Sites web des ARS/ Autres sites web/Sites web internationaux portant sur la santé mentale

ARS	Adresse internet site ARS Covid-19		Population	Nom	Numéro de téléphone – adresse mail – adresse site d'aide		
Auvergne-Rhône-Alpes	https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/covid-19-informations-au-grand-public		Tous		Document PDF à télécharger		
Bourgogne Franche Comté	https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/dispositif-de-soutien-des-etudiants-en-detresse-psychologique-1			Numéro vert national	0 800 130 000		
					0 805 23 23 36		
				Association SPS	Appli mobile Site www.soins-aux-etudiants.com		
			Cellules d'écoutes aux étudiants	Université BCF	03 81 66 55 66	Service d'écoute et de conseil tenu par des étudiants M2 psychologie	
				CROUS	06 27 86 91 83 et rdv.apsytude@gmail.com		
			Personnes en situation de handicap	AGEFIPH	0800 11 10 09 https://www.agefiph.fr/actualites-handicap/cellule-d-ecoute-et-de-soutien-psychologique		
	https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/covid-19-les-numeros-de-soutien-psychologique-dans-notre-region	Doubs				Document PDF à télécharger	
		Saône et Loire				Document PDF à télécharger	
				Unité de soutien psychologique en Saône-et-Loire	0 800 071 000		
Haut-Doubs					03 81 67 23 93		

				Cellule d'écoute de l'hôpital Nord Franche-Comté	03 84 98 35 77 et Cellule.ecoute@hnfc.fr	
		Yonne		Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) Yonne	03 86 94 38 08 03 86 94 38 06	
			Tous publics	Plateforme téléphonique de Besançon	03 81 66 88 22	
			Autisme	Centre ressources autisme Franche-Comté	03 81 21 82 44 et crafc@chu-besancon.fr	
		Pays Charolais - Brionnais			Document pdf à télécharger	
Bretagne	https://www.bretagne.ars.sante.fr/coronavirus-dispositifs-decoute-et-de-soutien-psychologique				Renvoi vers numéros nationaux Renvoi vers SPF	
Centre-Val de Loire				Numéro national vert	0800 130 000	
	https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/covid-19-dispositifs-decoute-et-de-soutien-psychologique-particuliers-professionnels-et-etudiants	Service départemental du Cher	Tous publics	Apléat Acep *	0 805 38 49 49	
	https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/covid-19-dispositifs-decoute-et-de-soutien-psychologique-particuliers-professionnels-et-etudiants	Service départemental du Loiret		Apléat Acep*	0 805 38 49 49	

	https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/soutien-aux-etudiants-en-detresse-psychologique		Soutien aux étudiants	Association SPS	0 805 23 23 36		
					Appli mobile		
					www.soins-aux-etudiants.com		
	https://www.occitanie.ars.sante.fr/covid19-soutien-psychologique-des-patients-familles-en-occitanie		Patients atteints de maladies neurodégénératives	Allô j'aide un proche	0 806 806 830		
	https://www.occitanie.ars.sante.fr/covid19-soutien-psychologique-des-patients-familles-en-occitanie		Tous publics	Renvoi au dispositif Psycom	Document pdf à télécharger		
Corse	https://www.corse.ars.sante.fr/covid-19-conduite-tenir-0			Numéro national vert	0800 130 000		
					Renvoi vers dispositifs nationaux		
Grand-Est	https://www.grand-est.ars.sante.fr/jai-besoin-dun-soutien-psychologique-covid-19-grand-public?parent=14305			Numéro national vert	0800 130 000	Coordonné par les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) et le Centre Régional du psychotraumatisme	
				Ardennes			03 24 56 63 47
				Meurthe et Moselle			03 83 85 82 00
				Meuse			801 90 89 55
				Moselle			03 87 33 33 33
				Bas-Rhin			03 88 11 62 20
				Autres départements			09 69 39 89 89
					Étudiants		Dispositif Santé psy étudiant
	Enfants	Forfait 100% psy enfants	https://www.gouvernement.fr/forfait-100-psy-enfants-10-seances-sans-avance-de-frais				

