



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Les conseils locaux de santé mentale pendant la pandémie de
Covid-19 : expérience française et perspectives internationales
pour la démocratie sanitaire en santé mentale**

Présentée et soutenue publiquement le 30 mars 2022 à 16h
au Pôle Formation
par **Loriane LACOMBE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Madame le Docteur Émilie MAUTRET

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Déborah SEBBANE

Avertissement

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

ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CREHPSY : Centre de REssources sur le Handicap PSYchique

DGS : Direction Générale de la Santé

ESPT : Élus Santé Publique Territoires

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

MDPH : Maison Départementale pour les Personnes Handicapées

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PSSM : Premiers Secours en Santé Mentale

QPV : Quartier de la Politique de la Ville

UNICEF : United Nations Children's Fund / Fond des Nations Unies pour l'Enfance

SISM : Semaines d'Information sur la Santé Mentale

Table des matières

RÉSUMÉ	6
PARTIE 1 : Introduction	8
1. Santé communautaire et psychiatrie.....	8
2. Prévention et promotion en santé mentale	11
3. Recommandations nationales et internationales de prévention et promotion en santé mentale.....	14
4. Intégration des soins primaires en santé mentale : exemples d'actions de prévention et promotion en santé mentale à l'international	20
5. Un exemple français de démocratie sanitaire : les conseils locaux de santé mentale (CLSM)	25
PARTIE 2 : État des lieux du fonctionnement des CLSM pendant la pandémie de Covid-19	33
1. Méthode	33
2. Résultats	34
PARTIE 3 : Discussion	44
1. Forces et limites de l'étude.....	44
2. Les apports des CLSM et les difficultés à leur mise en œuvre.....	45
3. Développement à l'étranger : comment penser les CLSM à l'international ?..	49
CONCLUSION	54
ANNEXE 1	56
ANNEXE 2	58
ANNEXE 3	60
BIBLIOGRAPHIE	61

RÉSUMÉ

Contexte : L'essor du concept de santé mentale, qui élargit le champ de la psychiatrie au-delà des seuls troubles psychiques, s'accompagne du développement, en France et à l'étranger, d'actions de santé communautaire agissant au plus près des populations. En France, le dispositif des conseils locaux de santé mentale (CLSM) répond à la nécessité de développer la promotion et la prévention en santé mentale, soutient le processus de démocratie sanitaire qui encourage l'*empowerment* et favorise la coordination des différents acteurs dans chaque territoire. Dans le contexte de la crise du Covid-19, le centre national de ressources et d'appui aux CLSM a évalué le fonctionnement des CLSM et plus précisément pendant les deux premiers confinements. En effet, les circonstances sanitaires ont fortement impacté la santé mentale de la population mondiale, ainsi que celle des français, ce qui a réaffirmé l'importance de l'action locale en santé mentale tel que promu par l'OMS.

Méthode : Deux questionnaires non anonymes ont été diffusés par mail à 178 coordonnateur.rice.s de CLSM sur l'état et l'évolution du fonctionnement de leur CLSM lors des deux premiers confinements : 24 questions en avril 2020 puis 15 questions en décembre 2020 / janvier 2021. Les thèmes suivants étaient abordés : fonctionnement, relations partenariales, diagnostic de santé mentale, inégalités sociales et territoriales et actions mises en place lors des confinements.

Résultats : Parmi les 191 réponses, 101 concernaient le premier confinement, et 90 concernaient le second. Le constat d'une dégradation majeure de l'état de santé mentale des populations et notamment des populations les plus fragiles, ainsi que celui d'une augmentation des inégalités sociales et territoriales étaient consensuels. La mobilisation des partenaires et la mise en place d'actions innovantes ont permis de réagir rapidement et de venir en aide à une population aux besoins augmentés par la

crise sanitaire. Pour tous les répondants, les CLSM au sein desquels ils sont investis ont eu un fonctionnement qui s'est au minimum maintenu, ou amélioré.

Conclusion : Les CLSM s'attachent à mettre en pratique les recommandations internationales en santé mentale et ont montré leurs apports lors de la pandémie. L'analyse des actions engagées pour continuer d'agir sur les déterminants de santé en temps de crise incite à considérer la possibilité d'extrapoler ce modèle à l'international.

PARTIE 1 : Introduction

1. Santé communautaire et psychiatrie

À la fin du 18^{ème} siècle et au début du 19^{ème}, le début de l'industrialisation et la modernisation rapide du monde occidental rendent la ville agitée et sale. Les médecins hygiénistes reconnaissent la ville comme un vecteur de maladies. Les politiques de santé encouragent donc un exode urbain. En psychiatrie, on assiste à la création des « asiles », implantés loin de l'agitation urbaine. Cette prise en charge asilaire découle de l'idée, développée par le Dr Pinel et reprise par le Dr Esquirol, que l'on peut soigner la maladie mentale par ce qu'on appelle alors le « traitement moral » (1). Outre le fait de permettre l'isolement du malade mental du reste de la société où il est considéré comme dangereux, ce type de pratique médicale contribuerait au bien-être du patient grâce aux bienfaits du travail et de la nature (2).

Au milieu du 19^{ème} siècle, la ville est repensée pour être plus favorable à la santé et non plus uniquement au progrès par l'industrialisation. Les projets d'urbanisation tentent de transformer les villes en espaces plus accueillants, plus aérés et moins pourvoyeurs de pathologies. En parallèle, on observe une restructuration des lieux de soins psychiatriques suite à des réflexions sur la classification des maladies et sur les questions de liberté. Les soins psychiatriques restent cependant encore basés sur des hospitalisations longues hors des villes (3).

A la fin du 19^{ème} siècle, les médecins aliénistes s'interrogent sur le fonctionnement asilaire et commencent à imaginer les soins autrement. Les structures de soins psychiatriques s'installent progressivement dans la cité afin de se rapprocher du lieu

de vie du patient qui reprend peu à peu sa place dans la société. Ce processus est ralenti dans certaines villes comme Paris à cause de la différence foncière entre la banlieue et le centre-ville (2). Aux États-Unis, on assiste plutôt à une « ghettoïsation » des personnes vivant avec des troubles psychiques du fait des faibles coûts des logements dans certaines zones urbaines ainsi que de la tolérance plus élevée des communautés les plus défavorisées (4). Ces changements marquent les premiers pas de la désinstitutionalisation et de la santé communautaire en psychiatrie.

En France, en 1921, le Dr Édouard Toulouse fonde la « Ligue Française de Prophylaxie et d'Hygiène Mentale » qui est la première ligue de santé mentale d'Europe et qui donne naissance à l'unité Henri Rousselle à l'hôpital St Anne, précurseur des soins libres et des soins communautaires (5). Après la deuxième guerre mondiale, le Dr Lucien Bonnafé, saisi par les milliers de personnes mortes de faim dans les hôpitaux psychiatriques, quitte Paris et lance « la première expérience [...] de psychiatrie communautaire », à St Alban avec le Dr Tosquelles (6).

Par la suite, la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (7) officialise et met en place les prémices de la politique de secteur :

« Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure. »

Cette circulaire propose donc une prise en charge préventive. Les hospitalisations sont raccourcies et les patients ne sont plus considérés systématiquement comme dangereux pour la société. Comme le note Sylvie Biarez (8), « [l]a réforme est loin d'être étrangère à une psychiatrie communautaire puisque le secteur s'intègre dans l'environnement et le tissu social. »

Cette politique est malheureusement appliquée de manière très hétérogène sur le territoire et est dépendante de la volonté des médecins. Elle ne connaît pas un franc succès auprès des psychiatres à ses débuts. Il existe un regain d'intérêt des psychiatres à partir des années 70 avec la naissance du mouvement antipsychiatrique qui « [e]n dépit de ses excès, [...] a contribué au débat et à la sensibilisation du public, et a accentué la nécessité de réformer les structures psychiatriques. » (8). Les initiatives de santé communautaires commencent alors à se multiplier avec la démocratisation des centres médicaux psychologiques, des hôpitaux de jour, etc...

Dans les décennies qui suivent, à partir de la charte d'Ottawa en 1986, la promotion et la prévention en santé mentale se développent (9,10). La psychiatrie s'élargit et ne s'occupe plus seulement des personnes vivant avec un trouble psychique mais promeut l'idée que chaque individu a une santé mentale, considérée comme un capital à entretenir. La santé mentale ne relève pas uniquement de l'expertise du psychiatre mais doit impliquer pleinement l'utilisateur et son entourage ainsi que la société dans son ensemble. En 2001, le Dr Roelandt et le Dr Piel (11) rappellent dans le rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale » qu'« [i]l faut situer la Santé Mentale dans la dynamique générale d'intégration, d'inclusion et tourner le dos à la dynamique ancienne de la psychiatrie qui participait des stratégies d'exclusion. »

De quoi parlons-nous quand nous évoquons la santé communautaire ? La santé communautaire est définie par l’OMS (12) comme :

« un processus dans lequel les individus et les familles, d’une part prennent en charge leur propre santé et leur propre bien-être comme ceux de la communauté, d’autre part développent leur capacité de concourir à leur propre développement comme à celui de la communauté. »

La dimension communautaire permet à l’individu d’avoir accès à des soins de proximité. Cette politique favorise la prise en charge de la santé mentale dans son sens large avec des actions de soins mais aussi de prévention et de promotion. En effet, elle considère que la santé mentale concerne chaque individu et plus seulement ceux porteurs de pathologies ou de troubles psychiatriques. Les personnes peuvent prendre des décisions pour leur santé mentale avec autant de liberté que pour leur santé physique. La santé communautaire permet donc d’augmenter l’*empowerment* (13). Elle tend également à diminuer la stigmatisation encore majeure aujourd’hui, et aux conséquences lourdes pour l’accès aux soins de santé mentale et pour le soutien du processus de rétablissement des personnes concernées (accès au logement, à l’emploi, maintien des liens sociaux ...).

2. Prévention et promotion en santé mentale

À l’issue de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, en 1986, la Charte d’Ottawa (9) définit la promotion en santé comme ayant « pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l’améliorer ». Plus précisément, Sebbane et al. (14) déclarent que :

« [I]a promotion de la santé mentale 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. »

La prévention est définie par l'OMS (15) comme étant « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ». On voit donc que la promotion et la prévention en santé vont dans le sens d'améliorer le bien-être des individus porteurs ou non de troubles et de leur donner du pouvoir d'agir sur leur santé.

La prévention se décline en trois niveaux. La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une pathologie c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas. Il s'agit de réduire les facteurs de risques et d'augmenter les facteurs protecteurs. La prévention secondaire consiste à diminuer la prévalence d'une maladie, c'est-à-dire le nombre de cas d'une maladie à un moment donné (par exemple, le dépistage). Enfin, la prévention tertiaire diminue la prévalence des incapacités chroniques, des récidives ou les complications d'une pathologie (16). R.S. Gordon (17) propose aussi, en 1983, une classification populationnelle de la prévention. Il distingue la prévention universelle pour l'ensemble de la population, de la prévention sélective visant des sous-groupes de populations spécifiques comme les personnes âgées ou les femmes enceintes, et la prévention ciblée prenant en considération des sous-groupes de population spécifiques présentant des facteurs de risque.

Engager des actions de promotion et de prévention en santé mentale est reconnu comme indispensable par les grandes instances de santé mondiales et nationales pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les troubles psychiques touchent une large partie de la population. En effet, selon l'OMS (18), dans le monde, « [p]rès d'un milliard de personnes souffrent d'un trouble mental, 3 millions de personnes meurent chaque année des conséquences de l'usage nocif de l'alcool et une personne se suicide toutes les 40 secondes. » L'OMS (19) rapporte aussi qu'en 2020 « plus de 110 millions de personnes dans la Région européenne souffrent de problèmes de santé mentale, soit plus que 10% de la population. » La maladie psychique se déclare le plus souvent au début de l'âge adulte et est une cause de mortalité prématurée. Dans le monde, le suicide est la quatrième cause de décès chez les 15-29 ans et représente un décès sur cent en 2019 (20).

Les coûts économiques en lien avec ce problème de santé sont également très importants. En effet, il représente environ 4% du PIB en Europe avec plus de 600 milliards d'euros de dépenses, selon un rapport de l'OCDE et de la commission européenne (21). Ces dépenses sont liées à la baisse de productivité des individus affectés, aux dépenses de sécurité sociale et aux dépenses pour les soins. En France, en 2018, il représente « le premier poste des dépenses de santé » (22).

La santé mentale est donc un enjeu de santé publique majeur du fait d'un nombre élevé de personnes concernées et des coûts économiques engendrés. Il existe de nombreux facteurs « évitables » en santé mentale (23). C'est la raison pour laquelle les hautes instances de santé mondiales ont établi des recommandations précises soutenant les actions de prévention et de promotion.

