



# Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale

12 mai 2021

---

La crise du COVID-19 a aggravé les facteurs de risque que l'on associe généralement aux troubles psychiques – insécurité financière, chômage, peur – tandis que les facteurs de protection – liens sociaux, emploi, formation et scolarité, accès à la pratique sportive, habitudes, accès aux services de santé – se sont, eux, considérablement réduits. Ces deux mouvements ont conduit à une détérioration nette et sans précédent de l'état de santé mentale de la population. Dans différents pays, les chômeurs et les personnes ayant une situation financière précaire sont, de ce point de vue, plus fragiles que la population générale. Cette tendance était déjà observée avant la pandémie, mais s'est accentuée dans certains cas. Les pays de l'OCDE sont donc intervenus de manière active afin de renforcer les services de santé mentale et ont pris des mesures pour protéger l'emploi et les revenus, soulageant ainsi la détresse psychologique de quelques-uns. Cependant, cette détresse a atteint une ampleur telle depuis le début de la pandémie qu'elle exige le déploiement d'une aide plus intégrée en santé mentale, englobant toutes les composantes de la société, pour ne pas laisser des cicatrices indélébiles.

---



## Principales conclusions

**L'état de santé mentale de la population s'est nettement dégradé durant la pandémie :**

- Depuis mars 2020, **la prévalence des troubles anxieux et dépressifs a augmenté, voire doublé dans certains pays**. Les périodes pendant lesquelles les enquêtes faisaient état de la détresse psychique la plus forte ont coïncidé en règle générale avec l'augmentation des décès liés au COVID-19 et avec l'application d'un confinement strict.
- Dans les différents pays considérés, **les chômeurs et les personnes ayant situation financière précaire étaient en moins bonne santé mentale que la population générale** – tendance déjà observée avant la pandémie, mais qui semble s'être accentuée dans certains cas.

**Les services de santé mentale étaient déjà au bord de la rupture avant 2020.** La détresse psychique parmi la population a atteint une ampleur telle depuis le début de la pandémie qu'elle exige un accompagnement sans précédent pour ne pas laisser de cicatrices indélébiles. **Les pays de l'OCDE ont agi sans tarder pour mieux soutenir ceux qui en avaient besoin :**

- La plupart ont **créé de nouveaux supports d'information sur la santé mentale et/ou de nouveaux services d'assistance téléphonique**, afin d'indiquer aux populations comment surmonter la crise, et beaucoup aussi ont ouvert plus largement l'accès aux services de santé mentale et/ou augmenté les moyens financiers alloués à ces derniers.
- De nombreux pays ont rapidement pris des mesures afin de **protéger les emplois et les revenus, et de faciliter le passage au télétravail**. Les dispositifs de chômage partiel ont d'ailleurs permis de ménager les revenus et la santé mentale des travailleurs.

Avant la crise, **les services d'accompagnement psychologique étaient pris en compte de façon très imparfaite dans les politiques relatives au bien-être social, à l'emploi et à la jeunesse.**

Au-delà des dispositifs d'urgence, il faut prendre au plus vite des mesures plus énergiques et mieux intégrées en faveur de la santé mentale. **Une réponse faisant intervenir toutes les composantes de la société suppose :**

- **que l'accès aux services de soins de santé mentale soit assuré**, que ce soit en direct ou à l'aide de la télémédecine ; la priorité devant aller aux services qui s'appuient sur des données probantes, et notamment à ceux pouvant se substituer aux **programmes de promotion de la santé mentale** à l'école ou en entreprise, gravement perturbés par la crise ;
- que les employeurs eux aussi **prennent soin de la santé mentale de leurs salariés**, à commencer par ceux qui ont connu une période de **chômage partiel**. Il serait bon que les pouvoirs publics étudient de plus près les **conséquences induites par le télétravail, lorsque celui-ci se prolonge**, sur la santé mentale, et que les pays envisagent de leur côté de développer **l'accompagnement psychologique des demandeurs d'emploi** dans le cadre des services publics de l'emploi.



## Note technique sur la terminologie et les données

Les termes « état de santé mentale » et « troubles de santé mentale » sont employés dans la présente synthèse de préférence à ceux de « maladie mentale » et de « troubles mentaux », que l'on a eu soin d'éviter. Ce choix procède d'une volonté de se conformer aux évolutions linguistiques induites par les efforts de sensibilisation et de lutte contre la discrimination et de privilégier, dans toute la mesure du possible, un libellé qui valorise la personne, ses atouts et son rétablissement et qui rende compte de la diversité des expériences individuelles.

Les données relatives à l'état de santé mentale de la population, et singulièrement celles ventilées par âge, couvrent un champ encore limité. Aux fins de la présente synthèse, la prévalence des symptômes d'anxiété et de dépression, appréciée par la voie d'enquêtes, a été prise comme indicateur indirect de l'état de santé mentale. Lorsque cela était possible, on a eu recours aux enquêtes réalisées au moyen d'instruments reconnus – tels que le *General Anxiety Disorder* (GAD-7), pour l'anxiété, et le *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9), pour la dépression. Les échantillons ne sont pas nécessairement représentatifs, encore moins dans le cas des enquêtes rapides conduites durant la crise du COVID-19, et les méthodologies employées diffèrent selon les études, ce qui réduit les possibilités de comparaisons entre pays. Les symptômes étant ceux déclarés par les personnes interrogées, la hausse de la prévalence peut tenir en partie à l'évolution de la sensibilisation aux problèmes psychiques ou de la stigmatisation dont ceux qui en souffrent font l'objet, avec une influence sur les tendances qui pourra être différente selon les pays et dans le temps.