			Croix-Rouge et réseau national de l'urgence médico-psychologique -		0 800 130 000	
			Sites de référence et lignes d'aide à distance		https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/articles/covid-19-prendre-soin-de-sa-sante-mentale-pendant-l-epidemie	
Guadeloupe	https://www.guadeloupe.ars.sante.fr/coronavirus-informations-et-recommandations-0			Plateforme nationale d'information Covid-19	0800 130 000	
Guyane					Pour les professionnels de santé	
Hauts-de-France	https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/covid-19-le-dossier-complet				Renvoi vers fiche PDF	
Ile-de-France	https://www.iledefrance.ars.sante.fr/ressources-et-supports-utiles-sur-la-covid-19-pour-les-acteurs-de-terrain				Fiche PDF à télécharger pour les étudiants Fiche PDF tous publics	
		Numéro régional		Psy Ile de France	01 48 00 48 00	
La Réunion	https://www.lareunion.ars.sante.fr/mise-en-place-dune-plateforme-telephonique-psy-covid974	Numéro régional		PsyCovid974	0 800 200 840	
Martinique						
Mayotte	https://www.mayotte.ars.sante.fr/informations-aux-professionnels-de-sante				Pour les professionnels de santé	
Normandie	https://www.normandie.ars.sante.fr/des-cellules-de-soutien-psychologique-regionales-et-nationales-pour-les-professionnels-de-sante-et			Numéro vert national	0800 130 000	
					Renvoi fiche PDF pour numéros nationaux et régionaux	
Nouvelle-Aquitaine	https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/covid-19-ps-appui-aux-etablissements-de-sante-et-medico-sociaux			Numéro vert national	0800 130 000	
					Pour les professionnels de santé	
Occitanie	https://www.occitanie.ars.sante.fr/covid19-soutien-	Dispositif national			0 800 130 000	

psychologique-des-patients- familles-en-occitanie	Dispositif régional		DSPT COVID-19 OCCITANIE	05 34 39 33 47	
			SSIAD AFC MONTASTRUC LA CONSEILLERE	05 61 84 30 69	
			SSIAD ASA Empalot TOULOUSE	05 61 52 76 34	
			SSIAD CIAS GRAND AUCH AUCH	05 62 60 61 47	
			SSIAD GMMES MONTPELLIER	04 67 70 99 60	
			SPASAD PA ASSAD ROUSSILLON PERPIGNAN	04 68 66 42 49	
			SSIAD ADMR du Tarn à l'Agout ALBAN	05 63 55 98 97	
			SSIAD ADMR du Gaillacois BRENS	05 63 57 66 84	
			SSIAD Castelsarrasin APAS CASTELSARRASIN	05 63 32 42 86	
		patients atteints de maladies neuro-dégénératives	Allô j'aide un proche	0 806 806 830	
			Renvoi vers fiche Psycom		

Provence-Alpes-Côte d'Azur	https://www.paca.ars.sante.fr/bi-en-vivre-durant-le-covid	Dispositif régional			04 97 13 50 03	
		Dispositif national			0 800 130 000	

Autres sites web

N°	Dispositif	Site web	N° d'appel	Autres moyen de communication	Public	Description	étendu	Evaluation	Probante Prometteuse
1	Psycom-organisme national d'information sur la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation.	https://www.psycom.org/	non	non	Tout public	Il a pour objectif de faire de la santé mentale l'affaire de toutes et de tous. Propose des aides spécifiques pour les parents, les patients, les soignants, les personnes vulnérables	national	NC	Probante
2	Le Centre National de Résilience	http://cn2r.fr/recommandations-epidemie-covid-19/	non	non	Tout public	Propose des fiches ressources (sommeil, deuil, mort, résilience, violences familiales, consommation)	National	NC	Non connu

						d'alcool, enfants, professionnels de santé) Offre de l'aide pour la population générale en détresse psychologique pendant l'épidémie et le confinement.			
3	Nightline	https://www.nightline.fr/accueil	Oui	Tchat	Etudiants	Soutien psychologique aux étudiants	Local (Lille, Lyon, Paris, Saclay, Toulouse)	NC	Prometteuse
4	Astree	https://www.astree.asso.fr/fr/	Oui	Message rie	Etudiants	Soutien psychologique aux étudiants	Local (21 antennes en France)	NC	NC
5	LIVE	https://www.lyon.fr/actualite/sante/live-ligne-telephonique-dinformation-et-dorientation-en-sante-mentale	Oui (0 805 05 05 69)	Courrier électronique	Dédiée aux personnes concernées leurs familles mais aussi aux jeunes, étudiants, aux partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux.	Ligne téléphonique d'information et d'orientation en santé mentale. Evalue et gère l'urgence, Informe les usagers, familles et professionnels, Facilite l'accès aux soins et évite une rupture de soins, Oriente vers une prise en charge adaptée.	National	NC	NC
6	Pas à pas	https://www.pasapas-jeunes.com/	non	courriels	Jeunes	Soutien des adolescents et jeunes adultes, en prise avec des difficultés psychiques multiformes et le manque de clarté des dispositifs existants pour les aider.	National	NC	NC
7	STOPBLUES	https://stopblues.fr/	non	Application smartphone	Tout public	Prévenir la souffrance psychique et ses conséquences Application pour connaître les signes du mal être Comprendre les causes Trouver des solutions	National	NC	NC