3. Recommandations nationales et internationales de prévention et promotion en santé mentale

Toutes les recommandations nationales, européennes et internationales actuelles préconisent des politiques de santé privilégiant des actions de promotion et de prévention en santé mentale. Dès 1978, la Déclaration d'Alma Ata (12), rédigée lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, insiste sur la nécessité urgente de promouvoir la santé et de rendre accessibles les soins de santé primaire dans tous les pays du monde. Cette déclaration représente l'un des piliers des programmes de l'Organisation mondiale de la santé. Elle donne une première définition des soins primaires :

« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. [...] Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » (12).

On relève la dimension communautaire de cette première définition qui souligne l'intérêt de prendre en charge les individus dans leur environnement direct. Pour

harmoniser la mise en œuvre de politiques de soins primaires l’OMS et l’UNICEF (24) proposent en 2018 une nouvelle définition :

« Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l’environnement quotidien des populations. »

Ici, on remarque le rôle primordial de la promotion et de la prévention dans la mise en place d’un système de soins primaires.

La première conférence de promotion en santé a lieu en 1986 à Ottawa et établit la Charte d’Ottawa (9) repartant des progrès accomplis suite à la Déclaration d’Alma Ata. Cette charte servira de référence à toutes les conférences mondiales de promotion en santé suivantes. Elle dégage cinq grandes actions pour promouvoir la santé. La première est l’« élaboration de politiques pour la santé » (9). Le bien-être physique et mental ne se résume pas uniquement à des déterminants émanant du secteur de la santé mais bien de la collaboration de multiples acteurs concourant à un environnement favorable. La promotion de la santé doit en effet s’appuyer sur l’effort des responsables politiques qui ont les moyens de mettre en place des mesures concrètes par le pouvoir de décision qu’on leur confère : « Il s’agit d’une action coordonnée conduisant à des politiques de santé, financières et sociales qui favorisent davantage d’équité » (9). La seconde action encourage la « création d’environnements favorables » permettant des conditions de vie et de travail propices à une bonne santé.

La troisième action est le « renforcement de l'action communautaire ». Cela passe « par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. » (9). Elle rejoint la quatrième action qui est l'« acquisition d'aptitudes individuelles » (9) qui permet aux personnes, grâce à l'information et à l'éducation, d'avoir le contrôle sur leur santé. Enfin, la dernière action est une « réorientation des services de santé » (9). Comme indiqué précédemment, la promotion de la santé ne passe pas uniquement par les professionnels de santé mais aussi par les individus eux-mêmes, les politiques gouvernementales et l'ensemble des établissements de soin et d'accompagnement concernés. Ces différents acteurs doivent concourir à instaurer une politique de promotion de la santé efficace (9).

Ces différentes recommandations sont reprises et adaptées au fil du temps lors des différentes conférences mondiales de promotion en santé : Adélaïde en 1988 (25), Sundsvall en 1991 (26), Jakarta en 1997 (27), Mexico en 2000 (28), Bangkok en 2005 (29), Nairobi en 2009 (30), Helsinki en 2013 (31), Shanghai en 2016 (32), Rotorua en 2019 (33) et enfin Genève en 2021 (34). Elles considèrent toutes la santé comme un droit fondamental et répètent la nécessité d'une gouvernance politique en faveur de la promotion en santé avec des objectifs de développement durable. De plus, elles mettent en lumière l'importance d'un travail de collaboration entre les différents secteurs. Elles reconnaissent, en particulier, que la santé dépend d'un ensemble de déterminants socio-économiques et environnementaux sur lesquels il est possible d'agir. Ces recommandations demandent aussi un accès universel à une couverture de santé pour favoriser l'équité. Par ailleurs, l'éducation et l'information sont des points

essentiels de ces différentes déclarations et permettent à l'individu de participer à la prise en charge de sa propre santé et de celle de la communauté. Enfin, ces actions doivent être appliquées au niveau local, national et international. Dans son plan d'action globale pour la santé mentale 2013-2020, l'OMS (35) identifie plusieurs priorités :

« parvenir à un leadership et à une gouvernance plus efficaces dans le domaine de la santé mentale ; fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire ; mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention ; et renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de données factuelles et développer la recherche. »

En 2021, ce plan a été prolongé jusqu'à 2030 (36) et mis à jour avec de nouveaux indicateurs et des suggestions d'action à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs cités ci-dessus.

En Europe, le Plan européen d'action pour la santé mentale 2013-2020 (37) considère également la santé mentale comme un enjeu de santé publique. Selon l'OMS (37), 25% de la population est touché par un problème de santé mentale chaque année. Ce plan européen rappelle que :

« La promotion de la santé mentale ainsi que la prévention et le traitement des troubles mentaux sont fondamentaux pour préserver et améliorer la qualité de vie, le bien-être et la productivité des individus, des familles, des travailleurs et des communautés, et ainsi accroître la force et la résilience de la société dans son ensemble. [Traduction personnelle] » (37).

“The promotion of mental health and the prevention and treatment of mental disorders are fundamental to safeguarding and enhancing the quality of life, well-being and productivity of individuals, families, workers and communities, thus increasing the strength and resilience of society as a whole.” (37).

Les sept objectifs de ce plan regroupent des notions précédemment évoquées : l'équité dans le droit au bien être mental, le respect des droits des usagers en santé mentale, l'accès facile à des soins abordables et de qualité dans la communauté, le droit à des soins respectueux, sûres et efficaces, l'offre de soins de santé physique et mentale pour tous, la collaboration entre les différents acteurs concernés, et des politiques fondées à partir d'informations émanant d'études rigoureuses (37).

En France, la stratégie nationale de santé établit des programmes de santé définis par le gouvernement. Celle de 2018-2022 propose quatre axes de travail : « mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie », « lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la sante », « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge au bénéfice de la population », « innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des citoyens » (38).

Dans le contexte de la crise du Covid-19, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi par la Direction générale de la santé (DGS) afin d'écrire un rapport pour repérer les actions de santé mentale à promouvoir et à renforcer. L'« Avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale » (39), publié le 6 juillet 2021, décrit les différentes actions pertinentes de prévention et de promotion en santé mentale, en France et à l'étranger. Ce rapport analyse notamment les initiatives qui agissent sur

les déterminants de santé mentale et qui diminuent les inégalités sociales et territoriales. Cet avis expose 22 recommandations permettant de modifier l'organisation de la santé qui a montré plusieurs imperfections au moment de la crise sanitaire. Le HCSP recommande des actions à court terme mais aussi à plus long terme avec des objectifs de développement durable. Il demande des actions globales destinées à la population générale et des actions plus spécifiques visant des populations vulnérables ou vulnérabilisées (personnes âgées, enfants et adolescents, personnes porteuses d'un handicap psychique etc.). Ce rapport s'intéresse également aux environnements (travail, conditions socio-économiques). Il propose une augmentation des actions d'« aller vers » qui sont des démarches proactives allant à la rencontre des individus et en priorité des plus isolés et vulnérables. Il évoque également l'importance d'un travail partenarial intersectoriel débutant au niveau ministériel et se poursuivant au niveau local (39).

Quelques mois plus tard, en septembre 2021, les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (40) dégagent quatre grands axes d'action :

- « Écouter : promouvoir une culture de la santé mentale accueillante et inclusive au sein de notre société et de l'action publique »
- « Prévenir : repérer et agir plus précocement pour la santé psychique des enfants et des jeunes »
- « Développer : renforcer la couverture médicale en santé mentale et son accessibilité »
- « Prévoir : investir dans la recherche en santé mentale et les opportunités offertes par le numérique »

Il est une nouvelle fois évoqué la nécessité d'agir sur la stigmatisation, sur l'*empowerment*, sur la responsabilité collective et sur le développement de l'« aller vers ». Ces grands axes suggèrent de mener des actions de prévention auprès de populations spécifiques, d'améliorer l'accès aux soins et de développer la recherche pour parfaire les systèmes de prise en charge regroupant plusieurs acteurs.

Les différentes recommandations au niveau international, européen et national convergent et encouragent la mise en place de politiques de promotion et prévention en santé mentale. Pour résumer, nous avons identifié cinq domaines d'action dans ces recommandations :

- Améliorer l'accès à la santé mentale en luttant contre les inégalités
- Établir des politiques de santé créant des environnements favorables au bien être
- Encourager la collaboration entre les différents acteurs
- Favoriser l'action communautaire et locale
- Développer la recherche et la diffusion d'information

Les exemples suivants s'attachent à décrire un ou plusieurs de ces domaines d'action dans différents pays du monde.

4. Intégration des soins primaires en santé mentale : exemples d'actions de prévention et promotion en santé mentale à l'international

Une des priorités de l'OMS dans le rapport de 2001 « La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs » (41) est l'intégration des soins primaires en

santé mentale. En effet, d'après ce rapport, un système de soins primaires en santé mentale « permettra au plus grand nombre d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services » (41). Dans un autre rapport, en janvier 2004, Atun (42) conclut :

« Malgré les précautions à prendre concernant la généralisation, les données disponibles confirment l'amélioration des résultats en matière de santé de la population et de l'équité, l'utilisation plus appropriée des services, la satisfaction des utilisateurs et la réduction des coûts dans les systèmes de santé fortement axés sur les soins primaires. [Traduction personnelle] »

“Despite the caveats concerning generalizability, the available evidence confirms improved population health outcomes and equity, more appropriate utilization of services, user satisfaction and lower costs in health systems with a strong primary care orientation” (42).

Les soins primaires en santé mentale ont plusieurs avantages que l'on retrouve dans un rapport de l'OMS de 2007 (43). D'après ce rapport, les soins primaires permettent de diminuer la stigmatisation, d'améliorer l'accès aux soins, de réduire la chronicisation et d'améliorer l'intégration sociale, de protéger les droits humains, d'avoir de meilleurs résultats pour la santé et d'augmenter les moyens humains en santé mentale (43).

De nombreux pays dans le monde tentent de développer des systèmes de soins primaires de santé mentale avec des plans nationaux de santé mentale. Au Québec, par exemple, Morisset et al. (44), remarquent que « l'évolution des connaissances sur les déterminants de la santé met en lumière l'importance d'agir en amont des problèmes de santé et d'investir les efforts du côté de la prévention ». Ces plans soulignent l'importance de développer des actions de prévention et de promotion en

santé mentale en s'appuyant sur les recommandations internationales préalablement citées. En 2018, l'OCDE (23) remarque en effet que :

« Plusieurs pays (par exemple, la Belgique, la République tchèque, la Finlande, la France, la Hongrie, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Slovénie, l'Espagne, le Portugal et le Royaume-Uni) disposent d'un plan spécifique ou d'une politique traitant de la promotion de la santé mentale et de la prévention. [Traduction personnelle] »

“Several countries (e.g. Belgium, the Czech Republic, Finland, France, Hungary, Ireland, Italy, the Netherlands, Slovenia, Spain, Portugal and the United Kingdom) have a specific plan or policy document addressing mental health promotion and prevention.” (23).

En Finlande, par exemple, des campagnes de prévention du suicide ont été lancées dès les années 1980 et ont été étendues au niveau national dans les années 1990. Des lignes d'écoute et des programmes de sensibilisation des médias à leur impact sur la contagion suicidaire ont également été créés. Sur trente ans, ces différentes mesures ont permis une diminution du taux de suicide de 50% (23). Dans un autre domaine, l'Allemagne, en 2006, établit un programme d'intervention précoce pour promouvoir le bien être mental en période périnatale. Il permet l'accompagnement des parents et de leur(s) enfant(s) dans les premières années de vie (23,45). Kliem et al. (46), dans une étude publiée en 2018, montrent les bénéfices d'une telle intervention précoce comme par exemple l'amélioration du développement de l'enfant et de la santé mentale de la mère et de l'enfant. Dans son recensement des actions pour promouvoir la santé mentale, l'OCDE souligne aussi les bénéfices du programme « Zippy's friends » (47) qui invite les enseignants à aborder la santé

mentale à l'école dans le but d'augmenter les compétences sociales des enfants et leurs capacités d'adaptation (23). Ce programme a été imaginé au Danemark et en Lituanie et s'est ensuite développé dans 27 pays dont le Canada (48). L'objectif est : « d'améliorer la « littératie » en matière de santé mentale et la compréhension des troubles mentaux, de réduire la stigmatisation, ou les actions visant à prévenir le harcèlement ou le cyberharcèlement. [Traduction personnelle] »

“to improve mental health « literacy » and understanding of mental disorders, reduce stigma, or actions to prevent bullying or cyberbullying.” (23).