### La santé mentale de la population s'est sensiblement dégradée depuis le début de la pandémie de COVID-19

**La prévalence des troubles de santé mentale est demeurée globalement inchangée des décennies durant, jusqu'à l'année 2020 et la pandémie de COVID-19.** À partir du mois de mars de cette année-là, les troubles anxieux et dépressifs ont gagné du terrain parmi la population. C'est ainsi qu'en Belgique, aux États-Unis, en France, en Italie, au Mexique, en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni, par exemple, la prévalence de l'*anxiété* au début de l'année 2020 représentait le double, sinon davantage, de celle observée les années précédentes ; il en allait de même pour la *dépression* en Australie, en Belgique, au Canada, aux États-Unis, en France, au Mexique, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Suède.

Au cours de l'année 2020, les facteurs de risque pesant sur la santé mentale – l'insécurité financière, le chômage, la peur – ont augmenté, alors que les facteurs de protection – liens sociaux, emploi, formation et scolarité, accès à la pratique sportive, habitudes, accès aux services de santé – se sont réduits.

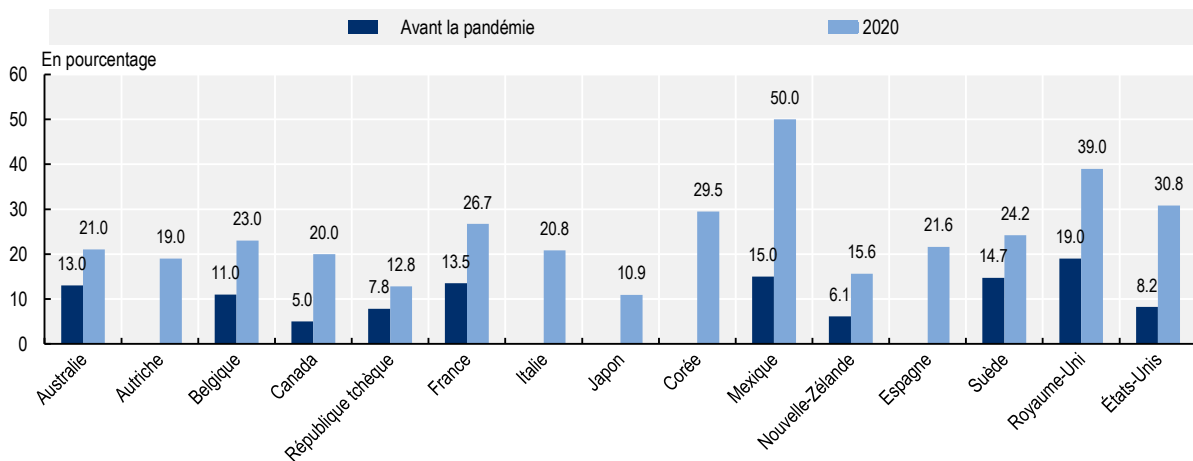
Si l'on compare avec la situation qui prévalait avant la pandémie, il apparaît systématiquement que **les taux d'anxiété et de dépression étaient supérieurs, en 2020, à ceux des années précédentes** (Graphique 1 et Graphique 2). Dans les pays de l'OCDE, différents instruments d'enquête ont été utilisés pour mesurer la prévalence des troubles anxieux et dépressifs et le niveau de détresse psychique. Les taux de prévalence et leur évolution ne sont pas directement comparables d'un pays à un autre ; d'autre



part, certaines enquêtes réalisées en 2020 ne portaient pas sur des échantillons représentatifs de la population nationale. Quoi qu'il en soit, l'anxiété et la dépression ont progressé sans conteste.

### Graphique 1. La prévalence de l'anxiété a nettement progressé en 2020

Estimations nationales de la prévalence de l'anxiété ou des symptômes d'anxiété au début 2020<sup>1</sup> et lors d'une année antérieure

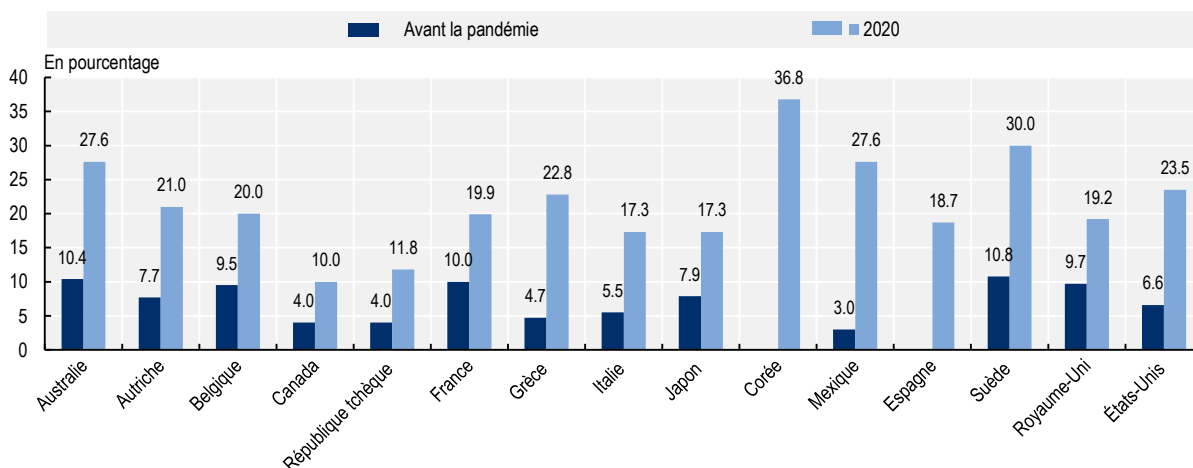


Note : <sup>1</sup>Dans la mesure du possible, les estimations de la prévalence en 2020 sont celles réalisées aux mois de mars et avril. Les instruments d'enquête utilisés pour mesurer l'anxiété et les échantillons de population varient selon les pays et, de ce fait, ne se prêtent pas à des comparaisons directes ; certaines enquêtes d'autre part ont parfois été réalisées auprès d'échantillons de taille restreinte et/ou non représentatifs de la population nationale. Toutes les populations ne sont pas prêtes à évoquer leur santé mentale de la même façon, ce qui nuit également à la comparabilité entre les pays. Dans la mesure du possible, les enquêtes retenues ont été réalisées à l'aide de l'outil GAD-7. Dans son étude de 2013, la Suède a pris comme valeur seuil le score de 8 au GAD-7, alors que dans la plupart des autres études cette valeur seuil correspond à un score  $\geq 10$ .