8	Le cartable	http://www.cartablecps.org/page-0-0-0.html	non	non	Enfants et pré-adolescents	Renforcement CPS des enfants et des pré-adolescents de 8 à 12 ans	National	NC	NC
9	UNICEF	https://www.unicef.org/fr/coronavirus/veiller-a-la-sante-mentale-de-votre-enfant-lors-de-la-reprise-de-lecole-durant-la-pandemie	non	non	Tout public	Informations pour veiller à la santé mentale des enfants	International	NC	NC
10	Hôpital Robert Debré	https://www.clepsy.fr/	non	non	Enfants	Aide au repérage des symptômes de stress ou de détresse psychologique chez l'enfant au sortir du confinement 50 fiches pour mieux comprendre les enfants dans leurs apprentissages, leur difficultés cognitives et leurs états émotionnels.	National	NC	NC
11	Centre ressource Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive	https://centre-ressource-rehabilitation.org/confiture-maison-des-ateliers-d-ecriture-et-de-creation-pendant-le-confinement	non	non	Personnes concernées par des troubles de santé mentale	Atelier d'expression créatif à distance où toute personne intéressée/impliquée dans le bien être mental/psychique est invitée à participer.	Local	NC	NC
12	Centre ressource Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive	https://centre-ressource-rehabilitation.org/prendre-soin-de-sa-sante-mentale-des-ressources-proposees-par-les	non	Non	Personnes concernées par des troubles de santé mentale	Mise à disposition d'information	National	NC	NC

Sites web internationaux portant sur la santé mentale

Nom	Institution	Pays	Adresse web	Contenu	Ergonomie	
					Utilisabilité	Convivialité

1.	Zusammen gegen Coron(ense) mble contre le coronavirus)	Bundesministerium für Gesundheit	Allemagne	https://www.zusammengegencorona.de/informieren/psychisch-stabil-bleiben/menschen-mit-psychischen-vorerkrankungen/angst-und-panik-bewaeltigen/	Information Autogestion du stress	++	++
2.	Angst ist eine Chance	Deutsche Angst-Hilfe	Allemagne	https://www.angstselbsthilfe.de	Information Auto-assistance Autogestion du stress	+++	++
3.	Psychologische Coronahilfe	Deutsche Gesellschaft für Psychologie	Allemagne	https://psychologische-coronahilfe.de/beitrag/angst-panik-und-sorgen/	Autogestion du stress	+++	+
4.	Psychnet	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde	Allemagne	https://psychnet.de/de/	Information Autotest	++	++
5.	RKI-Publikationen in Fachzeitschriften und -büchern	Robert Koch Institute	Allemagne	https://www.rki.de/SharedDocs/Publikationen/Ext/erne/2020/T/Thom_J.html	Veille sanitaire en santé mentale	++	+
	Better access	Australian Government	Australie	https://www.health.gov.au/health-topics/mental-health-and-suicide-prevention	Information Orientation	+	+
	Head to Health: COVID-19 Support	Australian Government	Australie	https://headtohealth.gov.au/covid-19-support/covid-19-support	Information Éducation à la santé Orientation Accès à une plateforme d'appel	+++	+++
	Covid-19 & Soutien psychosocial	Service public fédéral	Belgique	https://www.health.belgium.be/fr/covid-19-soutien-psychosocial#infos%20psy	Information Orientation	++	+
	Québec.ca	Gouvernement du Québec	Canada	https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/aller-mieux-en-contexte-de-pandemie-covid-19/	Information Orientation Auto-assistance	++	++