En France, on note un manque d'investissement dans le système préventif (49–51). Pourtant, il existe de nombreux avantages au système préventif tels que la diminution de la mortalité prématurée, l'augmentation de l'espérance de vie sans incapacité, l'accès plus facile permettant une diminution des inégalités sociales et territoriales, la prise en compte des déterminants de santé, et la diminution de la stigmatisation, par exemple (52,53). Les soins primaires sont également moins développés alors même que, comme nous l'avons vu précédemment, c'est à ce niveau que les recommandations demandent d'agir (52,54,55). En santé mentale, en France, il existe des actions de prévention dans des domaines spécifiques et on note une tendance vers un développement de plus en plus important de celles-ci (49,55,56). On peut citer, par exemple, le numéro national de prévention du suicide « 3114 » (57) qui a été lancé le 1^{er} octobre 2021 et un programme national de sensibilisation des médias au suicide « Le programme Papageno » (58) qui a été créé en 2014. Il existe également depuis 2021 un programme d'intervention précoce appelé « les 1000 premiers jours » (59) permettant aux jeunes parents d'être accompagnés dans leur nouveau rôle. En effet, il permet de répondre aux interrogations multiples des parents et de surveiller le

développement psychomoteur de l'enfant. On peut aussi citer le service sanitaire des étudiants en santé, programme lancé en 2018, formant les étudiants à faire de la promotion et de la prévention en santé et notamment en santé mentale (60).

Ces différents exemples d'actions sont la preuve d'une évolution positive en direction des recommandations internationales et nationales de santé mentale (61,62). Mais, ils sont également révélateurs de la tendance des initiatives de prévention à se focaliser sur des questions spécifiques (le suicide, la périnatalité, etc.) sans nécessairement adopter une vision plus globale des questions qui peuvent se poser dans une communauté donnée. Le bien être mental d'une personne doit pouvoir s'appuyer sur des interventions précoces pendant l'enfance et sur des actions de promotion de la santé mentale pendant la scolarité, au travail et dans la sphère privée. Ces différentes actions de prévention intègrent peu souvent la notion d'articulation entre les différents acteurs. Dans sa stratégie de transformation du système de santé, en 2018, le gouvernement français note, en effet :

« [I]a complexité et le cloisonnement de notre système, qui laisse le patient souvent coordonner lui-même les différents professionnels.

[...]

Les réformes à entreprendre pour pallier ces difficultés ne peuvent s'envisager que dans une approche globale incluant la ville, l'hôpital, le médico-social : en somme, l'ensemble des professionnels. » (49).

La partie suivante s'attache à décrire un dispositif local qui a pour ambition de pallier les manques identifiés ci-dessus : le conseil local de santé mentale. Elle propose

d'étudier la façon dont ce dispositif tend à appliquer les recommandations pour ensuite identifier leurs axes de développement futur, en France et à l'international.

5. Un exemple français de démocratie sanitaire : les conseils locaux de santé mentale (CLSM)

La notion de démocratie sanitaire est introduite en France par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (63). Elle est définie par les Agences Régionales de Santé comme « une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. » (64). Elle permet l'implication des citoyens dans le champ de la santé et renforce les droits des malades (65).

Le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM définit un conseil local de santé mentale comme un :

« espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels. » (66).

Cette définition met l'accent sur les éléments essentiels qui se dégagent des recommandations énoncées plus haut, ainsi que les raisons pour lesquelles le CLSM est une initiative de démocratie sanitaire. L'idée est d'agir localement sur les déterminants de santé en partenariat avec différents acteurs - et pas seulement ceux de la santé - afin de permettre des actions de promotion et de prévention en santé mentale en prenant en compte les personnes dans leur globalité.

Leur création remonte aux années 1970 avec plusieurs circulaires qui proposent l'implication de plusieurs acteurs pour la santé mentale et notamment des acteurs politiques. Dans la circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies (67), le ministre de la santé publique déclare :

« [I]l y a nécessité d'une large concertation entre les instances intéressées : il s'agit en effet de coordonner les actions, mettre en place les équipements utiles, en personnel et en locaux, faire tomber les barrières existant trop souvent entre organismes concernés, tout cela dans le seul intérêt du malade.

[...]

Je tiens donc à réaffirmer cette nécessité indispensable à l'organisation cohérente et efficace de services sectorisés valables, dont la mise en place et le fonctionnement requièrent l'intérêt et la collaboration de tous ceux qui ont un rôle à jouer dans la prévention, les soins, la postcure et la réadaptation des malades.

C'est pourquoi je vous recommande vivement la création – dans le cadre de l'arrêté départemental, et en tenant compte des conditions locales –

d'organismes consultatifs qui pourraient être dénommés : « conseils de santé mentale de secteur » » (67).

L'importance de mettre en place cet outil est réaffirmé dans la circulaire du 15 janvier 1974 relative aux conseils de santé mentale de secteur (68). Le conseil mental de secteur est d'abord un outil de coordination entre les acteurs avant de devenir un véritable outil de démocratie sanitaire. Leur utilité est reconfirmée dans plusieurs rapports, plans de santé mentale et lois de modernisations du système de santé qui ajoutent cette dimension de démocratie sanitaire.

La recommandation n°1 du rapport Couty en 2009 « missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » (69) est la suivante : « Étendre la représentation institutionnelle des usagers dans les différentes instances du système de soins aux associations d'usagers en santé mentale et des familles notamment [...] au sein des conseils locaux de santé mentale » (69). La démocratie sanitaire, introduite pour rappel en 2002, prend toute sa place dans cette recommandation. Par la suite, le « Principe n°4 : Mieux intégrer la psychiatrie et la santé mentale dans la cité » du rapport HCSP de 2011 « Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 » (70) souligne que « Les conseils locaux de santé mentale ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux (professionnels, institutions, élus, usagers). Leur développement doit être soutenu. » (70). Ce rapport note à plusieurs reprises l'intérêt d'un tel dispositif tant pour la coopération des acteurs que pour les usagers dont les droits sont renforcés (70). Le Plan psychiatrie et santé mentale suivant de 2011-2015 (71) propose notamment d' « améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale », d' « augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs

psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie », et de « prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques » en s'appuyant sur les conseils locaux de santé mentale. Ce plan prévoit donc pour remplir ces objectifs de « consolider la gouvernance en psychiatrie et en santé mentale » (71).

Marisol Touraine (51), ancienne ministre des affaires sociales et de la santé, déclare en 2013 :

« La loi de 2014 affichera également des objectifs chiffrés d'amélioration de la santé des Français, qui devront être déclinés localement pour s'adapter à la spécificité des territoires. [...]

Le deuxième pilier de la stratégie nationale de santé, c'est de structurer la médecine de parcours à partir des soins de premier recours. [...]

L'un des enjeux de la stratégie nationale de santé, c'est de passer de la responsabilité de chacun des acteurs à une responsabilité collective et coordonnée à l'échelle d'un territoire. [...]

La santé mentale illustre parfaitement l'importance du chantier du décloisonnement. La collaboration entre les établissements spécialisés, les psychiatres et le secteur médico-social est la clef d'un meilleur parcours pour le patient. Si la psychiatrie a ses spécificités, elle doit désormais s'intégrer à une stratégie de santé globale. [...]

Dans le même temps, il faut entrer de plain-pied dans le nouvel âge de la démocratie sanitaire. Le ministère de la santé fut celui de l'hôpital, puis des professions de santé : il doit être aussi celui des patients. »

Dans ce discours, la ministre de l'époque, appuie plusieurs fois l'importance d'une politique qui développe la prévention en santé, la coordination des différents acteurs et la place des patients dans ces parcours (51).

La même année, le rapport Robiliard (72) considère que :

« Le CLSM permet donc une véritable prise en charge globale et participe de la « dé-stigmatisation » des malades. Il est un cadre de mobilisation des dispositifs de droit commun. Ceux-ci doivent être préférés à la création de dispositifs spécifiques qui ne devraient être envisagés qu'à titre subsidiaire. Un autre atout est sa capacité à répondre à des questions locales, chaque territoire étant appréhendé avec ses caractéristiques sociales et économiques. À Lille, la cellule des cas complexes examine concrètement les solutions à proposer à des usagers qui sont invités à participer à la réunion les concernant. [...] C'est pourquoi votre Rapporteur préconise d'encourager la constitution de conseils locaux de santé mentale ou de santé et de santé mentale et d'élaborer à cette fin un référentiel national qui servirait de guide tout en gardant la souplesse nécessaire à l'adaptation au territoire (proposition n°17) » (72).

En 2014, le rapport Devictor « Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé » (73) décrit les CLSM comme « une instance novatrice d'information et de concertation en matière de santé publique, dans le contexte de la stratégie nationale de santé. » (73). La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (74) vise à intégrer les CLSM dans la politique de santé publique pour une organisation des soins coordonnée entre les acteurs renforçant la prévention, la promotion de la santé et la démocratie sanitaire. Cela est également réaffirmé dans l'instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016

relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville (75). Enfin, comme nous l'avons vu précédemment, en 2021, le Haut Conseil de Santé Publique (39) insiste sur l'utilité des CLSM et promeut leur développement. Dans les dernières décennies, de nombreux textes politiques reconnaissent donc les mérites des CLSM et les considèrent comme outils de santé publique.

Les CLSM comportent trois niveaux de fonctionnement : l'assemblée plénière, le comité de pilotage, et les groupes de travail. L'assemblée plénière est présidée par un élu local et réunit en moyenne une fois par an les membres du CLSM dont voici une liste non exhaustive : élus locaux, psychiatrie publique (adulte et pédopsychiatrie), représentants des usagers et des aidants, MDPH, maison de santé pluri-professionnelle, maison des adolescents, médecins généralistes, justice, associations de quartiers, mission locale, préfecture, éducation nationale, police, bailleurs sociaux, etc. Elle permet un espace d'échanges entre les différents acteurs et est l'occasion pour le comité de pilotage de présenter les actions menées suite à la réflexion des groupes de travail.

Le comité de pilotage est présidé par l'élu local et co-animé par la psychiatrie publique. Les usagers, les aidants (et leurs représentants) constituent des membres à part entière et tout autre professionnel concerné par la santé mentale peut également s'investir. Il permet de définir les priorités locales de santé mentale en adaptant les politiques nationales aux besoins locaux. Le comité travaille à partir des axes dégagés par l'assemblée plénière et propose des groupes de travail thématiques. Il est en lien avec l'ARS pour communiquer sur les besoins de territoire et sur les actions mises en place pour y répondre. Les règles éthiques et de confidentialité, le recrutement des

coordonnateur.rice.s et le fait de trouver les ressources financières nécessaires au fonctionnement du CLSM sont assurés par le comité de pilotage.

Les groupes de travail s'organisent autour des différentes thématiques dégagées lors de l'assemblée plénière et au niveau du comité de pilotage. Chaque membre du CLSM est invité à y participer. Les thématiques y sont très variées : prévention du suicide, logement, déstigmatisation, droit des usagers, parentalité, santé mentale des enfants, semaines d'informations en santé mentale (SISM), soins sans consentement, prévention précoce, addictions pour en citer quelques-unes. Elles dépendent des besoins locaux identifiés (66). Au 31 décembre 2021, le centre de ressources et d'appui aux CLSM compte 254 CLSM dont 18 créés en 2021. En 2022, le nombre de CLSM est de 260 avec 57 de plus en projet (66).

Dans le contexte très singulier de la crise sanitaire du Covid-19, le centre national de ressources et d'appui aux CLSM a mené une étude permettant de dresser un état des lieux du fonctionnement des conseils locaux de santé mentale pendant les deux premiers confinements (76). Le début de l'année 2020 marque le début de la crise sanitaire en France. Dans ces circonstances particulières ponctuées de règles strictes, la santé mentale des populations s'est dégradée (77,78). On constate également une augmentation des inégalités sociales et territoriales (79). Ces changements ont fortement impacté la psychiatrie publique. Cependant, la crise n'a pas eu seulement un effet délétère puisqu'elle a permis d'être le tremplin d'une prise de conscience générale. En effet, la population a réalisé que la santé mentale concerne chaque personne. Cela a permis également une sensibilisation des élus qui se sont d'autant plus mobilisés. En 2021, il y a eu une forte augmentation du nombre de CLSM en lien

avec une préoccupation plus présente des acteurs locaux pour la santé mentale (80). Les conditions de fonctionnement des CLSM ont évidemment été impactées mais la mobilisation des élus a été plus forte et la pandémie a mis en lumière leur utilité. D'ailleurs le Haut Conseil de la santé publique (39) souligne :

« 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 structureaux de la santé mentale (cohésion, soutien social, logement, précarité, etc.) et en menant des actions de lutte contre la stigmatisation. » (39).

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer l'impact de la crise sur le fonctionnement des CLSM et d'identifier les freins et les leviers au bon fonctionnement de ceux-ci.

PARTIE 2 : État des lieux du fonctionnement des CLSM pendant la pandémie de Covid-19

Les résultats présentés ci-dessous sont issus du rapport « État du fonctionnement des CLSM pendant l'épidémie de Covid-19 en France » (76), réalisé par le centre national de ressources et d'appui aux CLSM.

1. Méthode

Cette publication, issue d'une étude observationnelle transversale quantitative et qualitative menée auprès des coordonnateur.rice.s de CLSM pendant la crise sanitaire, recense et analyse :

- 12 entretiens réalisés en avril 2021 avec des coordonnateur.rice.s de CLSM ;
- Les résultats de deux enquêtes :
 - Une première enquête lancée en avril 2020 (et publiée en mai 2020) ;
 - Une seconde enquête lancée en décembre 2020 et clôturée en janvier 2021.

Le recueil des données a été effectué par l'intermédiaire de deux questionnaires élaborés par le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM par le biais de « Google forms » et envoyés par mail aux 178 coordonnateur.rice.s de CLSM. Il est important de noter qu'un.e coordonnateur.rice peut avoir à intervenir dans plusieurs CLSM. C'est le cas de 6 coordonnateur.rice.s dans cette étude. Les questionnaires n'étaient pas anonymes. Ils ont été transmis en deux temps au moment de la crise sanitaire. Le premier questionnaire (**Annexe 1**) a été envoyé en avril 2020 suite au premier confinement et contenait vingt-quatre questions. Le second questionnaire (**Annexe 2**) a été envoyé lors du deuxième confinement en décembre 2020 / janvier

2021 et contient quinze questions. En parallèle, A. Plantade a effectué douze interviews téléphoniques (**Annexe 3**) auprès des coordonnateur.rice.s de CLSM permettant de préciser pourquoi et comment certains CLSM ont mieux fonctionné que d'autres pendant la crise mais également d'apporter un niveau de détail plus important sur certaines actions et collaborations.

Cette étude présentait plusieurs objectifs. Tout d'abord, elle a permis de faire un écho à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale des populations par les constats de terrain des coordonnateur.rice.s de CLSM. Elle a ensuite évalué les difficultés rencontrées et les solutions proposées par les acteurs à l'échelle locale, et plus particulièrement les CLSM, pour pallier ces difficultés créées ou amplifiées par la crise sanitaire. Grâce à ces informations, cette étude a dégagé des pistes de travail pour l'avenir en termes d'actions et politiques de soutien aux CLSM et plus globalement en termes de politiques de santé mentale.

2. Résultats

La participation au premier questionnaire s'élève à 101 réponses représentant 119 CLSM (=56,7% des coordonnateur.rice.s) (un.e coordonnateur.rice ayant parfois la charge de plusieurs CLSM). 90 coordonnateur.rice.s représentant 108 CLSM ont répondu au second questionnaire (=50,5% des coordonnateur.rice.s). 61 coordonnateur.rice.s (représentant 78 CLSM) ont participé aux deux enquêtes. Au total, 131 coordonnateur.rice.s (=73,5% des personnes interrogées) ont répondu à au moins un questionnaire. Différentes thématiques se dégagent des deux questionnaires.

Le fonctionnement

Bien que la situation soit complexe du fait de la crise sanitaire, le nombre de CLSM en fonctionnement a augmenté d'un confinement à l'autre selon les coordonnateur.rice.s (91% au second confinement contre 77% au premier). Au premier confinement, certains CLSM ont dû arrêter leur activité mais ont pu la reprendre par la suite. Dans le second questionnaire, les coordonnateur.rice.s rapportent également que les CLSM fonctionnent aussi bien (37%) voire mieux (47%) qu'au premier confinement.

Ces chiffres s'expliquent par des règles de confinement plus flexibles, l'utilisation et la plus grande maîtrise des outils numériques, un temps de travail des coordonnateur.rice.s plus important, davantage de moyens et enfin une sensibilisation plus importante à la question de la santé mentale, par le biais d'une campagne médiatique massive notamment. Cependant, pour certains CLSM, le manque de temps de coordination et de moyens se sont plutôt présentés comme des freins au bon fonctionnement (76).

Les coordonnateur.rice.s ont fait preuve de capacités d'adaptation importantes et sont resté.e.s en lien avec le centre national de ressources et d'appui aux CLSM à travers une consultation du site internet dans 48,9% des cas et par mail ou téléphone dans 15,6% des cas. Il.elle.s ont également échangé avec d'autres coordonnateur.rice.s dans 16,7% des cas à travers le site. Il.elle.s se sont parfois également appuyé.e.s sur le Centre de ressources sur le handicap psychique (Crehpsy) (81). Cela a pu les guider

dans la façon de fonctionner et les aider à répondre à de nouvelles questions ayant émergées du fait de la crise.

Le travail partenarial

Différents items du questionnaire interrogent les relations partenariales pendant les confinements. Les résultats à la question « *Globalement, que pouvez-vous dire de l'évolution du cloisonnement institutionnel (difficultés de certaines institutions à se parler, à partager les informations, à travailler ensemble...) depuis mars dernier ?* » sont : 36% « globalement amélioré » (empiré au premier confinement puis amélioré), 16% « pas de cloisonnement institutionnel préalablement identifié », 12% « resté stable », 21% « globalement empiré » (amélioré au premier confinement puis empiré) et 15% « ne se prononce pas » (**Annexe 2**).

Les relations partenariales, condition essentielle à l'efficacité des CLSM, se sont au moins maintenues et souvent améliorées grâce à la flexibilité dont les CLSM ont pu faire preuve. Cette période de crise a forcé les CLSM à mettre en place des solutions créatives pour poursuivre les projets : utilisation de groupes « Whatsapp » thématiques ou diffusions radios pour et avec les partenaires. La visioconférence a été beaucoup utilisée pour maintenir le lien et rester dynamique. Il a été également établi un annuaire des partenaires de terrain afin de minimiser l'isolement. Il y a eu une grande communication de la part des coordonnateur.rice.s qui ont mis à disposition beaucoup de ressources en partageant des informations provenant de sites référents en santé mentale (Psycom (82), centre national de ressources et d'appui aux CLSM (83), etc.). Les professionnels ont également pu rencontrer des difficultés du fait des

conditions instables dans lesquelles ils ont travaillé pendant plusieurs mois. Les CLSM ont donc eu un rôle de soutien des professionnels pendant cette période troublée. Ce soutien est passé par des lignes d'écoute et des réunions pour échanger sur les difficultés rencontrées. Le maintien des contacts s'est également fait à travers des actions de formation dispensées à distance et visant à sensibiliser à la question de la santé mentale (76).

Les acteurs qui se sont le plus investis auprès des CLSM pendant le premier confinement sont la psychiatrie publique et les représentants des collectivités. En effet, 89% des coordonnateur.rice.s ont rapporté un investissement de la psychiatrie publique et 65% ont rapporté une implication des représentants des collectivités. Les représentants des familles et les représentants des usagers se sont investis dans la moitié des CLSM. L'évolution entre les deux confinements montre un bond de l'investissement des élus locaux ainsi que des associations. Les coordonnateur.rice.s remarquent dans 48% des CLSM une augmentation de l'implication des élus locaux et dans 34% un investissement identique. Les associations augmentent leur participation dans 45% des CLSM et garde la même implication dans 34% des cas. Dans 35% des CLSM, l'engagement de la psychiatrie publique a augmenté et dans 39% il est resté identique. 18% des CLSM voient une augmentation de l'investissement des représentants des familles et 48% un investissement similaire. Dans 28% des CLSM est constaté une augmentation de l'implication des usagers et 40% remarque le maintien de leur engagement. Le secteur médico-social reste investi dans 34% des CLSM et s'investit davantage dans 41% d'entre eux.

Cette augmentation plus marquée des représentants des collectivités peut s'expliquer par les actions de formation permettant plus de sensibilisation à la santé mentale, par le constat, sur le terrain, de la dégradation de l'état psychique de la population mais également par la médiatisation importante des effets de la crise sur la santé mentale. Les médias ont mis en lumière que chaque individu peut être concerné par un problème de santé mentale (84–86). Les élus se sont donc saisis de cette question de manière plus forte. À noter également, les élections municipales de juin 2020 qui ont probablement joué un rôle pour relancer certains CLSM grâce à un intérêt plus grand des élus à cette période clé. La psychiatrie publique a dû répondre à une demande croissante pendant la crise sanitaire. Les CLSM sont des outils qui offrent une concertation entre les partenaires et qui permettent donc de faire face plus facilement aux situations de crise. De manière plus exceptionnelle, les CLSM ont pu également travailler en partenariat avec les psychiatres libéraux pour tenter de répondre à une demande qui a explosé, notamment pour la prise en charge des adolescents. Globalement, l'augmentation d'implication de ces différents acteurs s'expliquent aussi par la médiatisation et les élans de solidarité provoqués par la crise du Covid-19 (76).

Évolution et évaluation de la santé mentale

Comme prouvé par de nombreuses études (39,77,78), la santé mentale a été altérée par la crise du COVID-19. Seulement 17,8% des CLSM ont pu effectuer des diagnostics de santé mentale entre le premier et le second confinement du fait d'un manque de moyens. Ces diagnostics ont été effectués par l'intermédiaire de différents outils : questionnaires destinés à différents acteurs, constats sur le terrain rapportés par les services de psychiatrie, chiffres des hôpitaux, etc. Ces diagnostics ont

essentiellement été menés auprès de populations fragiles ou plus vulnérables comme les enfants, les adolescents, les personnes âgées ou encore les habitants des QPV. Les coordonnateur.rice.s rapportent une augmentation du nombre de troubles psychiques, une aggravation des troubles préexistants et une augmentation du nombre de tentatives de suicide. Les inégalités sociales se creusent, les personnes âgées sont encore plus isolées et il existe une hausse des violences intrafamiliales.

Les inégalités sociales et territoriales et les quartiers politiques de la ville (QPV)

Les coordonnateur.rice.s des CLSM interrogé.e.s constatent une augmentation des inégalités sociales et territoriales pendant la crise sanitaire. En effet, 52,5% des CLSM considèrent qu'il y a une forte augmentation des inégalités, 36,6% une augmentation partielle. Les CLSM ont pu répondre en conséquence en concentrant certaines de leurs actions sur ces populations vulnérables (personnes âgées, enfants et adolescents, habitants des QPV, etc.). 55,4% des CLSM ont mis en place ou prévoyaient de mettre en place des actions spécifiques pour ces populations. Ces actions sont destinées à rompre l'isolement en « allant vers », à soutenir les foyers les plus en difficultés en les accompagnant et à communiquer pour guider ces personnes vers les ressources disponibles.

Les quartiers politiques de la ville représentent les quartiers les plus défavorisés et font donc l'objet de mesures spécifiques dans la politique de la ville pour réduire les inégalités sociales et territoriales. 82,2% des CLSM interviennent dans un ou plusieurs QPV. Pendant la crise, où les inégalités se sont creusées comme évoqué

précédemment, des actions spécifiques aux QPV ont été pensées dans 32,7% des cas pendant le premier confinement et dans seulement 12,2% des CLSM pendant le second confinement. Cependant, lors du deuxième confinement, dans 75,6% des CLSM les actions concernaient toute la population y compris les habitants des QPV. Il semblerait que certains CLSM, grâce à leur proximité avec les populations, aient été en mesure d'adapter leurs actions aux besoins repérés, en agissant dans un premier temps auprès des populations les plus à risque puis en élargissant leurs actions à l'ensemble de la population.

Les actions

Suite au premier confinement, 53% des CLSM rapportent avoir mis en place les actions qu'ils avaient identifiées comme nécessaires. Environ 80% de ces actions se sont poursuivies au second confinement et de nouvelles actions se sont développées dans 54% des CLSM. Parmi ces actions, on repère 3 grands types d'actions destinées à la population générale :

- Actions d'information et de communication
- Actions de soutien, de soins et de prévention
- Actions de formation

La communication est un élément essentiel du travail partenarial effectué via les CLSM. La période singulière de la crise et ses confinements successifs ont forcé les CLSM à trouver de nouveaux moyens pour communiquer. Ils ont été assez inventifs pour ne pas couper ce lien précieux avec la population. En effet, un grand nombre de CLSM s'est appuyé sur le numérique et particulièrement au deuxième confinement où

les pratiques avaient déjà évolué vers une plus grande utilisation de ce type d'outils. On peut citer par exemple la création de chaînes Youtube pour diffuser de l'information ou encore l'utilisation d'outils pédagogiques comme « Le Cosmos Mental » sur le site du Psycom (82). Malheureusement, il existe une inégalité dans l'accès aux moyens numériques et 17,8% des CLSM déclare avoir entrepris des mesures pour lutter contre cette inégalité pendant le premier confinement. Ils sont parfois passés par des formats plus faciles d'accès tels que la radio ou encore les flyers pour du soutien psychologique. Par exemple, un CLSM a contacté une radio locale associative pour diffuser des témoignages de personnes vivant avec des troubles psychiques ou pour parler de santé mentale (87). Un autre a fait envoyer des documents ressources (coordonnées associations, CMP, lignes d'écoute) plusieurs fois par semaine aux habitants du secteur du CLSM (76).

Les actions de soutien se sont destinées à la population générale mais aussi à des populations plus spécifiques comme les adolescents, particulièrement impactés par la crise. Dans le cas des adolescents, une articulation a pu se faire avec l'Éducation nationale pour mener des actions de prévention dans les établissements scolaires, par exemple. On peut également mentionner la mise en place de lignes d'écoute, de consultations de soutien psychologique dans les mairies (lieux peu stigmatisants), de groupes de parole et d'ateliers post confinement, ou encore de stands d'informations sur la santé mentale sur les marchés.

Les actions de formation ont eu pour but de sensibiliser à la santé mentale. Ce travail a été facilité par une information moins stigmatisante de la santé mentale véhiculée par les médias pendant la crise (84). De nombreux élus ont développé un intérêt accru

pour la santé mentale car elle a été présentée comme une question de société essentielle. Ils ont donc pu se former auprès des CLSM, tout comme le secteur médico-social, les associations, et les groupes d'usagers en santé mentale. L'une de ces formations est la formation Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) (88). Elle a même été instaurée de manière pérenne dans une des mairies qui propose la formation, afin de sensibiliser et de donner des outils à chaque nouvel agent. Il y a également eu, dans certains CLSM, des conférences de sensibilisation du grand public animées par des équipes de pédopsychiatrie et/ou de psychiatrie adulte mais aussi des groupes d'échange de pratiques à destination d'animateurs jeunesse pour mieux répondre aux problématiques de santé mentale des jeunes.

Par ailleurs, des actions spécifiques pour les populations fragiles et notamment pour les habitants des QPV ont pu se développer :

- Actions d'« aller vers » pour rendre accessible les ressources
- Actions de formation et de sensibilisation des partenaires pour permettre de prendre en charge au mieux ces populations aux besoins spécifiques

Les actions d'« aller vers » sont d'autant plus importantes auprès des populations fragiles qui sont isolées par différents mécanismes. Elles sont parfois géographiquement éloignées des lieux de soins ou n'ont pas les moyens de se rendre sur place ou de payer un professionnel. De plus, la santé mentale reste un tabou ce qui constitue un frein à l'accès aux soins en particulier dans des lieux très stigmatisés comme l'hôpital psychiatrique ou le centre médico-psychologique. Ces actions d'« aller vers » ont donc eu pour but de pallier ces difficultés. Certains CLSM ont proposé la mise à disposition de consultations psychologiques libérales gratuites dans certains

QPV ou ont encouragé le développement du dispositif « Un chez soi d'abord » (89). D'autres ont mis en place des équipes mobiles (psychiatrie précarité ou sanitaire Covid) permettant d'atteindre des populations très isolées (sans domicile fixe, par exemple).

Les actions de formation et de sensibilisation à la santé mentale ont été repérées comme des actions à mettre en place en priorité pour former les acteurs de terrain. Le centre de ressources et d'appui aux CLSM a réagi en proposant un programme de formation pour les professionnels intervenant dans les QPV : « La santé mentale dans mon quartier : on a toutes et tous une santé mentale ! » (90) qui comprend des séances de sensibilisation gratuites co-organisées par le.la coordonnateur.rice du CLSM et animées par un.e chargé.e de mission du centre de ressources et d'appui des CLSM. Une plaquette de sensibilisation, co-construite avec l'association Élus, santé publique et territoires, a également été créée à cette occasion (91).

Les CLSM constituent donc des espaces permettant de mettre en place des actions très variées avec une flexibilité importante. Ces actions de prévention et de promotion en santé mentale ont permis d'aider un nombre important de personnes durant la crise sanitaire. Ils agissent au plus près des populations et peuvent s'adapter aux besoins de terrain et parfois aux besoins particuliers de populations spécifiques. Les paragraphes suivants décriront les forces et limites de l'étude puis, de manière plus générale, les apports des CLSM et les difficultés repérées à leur mise en place. Ensuite, une dernière partie s'attachera à décrire pourquoi ces outils semblent correspondre aux objectifs de santé mentale fixés à l'international et il sera argumenté l'intérêt de leur développement au-delà du territoire français.

PARTIE 3 : Discussion

1. Forces et limites de l'étude

L'étude décrite ci-dessus présente plusieurs forces. Tout d'abord, l'utilisation d'auto-questionnaires permet un recueil facile et peu coûteux des données. Ils limitent aussi les erreurs de saisie des données. De plus, la participation aux questionnaires a été importante en particulier au premier confinement. Par ailleurs, les deux temps de cette étude donnent un aperçu de l'évolution des différentes thématiques évoquées. La diffusion nationale de ces questionnaires a permis également d'avoir une représentativité plus importante. Les différences entre les CLSM ont donc été prises en compte : milieu urbain et rural, variation des temps de coordination en fonction de la gestion d'un ou plusieurs CLSM par le/la coordonateur.rice. On notera aussi que le contenu des questionnaires est détaillé et qu'il encourage le/la répondant.e à préciser ses réponses. Enfin, les entretiens supplémentaires ont également permis d'apporter un éclairage différent sur certaines problématiques.

Il existe également plusieurs limites à cette étude. On peut mentionner le caractère subjectif des auto-questionnaires. En outre, ils n'étaient pas anonymes ce qui a pu limiter la participation et générer un biais déclaratif. La participation a d'ailleurs été un peu moins élevée au second questionnaire. Il n'est pas non plus exclu que l'étude présente un biais de sélection. En effet, on peut imaginer que les coordonateur.rice.s des CLSM ayant le plus fonctionné soient aussi les plus susceptibles de répondre aux questionnaires. La raison pour laquelle certains répondants n'ont pas rempli l'un ou l'autre questionnaire est inconnue et n'a donc pas pu être prise en compte. De plus, la diffusion par mail des questionnaires est à risque de non réponses et de perte de

certaines répondants. Il serait intéressant de mener une étude qualitative de plus grande envergure permettant de dégager des tendances de façon plus fiables.

2. Les apports des CLSM et les difficultés à leur mise en œuvre

Les conseils locaux de santé mentale sont des outils qui permettent une articulation entre les différents acteurs concernés par les questions de santé mentale (logement, soins, travail, etc.). Ce travail partenarial est précieux pour le bon fonctionnement du système de soins. Les CLSM sont particulièrement originaux du fait de la place centrale des élus locaux. En effet, ceux-ci ont un pouvoir de convocation qui permet de rassembler plus aisément tous les acteurs. Ils ont également un pouvoir décisionnel qui favorise la mise en place des actions dans la ville (mise à disposition de locaux, par exemple). L'originalité des CLSM vient aussi du rôle des usagers et de leurs aidants. Les usagers ont la possibilité d'exprimer leur avis sur les questions les concernant directement et d'augmenter ainsi leur pouvoir d'agir. La notion d'*empowerment* dans ce système prend toute sa place puisque les usagers prennent activement part aux décisions ce qui consolide leur place dans la société et tend de ce fait à diminuer l'auto-stigmatisation. Les CLSM constituent donc de véritables outils de démocratie sanitaire. Ils participent également à la lutte contre la stigmatisation en population générale grâce à des actions de prévention et de promotion en santé mentale comme la diffusion d'informations ou l'organisation de formations. Ces actions sont locales et communautaires et donnent donc un accès plus universel aux soins en santé mentale. La flexibilité importante des CLSM permet d'adapter leurs actions aux besoins locaux du territoire. Ceci a été particulièrement souligné pendant les deux confinements en France.

Les CLSM ont fait preuve de leur efficacité en cette période de crise et nous constatons qu'ils répondent aux cinq domaines d'action que nous avons dégagés des recommandations. En premier lieu, les CLSM améliorent l'accès à la santé mentale en luttant contre les inégalités grâce à leur proximité avec la population et grâce à des actions d'« aller vers » (par exemple, les consultations de psychologues libérales gratuites dans les QPV). Ensuite, ils encouragent des politiques de santé ayant pour but de créer des environnements favorables au bien-être mental grâce à l'implication des élus locaux, des associations ou encore des bailleurs sociaux, par exemple. C'est aussi dans ce travail de collaboration entre les différents acteurs que réside une des qualités principales des CLSM. En effet, le partenariat est une condition essentielle à leur fonctionnement. De plus, leur niveau d'action est communautaire et local comme préconisé dans les recommandations. Pour finir, ils diffusent des informations relatives à la santé mentale et développent des actions de formation permettant une sensibilisation des professionnels et plus largement de l'ensemble de la population.

La crise du Covid-19 a amplifié les tendances observées habituellement et a permis d'identifier les conditions permettant aux CLSM de se développer et de maintenir leur activité. La mise en place puis le fonctionnement efficace d'un CLSM dépendent de plusieurs facteurs : engagement des acteurs et relations partenariales solides, moyens humains et financiers, et formation des professionnels de santé mentale.

Tout d'abord, l'engagement des acteurs a pu être identifié comme un facteur limitant par certains coordinateurs au cours des confinements. Certains acteurs ont eu des difficultés à poursuivre leurs missions pour différentes raisons : augmentation

de la demande pour la psychiatrie publique, gestion des missions en lien avec le Covid-19 pour les élus, par exemple. La crise sanitaire a permis une sensibilisation plus importante des élus locaux aux questions de santé mentale ce qui a favorisé un plus grand engagement de leur part. Avant la crise, impliquer les élus représentait un des challenges pour la création d'un CLSM. Il en est de même pour les usagers qui ont parfois des difficultés à trouver leur place du fait d'une auto-stigmatisation notamment. Il est important que les usagers et leurs aidants aient une place à part entière au sein du CLSM et que leur implication ne soit pas une « participation alibi » (92), mais que leurs avis soient réellement pris en considération. Des recommandations ont pu être établies suite à une concertation entre les acteurs de plusieurs CLSM pour aider les élus, les usagers et leurs aidants à s'engager (92). L'implication de nombreux acteurs ne permet en revanche pas toujours d'obtenir les résultats escomptés bien que de manière générale cela augmente l'efficacité des actions. Dans ce cadre, le fait d'être un CLSM très récent a été repéré comme fragilisant le fonctionnement lors de la crise sanitaire à cause de relations partenariales nouvelles ou pas encore établies et donc peu solides.

De plus, la question des moyens peut être un frein à la mise en place d'un CLSM. Tout d'abord, les moyens humains peuvent être limités. Les coordonnateurs.rice.s manquent parfois de temps de coordination alors même qu'il.elle.s ont un rôle central dans le fonctionnement des CLSM notamment pour articuler les relations partenariales. Certain.e.s coordonnateur.rice.s ont parfois plusieurs CLSM à charge et peu exercent ce métier à plein temps (93). Les différences territoriales sont également à prendre en compte car elles peuvent affecter les moyens humains. Par exemple, certains CLSM sont développés dans des zones rurales qui n'auront potentiellement

pas accès au même nombre de médecins pouvant s'impliquer dans le CLSM. Ensuite, les moyens financiers peuvent être différents d'un CLSM à un autre et donc limiter leur développement ou leurs actions. Les CLSM sont, en effet, financés de manière très hétérogène par l'agence régionale de santé (ARS), les hôpitaux et/ou les collectivités territoriales.

Une des limites au développement des CLSM est la formation des soignants de manière générale (médecins, internes, infirmier.e.s, aides soignant.e.s etc.). En effet, les CLSM sont des outils qui semblent encore peu connus par les équipes de soins. Il serait donc intéressant d'évaluer plus exactement le nombre de professionnels de santé qui connaissent le concept et qui participent à un CLSM en France. L'intégration plus systématique des CLSM dans les parcours de formations pourrait favoriser de nouvelles créations de CLSM ou de nouvelles participations dans ceux déjà existants et ainsi consolider la culture commune de la santé mentale et plus seulement de la psychiatrie.

Les travaux menés par le centre national de ressources et d'appui aux CLSM depuis plusieurs années ont permis de dégager les axes d'amélioration permettant d'éviter de reproduire certaines erreurs et de développer de futurs CLSM dans les meilleures conditions possibles (92). Les CLSM ont commencé à s'exporter à l'international et il paraît intéressant que cet élan puisse se poursuivre.

3. Développement à l'étranger : comment penser les CLSM à l'international ?

Certains pays ont déjà intégré le modèle des CLSM dans leurs politiques de santé mentale et d'autres envisagent de le développer. En 2019, lors de la 5^{ème} Rencontre nationale des CLSM et la 22^{ème} Journée nationale d'étude Élus, Santé Publique et Territoires (ESPT), le Dr Roelandt, ancien directeur du CCOMS de Lille, a interrogé des correspondants dans divers pays et a dressé un bref état des lieux sur le fonctionnement de leur système de soins en santé mentale et l'implication de leurs élus (94). L'année suivante, la Commission européenne a mandaté une étude sur la transition des soins institutionnels vers les soins communautaires dans les 27 pays de l'Union Européenne (95). À partir de ces deux documents, nous avons distingué plusieurs profils de pays : les pays dans lesquels un travail en amont semble nécessaire à la création d'un CLSM, les pays susceptibles d'accueillir plus aisément des CLSM du fait de leur politique de santé mentale, et enfin les pays disposant déjà d'un ou de plusieurs CLSM ou ayant l'intention d'en créer à court terme.

Exemples de pays nécessitant un travail d'amont

Comme évoqué plus haut, il existe des conditions favorables à l'instauration et au bon fonctionnement d'un CLSM et notamment l'implication des élus locaux. Il semble plus facile de créer des CLSM dans les pays où les élus participent activement aux politiques de santé mentale. En Grèce, il existe des actions de prévention mais uniquement dans les Cyclades et les élus ont seulement un rôle dans l'inclusion

sociale. Les élus tunisien, eux, interviennent surtout dans le cadre de programmes de prévention en santé mais peu en santé mentale (94).

Les pays n'incluant que peu d'actions communautaires dans leurs politiques de santé mentale auront a priori plus de difficultés à accueillir un CLSM. On peut citer un certain nombre de pays européens dont la politique de santé mentale est basée sur des soins institutionnels plutôt que sur des soins communautaires : Bulgarie, Chypre, République Tchèque, Lituanie et Pologne, par exemple. A Chypre, en particulier, les patients avec des pathologies psychiatriques sont institutionnalisés dans des établissements de soins avec les personnes âgées et les personnes porteuses d'une déficience intellectuelle (95).

On peut donc imaginer qu'un travail d'amont serait nécessaire à l'installation d'un CLSM dans ces pays. Les besoins de ces pays sont évidemment bien réels et les CLSM pourraient constituer un premier pas vers les soins communautaires, permettre l'amélioration de la santé mentale des populations et augmenter le pouvoir d'agir des usagers. D'ailleurs, comme nous le notons plus loin, certains pays ayant peu d'expériences de santé communautaire ont parfois pu créer et maintenir un ou plusieurs CLSM. Il ne s'agit donc pas d'une règle générale.

Pays susceptibles de créer un conseil local de santé mentale

En Italie, de manière générale, le système de soins n'est pas orienté vers des soins hospitaliers mais vers des soins dans la ville. Le développement des CLSM dans ce pays serait donc envisageable. D'ailleurs, il existe déjà un équivalent de CLSM bien

que les élus soient moins impliqués car les politiques de santé mentale se font au niveau de la province et pas de la ville (94).

Le Royaume Uni a aussi un système de soins communautaire en santé mentale. Les lits d'hôpitaux psychiatriques sont peu nombreux depuis le début de la désinstitutionalisation dans les années 1950 (4). À Londres, la coordination entre tous les acteurs impliqués dans les questions de santé mentale est importante. Il n'y existe pas de CLSM cependant ils pourraient s'en développer aisément au vu du terrain enclin à recevoir ce type d'outil de démocratie sanitaire. À New York aussi, le partenariat entre les différents acteurs est très présent car le constat de l'efficacité de ce travail en réseau l'a rendu indispensable (94).

À Amsterdam, les élus sont très impliqués à tous les niveaux de la politique de santé mentale (financement, actions de prévention, soins sans consentement et inclusion sociale). Les communes sont aussi fortement impliquées en santé mentale aux Seychelles. Ce sont donc deux territoires dans lesquels les conditions sont réunies pour y développer des CLSM (94).

En Belgique, les élus ont un rôle moins développé en santé mentale mais ils s'investissent sur la prévention et sur la déstigmatisation en particulier à Gand et Anvers. Les CLSM pourraient donc trouver leur place dans ce pays aussi. La proximité avec la France et avec le CCOMS à Lille pourrait faciliter leur implantation (94).

Le Luxembourg, le Danemark et la Suède sont avancés dans leur politique de désinstitutionalisation et dans la prise en charge communautaire (95). Ils constituent

donc également des lieux privilégiés pour promouvoir l'apport des CLSM dans la coordination des différents acteurs et dans les politiques de promotion et prévention en santé mentale.

Pays disposant de conseils locaux de santé mentale

Un des pays disposant déjà d'un CLSM est la Mauritanie (à Nouakchott) où les élus locaux sont engagés dans les systèmes de santé. En 2019, la dynamique du CLSM devait être relancé, l'occasion d'en développer éventuellement de nouveaux (94). En Algérie, la participation des élus aux questions de santé mentale est peu développée bien qu'ils soient impliqués dans les soins sans consentement par exemple. Il existe des politiques de santé mais celles-ci incluent rarement la santé mentale. Cependant, à Blida, il y a un CLSM qui pourrait être le point de départ de plusieurs autres CLSM dans le pays.

Le Plan stratégique santé mentale 2020-2024 (96) du Burkina Faso constate une insuffisance dans les moyens alloués à la santé mentale. Il évoque aussi un manque de leadership et de gouvernance pour la coordination des acteurs concernés par la santé mentale. Ce plan élabore donc des stratégies pour pallier ces insuffisances et l'une d'entre elles est la mise en place de CLSM dans 3 villes pilotes (Ouagadougou, Ouahigouya et Bobo-Dioulasso). Ils permettraient de répondre aux différentes priorités de santé mentale établies dans ce plan : coordination, partenariat, qualité des soins, recherche, accès aux soins, prévention et promotion (96). Ce projet est développé en collaboration avec « Municipalités Expertise France » (97) et avec l'appui du CCOMS et des CLSM français. Une particularité de ce projet est qu'il s'appuie sur le système

de jumelage des villes. Lyon, Bordeaux et Vence, trois villes disposant de CLSM, collaborent respectivement avec Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Ouahigouya (98).

Le Barcelona Mental Health Plan 2016-2022 est particulièrement innovant en matière de soins en santé mentale dans la ville. En effet, il propose une prise en charge communautaire au plus près des populations et souligne l'importance de mener des politiques de promotion et de prévention en santé mentale. Barcelone a fait de la santé mentale un enjeu majeur pour sa population et a évalué les besoins territoriaux pour y répondre en conséquence. La création d'un CLSM dans chaque territoire est en projet car ils répondent aux attentes énoncées dans ce plan de santé mentale (94,99).

Les conseils locaux de santé mentale ont donc commencé leur exportation à l'international dans des pays où les conditions de soins et les moyens sont très différents. Il est possible que la flexibilité dont ils font preuve et la diversité que confèrent leurs actions permettent leur application dans des contextes variés. Cependant, certaines conditions sont facilitatrices et ont bien été repérées pendant la crise du Covid-19. Il semble donc intéressant de pouvoir proposer ce type d'outil de démocratie sanitaire à l'international en commençant par les pays les plus enclins à construire ces projets dans de bonnes conditions. Ce travail est déjà amorcé mais des études ultérieures seront évidemment nécessaires pour évaluer la compatibilité de différents systèmes politiques de santé avec le modèle des CLSM. La philosophie des CLSM de s'adapter à la singularité de chaque territoire nourrit l'espoir que le développement de ce type d'initiative se poursuive au-delà des frontières françaises.

CONCLUSION

Les politiques de santé mentale nationales et internationales tendent, depuis plusieurs décennies, vers la désinstitutionnalisation et la mise en place de soins communautaires au plus près des populations. De nombreuses études (100–103) ont montré l'efficacité de cette approche. Celle-ci prend en compte les réalités locales et est respectueuse des individus puisqu'elle augmente leur pouvoir d'agir (55,104). En plus de préconiser le développement de la santé mentale communautaire, les instances de santé françaises et internationales soulignent le rôle central joué par la promotion et la prévention dans l'amélioration de la santé mentale des populations et dans la diminution des coûts humain et économique de la maladie psychique. Les différents plans de santé, rapports de conférences mondiales et textes de loi examinés dans ce travail ont permis d'identifier 5 grands domaines d'action à privilégier pour atteindre cet objectif : faciliter l'accès à la santé mentale, créer des environnements favorables au bien être, encourager la collaboration entre tous les acteurs, favoriser l'action communautaire et locale, et développer la recherche et la diffusion d'informations. Ce travail a pu ensuite recenser de manière non exhaustive différents programmes de prévention et de promotion en santé mentale avant de présenter le modèle français des CLSM et ses spécificités.

Les conseils locaux de santé mentale sont des outils français de démocratie sanitaire qui sont en phase avec les recommandations internationales. Ils facilitent l'articulation entre tous les acteurs concernés et mènent des actions de promotion et de prévention en santé mentale dans la communauté. Ils agissent donc sur la stigmatisation et favorisent l'accès aux soins pour améliorer le bien-être mental. Ces dispositifs ont été particulièrement actifs pendant la crise du Covid-19. Les restrictions sanitaires, les

périodes de confinement, l'isolement social et l'incertitude ont en effet eu un impact majeur sur la santé mentale. Dans le même temps, beaucoup ont pris conscience que la santé mentale concerne chaque individu. L'étude du fonctionnement des CLSM en cette période particulière a mis en exergue leurs contributions : travail partenarial, investissement des élus, *empowerment* des usagers, transmission des besoins locaux pour l'adaptation des politiques nationales de santé, flexibilité et adaptabilité au contexte de la communauté. Un certain nombre de difficultés ont également été rapportées et ont permis de dégager des conditions favorables au bon fonctionnement. On peut citer en particulier les moyens humains et financiers des CLSM ainsi que l'engagement et la formation des acteurs.

Les tendances observées dans les politiques de santé mentale de quelques pays - liste non exhaustive - ont montré que des différences considérables existent en ce qui concerne le développement des actions communautaires. Certains pays paraissent présenter des conditions plus favorables à la création de CLSM. Il est évident que davantage de recherche sur la compatibilité du modèle des CLSM avec des politiques de santé variées est nécessaire. Cependant, les quelques expériences de CLSM établies au-delà du territoire français semblent mettre en valeur leur capacité d'adaptation aux besoins locaux des communautés. Cette qualité rend optimiste sur la possibilité de leur mise en place dans des pays n'ayant pas une politique de santé mentale traditionnellement basée sur les soins communautaires.

ANNEXE 1

Le questionnaire Q1

- 1 - Quel est le nom de votre CLSM ?
- 2 - Quel est votre nom (Nom du coordonnateur) ?
- 3 - Votre CLSM a-t-il continué de fonctionner durant le confinement ?
Oui / Non / Partiellement mais efficacement / Très partiellement et moins efficacement
- 4 - Avez-vous globalement constaté des signes d'évolution de la santé mentale de la population ?
Oui / Non / Je ne sais pas / Pas d'évaluation possible à ce stade
- 5 - Si oui, lesquels ? (Précisez la nature de ces signes d'évolution)
- 6 - Avez-vous également constaté ces changements dans les quartiers politique de la Ville (QPV) ?
Oui / Non / Je ne sais pas / Pas d'évaluation possible
- 7 - Si oui, lesquels ?
- 8 - La crise du COVID 19 a-t-elle selon vous accentué les inégalités sociales et territoriales de santé ?
Oui, fortement / Oui, partiellement / Non
- 9 - Votre CLSM a-t-il pu mettre en place / ou prévoit-il des actions destinées à des publics fragiles spécifiques (personnes âgées, SDF, victimes de violences intra-familiales...) ?
Oui / Non
- 10 - Si oui, lesquelles ?
- 11 - Votre CLSM a-t-il pu mettre en place ou prévoit-il des actions pour les habitants des QPV ?
Oui / Non
- 12 - Si oui, lesquelles ?
- 13 - Quels acteurs suivants se sont investis pour la santé mentale des populations pendant le confinement ?
La psychiatrie publique / Les représentants d'usagers / Les représentants des familles / Les élus ou représentants de collectivités
- 14 - Avez-vous pu effectuer un diagnostic de la situation de la santé mentale de votre territoire lors de la crise ?
Oui / Non
- 15 - Le cloisonnement institutionnel (difficultés de certaines institutions à se parler, à partager les informations, à travailler ensemble...) s'est-il accentué pendant cette période de crise sanitaire ?
Oui / Non / Pas de cloisonnement institutionnel préalablement identifié
- 16 - Y-a-t-il eu des actions destinées à limiter ce cloisonnement ?
Oui / Non
- 17 - Si oui, lesquelles ?
- 18 - Quelles actions de coordination avez-vous mis en place dans votre CLSM ?

19 - Selon vous, quels sont les aspects négatifs du confinement en termes de santé mentale sur votre territoire ?

20 - Selon vous, quels sont les aspects positifs du confinement en termes de santé mentale sur votre territoire ?

21 - Avez-vous utilisé ou proposé l'utilisation d'outils numériques pour poursuivre les actions du CLSM ?

Oui / Non

22 - Avez-vous prévu des actions pour lutter contre la fracture numérique ?

Oui / Non

23 - Si oui, lesquelles ?

24 - Après la levée du confinement, quelles pourraient être les actions prioritaires des CLSM dans les QPV ?

ANNEXE 2

Le questionnaire Q2

1 - NOM et prénom

2 - Nom du CLSM

3 - Le périmètre de votre CLSM couvre-t-il un ou plusieurs quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ?

Oui / Non

4 - Votre CLSM avait-il participé au premier état des lieux national des CLSM en période de confinement ?

Oui / Non

5 - A l'issue du premier confinement, votre CLSM a-t-il pu mettre en place les actions qu'il avait identifiées comme nécessaires pendant celui-ci ?

Oui / Non

a) Quelles actions ?

b) Continuent-elles encore pendant ce deuxième confinement ?

Oui / Non

c) Si non, pourquoi ?

5 - (Suite) Pourquoi ?

6 - Votre CLSM a-t-il fonctionné pendant le premier confinement ?

Oui / Non

7 - Votre CLSM fonctionne-t-il pendant ce deuxième confinement ?

Oui / Non

8 - Comparé au premier confinement, comment diriez-vous que votre CLSM continue de fonctionner pendant ce deuxième confinement ?

Mieux / Moins bien / Pas de changement notable

8 - (Suite) De nouvelles actions ont-elles été mises en place durant ce deuxième confinement ?

Oui / Non

Si non, pourquoi ?

8 - (Suite) Pourquoi votre CLSM ne fonctionne-t-il pas durant ce deuxième confinement ?

a) Pouvez-vous brièvement les décrire ?

b) Si le périmètre de votre CLSM couvre un ou plusieurs QPV, ces nouvelles actions concernent-elles les habitant e s des QPV ?

Oui, ces actions sont globales et s'adressent aussi aux habitant.e.s des QPV/Oui, ces actions s'adressent spécifiquement aux habitant.e.s des QPV

9 - Avez-vous pu effectuer un diagnostic de la situation de la santé mentale des habitant.e.s de votre territoire depuis le premier confinement ?

Oui / Non

9 - (Suite) Pouvez-vous brièvement décrire ce diagnostic : forme (questionnaires, autre), nombre de réponses obtenues, conclusions, etc.

10 – Vous êtes-vous appuyé.e.s sur le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM du CCOMS pendant cette crise ?

Oui, par contact direct avec le Centre (e-mails, téléphone, etc.) / Oui, en consultant le site internet (fiches actions, guides, newsletters, etc.) / Oui, par contact direct avec d'autres coordos (grâce aux informations trouvées sur le site) / Non

11 - Globalement, que pouvez-vous dire de l'évolution du cloisonnement institutionnel (difficultés de certaines institutions à se parler, à partager les informations, à travailler ensemble...) depuis mars dernier ?

Il s'est globalement empiré / Il s'est d'abord empiré avec le premier confinement puis amélioré le reste de l'année / Il s'est globalement amélioré / Il s'est d'abord amélioré avec le premier confinement puis empiré le reste de l'année / Il est resté stable / Pas de cloisonnement institutionnel préalablement identifié / Ne se prononce pas

a) Avez-vous mis en place des actions destinées à limiter ce cloisonnement pendant ce deuxième confinement ?

Oui, les mêmes que pendant le premier confinement / Oui, de nouvelles actions / Non

b) Si oui, lesquelles ?

12 - Comment a évolué l'investissement des acteurs et actrices suivant.e.s pour la santé mentale de la population depuis le premier confinement ? (La psychiatrie publique, Les représentant.e.s des familles, Les élu.e.s, Les représentant.e.s d'usager.ère.s, Le secteur médico-social, Les associations)

Augmenté / Diminué / Identique / Pas d'investissement / Je ne sais pas

13 - Souhaitez-vous évoquer l'investissement d'autres acteurs et actrices que ceux et celles évoqué.e.s ci-dessus ?

14 - Après la levée de ce deuxième confinement, quelles pourraient être les actions prioritaires à mettre en place dans votre CLSM ?

15 - Si le périmètre de votre CLSM couvre un ou plusieurs QPV, quelles pourraient être des actions spécifiques à mettre en place dans les QPV ?

ANNEXE 3

Le guide d'entretien (avril 2021)

1 - Présentation des coordonnateur.rices / CLSM = Lieu CLSM / Temps travail CLSM / Autres postes (à côté du poste CLSM / Financement / Formation / Expérience pro antérieure / Portage CLSM)

2 - Premier confinement / Deuxième confinement = Globalement / Le plus dur / Les freins/Les leviers/ La psychiatrie publique / Autres

3 - Entre les confinements= Globalement/Le plus dur / Les leviers / Les freins/Les changements confinements et entre confinements / La Psychiatrie publique / L'Impact des municipales 2020 / Autres

4 - Les aides = Le fonctionnement/Les partenaires / Autres coordo CLSM / Outils / ressources/Autres

5 - Et maintenant ? = Leçons / Diagnostic / Fonctionnement / Partenaires / Projets / idées / Comment on tient / (avril 2021)

6 - Conclusion = Mots clés / Messages clés / Priorités / Préoccupations

7 - Qu'avez-vous à ajouter ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie. Paris: chez Richard, Caille et Ravier; 1801.
2. Lohr E. De l'asile au secteur : évolution de l'architecture psychiatrique et de son rapport au territoire dans la banlieue nord est de Paris du milieu du dix-neuvième siècle à nos jours. In: Ville et santé mentale: projections, politiques, ressources. Paris: Éd. le Manuscrit; 2009. p. 57-72. (Sciences de la ville).
3. Michel A. Introduction : urbanisme et psychiatrie, une histoire de la ville. In: Ville et santé mentale : projections, politiques, ressources. Paris: Éd. le Manuscrit; 2009. p. 13-32. (Sciences de la ville).
4. Coldefy M. Les apports des expériences étrangères pour une approche géographique de la « désinstitutionnalisation » à la française. In: Ville et santé mentale: projections, politiques, ressources. Paris: Éd. le Manuscrit; 2009. p. 84-8. (Sciences de la ville).
5. Ligue Française pour la Santé Mentale. Historique | Ligue Française pour la Santé Mentale [Internet]. [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.lfsm.org/presentation/historique/>
6. Mazel C. Lucien Bonnafé. Empan. 2003;51(3):110-1.
7. Ministère de la santé publique et de la population. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [Internet]. 1960 [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/textes-officiels-historiques/>
8. Biarez S. Une politique publique : la santé mentale (1970-2002). Revue française d'administration publique. 2004;111(3):517-31.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Promotion de la santé - Charte d'Ottawa. In Ottawa: Conférence internationale pour la promotion en santé; 1986.
10. Roelandt J-L, Daumerie N. Santé mentale dans la cité : des recommandations de l'OMS aux critères concrets de bonnes pratiques. In: Ville et santé mentale: projections, politiques, ressources. Paris: Éd. le Manuscrit; 2009. p. 157-80. (Sciences de la Ville).
11. Piel E, Roelandt J-L. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale [Internet]. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité; 2001. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/24799-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale>
12. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma Ata (URSS), 6-12 septembre 1978. In Genève: OMS; 1978. (Santé pour tous).

13. Rhenter P. Le conseil local de santé mentale : nouvel outil au service de l'empowerment des usagers ? *La Santé de l'homme*. Mai/Juin 2011;(413):34-6.
14. Sebbane D, De Rosario B, Roelandt J-L. La promotion de la santé mentale : un enjeu individuel, collectif et citoyen. *La Santé en action*. 2017;(439):10-3.
15. Flajolet A. Annexe 1 du rapport Flajolet: La prévention : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. Ministère de la santé, de la jeunesse des sports et de la vie associative; 2008. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
16. World Health Organization Regional Office for Europe. EPHO5: Disease prevention, including early detection of illness [Internet]. euro.who.int. [cité 6 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations/epho5-disease-prevention,-including-early-detection-of-illness2>
17. Gordon RS. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep*. 1983;98(2):107-9.
18. World Health Organization. World Mental Health Day: an opportunity to kick-start a massive scale-up in investment in mental health [Internet]. who.int. 2020 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>
19. World Health Organization. The Mental Health Coalition: a WHO/Europe flagship initiative [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2020/the-mental-health-coalition-a-who-europe-flagship-initiative-2020>
20. Organisation Mondiale de la Santé. Un décès sur 100 est un décès par suicide [Internet]. 2021 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
21. Organisation de Coopération et de Développement Economiques. Les troubles de la santé mentale représentent un lourd fardeau économique pour les pays européens [Internet]. 2018 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.oecd.org/fr/sante/les-troubles-de-la-sante-mentale-representent-un-lourd-fardeau-economique-pour-les-pays-europeens.htm>
22. Ministère des Solidarités et de la Santé. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018 [cité 24 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. Promoting mental health in Europe: Why and how? In: *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* [Internet]. Paris, Brussels: OECD publishing; 2018 [cité

- 16 janv 2022]. p. 19-43. (Health at a Glance: Europe). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018/promoting-mental-health-in-europe-why-and-how_health_glance_eur-2018-4-en
24. World Health Organization, United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cité 3 mars 2022]. Report No.: WHO/HIS/SDS/2018.15. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
 25. Organisation Mondiale de la Santé, Gouvernement d'Australie-Méridionale. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être [Internet]. Adélaïde: Organisation mondiale de la Santé; 2010 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44390>
 26. Organisation Mondiale de la Santé. La Déclaration de Sundsvall : des milieux favorables à la santé [Internet]. Sundsvall, Suède: Organisation mondiale de la Santé; 1991 [cité 29 janv 2022]. Report No.: WHO/HED/92.1. Unpublished. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59965>
 27. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXIe siècle [Internet]. Jakarta: Organisation Mondiale de la Santé; 1997 [cité 29 janv 2022]. Report No.: WHO/HPR/HEP/4IHP/BR/97.4. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63698>
 28. Organisation Mondiale de la Santé. Cinquième conférence mondiale sur la promotion de la santé [Internet]. Mexico: Organisation Mondiale de la Santé; 2000. Disponible sur: <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>
 29. Organisation Mondiale de la Santé. La charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation [Internet]. Bangkok: Organisation Mondiale de la Santé; 2005. Disponible sur: <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>
 30. World Health Organization. Seventh Global Conference on Health Promotion, Nairobi, 21-26 October 2009 [Internet]. 2009 [cité 29 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference>
 31. Organisation Mondiale de la Santé. Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé [Internet]. Helsinki: Organisation Mondiale de la Santé; 2013. Disponible sur: <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>
 32. Organisation Mondiale de la Santé. Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : « La promotion de la santé dans les objectifs de développement durable » [Internet]. Shanghai; 2016. Disponible sur: <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>

33. International Union for Health Promotion and Education. Rotorua Statement WAIORA: Promoting planetary health and sustainable development for all [Internet]. Rotorua: International Union for Health Promotion and Education; 2019. Disponible sur: https://www.iuhpe2019.com/iuhpe-%e2%80%93tnz/rotorua-indigenous-statement_idl=10007_idt=2939_id=16107_.html
34. World Health Organization. Geneva Charter for Well Being - 10th Global Conference on Health Promotion. Geneva; 2021.
35. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2015. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2013/12/oms-plan-d-action-pour-la-sante-mentale-2013-2020/>
36. World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>
37. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan 2013–2020 [Internet]. Copenhagen: World Health Organization; 2015. Disponible sur: <https://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/european-mental-health-action-plan-20132020-the>
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022 [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2017 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>
39. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2021.
40. Ministère des Solidarités et de la Santé. Assises de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2021 sept [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/evenements/assises-de-la-sante-mentale-2021>
41. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2001 [cité 9 mars 2022]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>
42. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network; 2004. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>
43. World Health Organization. Integrating mental health services into primary health care. Geneva: World Health Organization; 2007. (Mental Health Policy, Planning and Service Development Information Sheet).

44. Morisset J, Chambaud L, Joubert P, Rochon J. La prévention dans les systèmes de soins : défis communs pour la France et le Québec: Pratiques et Organisation des Soins. 1 déc 2009;Vol. 40(4):275-82.
45. fruehehilfen.de [Internet]. Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.fruehehilfen.de/>
46. Kliem S, Sandner M, Lohmann A, Sierau S, Dähne V, Klein AM, et al. Follow-up study regarding the medium-term effectiveness of the home-visiting program “Pro Kind” at age 7 years: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. déc 2018;19(1):323.
47. Zippy’s Friends for 5-7 year olds [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.partnershipforchildren.org.uk/what-we-do/programmes-for-schools/zippys-friends.html>
48. Agence de la santé publique du Canada. Le portail canadien des pratiques exemplaires - « Zippy’s friends » [Internet]. 2016 [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/zippys-friends/>
49. Ministère des Solidarités et de la Santé. Stratégie de transformation du système de santé [Internet]. 2018 [cité 15 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/strategie-de-transformation-du-systeme-de-sante>
50. Fayard A, Marchand A-C. La place de la promotion de la santé et de l’éducation pour la santé dans le système de santé français. *Promotion & Education*. mars 2008;15(Supp(1)):31-4.
51. Touraine M. Déclaration de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, sur la stratégie en matière de politique de la santé et l’accès aux soins médicaux, Paris le 23 septembre 2013. [Internet]. *Vie publique.fr*. 2013 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/discours/195936-declaration-de-mme-marisol-touraine-ministre-des-affaires-sociales-et-d>
52. Bourgueil Y. Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux. *Revue française des affaires sociales*. 22 oct 2010;(3):11-20.
53. Rowan AB, Grove J, Solfelt L, Magnante A. Reducing the Impacts of Mental Health Stigma Through Integrated Primary Care: An Examination of the Evidence. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. déc 2021;28(4):679-93.
54. Menear M, Gilbert M, Fleury M-J. Améliorer la santé mentale des populations par l’intégration des soins de santé mentale aux soins primaires. *Santé mentale au Québec*. 2017;42(1):243-71.
55. Shankand R, Saïas T, Friboulet D. De la prévention à la promotion de la santé : intérêt de l’approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*. mars 2009;15(1):65-76.

56. Santé publique France. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé [Internet]. 2019 [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
57. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). Le 3114 : un nouveau numéro national de prévention du suicide [Internet]. 2021 [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15206>
58. Papageno Programme [Internet]. Papageno Programme. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://papageno-suicide.com/>
59. Santé Publique France. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence [Internet]. 1000 premiers jours - Là où tout commence. [cité 30 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>
60. Agence Régionale de Santé. Le service sanitaire des étudiants en santé [Internet]. 2021 [cité 16 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/le-service-sanitaire-des-etudiants-en-sante>
61. World Health Organization. Prevention of Mental Disorders - Effective interventions and policy options [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <https://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4978589>
62. Jabot F, Gerhart C, Auclair A. Des progrès en promotion de la santé en France ? In: Cherubini B, éditeur. Agir pour la promotion de la santé. Toulouse: Érès; 2011. p. 29-50. (Action santé).
63. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal officiel; 2002.
64. Agence Régionale de Santé. Qu'est-ce que la démocratie en santé ? [Internet]. 2021 [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/index.php/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3>
65. Letourmy A, Naiditch M. L'émergence de la démocratie sanitaire en France. Santé, Société et Solidarité. 2009;8(2):15-22.
66. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM. Qu'est ce qu'un CLSM ? [Internet]. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM – Soutenir et développer les CLSM en France. [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>
67. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies [Internet]. 1972. Disponible sur:

<https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/textes-officiels-historiques/>

68. Ministère de la santé publique et de la sécurité sociale. Circulaire du 15 janvier 1974 relative aux conseils locaux de santé mentale de secteur (mise en place de la sectorisation psychiatrique) [Internet]. 1974. Disponible sur: <https://www.ascodocpsy.org/trouvez-de-linformation-psychiatrie-sante-mentale/textes-officiels-historiques/>
69. Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. Paris: Ministère de la santé et des sports; 2009. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>
70. Haut Conseil de la Santé Publique. Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2011. (Evaluation). Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.Cgi/avisrapportsdomaine?clefr=226>
71. Ministère des Solidarités et de la cohésion sociale, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>
72. Robiliard D. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. Paris: Assemblée Nationale; 2013 déc [cité 6 mars 2022]. Report No.: 1662. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
73. Devictor B. Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé [Internet]. Service Public Territorial de Santé – Service Public Hospitalier; 2014. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-breves/article/strategie-nationale-de-sante-marisol-touraine-recoit-le-rapport-devictor-sur-le>
74. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) [Internet]. Journal officiel; 2016 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>
75. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, Secrétariat d'État auprès du ministre de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, chargé de la Ville. Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville [Internet]. Légifrance; 2016 [cité 6 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41379>
76. Pstant F, Gac M, Plantade A, Lacombe L. État du fonctionnement des conseils locaux en santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19 en France

- [Internet]. Lille: Centre national de ressources et d'appui aux CLSM; 2021 oct. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/2021/10/15/publication-etat-du-fonctionnement-des-conseils-locaux-de-sante-mentale-clsm-pendant-lepidemie-de-covid-19-en-france/>
77. Santé Publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 [Internet]. [cité 27 oct 2021]. Disponible sur: <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>
 78. World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment [Internet]. World Health Organization; 2020 [cité 31 déc 2021]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335838>
 79. Santé Publique France. Les inégalités sociales et territoriales de santé [Internet]. 2021 [cité 7 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-inegalites-sociales-et-territoriales-de-sante>
 80. Pastant F. « Les besoins de santé mentale ont été rendus plus visibles, énormément d'élus ont mis en place un CLSM » [Internet]. 2022 [cité 5 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.lagazettedescommunes.com/785444/alors-que-les-besoins-de-sante-mentale-ont-ete-plus-visibles-enormement-delus-ont-mis-en-place-un-clsm/>
 81. Crehpsy Hauts-de-France [Internet]. [cité 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.crehpsy-hdf.fr/>
 82. Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 2 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/>
 83. Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM – Soutenir et développer les CLSM en France [Internet]. [cité 12 mars 2022]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/>
 84. Gold J. Could COVID-19 Finally Destigmatize Mental Illness? Time [Internet]. 13 mai 2020 [cité 22 févr 2022]; Disponible sur: <https://time.com/5835960/coronavirus-mental-illness-stigma/>
 85. Santi P, Cabut S. Covid-19 : les effets de la crise sanitaire sur la santé mentale perdurent. Le Monde.fr [Internet]. 27 sept 2021 [cité 9 mars 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sante/article/2021/09/27/les-effets-de-la-crise-sanitaire-sur-la-sante-mentale-perdurent_6096157_1651302.html
 86. Le Monde avec AFP. Covid-19 : les méfaits de la crise sanitaire sur la santé mentale des jeunes. Le Monde.fr [Internet]. 17 nov 2021 [cité 9 mars 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/planete/article/2021/11/17/covid-19-les-mefaits-de-la-crise-sanitaire-sur-la-sante-mentale-des-jeunes_6102364_3244.html

87. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM. [Fiche action] Radio Familles, émission de radio créée par le CLSM de Dunkerque [Internet]. 2021 [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/2021/05/06/fiche-action-radio-familles-emission-de-radio-creee-par-le-clsm-de-dunkerque/>
88. Premiers Secours en Santé Mentale France [Internet]. PSSM France. [cité 13 févr 2022]. Disponible sur: <https://pssmfrance.fr/>
89. Ministère de la Transition Ecologique. Un chez soi d'abord [Internet]. 2020 [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.ecologie.gouv.fr/chez-soi-dabord>
90. Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM. Les formations du Centre national de ressources et d'appui aux CLSM [Internet]. [cité 14 févr 2022]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/les-formations-du-centre-national-de-ressources-et-dappui-aux-clsm/>
91. Elus Santé Publique et Territoires, Centre National de Ressources et d'Appui aux CLSM. Élus locaux, la santé mentale vous concerne! Pourquoi? Comment agir? Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) [Internet]. 2020 [cité 19 févr 2022]. Disponible sur: <https://espt.asso.fr/2020/01/31/plaquette-de-sensibilisation-des-elus-locaux-aux-clsm/>
92. Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM. Publication de deux guides de recommandations pour favoriser l'engagement des élus locaux et des usagers au sein des CLSM ! [Internet]. 2022 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/2022/01/27/publication-de-deux-guides-de-recommandations-pour-favoriser-lengagement-des-elus-locaux-et-des-usagers-au-sein-des-clsm/>
93. Charapoff S, Fos E de, Oumarjal M, Provost E, Bouchony AT de. Coordonner un conseil local de santé mentale : un métier à part entière. L'Information Psychiatrique. 1 août 2020;96(7):561-7.
94. Roelandt J-L. Comment font nos voisins en Europe et dans le monde ? In: Les conseils locaux de santé mentale 12 ans après : qu'est ce qui a changé ? [Internet]. Lille; 2019. p. 110-21. Disponible sur: <http://clsm-ccoms.org/2021/03/24/les-actes-de-la-5eme-rencontre-nationale-des-clsm-22eme-journee-detude-espt-les-clsm-12-ans-apres-du-15-novembre-2019/>
95. Šiška J, Beadle-Brown J. Transition from Institutional Care to Community-Based Services in 27 EU Member States: Final report. 2020. (Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care).
96. Ministère de la santé du Burkina Faso. Plan stratégique santé mentale 2020-2024 [Internet]. Burkina Faso: Ministère de la santé du Burkina Faso; 2019 décembre. Disponible sur: <https://www.humanitarianresponse.info/en/operations/burkina-faso/document/plan-strat%C3%A9gique-sant%C3%A9-mentale-2020-2024-1>
97. Accueil - Expertise France [Internet]. Expertise France. [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.expertisefrance.fr/>

98. Centre National de Ressources et d Appui aux CLSM. CLSM à l'international : déploiement des CLSM au Burkina Faso et accueil de délégations dans plusieurs CLSM français [Internet]. 2021 [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://clsm-ccoms.org/2021/10/22/clsm-a-linternational-deploiement-des-clsm-au-burkina-faso-et-accueil-de-delegations-dans-plusieurs-clsm-francais/>
99. Berbel S, Sanchez E, éditeurs. Barcelona Mental Health Plan 2016-2022 [Internet]. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 2018. Disponible sur: <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/pla-salut-mental-2016-2022-en.pdf>
100. Kearns M, Muldoon OT, Msetfi RM, Surgenor PWG. The impact of community-based mental health service provision on stigma and attitudes towards professional help-seeking. *Journal of Mental Health*. juin 2019;28(3):289-95.
101. Gaiha SM, Gulfam FR, Siddiqui I, Kishore R, Krishnan S. Pilot Community Mental Health Awareness Campaign Improves Service Coverage in India. *Community Ment Health J*. 1 juill 2021;57(5):814-27.
102. Savaglio M, O'Donnell R, Hatzikiriakidis K, Vicary D, Skouteris H. The Impact of Community Mental Health Programs for Australian Youth: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review* [Internet]. 16 févr 2022 [cité 9 mars 2022]; Disponible sur: <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00384-6>
103. Wiley-Exley E. Evaluations of community mental health care in low- and middle-income countries: A 10-year review of the literature. *Social Science & Medicine*. 1 mars 2007;64(6):1231-41.
104. Bond LA, Carmola Hauf AM. Community-Based Collaboration: An Overarching Best Practice in Prevention. *The Counseling Psychologist*. juill 2007;35(4):567-75.

AUTEUR(E) : Nom : LACOMBE

Prénom : Loriane

Date de soutenance : 30 mars 2022

Titre de la thèse : Les conseils locaux de santé mentale pendant la pandémie de Covid-19 : expérience française et perspectives internationales pour la démocratie sanitaire en santé mentale

Thèse - Médecine - Lille « 2022 »

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : conseils locaux de santé mentale ; prévention et promotion en santé mentale ; *empowerment* ; démocratie sanitaire ; santé communautaire ; Covid-19

Résumé :

Contexte : L'essor du concept de santé mentale, qui élargit le champ de la psychiatrie au-delà des seuls troubles psychiques, s'accompagne du développement, en France et à l'étranger, d'actions de santé communautaire agissant au plus près des populations. En France, le dispositif des conseils locaux de santé mentale (CLSM) répond à la nécessité de développer la promotion et la prévention en santé mentale, soutient le processus de démocratie sanitaire qui encourage l'*empowerment* et favorise la coordination des différents acteurs dans chaque territoire. Dans le contexte de la crise du Covid-19, le centre national de ressources et d'appui aux CLSM a évalué le fonctionnement des CLSM et plus précisément pendant les deux premiers confinements. En effet, les circonstances sanitaires ont fortement impacté la santé mentale de la population mondiale, ainsi que celle des français, ce qui a réaffirmé l'importance de l'action locale en santé mentale tel que promu par l'OMS.

Méthode : Deux questionnaires non anonymes ont été diffusés par mail à 178 coordonnateur.rice.s de CLSM sur l'état et l'évolution du fonctionnement de leur CLSM lors des deux premiers confinements : 24 questions en avril 2020 puis 15 questions en décembre 2020 / janvier 2021. Les thèmes suivants étaient abordés : fonctionnement, relations partenariales, diagnostic de santé mentale, inégalités sociales et territoriales et actions mises en place lors des confinements.

Résultats : Parmi les 191 réponses, 101 concernaient le premier confinement, et 90 concernaient le second. Le constat d'une dégradation majeure de l'état de santé mentale des populations et notamment des populations les plus fragiles, ainsi que celui d'une augmentation des inégalités sociales et territoriales étaient consensuels. La mobilisation des partenaires et la mise en place d'actions innovantes ont permis de réagir rapidement et de venir en aide à une population aux besoins augmentés par la crise sanitaire. Pour tous les répondants, les CLSM au sein desquels ils sont investis ont eu un fonctionnement qui s'est au minimum maintenu, ou amélioré.

Conclusion : Les CLSM s'attachent à mettre en pratique les recommandations internationales en santé mentale et ont montré leurs apports lors de la pandémie. L'analyse des actions engagées pour continuer d'agir sur les déterminants de santé en temps de crise incite à considérer la possibilité d'extrapoler ce modèle à l'international.

Composition du Jury :

Président : Pr Pierre THOMAS

Assesseurs : Dr Émilie MAUTRET

Directeur de thèse : Dr Déborah SEBBANE