Source : sources nationales : Australie [2017-18](#) et [2020](#) ; Autriche [2020](#) ; Belgique [2018 et 2020](#) ; Canada « Avant COVID-19 » et [2020](#) ; Corée [2020](#) ; Espagne [2020](#) ; États-Unis [2019 et 2020](#) ; France [2017 et 2020](#) ; Italie [2020](#) ; Japon [2020](#) ; Mexique [2019-20 et 2020](#) ; Nouvelle-Zélande [2016-17 et 2020](#) ; République tchèque [2017 et 2020](#) ; Royaume-Uni [2019 et 2020](#) ; Suède [2013](#) et [2020](#).

### Graphique 2. La prévalence de la dépression a nettement progressé en 2020

Estimations nationales de la prévalence de la dépression ou des symptômes dépressifs début 2020<sup>1</sup> et lors d'une année antérieure



APPORTER UNE RÉPONSE ENGLOBANT TOUTES LES COMPOSANTES DE LA SOCIÉTÉ FACE AUX CONSÉQUENCES DE LA CRISE DU COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE © OCDE 2021



Note : <sup>1</sup>Dans la mesure du possible, les estimations de la prévalence en 2020 sont celles réalisées aux mois de mars et avril.

Les instruments d'enquête utilisés pour mesurer la dépression varient selon les pays et, de ce fait, ne se prêtent pas à des comparaisons directes ; certaines enquêtes d'autre part ont parfois été réalisées auprès d'échantillons de taille restreinte ou non représentatifs de la population nationale. Toutes les populations ne sont pas prêtes à évoquer leur santé mentale de la même façon, ce qui nuit également à la comparabilité entre les pays. Dans la mesure du possible, les enquêtes retenues ont été réalisées à l'aide de l'outil PHQ-9. Dans son étude de 2020, la Suède a pris comme valeur seuil le score de 11 au PHQ-9, alors que dans la plupart des autres études cette valeur seuil correspond à un score  $\geq 10$ . Source : sources nationales : Australie [2017-18](#) et [2020](#) ; Autriche [2014](#) et [2020](#) ; Belgique [2018](#) et [2020](#) ; Canada « [Avant COVID-19](#) et [2020](#) ; Corée [2020](#) ; Espagne [2020](#) ; États-Unis [2019](#) et [2020](#) ; France [2017](#) et [2020](#) ; Grèce [2014](#) et [2020](#) ; Italie [2014](#) et [2020](#) ; Japon [2013](#) et [2020](#) ; Mexique [2019-20](#) et [2020](#) ; République tchèque [2017](#) et [2020](#) ; Royaume-Uni [2019](#) et [2020](#) ; Suède [2013](#) et [2020](#).

En réponse à une étude du *Commonwealth Fund*, réalisée entre mars et mai 2020, de nombreux adultes ont déclaré connaître, depuis le début de l'épidémie, des états de stress, d'angoisse ou de tristesse qu'ils avaient du mal à surmonter seuls. Les plus forts pourcentages d'adultes en situation de détresse ont été relevés en Australie (23 %), au Canada (26 %), aux États-Unis (33 %), en France (24 %), en Nouvelle-Zélande (23 %) et au Royaume-Uni (26 %), et les plus faibles en Norvège (10 %), aux Pays-Bas (14 %) et en Suède (18 %) (*Commonwealth Fund*, 2020<sup>[11]</sup>). D'autres indicateurs, tels que l'état de santé mentale, l'état de stress ou les troubles du sommeil, confirment cette dégradation de l'équilibre psychique des individus.

### ***La détresse psychique de la population a atteint son plus haut lors des périodes d'aggravation de la mortalité due au COVID-19 et de durcissement des mesures visant à limiter la contagion***

En 2020 et au début de 2021, la crise du COVID-19 s'est traduite par plusieurs « vagues » de contaminations, d'hospitalisations, de décès et de mesures de restriction mises en œuvre pour limiter la transmission du virus. L'état de santé mentale de la population a lui aussi alterné les hauts et les bas, les pics de détresse étant étroitement liés aux pics de décès dus au COVID-19 et aux périodes pendant lesquelles les mesures de lutte contre la pandémie étaient les plus strictes. **Ainsi, après un début de crise éprouvant, en mars-avril 2020**, la période estivale a amené une certaine détente en Europe, qui a coïncidé avec la baisse du nombre de cas de COVID-19 et l'assouplissement des mesures de confinement.

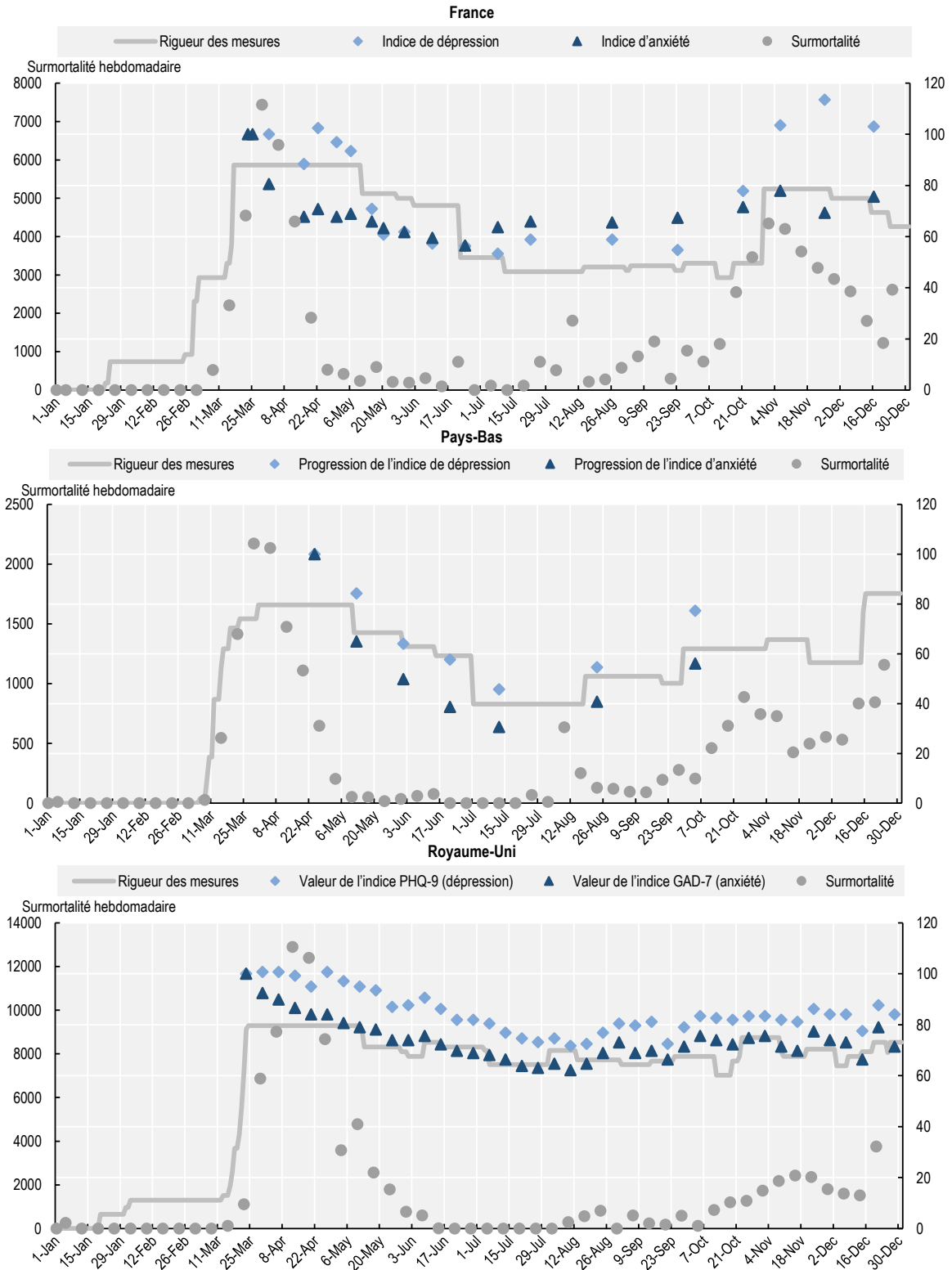
Dans les pays qui ont mesuré régulièrement le niveau de souffrance psychique de leur population au cours de l'année 2020 – le Canada, la France, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni –, l'anxiété et/ou la dépression ont atteint un sommet entre la mi-mars et le début du mois d'avril, avant un reflux aux alentours de juin et juillet, suivi d'une recrudescence à partir de septembre. D'une manière générale, les pays ont vu le bien-être mental de leur population évoluer selon des tendances très similaires qui révèlent l'existence d'une corrélation relativement étroite tant avec la rigueur des mesures adoptées pour maîtriser l'épidémie (mesurée par l'indice Oxford University/Blavatnik) qu'avec le nombre de morts dus au COVID-19 (exprimé par la « surmortalité »), comme le montrent les exemples de la France, des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

Par ailleurs, les enquêtes menées durant la crise du COVID-19 ont permis, de par leur actualité, de connaître en temps quasi réel l'état de santé mentale de la population et offert ainsi une précieuse source d'information dont on ne disposait pas lors des crises précédentes, notamment lors de la crise financière de 2008. Il sera important de continuer à suivre les effets induits sur la santé mentale tant que dure la crise, et même une fois que la situation d'urgence sanitaire commencera à se détendre, afin de savoir si la prévalence des troubles mentaux revient à ce qui était son niveau normal avant la pandémie (soit, toutes causes confondues, environ 20 % de la population en âge de travailler (OCDE, 2012<sup>[21]</sup>)) ou s'il faudra désormais compter avec un taux de prévalence plus élevé dans le cas de certaines affections. Dans cette seconde hypothèse, les conséquences pour l'action publique seraient considérables.



### Graphique 3. Détresse psychique de la population, surmortalité et mesures de confinement au cours de l'année 2020

Données nationales relatives à l'état de santé mentale, mortalité due au COVID-19 et rigueur des mesures de confinement – l'échelle correspondant à la mortalité hebdomadaire due au COVID-19 est adaptée à chaque pays



APPORTER UNE RÉPONSE ENGLOBBANT TOUTES LES COMPOSANTES DE LA SOCIÉTÉ FACE AUX CONSÉQUENCES DE LA CRISE DU COVID-19 SUR LA SANTÉ MENTALE © OCDE 2021





Note : la « rigueur des mesures » repose sur l'indice Oxford University/Blavatnik. L'indicateur correspondant, qui a été mis au point par la *Blavatnik School of Government*, permet d'attribuer une valeur à la rigueur des mesures mises en place dans chaque pays selon qu'il s'agit de la fermeture des écoles ou des entreprises, de l'annulation des événements publics, de limitations imposées aux rassemblements, de l'interruption des transports publics, d'injonctions à rester chez soi, de restrictions de déplacements intérieurs et internationaux, et de campagnes publiques d'information. Pour chaque pays, le point correspondant au premier ensemble de données sur la santé mentale a reçu une valeur de 100 et le point correspondant à chaque ensemble suivant est défini par rapport à ce premier point afin de produire un graphique comparatif qui permette de suivre l'évolution relative, en pourcentage, des données considérées. La surmortalité est tirée des données de l'OCDE – COVID-19 Indicateurs sur la santé – Mortalité excessive hebdomadaire. Les instruments d'enquête utilisés et les techniques d'échantillonnage varient selon les pays et, de ce fait, ne sont pas directement comparables ; certaines enquêtes d'autre part ont parfois été réalisées auprès d'échantillons de taille restreinte ou non représentatifs de la population nationale.