Vous n'êtes pas seule / You are not alone	Wellness together Canada / Espace Mieux-être Canada	Canada	https://wellnesstogether.ca/fr-CA https://wellnesstogether.ca/en-CA	Information Orientation Auto-évaluation Auto-assistance Accès à une plateforme d'appel	+++	+++
COVID-19 pour les professionnels COVID-19 pour la population	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec	Canada	https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/ https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/	Information	+	+
INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique	Institut national de santé publique du Québec	Canada	https://www.inspq.qc.ca/covid-19	Information	+	+
COVID-19/Coping with stress	Centers for disease control and prevention CDC	Etats-Unis	https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html#anchor_1611258668885	Information Orientation	+	+
OK to talk	National Alliance on Mental Illness	Etats-Unis	https://ok2talk.org	Information Accès à une plateforme d'appel	+	+
MentalHealth.gov	U.S. Department of Health and Human Services	Etats-Unis	https://www.mentalhealth.gov	Information Accès à des plateformes d'appel	++	++
Mental health	Mentalhealth.org	Etats-Unis	https://www.mentalhealth.org	Information Accès à des plateformes d'appel	++	++
Nuovo coronavirus	Ministero della Salute	Italie	https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/	Information Accès à des plateformes d'appel	+	+
Mental health Foundation	The Mental Health Foundation of New Zealand	Nouvelle-Zélande	https://mentalhealth.org.nz/help	Information Accès à des plateformes d'appel	++	++
Depression and anxiety	Health Promotion Agency	Nouvelle-Zélande	https://www.depression.org.nz	Information Accès à une plateforme d'appel	++	+++
The low down	Health Promotion Agency	Nouvelle-Zélande	https://www.thelowdown.co.nz	Information Accès à une plateforme d'appel	+++	+++
Health.govt.nz	New Zealand Ministry of Health	Nouvelle-Zélande	https://www.health.govt.nz/our-work/diseases-and-conditions/covid-19-novel-coronavirus/covid-	Information Accès à des plateformes d'appel	+	+

			19-health-advice-public/covid-19-mental-health-and-wellbeing-resources			
Government.nl	Government of the Netherlands	Pays-Bas	https://www.government.nl/topics/mental-health-services	Information Orientation	+	+
Trimbos.nl	Trimbos Instituut	Pays-Bas	https://www.trimbos.nl	Information	+	+
GOV.UK	UK Government	Royaume-Uni	https://www.gov.uk/coronavirus https://www.gov.uk/government/publications/better-mental-health-jsna-toolkit	Information Orientation	+	+
Health Scotland	Public Health Scotland	Royaume-Uni	http://www.healthscotland.scot/publications/rapid-review-of-the-impact-of-covid-19-on-mental-health	Information	++	+
e-LfH	NHS Health Education England	Royaume-Uni	https://portal.e-lfh.org.uk/Component/Details/587402	Information Formation	++	+
Good mental health for all	Mental Health Foundation	Royaume-Uni	https://www.mentalhealth.org.uk	Information Orientation	+++	+++
Promotion de la santé mentale Genève	Minds	Suisse	https://minds-ge.ch/sante-mentale-et-covid-19/	Information Orientation	++	++
SantéPsy.ch Tous concernés	Conférence latine des Affaires sanitaires et sociales	Suisse	https://www.santepsy.ch/fr/pages/sante-mentale-covid-19/sante-mentale-et-covid-19-preambule-1062	Information Orientation Accès à des plateformes d'appel	++	++

Glossaire

ARS : Agence régionale de santé

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AAP : Appel à projet

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des Maladies

CJC : Consultation jeunes consommateurs

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseils locaux de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico psycho-pédagogique

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

CPS : Compétences psychosociales

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DAC : Dispositif d'appui à la coordination

DALY : Disability adjusted life years (années de vie ajustées sur l'incapacité)

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EVREST : Evolution et Relations en Santé au Travail

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

ICIS : Institut canadien d'Information sur la Santé

ISS : Inégalités sociales de santé

ISTS : Inégalités sociales et territoriales de santé

LAM : Lits d'accueil médicalisés

LHSS : Lits halte soins santé

MDA : Maison des adolescents

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEJ : Points Accueil et Ecoute Jeunes

PEP : Premier épisode psychotique

PMI : Protection maternelle et infantile

PPSM : Premiers secours en santé mentale

PRS : Projets régionaux de santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

QPV : Quartier prioritaire de la ville

QVT : Qualité de vie au travail

SAAD : Service d'aide à domicile

SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmier à domicile

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

TCC : Thérapies cognitives et comportementales

TND : Troubles du neurodéveloppement

VIP : Visite d'information de prévention

ZEST : Zone d'expression contre la stigmatisation

Le 6 juillet 2021

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr