



Centre national de ressources
et d'appui aux Conseils Locaux
de Santé Mentale

ÉTAT DU FONCTIONNEMENT *des conseils locaux de santé mentale (CLSM) pendant l'épidémie de Covid-19 en France*

INTRODUCTION

PAGE 4

PARTIE 1

LE FONCTIONNEMENT GLOBAL

PAGE 5

PARTIE 2

LES RELATIONS AVEC LES PARTENAIRES

PAGE 9

PARTIE 3

LES ACTIONS

PAGE 19

CONCLUSION

PAGE 29

INTRODUCTION

Au premier semestre 2020, quelques mois après le déclenchement de la pandémie de Covid-19 en France et l'annonce du confinement découlant de celle-ci, le Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux de santé mentale (CLSM) publiait un premier état des lieux sur le fonctionnement des CLSM en cette période de crise¹. Au-delà des contraintes appliquées à l'ensemble de la population, la pandémie a placé les CLSM en première ligne pour deux raisons :

- ➔ **Leur domaine d'action a été fortement impacté et mis en lumière par la crise :** en effet, si au moment du premier confinement l'effet de la crise sanitaire sur la santé mentale de la population était déjà bien établi, il est aujourd'hui indéniable. Tandis qu'en janvier 2021 l'Organisation des Nations unies (ONU) qualifiait les maladies mentales de "pandémie parallèle"², le 27 septembre 2021, *Le Monde* publie un article³ expliquant qu'un an et demi après le début de la crise sanitaire, "les effets de la pandémie de Covid-19 et des confinements continuent de se faire sentir sur la santé mentale des Français, qui reste dégradée."
- ➔ **Leur échelle d'intervention, locale, a été largement mobilisée,** la crise ayant en effet révélé que les solutions apportées l'ont souvent été à l'échelle de la ville et du quartier.

Il a ainsi semblé particulièrement pertinent et essentiel au Centre national de ressources et d'appui aux CLSM d'aller interroger les coordonnateur-rices de ces instances aux missions et positionnement doublement stratégique pendant cette période. Une étude mixte, à la fois qualitative et quantitative, a été menée. Cet article recense et analyse :

- ➔ 12 entretiens réalisés en avril 2021 avec des coordonnateur-rices de CLSM ;
- ➔ Les résultats de deux enquêtes : la première, lancée en avril 2020 et qui avait donné lieu à une publication en mai de la même année⁴, a été complétée par 101 coordonnateur-rices correspondant à 119 CLSM⁵ (soit 48 % de l'ensemble des CLSM actifs en 2020⁶) ; dans le but d'opérer un suivi et de rendre compte de la poursuite ou non des actions menées au premier confinement, une seconde a été lancée en décembre 2020 et clôturée en janvier 2021 - 90 coordonnateur-rices correspondant à 108 CLSM (41,5 % de l'ensemble des CLSM actifs en 2021) y ont répondu⁷.

Pour davantage de lisibilité, nous avons décidé d'arrondir les résultats à l'unité près.

Ces enquêtes répondaient à plusieurs objectifs :

- ➔ Faire remonter les constats des coordonnateur-rices sur le terrain en termes d'impact sur la santé mentale de la population ;
- ➔ Évaluer les difficultés rencontrées et solutions développées, par les acteurs à l'échelle locale au sens large mais surtout par les CLSM, pour répondre aux besoins en santé mentale créés ou amplifiés par la crise ;
- ➔ Tirer des leçons pour l'avenir en termes d'actions et politiques de soutien aux CLSM, et plus globalement en termes de politiques de santé mentale.



1- "État des lieux national des CLSM en période de confinement et conséquences observées par les coordonnateurs dans les quartiers prioritaires", Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, 18 mai 2020 :

http://clsm-ccoms.org/wp-content/uploads/2020/05/CLSM-confinement-Covid19_CCOMS_Mai2020.pdf.

2- "Covid-19 : les maladies mentales, une pandémie « parallèle »", *ONU Info*, 28 janvier 2021 : <https://news.un.org/fr/story/2021/01/1087942>

3- "Covid-19 : les effets de la crise sanitaire sur la santé mentale perdurent", *Le Monde*, 27 septembre 2021 : https://www.lemonde.fr/sante/article/2021/09/27/les-effets-de-la-crise-sanitaire-sur-la-sante-mentale-perdurent_6096157_1651302.html

4- "État des lieux national des CLSM en période de confinement et conséquences observées par les coordonnateurs dans les quartiers prioritaires", op. cit.

5- Dans la majorité des cas, une réponse correspond à un CLSM, mais il convient de préciser que 6 coordonnateur-rices ayant complété les questionnaires coordonnent plus d'un CLSM.

6- 246 CLSM recensés actifs en 2020, 260 en 2021 : <http://clsm-ccoms.org/2021/08/24/pres-de-50-des-qpv-couverts-par-un-clsm-au-1er-janvier-2021/>.

7- 67,8 % des CLSM (soit 78 CLSM et 61 coordonnateur-rices) qui ont répondu à la seconde enquête avaient également répondu à la première.

PARTIE 1

LE FONCTIONNEMENT GLOBAL

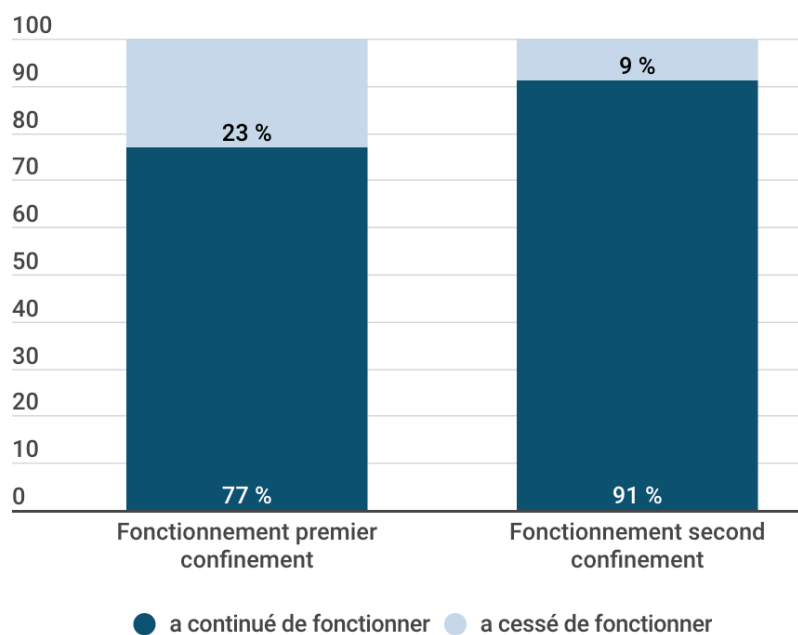
*Une amélioration croissante du
fonctionnement des CLSM depuis le
début de la crise sanitaire :
neuf sur dix ayant répondu à
l'enquête **fonctionnaient** au second
confinement*

Un constat globalement positif...

Le principal constat de cette étude est avant tout que les CLSM ont progressivement su s'adapter à la situation contraignante liée à l'épidémie : lors du second confinement, ils sont non seulement plus nombreux à fonctionner que lors du premier (91 % contre 77 %) mais ils fonctionnent aussi bien (37 %) voire « mieux » (47 %)⁸.

47 % des CLSM ont mieux fonctionné qu'au premier
37 % ont fonctionné de la même manière qu'au premier confinement
4,5 % ont moins bien fonctionné

Graphique Votre CLSM a-t-il continué de fonctionner pendant le premier confinement et pendant le second confinement ?



Les coordonnateur·rices de CLSM expliquent cette « reprise » par :

- 1 Des modalités de confinement moins strictes qui ont permis la reprise du travail en présentiel**, avec notamment une plus grande disponibilité des acteurs du fait de la réouverture des écoles
- 2 Plus d'aisance et un meilleur équipement des acteurs vis-à-vis du télétravail, des visioconférences et du travail collaboratif en ligne**

Si la plupart des coordonnateur·rices partagent un sentiment de soulagement vis-à-vis de la reprise progressive du présentiel à compter de début 2021, le télétravail et un plus grand usage du numérique ont pour certains aussi eu des avantages dans la mesure où ils ont permis le développement d'alternatives innovantes à la présence physique. C'est par exemple le cas des CLSM qui ont créé des radios locales, qui ont mis à profit leurs réseaux sociaux et sites internet (via notamment la publication d'annuaires de ressources en ligne), ou encore qui ont pu organiser des événements à destination du grand public avec le live et replay accessibles en ligne, permettant ainsi souvent de toucher un plus grand nombre de personnes.

8- Question de la seconde enquête : « Comparé au premier confinement, comment diriez-vous que votre CLSM continue de fonctionner pendant ce deuxième confinement ? »
- Résultats : 46,7 % « Mieux », 36,7 % « Pas de changement notable », 4,4 % « Moins bien ».

3 Davantage de moyens et de temps de travail dédié à la coordination des CLSM

Afin de répondre à l'augmentation des besoins en santé mentale de la population liée à l'épidémie, on a pu constater sur certains territoires une augmentation du temps de travail sur des postes existants, des créations de postes de coordonnateur·rices ou des embauches sur des postes vacants (bien que ce soit loin d'être la majorité des cas).

Sur un territoire par exemple, le CLSM a mené un projet de convention avec l'ARS pour une subvention de 5 000 euros par an pour les petits projets (par exemple la location d'une salle, ou pour faire venir un conférencier) et de 20 000 euros pour augmenter le temps de coordination du CLSM.

4 Une meilleure reconnaissance de l'importance de prendre en compte les questions de santé mentale

La crise sanitaire a par ailleurs constitué une véritable fenêtre d'opportunité pour la santé mentale en jouant un rôle de campagne médiatique massive sur la question et en mettant en lumière le fait qu'elle ne se résume pas à la psychiatrie ou à des troubles diagnostiqués, mais que l'on a tous et toutes une santé mentale. Cette externalité positive de l'épidémie a été vécue par de nombreux coordonnateur·rices comme « facilitatrice » pour leur travail, ainsi parfois davantage pris en compte ou considéré comme nécessaire (notamment par les élus locaux).

Quelques éléments sur les modalités de fonctionnement en période de crise :

1 Des instances de gouvernance partiellement maintenues ou adaptées

Globalement, le fonctionnement des instances de gouvernance (assemblées plénières et comités de pilotage) est allé de la pause complète (en particulier concernant les assemblées plénières, qui par définition rassemblent beaucoup de monde) à un relatif maintien opérationnel (réunions de quelques comités de pilotage, souvent en comité restreint). Le fonctionnement des groupes de travail a davantage été maintenu, bien que souvent partiellement (par exemple seuls quelques groupes de travail sur l'ensemble de ceux en place en temps normal se réunissent) ou adapté.

Des instances "ad hoc" ont également parfois été créées, telles qu'une "réunion observatoire sur l'état des lieux en santé mentale" ou la création d'un "comité de pilotage santé mentale, santé et crise sanitaire" afin d'établir des états des lieux réguliers avec les partenaires et proposer des actions/outils/projets en fonction des besoins identifiés.

2 Un recentrage des objectifs

S'il a parfois été compliqué de s'adapter face à des modifications et à des annulations constantes d'actions et de projets (par exemple pour un CLSM l'annulation de 42 actions prévues dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale - SISM), pour beaucoup de coordonnateur·rices la priorité était avant tout de maintenir le lien entre les partenaires, souvent en s'adaptant au maximum à leurs besoins et en se positionnant en soutien.

... Mais qui reste à nuancer pour certains CLSM

Ce succès global des CLSM ne doit pas pour autant occulter les difficultés vécues par certains : 9 % des répondants ont rapporté ne pas fonctionner pendant le second confinement. À noter tout de même que ce nombre était de 23 % pendant le premier confinement et reflète donc une évolution favorable.

Les causes de ce dysfonctionnement sont le corollaire des raisons de la « reprise » évoquées précédemment.

1 Des temps de coordination et moyens (informatiques et financiers) insuffisants pour mener à bien les missions

À ce jour, il n'existe pas de politique harmonisée concernant le financement des CLSM : sur certains territoires ils bénéficient de plusieurs sources de financement (ARS, hôpital, communes, crédits politique de la ville, etc.), sur d'autres seulement d'un financement de la part du territoire (commune, métropole...). Des sources de financement limitées débouchent souvent sur des temps de travail partiels (à mi-temps ou moins), ou des temps pleins mais sur lesquels la coordination du CLSM ne représente qu'une mission parmi d'autres (de nombreux coordonnateur-rices ont une double voire triple casquette, étant aussi sur la coordination de contrats locaux de santé - CLS - ou d'ateliers santé ville - ASV - par exemple).

Enfin, de manière plus générale, l'ampleur des besoins face aux moyens des collectivités territoriales (et l'urgence à laquelle elles étaient confrontées) ont conduit certains territoires à réorienter les coordonnateur-rices de CLSM sur des missions plus larges en lien avec la pandémie : commandes et distribution de masques, communication autour du respect des gestes barrières, gestion des tests PCR et mobilisation sur les campagnes de vaccination... Révélant

ainsi que la santé mentale n'était pas, pour beaucoup de collectivités, un enjeu de santé publique à prendre en compte et adresser urgemment au même titre que la Covid-19.

Le temps de travail alloué à la coordination est particulièrement ressorti des questionnaires lorsqu'était évoquée la question des freins. Une grande partie des coordonnateur-rices ont fait part d'une surcharge de travail, d'une usure et d'une fatigue globale liées à la longueur de la crise, renforcées par le sentiment et le constat de ne pas pouvoir mener leurs missions par manque de moyens ou de considération. Assurer la coordination d'un CLSM en parallèle d'autres missions était souvent compromis (comme évoqué précédemment, lorsque les coordonnateur-rices étaient placés sur des missions autres que celles directement liées aux CLSM), ou reléguer au "minimum vital" (par exemple en maintenant les réunions des commissions de réflexion et d'aide pour les personnes en situation difficile - plus communément appelée les "cellules de cas complexes" - mais en abandonnant le travail interpartenarial et les actions plus globales de prévention, de promotion de la santé mentale, et de soutien à destination de la population générale).

Le manque de budget des CLSM ne se traduit pas uniquement par des temps de travail insuffisants, mais également par la difficulté de mener à bien la mise en place d'actions, qui nécessitent parfois, elles aussi, des moyens propres pour voir le jour. Un CLSM fait par exemple remonter "un projet

d'accès gratuit à des psychologues en libéral en attente de financement". Ce type de blocages peut provoquer une démotivation des partenaires impliqués dans la construction de ces projets qui n'aboutissent pas, et entamer la dynamique du CLSM à moyen et long terme.

Enfin, les équipements informatiques et les formations à ces outils sont aussi très variables d'un territoire à l'autre. La crise sanitaire a nécessité de s'équiper de moyens informatiques dont n'étaient pas dotés de nombreux CLSM, bloquant là encore leur fonctionnement.

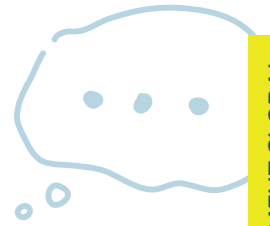
2 Un manque de contact avec les partenaires

Un CLSM ne peut pas fonctionner sans l'implication des partenaires : le manque de contact qu'a engendré la crise a particulièrement été compliqué pour les "jeunes" CLSM, mis en place peu de temps avant, voire parfois pendant celle-ci, et qui n'ont pas eu le temps de créer des liens solides avec leur réseau au moment du déclenchement de l'épidémie.

Dans les cas où ce manque de contact est dû au fait que les partenaires se sont recentrés sur leurs "missions premières" face à la charge de travail générée par la Covid-19 et se sont retirés des réunions et groupes de travail, de la frustration et une perte de sens ainsi que la difficulté "à se sentir utile" ont été évoqués par les coordonnateur-rices.

« Les CLSM ne se résument pas aux coordonnateur·rices » : un principe souvent répété, pas toujours appliqué.

La partie qui précède le montre bien, les coordonnateur·rices se sont parfois retrouvés confrontés, pendant la crise, plus que d'ordinaire, au fait de devoir porter quasi-seuls leur CLSM, au moment même de l'augmentation des besoins en santé mentale nécessitant plus que jamais une concertation et coordination de tous les acteurs. Comme précisé précédemment, les coordonnateur·rices ayant fait part de ces difficultés sont nombreux à les avoir justifiées par les manques de moyens alloués à leur poste. Sur certains territoires cependant, la crise a permis une (re)mobilisation particulièrement inédite de ces derniers. Cet aspect du fonctionnement des CLSM pendant l'épidémie fera l'objet de la seconde partie.



PARTIE 2

PARTIE 2
**LES RELATIONS
AVEC LES PARTENAIRES**

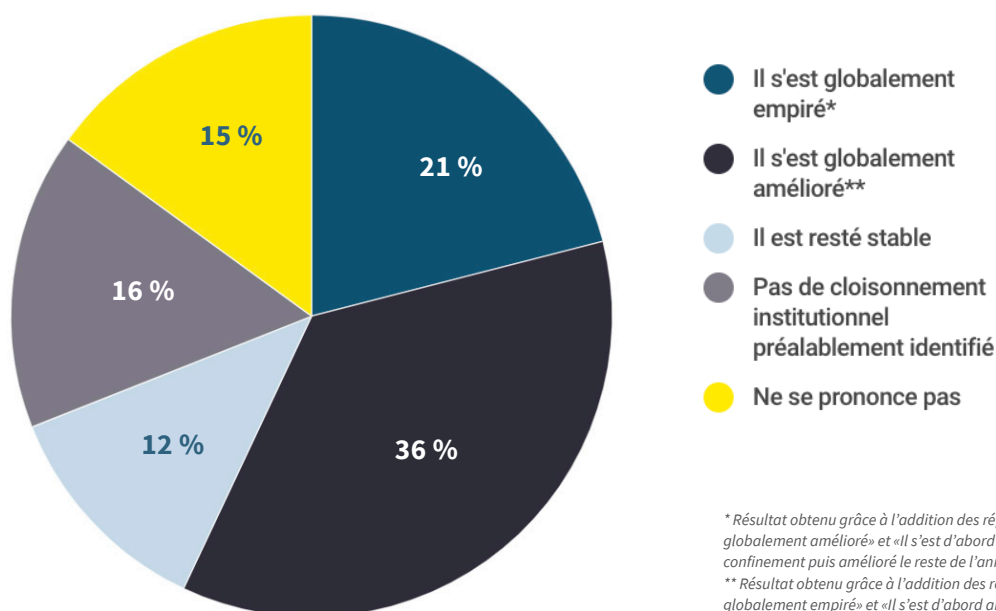
*Un cloisonnement institutionnel en déclin :
quatre CLSM sur cinq évoquent une
amélioration des relations partenariales
depuis le début de la crise*

Des relations globalement stables ou plus fortes avec l'ensemble des partenaires des CLSM

Le travail partenarial est une condition nécessaire au bon fonctionnement des CLSM. Faire face à une crise d'une telle ampleur a pu fragiliser les liens sur certains territoires. Cependant, et heureusement, on a pu constater que cela a en réalité plutôt eu tendance à les renforcer. Ces liens réaffirmés ou affermis par la crise ont débouché sur l'expression de solidarités ou innovations locales essentielles pour "tenir" et "faire face" dans un contexte de crise.

Les deux enquêtes menées révèlent donc que le cloisonnement institutionnel (difficultés de certaines institutions à se parler, à partager les informations, à travailler ensemble...) n'a pas eu tendance à s'accroître malgré la situation sanitaire.

Graphique Globalement, que pouvez-vous dire de l'évolution du cloisonnement institutionnel depuis mars 2020 ?



La majorité des CLSM ont maintenu des liens forts ou augmenté leur investissement avec leurs partenaires (36 %), et ce malgré les obstacles liés à l'épidémie (diminution voire arrêt des contacts directs, ralentissement de l'activité). Les difficultés voire le choc soulevés par la crise ont en effet pu provoquer, pour faire face, des situations de repli sur soi comme à l'inverse des élans de solidarité et de cohésion. Au moment du second confinement, seuls 21 % des coordonnateur-rices considèrent que cette crise a mené à une diminution de l'investissement (voire désinvestissement) des partenaires, contre 32 % au moment de la première enquête, ce qui est là encore encourageant.

Les CLSM ont travaillé avec beaucoup de flexibilité afin de maintenir le lien avec les partenaires, leur permettant dans la plupart des cas de s'adapter à la fois aux nouvelles disponibilités et modalités de fonctionnement des uns et des autres d'une part, et de mener à bien la réalisation d'actions dès le premier confinement d'autre part, comme nous le verrons dans la troisième partie.

Les coordonnateur-rices ont parfois dû développer des stratégies et mettre en place des actions concrètes afin de limiter ce cloisonnement institutionnel ou de maintenir la dynamique existante entre les partenaires malgré la situation.



Actions visant à limiter le cloisonnement institutionnel :

Au moment du premier confinement, 56 % des CLSM répondants mettaient en place des actions visant à limiter le cloisonnement institutionnel ; au moment du second confinement, ils sont 28 % à avoir poursuivi ces actions, 24 % à voir mis en place de nouvelles actions.

Nous avons recensé quatre grandes catégories d'actions :

- **Organisation de réunions/projets interpartenariaux**
- **Communication**
- **Soutien des professionnels**
- **Formation**

1 Organisation de réunions/projets interpartenariaux

Pour une majorité de territoires, la lutte contre le cloisonnement institutionnel s'est surtout opérée via l'organisation de réunions entre partenaires (en visio ou en présentiel) et le maintien d'une dynamique, qui passait parfois seulement par le fait d'offrir des espaces de paroles aux membres du réseau, où ils pouvaient échanger sur leur vécu et difficultés.

Au-delà des réunions au format plus traditionnel, de nombreuses autres initiatives ont pu voir le jour comme des groupes WhatsApp thématiques, des liens téléphoniques ou l'organisation d'émissions de radio à destination de - et associant - tous les partenaires.

Ces temps d'échange ont facilité le partage et la diffusion des besoins et des ressources d'une institution à l'autre. Sur un territoire, cela a par exemple permis aux travailleurs sociaux du CCAS et aux maisons de quartier d'accéder à la cellule de crise normalement destinée aux soignants.

2 Communication

Pour lutter contre l'isolement des professionnels, les CLSM ont très souvent réussi à élaborer des annuaires recensant l'ensemble des partenaires de terrain ainsi que des ressources et initiatives (spécifiques à la crise sanitaire ou non) au niveau local.

Cela a permis aux professionnels de pouvoir identifier rapidement des partenaires avec lesquels s'associer selon les besoins rencontrés sur le terrain et de monter des actions collaboratives pour y répondre (cf. exemples d'actions dans la partie 3), ou encore par exemple de faciliter la communication pour la gestion de situations individuelles complexes (plus nombreuses ou plus complexes encore qu'à l'ordinaire avec le déclenchement de la crise).

Par ailleurs, les coordonnateur-rices ont assuré une veille informative riche, notamment par mail, avec un partage d'informations nationales, par exemple à partir du site du Psycom ou du Centre national de ressources et d'appui aux CLSM. Là aussi le fait de passer par des canaux de communication tels que WhatsApp a souvent été cité comme facilitateur.

Les CLSM ont donc à la fois joué un rôle clé de recensement d'informations et de ressources (à différentes échelles) mais aussi de diffusion de ces informations au sein de leur réseau à l'échelle locale.



3 Soutien des professionnels

Les partenaires de terrain des CLSM sont des acteurs qui œuvrent dans des domaines particulièrement impactés par la crise (le médical, médico-social, social et milieu associatif) : alors que les CLSM ont habituellement pour mission de permettre la concertation et la coordination des différents acteurs pour développer des actions visant l'amélioration de la santé mentale de la population générale, la crise les a conduit, sur de nombreux territoires, à se positionner directement en soutien des professionnels et de leur santé mentale, afin de leur permettre de continuer, au mieux, à prendre soin de celle des usagers et de la population. Parmi les actions qui nous ont été remontées, on note par exemple :

- La mise en place de nombreux numéros d'écoute, avec des astreintes, mis en place spécifiquement à destination des soignants et/ou des professionnels de terrain de manière plus globale
- L'organisation de moments d'échanges et de rencontres au cours desquels les professionnels pouvaient partager leurs difficultés, le constat de "nouveaux" besoins créés par la crise, mais aussi s'interroger ensemble sur les solutions à développer, sur les moyens de maintenir les liens avec le public
- Sur un territoire, un accompagnement renforcé de la souffrance psychosociale a été mis en place par un

soutien financier des structures associatives et une communication de l'offre de ces structures auprès du grand public (via le site Internet de la ville) et des professionnels (sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs, etc.)

4 Formation

Une autre manière de limiter ce cloisonnement et d'éviter aux équipes de se retrouver démunies a été de mettre en place ou de poursuivre des formations.

Les actions de sensibilisation à la santé mentale ont été poursuivies et adaptées dans un format d'enseignement à distance. Elles étaient par exemple ouvertes aux professionnels (notamment les bailleurs sociaux) et aux bénévoles d'associations. Des élus ont également pu bénéficier de sessions de sensibilisation sur des thématiques qui les concernaient directement : agir face aux consommations de drogues, les soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'État (SDRE), la gestion des astreintes de soutien à la détresse psychologique, la prévention du suicide...

Sur un territoire, les réunions régulières avec les élus autour des questions de santé mentale ont conduit à intégrer les Premiers secours en santé mentale (PSSM) au catalogue de formations de la mairie, ouvert à tous les agents municipaux.

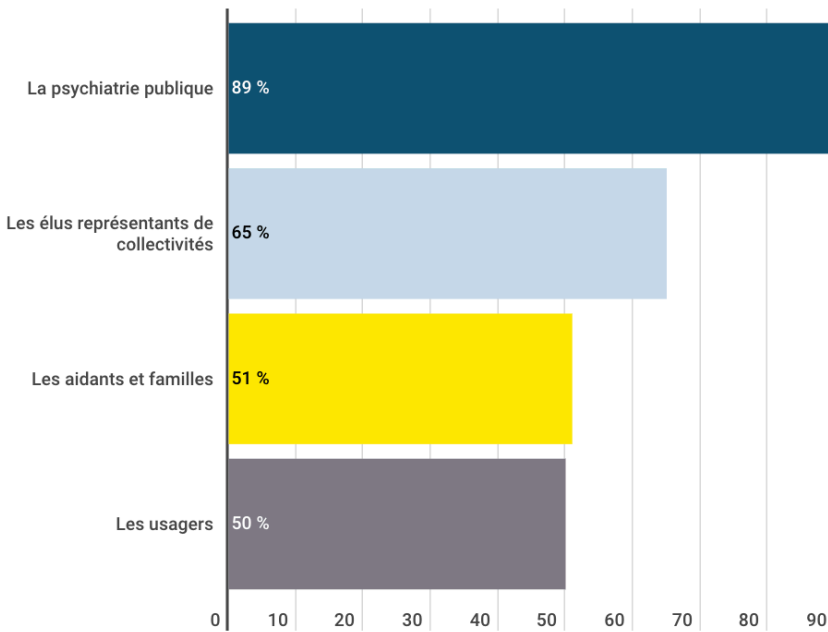
En résumé, le cloisonnement institutionnel a été limité par les coordonnateur-rices :

- *En communiquant régulièrement auprès des partenaires des informations qui leur étaient utiles et répondaient à leurs besoins, permettant ainsi de maintenir le lien même sans se voir ;*
- *En proposant des formats de réunions et d'échanges adaptés, comme nous l'avons vu dans la première partie sur le fonctionnement ;*
- *En proposant des actions directement à leur destination.*

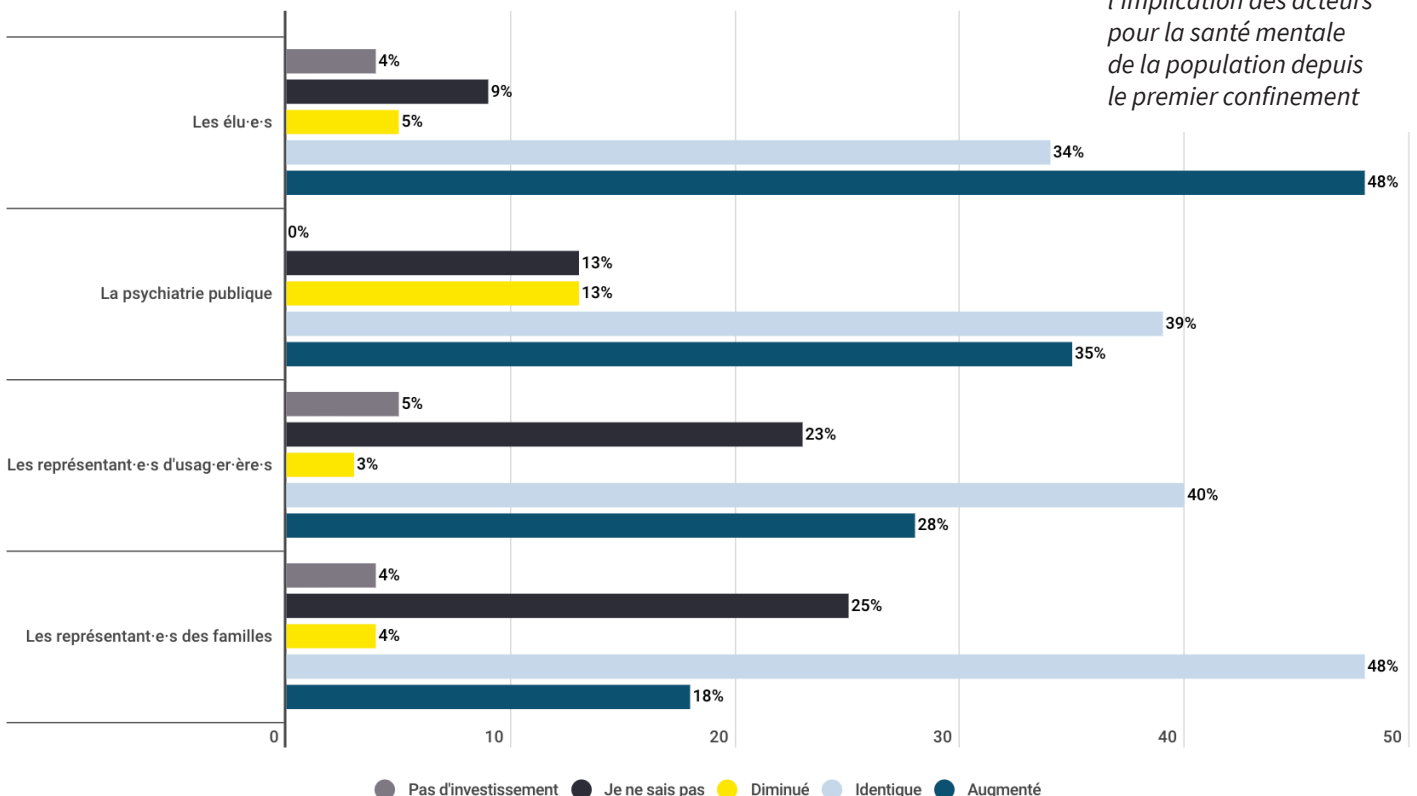
Ces différentes stratégies ont ainsi permis d'ajouter à la logique habituelle du "travailler avec les partenaires" à "travailler pour les partenaires", dont la santé mentale et les conditions de travail ont fortement été touchées.

La psychiatrie et les élus locaux particulièrement mobilisés pour la santé mentale de la population depuis le premier confinement

Un CLSM ne peut pas exister sans l'implication d'élus locaux, de la psychiatrie publique, d'usagers et d'aidants. Nous nous sommes intéressés aux effets qu'a eu la crise sur les relations des CLSM avec ces différents partenaires.



Graphique Investissement des acteurs pour la santé mentale de la population pendant le premier confinement



Graphique Évolution de l'implication des acteurs pour la santé mentale de la population depuis le premier confinement

1 Les élus locaux

Les élus locaux sont les partenaires dont l'investissement a le plus augmenté entre les deux confinements (48%), alors que 65 % soulignaient déjà leur implication au premier confinement. Il est important de noter qu'une grande partie est restée aussi investie qu'au premier confinement (34 %).

Ce phénomène pourrait s'expliquer par une communication plus importante au sujet de la santé mentale au niveau des médias mais aussi par la proximité des élus locaux avec la population et le constat d'une dégradation de la santé mentale, elle aussi largement relayée par les médias, ce qui a pu inquiéter les collectivités territoriales et les encourager à se pencher sur les actions nécessaires à développer.

Il convient également de souligner l'impact des élections municipales de juin 2020 sur le partenariat élus locaux/CLSM :

- De nombreux élus ont commencé un nouveau ou premier mandat dans un contexte de crise où la santé mentale occupait une grande place, ce qui a pu permettre d'en faire une priorité, ou du moins un sujet à considérer - ces élections ont ainsi parfois pu être une occasion de renouveler les dynamiques existantes (ou d'en créer des nouvelles) entre les CLSM et les élus ;
- La seconde enquête montre néanmoins que les élections, avec l'arrivée de nouveaux élus, ont aussi pu altérer voire complètement stopper des relations qui avaient mis des années à se mettre en place et qui fonctionnaient bien, nécessitant de "repartir de zéro" avec le travail de sensibilisation et de partenariat effectué - à noter que seuls 5 % des CLSM considèrent que les relations avec les élus locaux ont diminué avec la crise, et 4 % que leur investissement est inexistant.

2 La psychiatrie

Alors que 90 % des CLSM notaient l'implication de la psychiatrie publique au moment du premier confinement, celle-ci a également poursuivi ou augmenté son engagement auprès des CLSM. En effet, 39 % des CLSM affirment travailler de manière identique avec la psychiatrie publique et 35 % rapportent un investissement plus important. Aucun des répondants n'a noté d'absence d'investissement, ce qui est également important à souligner. La psychiatrie publique est le plus souvent représentée au sein des CLSM par des représentants des pôles de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie d'établissements publics de santé mentale (EPSM), mais il se peut aussi qu'elle le soit via des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou encore des centres médico-psychologiques (CMP). Le fait que la psychiatrie ait continué, voire augmenté, son travail avec les CLSM alors que les besoins en santé mentale ont fortement augmenté est révélateur de la nécessaire collaboration entre les soins en santé mentale et le reste du territoire afin de limiter au maximum la surcharge des services grâce à une mise en lien des différents professionnels et des associations et ressources adéquates. Les CLSM ont ainsi été sollicités pour intervenir en prévention des troubles et pour fluidifier les parcours de soins et de prise en charge.



Exemples de collaboration innovante psychiatrie/CLSM remontés par les coordonnateur-rices :

- Sur un territoire, la question de l'accès aux soins de publics sans domicile fixe s'est posée. Des hôtels ont été mis à disposition et les infirmiers du secteur venaient faire des consultations sur place. Le coordonnateur du CLSM est, par ailleurs, administrateur du dispositif « Un chez soi d'abord », ce qui a permis de faire plus facilement le lien entre psychiatrie et publics précaires. L'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) du territoire, qui existait déjà avant la crise, est intervenue directement dans les hôtels ce qui a renforcé son action. Le lien avec les personnes sans domicile fixe (SDF) n'a depuis jamais été rompu.
- Sur un autre, une organisation en plusieurs niveaux a été mise en place pour le repérage d'usagers en difficultés. Lors d'un signalement d'une personne en difficulté psychique, les cadres de la MGEN pouvaient être sollicités par les travailleurs sociaux pour faire le lien avec le CMP et organiser une visite à domicile par les équipes médicales.
- Pour compléter, les libéraux ont également constitué un réel appui aux actions des CLSM, tant à destination des publics jeunes qu'adultes. En effet, le manque de médecins et donc de temps en psychiatrie publique ont été d'autant plus ressentis

en cette période de crise avec un écart encore plus important entre la demande et l'offre de soins. La demande en pédopsychiatrie et notamment des adolescents a explosé. Les CLSM ont su réagir et se concentrer sur cette question spécifique en mobilisant leur réseau et en sollicitant des professionnels libéraux en partie financés par les collectivités sur des permanences d'écoute. L'idée était de proposer un contact rapide dans des lieux non stigmatisés et plus neutres que l'hôpital ou le CMP (dans des missions locales par exemple) plus qu'un suivi de long cours. L'un des objectifs est aussi d'orienter vers d'autres structures/partenaires et de ne pas laisser les gens seuls face aux délais d'attente extrêmement longs de certains CMP.

En résumé la collaboration avec la psychiatrie s'est surtout exprimée à travers un travail sur les articulations :

- **Entre libéraux, psychiatrie et associations spécialisées**
- **Entre professionnels de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie adulte**
- **Entre professionnels de la psychiatrie et professionnels d'autres domaines (agents municipaux, professionnels du social, etc.)**

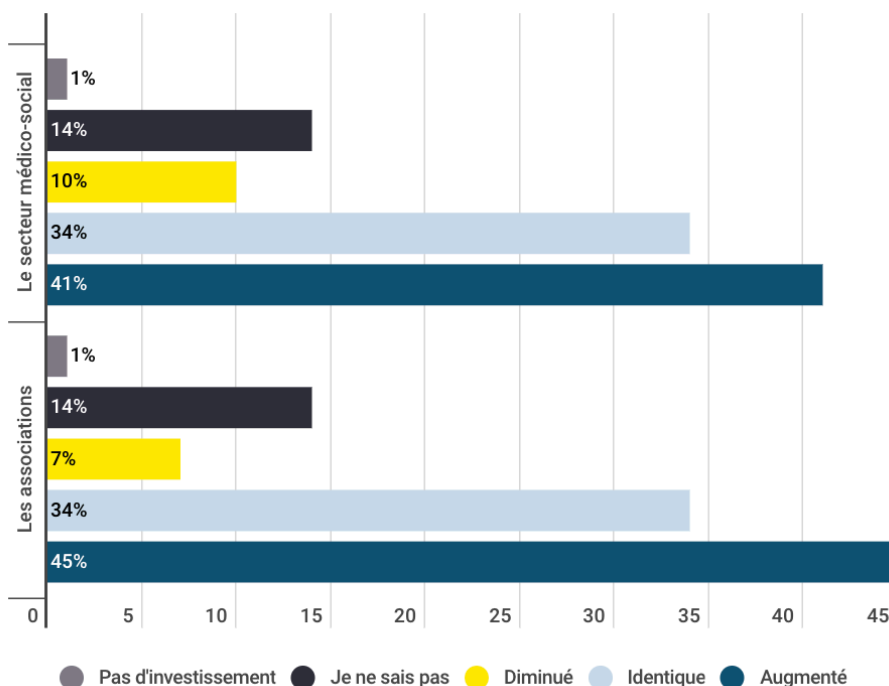
3 Les usagers et les aidants

Lors du premier confinement, la moitié des coordonnateur-rices avaient fait valoir l'investissement des usagers et des aidants à leurs côtés. Au moment du second confinement, 28 % considèrent que l'implication des usagers a augmenté, et 40 % qu'elle est restée stable. Pour les aidants, 18 % considèrent qu'ils sont davantage impliqués et 48 % que cet engagement est resté stable.

Si ces chiffres sont très encourageants, le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM manque néanmoins de retours de la part des coordonnateur-rices sur les formes de cette implication et les raisons de son augmentation.

Les partenaires extérieurs aux CLSM

Au-delà du “noyau dur” constitutif du CLSM, les coordonnateur-rices se sont abondamment appuyés sur les partenaires du terrain, les autres dispositifs existant à l'échelle locale et départementale, les réseaux institutionnels et le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM.



Graphique Evolution de l'implication des acteurs pour la santé mentale de la population depuis le premier confinement

1 Les partenaires de terrain

Il s'agit des partenaires médico-sociaux, sociaux et associatifs. Lors du premier confinement, l'implication de ces acteurs pour la santé mentale de la population avait été relevée par 44 % des CLSM. Au second confinement, 41 % des répondants notent une augmentation de l'implication du secteur médico-social, 45 % concernant le milieu associatif.

Parmi ces partenaires de terrain, certains CLSM citent les bailleurs sociaux avec qui ils ont géré les conflits de voisinage pendant le confinement. Ils citent aussi les professionnels de l'accompagnement social, les maisons de quartier, les acteurs de l'aide alimentaire, ou encore les agents de la fonction publique territoriale en contact avec les acteurs du territoire. Cette période singulière a aussi permis à plusieurs coordonnateur-rices de développer de nouveaux partenariats, par exemple avec les services de sécurité (en développant des protocoles pour les situations complexes mêlant sécurité et santé mentale) ou encore avec l'Éducation nationale. Il y a une très

grande variété de partenaires de terrain en fonction des CLSM, ce qui reflète bien des besoins différents en fonction des territoires ou encore l'importance de ces espaces de concertation qui permettent de réagir de manière ajustée aux problématiques locales.

Les CLSM sont implantés au cœur des territoires, à la croisée de différents domaines et secteurs professionnels.

Puisqu'identifiées comme “personnes référentes” à l'échelle locale sur les questions de santé mentale, la majorité des coordonnateur-rices ont souvent centralisé les différents constats (informels) sur la santé mentale faits par l'ensemble des partenaires en lien avec la population, dont les principaux sont les suivants :

- ➔ Quasiment partout, une augmentation de la détresse psychologique et de l'anxiété en population générale, et notamment chez les



personnes en situation de précarité, isolées ou les jeunes, avec parfois un "abandonnisme" dans les démarches sociales, de soin, ou dans la recherche de lien : les structures qui restent ouvertes ont un afflux de personnes avec des problématiques multiples, qui ont besoin d'être écoutées et rassurées

- Chez les publics habituellement suivis en psychiatrie, cette dégradation se traduit par de nombreuses décompensations signalées - des cas de nouvelles prises en charge par le secteur de psychiatrie de personnes non connues de leurs services, sont également remontés
- De nombreuses personnes en situation de handicap psychique accompagnées par des professionnels semblent avoir davantage souffert du déconfinement que du confinement : elles ont pu être rassurées par l'isolement lié au confinement et ont parfois eu beaucoup de mal par la suite à reprendre une vie sociale et à se sentir suffisamment confiantes pour quitter leur domicile/prendre les transports en commun par exemple
- Il est constaté un manque de structures «inconditionnelles» où les personnes peuvent simplement être accueillies (prises en compte, écoutées) et se posent pour échanger, alors même que ces structures peuvent jouer un rôle essentiel de «désamorçage» des tensions ou des difficultés.

2 L'appui sur d'autres dispositifs à l'échelle locale et départementale

Les coordonnateur·rices des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ont également été mobilisés : sur un territoire il a été reconnu comme « un vrai interlocuteur sur l'offre de soins pendant le premier confinement » par le CLSM.

Nous pouvons également citer un Centre de ressources dans le champ du handicap psychique (Crehpsy), un Comité régional d'éducation pour la santé (CRES) et un Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES), qui ont été très utiles aux coordonnateur·rices de la région qui les ont contactés.

Parfois, c'est également avec des coordonnateur·rices d'autres dispositifs tels que les contrats locaux de santé (CLS) qu'il se crée un lien.

Au-delà de la centralisation de ces constats, issus de l'ensemble des partenaires en lien avec la population, seuls 18% des coordonnateur·rices ont pu réaliser des diagnostics plus formels. Ils ont pris diverses formes :

- Google Form adressé à tous les partenaires du CLSM et aux membres de la CPTS
- Enquête "Santé mentale en population générale" (SMPG)
- Une enquête a été menée par entretiens auprès des partenaires, des agents de la ville rencontrés lors de visite de l'équipe mobile de prévention, d'interviews d'adhérents de GEM et d'une revue de littérature : elle s'est déroulée de mai à début juillet, en ciblant les populations enfants, ados/jeunes, adultes, personnes âgées, personnes vulnérables
- Questionnaire auprès des acteurs du médico-social, des IDE, l'Éducation nationale, les foyers jeunes travailleurs, les résidences étudiants, la mission locale, les partenaires de la mairie
- Questionnaire adressé aux acteurs locaux, interrogés sur les besoins en santé mentale observés dans les QPV : plus de 100 répondants
- Questionnaire adressé aux adhérents des GEM, aux pairs-aidants et aux familles : 250 questionnaires ont été envoyés, 59 ont été retournés et 54 exploités

L'apport des liens établis avec les centres de ressources politique de la ville a également été cité à plusieurs reprises.

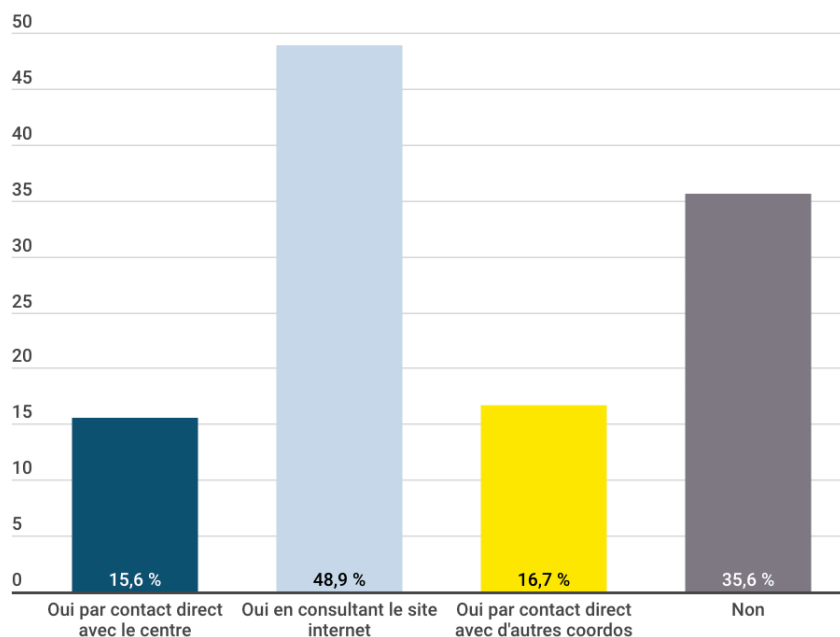
3 Les réseaux institutionnels

Le réseau Fabrique Territoire Santé, Psycom et ses outils ont été évoqués à plusieurs reprises dans les résultats de l'enquête.

Les ARS ont également été citées à plusieurs reprises : dans une région l'agence a par exemple organisé plusieurs réunions en visio entre les différents coordonnateur·rices du territoire afin de faire remonter les besoins et faire un état des lieux du fonctionnement des CLSM.

4 Le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM et le réseau des coordonnateur·rices de CLSM

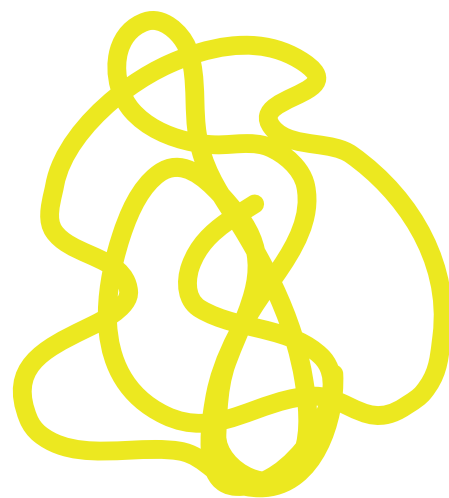
Graphique Vous-êtes vous appuyé sur le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM du CCOMS pendant cette crise ? (Plusieurs réponses possibles)



48,9 % des coordonnateur·rices se sont appuyés sur le site internet (fiches action, guides, newsletter), 15,6 % ont eu un contact direct avec le Centre par mail ou téléphone et 16,7 % disent avoir eu un contact direct avec d'autres coordonnateur·rices par le biais du site.

Ces contacts avec d'autres coordonnateur·rices de CLSM sont parfois locaux et informels (affinités personnelles, interconnaissance encouragée et permise par la proximité des territoires – par exemple les coordonnateur·rices de différents arrondissements d'une métropole et alentours, qui se consultent très régulièrement). Ils sont parfois départementaux (notamment dans le cadre de l'élaboration des PTSM) ou régionaux (réunions en visioconférence organisées par des ARS, participation à des formations).

Plus rarement, il arrive aussi que des coordonnateur·rices de CLSM travaillent en binôme lorsqu'ils sont sur des territoires rapprochés.



Si neuf CLSM sur dix ont été actifs lors des confinements, cela n'aurait pas été possible sans l'ensemble des partenaires des CLSM, qui ont fait le lien entre les différents acteurs à l'échelle locale, permettant ainsi de proposer des actions concrètes et innovantes face à la crise.

Les CLSM ont également permis de faire le lien entre le local et les autres niveaux d'intervention, en jouant un rôle de «transfert de connaissances» : en faisant circuler un maximum d'informations et ressources nationales au niveau local, et en faisant remonter les constats de terrain au niveau national, notamment par communication avec le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM.

Positionnés à la croisée de ces différents secteurs, partenaires et échelles, les CLSM ont occupé une place stratégique pour développer des politiques et actions locales en faveur de la santé mentale de la population.



PARTIE 3

PARTIE 3

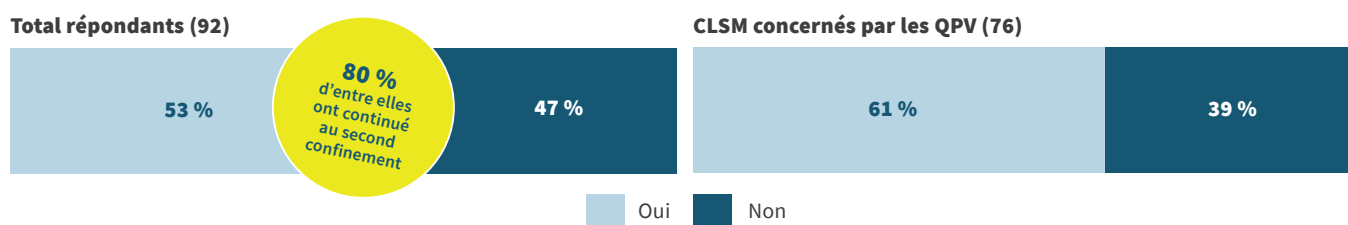
LES ACTIONS

Plus de la moitié des CLSM ont mis en place des actions à l'issue du premier confinement et de nouvelles actions au moment du second confinement.

Les CLSM en première ligne tout au long de la crise pour s'adapter et répondre aux besoins en santé mentale de la population

Les deux premières parties de cet article ont mis en lumière le fait que les CLSM ont globalement continué à fonctionner d'une part, qu'ils ont su maintenir et adapter leurs relations avec les différents partenaires d'autre part. Ces deux constats, positifs, se sont traduits sur le terrain par la mise en place d'actions innovantes et diversifiées pour la prise en compte des besoins en santé mentale créés et amplifiés par la crise. Cette troisième partie sera dédiée aux actions concrètes développées.

Graphique À 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 ?



Plus de la moitié des coordonnateur-rices (53 %) ont pu mettre en place les actions qu'ils avaient identifiées comme nécessaires pendant le premier confinement. Parmi ces actions :

Formation des acteurs au repérage et à la prévention :

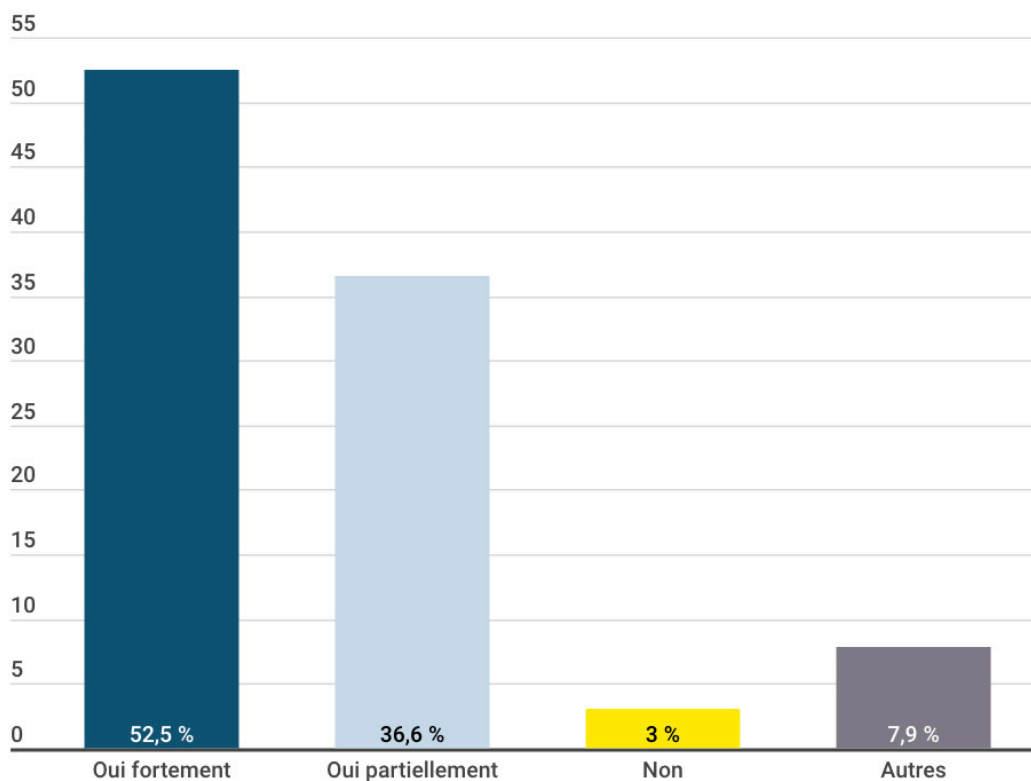
- ➔ Accompagner les jeunes dans le déconfinement
- ➔ Se rapprocher des habitants
- ➔ Augmenter le nombre de lieux d'écoute gratuits
- ➔ Faire attention aux situations de périnatalité
- ➔ Organiser un débriefing post-traumatique
- ➔ Aider les aidant : UNAFAM, centres sociaux, centre d'action sociale, service social
- ➔ Continuer le suivi des personnes repérées dans le cadre de la Covid-19
- ➔ Créer des postes d'ambassadeur du lien social
- ➔ Créer des postes de médiateurs de santé
- ➔ Utiliser le matériel de la Croix-Rouge pour le repérage des difficultés psychiques

Une grande majorité des coordonnateur-rices (plus de 80 %) ont pu poursuivre, pendant le deuxième confinement, la mise en œuvre des actions lancées pendant et/ou à la suite du premier confinement.

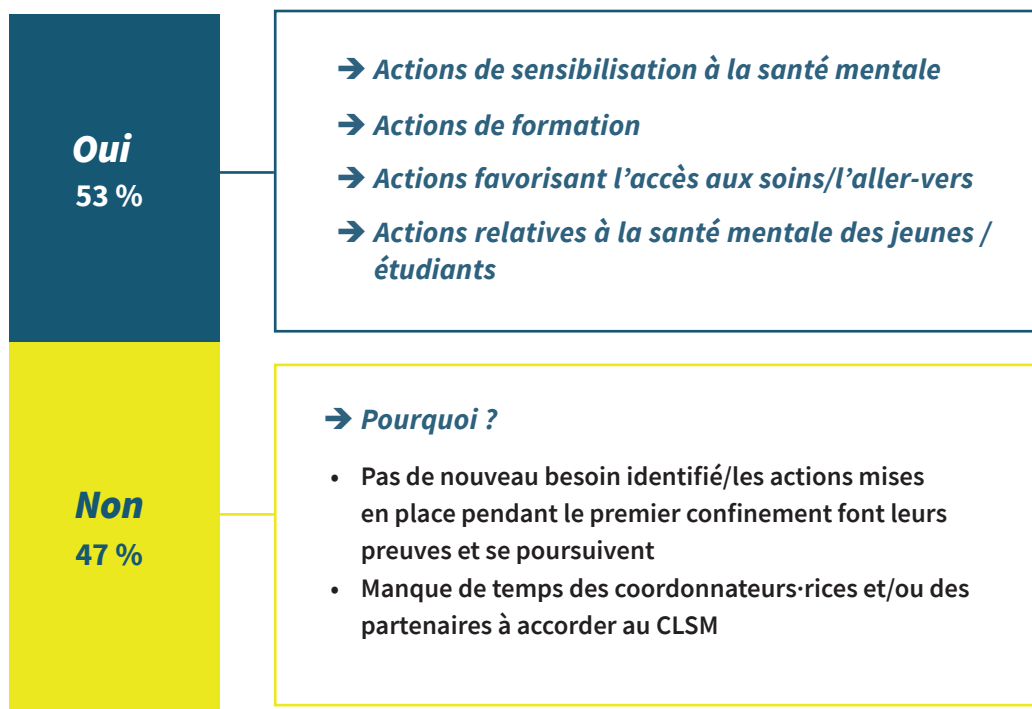
Pour les CLSM dont le périmètre d'intervention couvre un ou plusieurs QPV (83 %), dans plus de 75 % ces actions sont globales et s'adressent aussi aux habitants des QPV, et dans environ 20 % des cas des actions ont été développées spécifiquement à destination de ces derniers. Par ailleurs, lors du premier confinement 57 % des coordonnateur-rices avaient mis en place, ou prévoyaient de le faire, des actions destinées à des publics fragiles spécifiques.

En effet, les habitants des QPV, et de manière plus générale les personnes vulnérables, ont particulièrement retenu l'attention des CLSM, les inégalités sociales et territoriales (notamment de santé) s'étant accentuées avec la crise sanitaire. Les coordonnateur-rices ont ainsi constaté, dès le premier confinement, une forte augmentation des inégalités dans 53 % des cas et une augmentation partielle dans 37 % des cas (personnes âgées, personnes SDF, victimes de violences intra-familiales, etc.).

Graphique La crise de la Covid-19 a-t-elle selon vous accentué les inégalités sociales et territoriales de santé ?



Graphique De nouvelles actions ont-elles été mises en place durant ce deuxième confinement ?





Information et communication, soutien psychologique, accès aux soins et prévention, formation... des actions diverses et innovantes à destination de la population générale et des publics vulnérables

La santé mentale étant l'affaire de toutes et de tous, et pas seulement des personnes concernées par des troubles psychiques, l'action des CLSM s'adresse avant tout à la population générale. Centrée sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles, elle cherche à favoriser la résilience individuelle et les environnements de soutien, le tout permettant de maximiser les conditions pour l'ensemble de la population d'être en "bonne santé mentale", et de minimiser les risques d'apparition de troubles.

Cependant, les liens entre l'environnement et les conditions de vie et la santé mentale étant bien connus, les CLSM s'adressent également aux groupes à risques, dont les habitants des QPV font partie⁹, et de manière plus générale les personnes isolées ou en situation de précarité. La première enquête menée par le Centre avait révélé que près de la moitié des CLSM envisageaient au moment du premier confinement d'organiser des actions ciblées destinées aux habitants des QPV.

Les CLSM ont mis en place une grande diversité d'actions en fonction des besoins locaux, cependant, des grands catégories se dégagent :

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

9- L'attention particulière que les CLSM doivent porter aux territoires comportant des QPV

Population générale

1 Actions d'information et de communication

Dans une période avec tant d'incertitudes que celle de la crise de la Covid-19, il a été essentiel de communiquer régulièrement à la fois pour tenir informé, mais aussi pour rassurer et orienter la population vers les ressources répondant aux besoins exprimés. Si beaucoup de CLSM ont fait le choix d'utiliser le numérique pour toucher un maximum de monde, il convient néanmoins de souligner que tous les territoires ne sont pas égaux en termes d'équipe et de formation à ces outils. Quelques CLSM (17,8 %) ont lutté contre cette fracture numérique pendant le premier confinement.

À la suite du premier confinement, l'utilisation du numérique s'est fortement développée et généralisée (plusieurs CLSM ont par exemple créé des chaînes YouTube ou organisé des visioconférences) mais les CLSM ont parfois eu recours à des formats plus accessibles, comme la radio ou des flyers concernant le soutien psychologique.

Exemples d'actions :

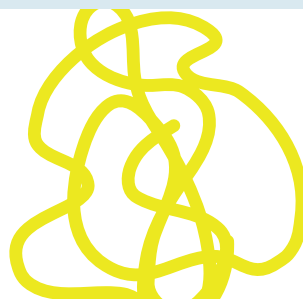
- À l'occasion de la journée mondiale de la bipolarité, organisation d'une conférence sur la bipolarité avec un médecin psychiatre, l' élu à la santé et des personnes concernées via Facebook live : 150 personnes y ont assisté, 4 000 vues sur le replay
- Envoi de documents ressources (horaires des CMP, les associations et leurs permanences, des lignes écoute) à 700 personnes (réseau du CLSM du territoire), 3 à 4 fois par semaine
- Transformation, en collaboration avec une association, d'une émission radio habituellement mensuelle en émission quotidienne : 10 minutes d'émission le midi pour promouvoir le bien-être
- Des psychologues hospitaliers et des comédiens ont travaillé sur une vidéo humoristique pour parler des effets psychiques de la crise
- Tenue d'un tableau de continuité d'activités des structures
- Information par des outils pédagogiques ("Cosmos Mental" du Psycom) pour les plus jeunes, mise en place d'un site internet, outils d'orientation vers la santé mentale mis à disposition
- Création d'un outil de repérage sur les violences conjugales et diffusion à l'ensemble des pharmacies du territoire
- Réflexion sur la construction et la diffusion de messages de prévention et de partage de ressources via une radio locale
- Table ronde "Santé mentale et discriminations"
- Webinaire sur l'impact de la Covid-19 sur la santé mentale des jeunes
- Informations sur le fonctionnement des services de psychiatrie pendant le confinement
- Organisation par une radio locale associative d'interviews d'utilisateurs et partage de ces témoignages de personnes vivant avec des troubles psychiques, en abordant différentes thématiques, comme la maternité, les troubles psychiques ou encore la santé mentale des adolescents

2 Soutien, soins et prévention

Les actions de soutien à la santé mentale de la population se sont développées à plusieurs niveaux. En termes de publics tout d'abord, il y a eu le soutien, d'une part, d'un public large, et d'autre part de populations plus spécifiques, comme par exemple les personnes précaires ou les adolescents.

Exemples d'actions :

- Dans énormément de territoires, mise en place de lignes d'écoute et de soutien psychologique
- Également retrouvé dans de très nombreux endroits, organisation de permanences de soutien psychologique (parfois en appui d'autres permanences davantage sociales, comme lors de la distribution de tickets alimentaires ou de paniers repas à destination des étudiants) - sur un territoire, une cellule d'écoute a été créée en 12 jours : 100 régulateurs bénévoles ont été recrutés par le CLSM pour une écoute 7 jours/7 pour aider "SOS amitié" ; après l'appel, un rendez-vous psychiatrique dans l'heure en visioconférence pouvait être programmé en cas de besoin - le bilan de fin de confinement recense 400 à 500 appels et 7 à 8 psychiatres en lien avec l'écoute
- Travail de réflexion et de coordination pour créer un réseau de psychologues et mettre en place une consultation gratuite dans le cadre de la CPTS
- Groupes de travail de gestion des situations complexes pour adultes ou pour enfants et adolescents avec prise en compte des problématiques sociales, psychologiques ou de logement
- Actions de prévention dans les établissements scolaires auprès d'enfants et d'adolescents, en collaboration avec l'hôpital et l'Éducation nationale
- Mise en place en cours d'un groupe de travail « Articulation de la prise en charge psychiatrique et somatique »
- Réalisation, avec les partenaires du CLSM, d'un kit à destination des professionnels qui sont en lien avec le public : ce kit contient des messages de santé publique, un argumentaire pour la continuité des soins hors Covid-19, un annuaire des ressources mobilisables durant la crise sanitaire, des recommandations pour les entretiens physiques et téléphoniques en période de crise sanitaire
- Un pilotage et une coordination de l'équipe sanitaire mobile Covid-19 en partenariat avec l'association "groupe SOS : solidarités"
- Maintien du contact avec publics participant aux ateliers d'accès à la culture (15 ateliers au total regroupant environ 140 personnes)
- Groupes de parole et ateliers post-confinement avec une psychologue, à destination des habitants avec des suivis individuels débutés si nécessaire ou groupes de parole : notamment personnes âgées, mères/enfants
- Ateliers d'expression du vécu, de sophrologie, tenue de stand d'information en santé mentale sur les marchés
- Réassurance de la population grâce à la lutte contre les angoisses liées au respect des gestes barrières en vulgarisant les consignes sanitaires, qui était aussi un moment d'occasion pour aborder les questions de santé mentale avec les personnes présentes



Exemples d'actions :

- Maintien des réunions du groupe "Parentalité et soutien", où sont traitées des situations complexes pour les adolescents en crise parentale - groupe qui s'est réuni toutes les semaines pendant le confinement avec l'ensemble du tissu représentatif thématique enfance, adolescence et parentalité, par exemple, l'Éducation nationale, des assistantes sociales, des infirmières et psychologues scolaires, un directeur d'établissement scolaire, la Protection judiciaire de la jeunesse, les services municipaux... À chaque réunion deux situations complexes sont étudiées, avec pour objectif développer un regard croisé et pouvoir mettre en place un plan d'action pour sortir de cette situation et aider le professionnel dans sa pratique
- Appel par le service PASS sénior des 7 000 personnes âgées de la ville et oriente vers le CLSM lorsque de la souffrance psychique est repérée
- Création d'une équipe mobile dédiée aux psychoses débutantes
- Maintien du contact avec le public accompagné dans le cadre du RSA ainsi que le public marginalisé et à la rue

3 Actions de formation

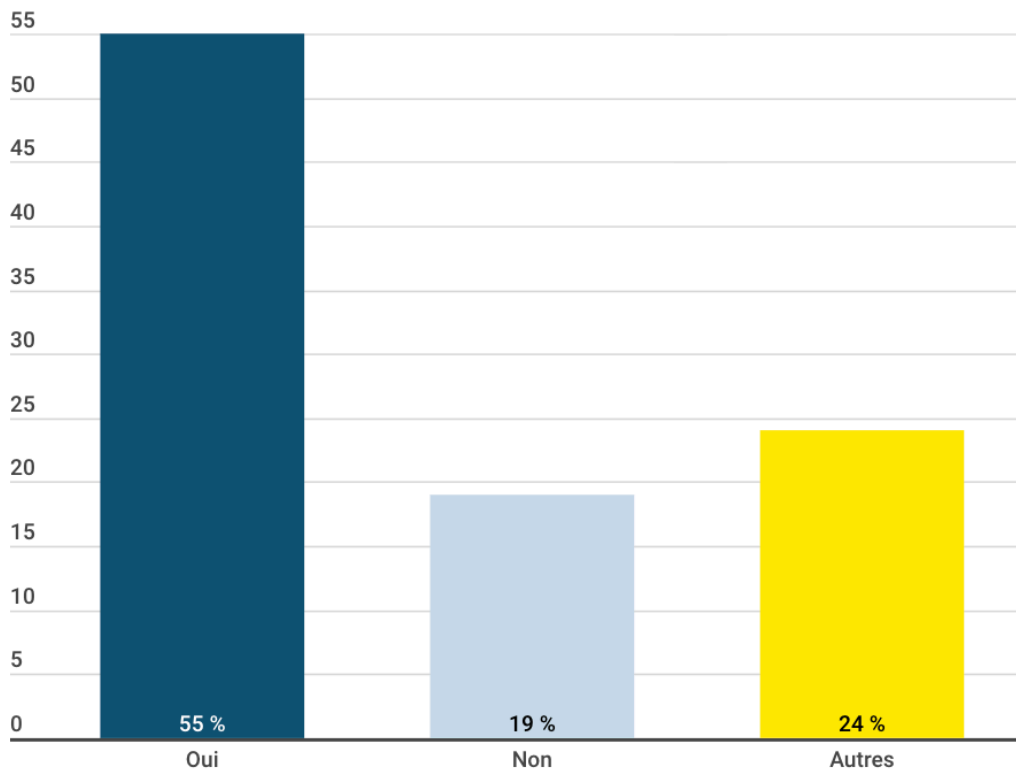
Le sujet de la santé mentale a été abordé par les médias de manière plus régulière et moins stigmatisante pendant la crise sanitaire. Cela a permis à de nombreux CLSM de travailler plus facilement avec les différents partenaires. Il a été plus aisé de mettre en place des actions de sensibilisation et de susciter l'intérêt pour des formations.

Exemples d'actions :

- Formation Premiers secours en santé mentale (PSSM)
- Séminaire de sensibilisation/formation des acteurs locaux : pour écouter, repérer la souffrance, et orienter si besoin
- Sensibilisation d'ambassadeurs santé (environ 70 personnes : agents de la ville, associations...) sur les gestes barrières mais aussi des éléments sur la santé mentale
- Formation « Accompagner au rétablissement en santé mentale » partagée entre professionnels de santé, du médico-social, membres du GEM et aidants
- Réalisation de sessions de sensibilisation dans un format adapté à distance qui a conduit à la création d'une plateforme numérique de formation
- Réalisation d'un atelier de formation bailleurs/équipe CMP
- Cycle de conférence-sensibilisation à destination du grand public avec la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte
- Groupes de parole et d'échanges des pratiques à destination des animateurs jeunesse de tout le territoire animés par le Céapsy, l'objectif étant d'outiller les animateurs jeunesse en connaissance pour faire face aux difficultés psychiques des jeunes qu'ils rencontrent ; ces groupes se tiendront une fois tous les deux ou trois mois, afin d'assurer une continuité et un approfondissement des connaissances des participants

Population vulnérable

Graphique 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...)?



Pour tenter d'agir au mieux face aux inégalités sociales et territoriales de santé, 55,4 % des CLSM ont mis en place des actions destinées à des publics fragiles (personnes âgées, SDF, victimes de violences intra-familiales...).

Les quartiers politique de la ville (QPV) sont aussi concernés par des besoins spécifiques. 82,2 % des CLSM ayant répondu à l'enquête couvrent un ou plusieurs quartiers prioritaires de la politique de la ville. Les populations vulnérables dont les habitants des QPV ont les mêmes besoins que la population générale (75,6 %) auxquels s'ajoutent des besoins spécifiques. Ils ont donc bénéficié des mêmes actions que celles de la population générale mais aussi d'actions plus adaptées à leurs problématiques propres dans 12,2 % des cas. Ils avaient déjà agi spécifiquement pour les habitants des QPV dans 32,7 % des cas pendant le premier confinement.

1 Actions d'aller-vers

Les populations vulnérables, dont celles des QPV, sont des populations qui souffrent souvent d'isolement et de distance avec les ressources de soins. Ce sont également des personnes qui peuvent avoir des difficultés ou des réticences à prendre soin de leur santé mentale, pour diverses raisons (financières, stigmatisation, difficultés d'accès aux lieux de soins). C'est pourquoi il est nécessaire de développer « l'aller-vers » si l'on souhaite maximiser les chances de les toucher.



Exemples d'actions :

- Appel des habitants inscrits sur le registre des personnes vulnérables de la commune
- Donner accès à un soutien psychologique en libéral et gratuit dans les QPV
- Développer le dispositif "Un chez soi d'abord" avec les CAARUD et les CSAPA
- Création d'une équipe mobile précarité avec un infirmier, une assistante sociale, une psychiatre à 10 %) un poste de pair-aidant à 50 %).
- Participation à l'équipe mobile sanitaire Covid (pluridisciplinaire) avec missions et rôles d'aller vers un public précaire et vulnérable: consultations, dépistage, éducation thérapeutique
- Ateliers d'aller-vers auprès des habitants des QPV pour parler de santé mentale et présenter les différentes ressources existantes
- Projet ParPsychEd avec les équipes d'une école (qui fait partie des QPV) et les acteurs de la psychiatrie infantile
- Stands d'information santé sur les marchés des quartiers politiques de la ville : échanges sur ressentis en cette période difficile, information et orientation vers des lieux ressources en termes de santé psychique mais aussi de santé somatique
- Projet Ambassadeurs jeunes Santé Mentale : chaque année une dizaine d'ambassadeurs sont recrutés et vont parler à d'autres jeunes - ils interviennent dans des missions locales, des lycées etc. (l'idée c'est qu'ils puissent intervenir sur des temps groupés)

2 Actions de formation et sensibilisation à la santé mentale

Parmi les actions prioritaires à développer à l'issue du premier confinement, les coordinateur·rices avaient identifié un fort besoin de "formation des acteurs au repérage et à la prévention". Au niveau national, le Centre de ressources et d'appui aux CLSM a pris en compte ce besoin en proposant le développement d'un programme de "sessions de sensibilisation" gratuites sur la santé mentale en direction des acteurs-clés des QPV ainsi que le développement d'une plaquette de sensibilisation en lien avec ces sessions de sensibilisation, qui devraient être opérationnelles à compter de fin 2021. Cette proposition vient décliner un des objectifs du plan national de santé publique (PNSP) qui promeut un renforcement des actions d'information en santé mentale et de prévention des souffrances psychiques dans les QPV.

Au niveau local, les coordinateur·rices ont de leurs côtés proposé un certain nombre d'actions.

Exemples d'actions :

- Actions de sensibilisation des acteurs de proximité (accueillants, référents centres sociaux, compagnie artistique, etc.)
- Favoriser les formations « Sentinelles » dans les QPV
- Sensibiliser les professionnels à l'approche de personnes en souffrance psychique (modules de sensibilisation, formation PSSM...)
- Proposition de groupes d'échanges et d'expression au coeur des QPV
- Mise en oeuvre et expérimentation du projet des ateliers d'expressions avec l'outil « Cosmos mental » du Psycom

Et après ?

Comme pour le premier confinement, nous avons demandé aux coordonnateur·rices quelles pourraient être les actions prioritaires à mettre en place par leurs CLSM après la levée du deuxième confinement. Voici un échantillon des réponses reçues :

- ➔ Mise en place d'une instance gérontologie en lien avec le CCAS et le CLSM pour interroger la question de l'isolement des personnes âgées
- ➔ Renforcement et déploiement de dispositifs d'écoute jeunes, familles et adultes pour combler la demande
- ➔ Soutien des initiatives des habitants
- ➔ Actions de formation sur la santé mentale pour les élus
- ➔ Mise en place d'une lettre d'information "santé mentale" en lien avec le CODES
- ➔ Développement d'une formation à destination des acteurs de proximité du logement
- ➔ Appui au développement de la représentation des usagers de la santé mentale et de la pair-aidance
- ➔ Développement d'un axe de santé mentale (avec des psychologues) dans la CPTS de la ville afin d'améliorer l'offre de soins
- ➔ Aboutissement du projet de développement de l'offre de soutien psychologique gratuite (démarche d'aller vers, temps collectif et consultations individuelles sur du court terme) sur les QPV (en lien étroit avec la cheffe de projet politique de la ville), intégré dans un projet plus global (favoriser l'inter-connaissance notamment via un répertoire des acteurs/ soutien psy et sensibilisation des acteurs en 1ère ligne sur la santé mentale)
- ➔ Couverture du territoire par des points écoute adultes et des points écoute jeunes suffisamment dimensionnés pour répondre à la souffrance psychique des personnes vulnérables
- ➔ Mise en place d'actions collectives de santé mentale en proximité dans les structures type centre sociaux
- ➔ Renforcer, organiser l'articulation entre les professionnels sociaux (éducateurs, animateurs, ...) et les professionnels de la santé mentale (psychiatrie, psychologues, ...)



CONCLUSION

Lors du précédent état des lieux national sur le fonctionnement des CLSM en période de confinement publié en mai 2020, le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM avait insisté et conclu sur plusieurs points, toujours valides ou d'autant plus confirmés aujourd'hui.

Le Centre avait tout d'abord souligné la mise en évidence du rôle majeur des déterminants sociaux de santé mentale pendant la crise sanitaire, ceux-ci sont désormais largement reconnus. Aussi, les CLSM ont été de vrais baromètres locaux de l'état de santé mentale de la population. Ils ont fait remonter des préoccupations faisant écho aux études menées à l'échelle nationale et internationale, et notamment le fait que les risques liés à la santé mentale sont traversés par de fortes inégalités (les personnes dont les conditions de vie sont les plus précaires et se sont le plus dégradées ont davantage été touchées en termes de santé mentale, mais aussi en termes de santé en général, comme montré dans le rapport 2020 de l'Observatoire national de la politique de la ville¹⁰) – ces inégalités dans et entre les territoires s'étant aussi révélées à travers leur modalités ou absence de fonctionnement.

Ensuite, les externalités positives de la crise : le Centre avait relevé l'impact de l'appui sur de nouveaux modes de communication, la déstigmatisation engendrée par la prise de conscience par beaucoup que la santé mentale est l'affaire de toutes et tous, l'expression de nombreuses formes de solidarité à l'échelle locale, une forte mobilisation des partenaires...

Dans le même sens, la mobilisation de la sphère politique pour la santé mentale apparaît comme l'une des plus grandes avancées permises par la crise. En effet, si l'engagement de la psychiatrie, des professionnels de terrain et des personnes concernées a également largement été salué par les coordonnateur-rices, la crise a permis d'impulser une réelle appropriation du sujet par les acteurs du champ politique.

Au niveau local, l'investissement des élus locaux au sein des CLSM (et au-delà) pour ces questions a été massif : 48 % des coordonnateur-rices ont constaté un investissement plus important de leur part.

Cette montée de la question de la santé mentale à l'agenda politique s'est également manifestée au niveau national, avec par exemple le lancement d'une campagne de communication inédite sur la santé mentale à destination du grand public, « En parler c'est déjà se soigner », ou encore l'organisation des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 (qui étaient une première). Des événements d'ampleur qui incitent à penser que cet enjeu de santé publique et les manières de l'adresser ont parcouru du chemin au cours des derniers mois.

Au-delà de la place centrale accordée aux déterminants sociaux de la santé mentale, une autre notion semble aujourd'hui davantage prise en compte : celle de la territorialisation des politiques et actions en santé mentale. « Pour agir au mieux il faut penser de manière transversale et intégrée, agir de manière adaptée aux acteurs, aux populations et aux territoires », a rappelé le Directeur général de la santé Jérôme Salomon lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie : privilégier l'ambulatoire, l'inscription dans les territoires, le rétablissement, le respect des droits, la parole et l'expérience des usagers – autant de principes au cœur de la philosophie des CLSM.

Ces dispositifs ont continué à fonctionner et à s'améliorer tout au long de la crise, leurs potentialités en termes d'applications locales de ces principes ayant été mis en évidence. En effet, plus les situations sociales des individus se dégradent, plus les actions à mettre en œuvre pour répondre à leurs besoins se révèlent nécessaires à un niveau local, pour une application concrète.

10- Bajos Nathalie (Inserm), Montdesir Helga et Robin Juliette (ANCT-ONPV), « Séroprévalence du SARS-CoV-2 et inégalités sociales au temps du premier confinement. Zoom sur la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville », Comprendre - Vulnérabilités et ressources des quartiers prioritaires, Observatoire national de la politique de la ville (ONPV), Rapport 2020 : http://www.onpv.fr/uploads/media_items/onpv-rapport-2020.original.pdf

Quelles pistes pour l'avenir ?

Les CLSM ne sont pas des institutions, ils visent – comme instance de concertation et de déclouonnement – à mettre en synergie ses acteurs dans le but d'améliorer la santé mentale, et donc la santé globale de la population.

Ils sont notamment apparus comme des espaces de travail et de réflexion particulièrement adaptatifs au terrain. Dans l'ensemble, ils ont contribué et ont continué à amplifier leur action après la crise. Mais peut-on dire que nous en avons fini avec cette crise ?

Il y a eu une prise de conscience de l'importance des actions à mener en concertation durant le confinement, et de la nécessité de les prolonger hors confinement, la quatrième vague de cette épidémie étant évidemment celle de la santé mentale altérée.

La multiplication des actions concrètes et la créativité ont été la règle durant cette période. Le rôle des quatre composantes (élus, psychiatrie, usagers et aidants) des CLSM n'a jamais été aussi évident : c'est la convergence des actions des différents acteurs et institutions qui, ensemble, créent des déterminants de santé positifs. Penser global, agir local.

Alors que lors du troisième Sommet mondial sur la santé mentale qui s'est tenu à Paris les 5 et 6 octobre 2021, l'ONU et l'OMS ont exprimé des appels pour un investissement financier plus important des États, il convient d'insister sur l'importance de décliner cet investissement au niveau local, notamment en donnant des moyens effectifs – financiers et en temps de travail – aux CLSM, afin de permettre aux acteurs de la Cité de s'emparer du sujet. Le rôle des élus locaux reste ici primordial pour faire exister la santé mentale au cœur des territoires et permettre à la psychiatrie d'être elle-même citoyenne.

Le Centre national de ressources et d'appui aux CLSM tient à remercier l'ensemble des coordonnateur-rices, celles et ceux qui ont répondu à nos enquêtes et les autres, pour leur active mobilisation sur le terrain pour une meilleure santé mentale de toutes et tous.

Cet article a été rédigé par :

- Fanny PASTANT, Coordinatrice nationale des CLSM, Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, CCOMS
- Maureen GAC, Chargée de communication, Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, CCOMS
- Anne PLANTADE, Médecin
- Loriane LACOMBE, Interne en psychiatrie

Avec la contribution de :

- Déborah SEBBANE, Directrice du CCOMS
- Jean-Luc ROELANDT, Directeur adjoint du CCOMS



Centre national de ressources
et d'appui aux **Conseils Locaux
de Santé Mentale**

**Centre collaborateur de l'OMS et GCS pour la recherche
et la formation en santé mentale**

211 rue Roger Salengro
59260 Hellemmes
Tél. : + 33 (0) 320 437 100
E-mail : ccoms@epsm-lm.fr

**Centre national de ressources
et d'appui aux Conseil locaux de santé mentale**

www.clsm-ccoms.org

*Le centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale
est soutenu par :*



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**AGENCE
NATIONALE
DE LA COHÉSION
DES TERRITOIRES**