Source : [Oxford University/Blavatnik Stringency and Policy Index](#) ; [COVID-19 Indicateurs de l'OCDE sur la santé - Mortalité excessive hebdomadaire](#) ; indices de santé mentale en [France](#), aux [Pays-Bas](#) et au [Royaume-Uni](#).

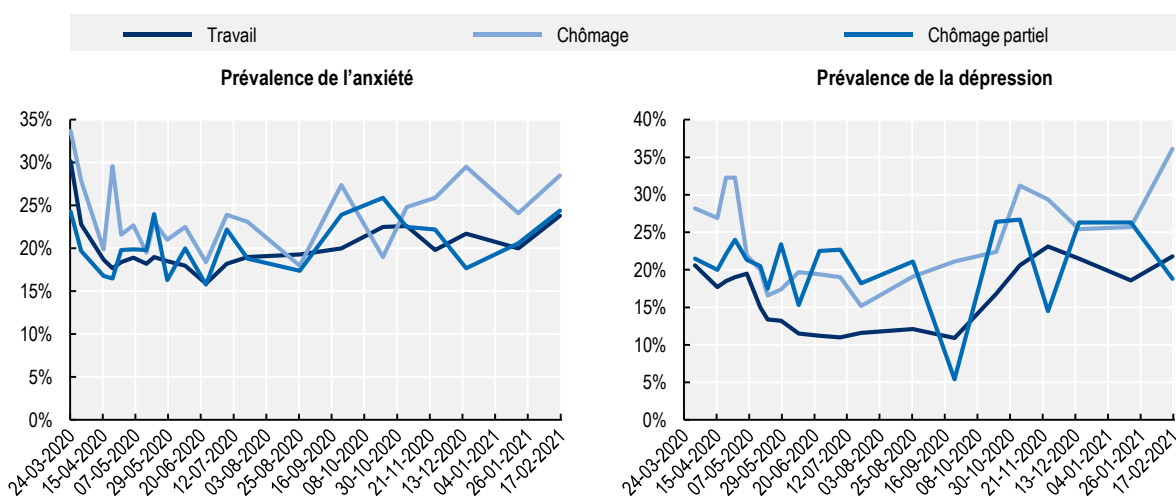
### ***Les personnes qui ont un emploi précaire, un niveau d'instruction peu élevé et des revenus modestes ont ressenti une détresse psychique plus importante pendant la crise du COVID-19***

Le risque d'avoir une mauvaise santé mentale, de même que la résilience face aux troubles qui la caractérisent, varie selon les groupes de population, et notamment en fonction de l'âge, du sexe, de la situation au regard de l'emploi, et de la situation socioéconomique. Les jeunes, les personnes seules, celles appartenant à un milieu défavorisé et les chômeurs ont été plus fréquemment que les autres en proie à la détresse psychique. À l'inverse, les personnes qui ont pu continuer de travailler pendant le confinement, même si c'était à distance, se déclaraient plus rarement déprimées ou angoissées, du moins pendant les premières phases de la crise.

**Être au chômage en 2020 accentuait les risques pour la santé mentale.** Les données longitudinales réunies en France (Graphique 4) nous révèlent que les individus qui avaient un emploi étaient moins susceptibles que les personnes au chômage de faire état de symptômes dépressifs ou anxieux. Partout dans la zone OCDE, des dispositifs de maintien dans l'emploi et de chômage partiel ont été mis en place ou adaptés afin de protéger l'emploi, dans la mesure où ils permettent aux salariés de conserver leur place dans l'entreprise même en cas d'interruption du travail (OCDE, 2021<sup>[3]</sup>). Les données françaises donnent à penser que ces dispositifs ont amorti les conséquences de la crise sur la santé mentale. De même, au Royaume-Uni, les travailleurs précaires mis au chômage partiel avant ou pendant la pandémie n'ont pas fait état d'une aggravation de leur détresse psychique, contrairement aux actifs qui n'étaient pas au chômage partiel (Smith, Taylor et Kolbas, 2020<sup>[4]</sup>).



## Graphique 4. La prévalence de l'anxiété et de la dépression est plus importante chez les chômeurs, en France



Les résultats sont issus d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon réduit (2 000 personnes au total par vague d'enquête) ce qui peut déterminer des fluctuations significatives dans certaines vagues.

Source : Santé Publique France, Enquête CoviPrev, <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>.

L'appartenance à une catégorie socioéconomique modeste est depuis longtemps associée à un risque accru de présenter des troubles de la santé mentale (OCDE, 2015<sup>[5]</sup>). Cela s'est vérifié encore une fois pendant la pandémie de COVID-19, **les populations défavorisées affichant les plus forts taux de détresse psychique**. Au Royaume-Uni, où le niveau d'anxiété a été mesuré sans discontinuer pendant 20 semaines à compter du début du premier confinement, en mars 2020, les individus les plus anxieux se rencontraient toujours parmi les moins instruits ou les bas revenus (Fancourt, Steptoe et Bu, 2020<sup>[6]</sup>). Une autre étude portant sur le même pays a fait apparaître que les personnes qui avaient vu leurs revenus diminuer et qui étaient devenues dépendantes des aides publiques – dispositif de prestation universelle ou aide aux travailleurs indépendants – ou celles qui éprouvaient depuis longtemps des difficultés financières avaient été plus fragilisées dans leur santé mentale que la moyenne de la population pendant le premier confinement, en avril 2020 (NatCen Social Research, 2021<sup>[7]</sup>). Cependant, l'état de santé mentale n'évolue pas partout de la même manière en fonction de la situation socioéconomique, de sorte qu'il est difficile de déterminer s'il s'est dégradé plus vite ou davantage que la moyenne chez les catégories modestes. Aux États-Unis, par exemple, il est ressorti d'une enquête conduite en avril 2020 que le recul de la satisfaction à l'égard de l'existence et la progression des symptômes dépressifs étaient plus nets chez les personnes au statut socioéconomique élevé (au regard du niveau d'instruction et du revenu du ménage) que chez les personnes au statut socio-économique inférieur, en comparant résultats d'une enquête datant de 2019.

On sait aussi que la prévalence des troubles de santé mentale n'est pas la même chez les hommes et chez les femmes, ces dernières étant plus enclines à se déclarer déprimées ou anxieuses. **La pandémie de COVID-19 est venue creuser les écarts qui préexistaient sous ce rapport**. Lors de la première vague de la pandémie, on a observé, au Royaume-Uni, que l'état de santé mentale des actifs avec enfants s'était davantage altéré que celui des actifs sans enfant, les détériorations les plus nettes étant signalées par les femmes. Aux États-Unis, l'écart entre les sexes s'est élargi de 66 % dans les premiers temps de l'épidémie, en mars et avril 2020 (Adams-Prassl et al., 2020<sup>[8]</sup>).





## Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société pour soutenir la santé mentale pendant et après la crise du COVID-19

Traiter efficacement les conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale de la population suppose d'adopter des mesures intégrées et intersectorielles visant à améliorer l'accompagnement psychologique. C'est ce qui est préconisé dans la [Recommandation de l'OCDE sur une politique intégrée de la santé mentale, des compétences et de l'emploi](#), à laquelle les Membres de l'Organisation ont adhéré en 2015. Fruit d'études au long cours sur la santé mentale et le travail, cette recommandation fait valoir que des interventions précoces dans le cadre des politiques relatives à la jeunesse, aux lieux de travail et à la protection sociale auront un effet positif sur la vie sociale, la formation et la situation professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques. Une telle démarche fondée sur le dépistage anticipé de ces troubles et l'intégration des services est aujourd'hui plus nécessaire que jamais. Lorsqu'elle va de pair avec des stratégies et des campagnes de grande envergure, l'action des pouvoirs publics peut aider à faire tomber les préjugés qui entourent la santé mentale et encourager les écoles et les entreprises à prendre soin de l'équilibre psychique de la population.

### **Garantir l'accès aux services de santé mentale et répondre aux besoins accrus en matière de soins psychiques**

La crise du COVID-19 a gravement entravé le fonctionnement des services de santé mentale. **Une enquête réalisée par l'OMS au deuxième trimestre 2020 a révélé que, à l'échelle mondiale, plus de 60 % des pays signalaient des perturbations de ces services** : 67 % en avaient ainsi constaté dans les services de conseil et de psychothérapie, 65 % dans les services de réduction des risques critiques et 35 % dans les services d'urgence (OMS, 2020<sup>[9]</sup>). Des tendances similaires sont observables pour l'ensemble des services de santé mentale des pays de l'OCDE. En Italie, au début du mois d'avril 2020, 14 % des établissements publics locaux de santé mentale étaient fermés, 25 % avaient réduit leurs horaires d'ouverture ; de même, 78 % environ des hôpitaux de jour étaient fermés, et quelques 75 % des consultations non urgentes avaient lieu à distance, principalement par téléphone (Carpiniello et al., 2020<sup>[10]</sup>). Aux Pays-Bas, au cours de la première vague de la pandémie, le pourcentage de patients orientés vers les services de soin de santé mentale a chuté de 25 à 80 %, les demandes de traitements de 10 à 40 %, les heures facturables de 5 à 20 % et l'occupation des lits de 9 % (GGZ Netherland, 2020<sup>[11]</sup>).

**Les services de santé mentale se sont rapidement tournés vers de nouveaux modes de prestation**, en recourant notamment aux soins numériques. À la mi-2020, plus de 80 % des pays à revenu élevé ont déclaré à l'OMS avoir déployé la télémédecine et la thérapie en ligne pour remplacer les consultations physiques de santé mentale, ou des lignes d'assistance téléphonique. Les États-Unis, par exemple, ont fait évoluer la télémédecine, les réglementations fédérales autorisant temporairement un accès sans précédent à de tels services entre États et sur des plateformes non sécurisées. Par exemple, à la fin de 2020, Kaiser Permanente, le plus grand organisme de gestion intégrée des soins de santé aux États-Unis, avec 12 millions d'adhérents, assurait 90 % de ses soins psychiatriques à distance (Gratzer et al., 2020<sup>[12]</sup> ; Torous et Keshavan, 2020<sup>[13]</sup>). Au Canada, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), plus grand hôpital psychiatrique universitaire du pays, a vu le nombre de ses consultations virtuelles augmenter de 750 %, passant d'environ 350 à 3 000 entre mars et avril 2020 (Cisco Canada, 2020<sup>[14]</sup>).



Les résultats préliminaires montrent que les médecins et les patients ont un avis positif sur l'adoption de services numériques pour la prestation de soins de santé mentale pendant la crise du COVID-19. Les utilisateurs des services font état à la fois d'un niveau élevé de satisfaction à l'égard des consultations vidéo et d'un bon niveau d'adhésion au traitement prescrit, certains professionnels indiquant en outre prendre plus souvent contact avec leurs patients.

En Australie, la crise a **rapidement accéléré le recours à la télémédecine**, et à la fin du mois d'avril 2020, la moitié des services de santé mentale relevant du Medicare Benefits Schedule étaient fournis à distance ; fin 2020, lorsque la prestation de services en personne a repris, la télémédecine représentait encore près de 100 000 consultations par semaine, contre zéro en mars 2020 (Australian Institute of Health and Welfare, 2020<sup>[15]</sup>). En Angleterre (Royaume-Uni), les services de santé mentale sont largement passés à des formats virtuels (téléphone et vidéo) en 2020 ; tous les services de santé mentale ont enregistré en avril 2020 des taux de prestation de services en direct plus faibles qu'en 2019.

**D'autres outils numériques de santé mentale sont également davantage utilisés.** Aux États-Unis, la société de thérapie en ligne Talkspace a vu le nombre de ses clients augmenter de 65 % entre la mi-février et la fin avril et, au niveau fédéral, une ligne d'assistance téléphonique dédiée aux personnes en détresse émotionnelle a enregistré une augmentation de 1 000 % du nombre d'appels en avril 2020 par rapport à avril 2019 ; en outre, le recours aux questionnaires d'autodépistage sur le site web de l'organisation à but non lucratif Mental Health America a fait un bond de 60-70 % pendant l'épidémie (National Council for Behavioral Health, 2020<sup>[16]</sup> ; Mental Health America, 2020<sup>[17]</sup>). L'épidémie de COVID-19 a également poussé les gouvernements à mettre à disposition de la population des ressources de santé mentale en ligne ou au format numérique. À la mi-avril 2020, le gouvernement canadien a lancé un nouveau portail de ressources sur la santé mentale, Espace Mieux-être Canada, qui propose des ressources gratuites d'autoévaluation, de suivi et de soutien en matière de bien-être, ainsi qu'un service de consultation par message texte ou téléphone ; le Canada a également alloué des fonds d'urgence au Service canadien de prévention du suicide et à la permanence téléphonique pour les enfants en détresse appelée Jeunesse, J'écoute, et a intégré des conseils de prise en charge individuelle dans l'application Canada COVID-19 utilisée pour enregistrer des symptômes potentiels de la maladie.

*Les pays de l'OCDE doivent désormais étoffer l'offre de services de santé mentale et répondre à la demande croissante de soins*

Les pays ont pris en compte l'augmentation des besoins en matière de santé mentale, mais **les services de santé mentale avaient auparavant déjà du mal à répondre à la demande**. Dans certains pays, la crise du COVID-19 a entraîné une hausse des besoins non satisfaits dans ce domaine de soins. En août 2020, 9.2 % des adultes interrogés aux États-Unis ont déclaré qu'ils avaient besoin d'une consultation ou d'une thérapie mais qu'ils n'avaient pas pu l'obtenir au cours des quatre semaines précédentes, tandis qu'en 2019, 4.3 % des adultes avaient déclaré qu'au cours de l'année écoulée, ils n'avaient pas pu bénéficier d'une consultation ou d'une thérapie pour des raisons de coût (Centre pour le contrôle et la prévention des maladies, 2020<sup>[18]</sup>).

La plupart des pays de l'OCDE ont pris au moins quelques mesures pour améliorer l'aide à la santé mentale. Ils ont notamment mis en place de **nouvelles formes d'aide dans ce domaine**, qui comprennent des documents d'information (principalement en ligne), de nouvelles lignes téléphoniques d'assistance en matière de santé mentale, le passage des services de santé mentale à des modalités de téléconsultation, le renforcement des capacités de service ou des possibilités d'accès dans certains cas et, dans certains



pays, l'augmentation des investissements dans le domaine de la santé mentale. Au Portugal, une ligne téléphonique gratuite qui propose un soutien psychologique 24h/24 et mobilise 63 spécialistes en santé mentale (psychologues) a été créée en partenariat avec le ministère de la Santé, la fondation caritative Fundação Calouste Gulbenkian (don de 300 millions d'euros) et l'ordre des psychologues Ordem dos Psicólogos Portugueses.

De nombreux pays ont également pu **transférer au moins certains services de santé mentale sur des supports téléphoniques ou en ligne, en ajoutant parfois de nouveaux services ou accès**. En Australie, le nombre d'ouvertures de droits à des thérapies psychologiques remboursées dans le cadre du Medicare Benefits Scheme a doublé, passant de 10 sessions à 20 sessions, et le gouvernement australien a débloqué des fonds supplémentaires pour étendre les services de télésanté à tous les Australiens afin qu'ils puissent bénéficier de soins de santé depuis chez eux par le biais de consultations à distance ou par vidéo. En France, pour répondre aux préoccupations suscitées par l'état de santé mentale des étudiants pendant la crise du COVID-19 et la fermeture des universités, le dispositif Chèque psy étudiant, qui a été mis en place en février 2021, permet aux étudiants de consulter gratuitement un psychologue ou un psychiatre à trois reprises, sans reste à charge.

Quelques pays se sont engagés à allouer de **nouveaux financements aux soins de santé mentale**, compte tenu des ravages de la crise du COVID-19 sur ce plan. En Australie, le gouvernement a annoncé des fonds à hauteur de 5.7 milliards AUD pour la santé mentale et les soins aux personnes âgées dans le cadre du plan national de lutte contre la pandémie de COVID-19 ; au Canada, le gouvernement a investi 11.5 millions CAD dans des projets visant à soutenir la santé mentale des Canadiens particulièrement vulnérables pendant la crise du COVID-19 ; en Irlande, des fonds supplémentaires ont été alloués au titre du budget 2021 (38 millions EUR) pour de nouveaux services de santé mentale en réponse à la crise, ainsi qu'un montant additionnel de 12 millions EUR pour les besoins existants, soit une hausse totale de 50 millions EUR par rapport au budget de 2020 ; en 2021, le gouvernement letton a réaffecté 7.12 millions EUR supplémentaires aux services de santé mentale dans le contexte de la crise du COVID-19, notamment en direction des spécialistes de la santé mentale, des médecins de famille qui proposent un accompagnement psychologique et du personnel médical afin qu'il bénéficie d'un soutien psycho-émotionnel ; en outre, en février 2021, le Chili a annoncé que le budget consacré à la santé mentale augmenterait de 310 % par rapport à l'enveloppe précédente.

### ***Adapter les politiques du lieu de travail pour promouvoir la santé mentale dans le contexte de la crise du COVID-19 et au-delà***

Depuis le début de la pandémie de COVID-19, des millions de travailleurs ont perdu leur emploi, et la plupart ont connu des bouleversements importants en termes d'organisation du travail et de vécu professionnel. De nombreux travailleurs continuent en outre de relever de dispositifs de maintien dans l'emploi et n'ont peut-être pas travaillé pendant une année entière. Certains travailleurs occupant des emplois essentiels ont dû continuer à se rendre sur leur lieu de travail et ont dans certains cas été confrontés à un risque accru d'exposition et d'infection au COVID-19 et dans tous les cas contraints de prendre des dispositions inédites pour protéger leur santé au travail ; d'autres sont brusquement passés au télétravail, souvent à temps plein et pendant de nombreux mois.

*Le télétravail met de nouveau en question le lien entre travail et santé mentale, et tous les employeurs pourraient faire davantage pour promouvoir la santé mentale de leurs salariés*

Le recours au télétravail a explosé avec la crise du COVID-19. Dans l'ensemble de l'OCDE, au début de la pandémie, environ 39 % des travailleurs sont brusquement passés au télétravail. La littérature existante, antérieure à la crise du COVID-19, sur l'impact du télétravail sur la santé mentale est limitée, et les conclusions sont peu concluantes (Oakman et al., 2020<sup>[19]</sup>). Si le télétravail présente des avantages sur le plan de la flexibilité du temps de travail, il peut également estomper la séparation entre vie professionnelle



et vie privée, contribuer à l'allongement des heures de travail et susciter un sentiment de détachement par rapport au lieu de travail, ce qui peut avoir des conséquences négatives sur le plan de la santé mentale.

Avant la crise, il était largement reconnu que **les télétravailleurs passaient plus d'heures à travailler que les travailleurs présents au bureau dans la plupart des pays de l'OCDE** (Eurofound et Bureau international du Travail, 2017<sup>[20]</sup>), une tendance qui a aussi été systématiquement observée pendant la crise du COVID-19. Les télétravailleurs ont également des horaires moins réguliers. Il ressort par exemple d'une enquête Ipsos réalisée en novembre et décembre 2020 auprès de travailleurs de 28 pays, dont 20 pays de l'OCDE, que **près de la moitié des personnes interrogées (44 %) ont indiqué travailler en dehors des horaires conventionnels, soit « dans une large mesure », soit « dans une certaine mesure »**, en raison de la pandémie de COVID-19 (Ipsos, 2020<sup>[21]</sup>). Les réunions par vidéo peuvent également être plus éprouvantes sur le plan mental que les réunions en personne et venir renforcer un sentiment d'épuisement, de même que le manque de séparation entre la vie professionnelle et la vie privée risque de contribuer à une détérioration de la qualité du sommeil.

Le télétravail peut entraîner un risque accru d'allongement de la journée de travail et d'épuisement professionnel – maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée a été particulièrement difficile pour les parents occupés qui ont dû jongler entre d'une part leurs responsabilités professionnelles et d'autre part la charge accrue induite par la garde des enfants et l'école à la maison.

Le recours accru au télétravail devrait également s'inscrire dans la durée. En juillet 2020, 78 % des salariés interrogés dans le cadre d'une enquête de l'UE-27 ont déclaré vouloir continuer à télétravailler au moins occasionnellement, même une fois levées les restrictions liées au COVID-19 (Eurofound, 2020<sup>[22]</sup>). Une enquête menée au Japon a révélé que 79 % des salariés souhaitent télétravailler en permanence ou occasionnellement après la crise du COVID-19 (Persol Research Institute, 2020<sup>[23]</sup>). **Les nouveaux modes de travail exigent de nouvelles protections pour la santé mentale des travailleurs.** En décembre 2020, face aux difficultés posées par le télétravail en termes d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, les législateurs du Parlement européen ont préconisé l'adoption d'une loi pour octroyer aux travailleurs le droit de se déconnecter de leur environnement de travail numérique en dehors des heures de travail sans qu'il y ait de répercussions, dans le sillage de la France, de l'Italie, de l'Espagne et du Luxembourg qui disposaient déjà d'une législation en vigueur relative au « droit à la déconnexion ».

Compte tenu des risques accrus que présente le télétravail pour la santé mentale dans le contexte de la crise du COVID-19, les **employeurs peuvent prendre des mesures proactives pour proposer à leurs salariés une aide psychologique ou pour renforcer un tel dispositif**, aussi bien pour les télétravailleurs que pour les salariés qui se rendent au bureau. De nombreux salariés ont encore le sentiment que leurs employeurs ne prennent pas des dispositions suffisantes pour faire face aux problèmes de santé mentale créés par la pandémie. Dans une récente enquête de PwC réalisée auprès de travailleurs à distance aux États-Unis, par exemple, les salariés étaient moins susceptibles que les cadres supérieurs (-26 points de pourcentage) de déclarer que leur entreprise était performante ou très performante en matière de promotion de la santé mentale du personnel (PwC, 2021<sup>[24]</sup>). Si de grandes entreprises aux États-Unis déclarent améliorer l'accès de leurs salariés à des services virtuels de santé mentale dans le contexte de la pandémie, les petites et moyennes entreprises auraient plus de mal à proposer de tels services.

Des initiatives menées à l'échelle de l'entreprise permettent également de mettre l'activité professionnelle au service d'une meilleure santé mentale. La Norme nationale sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail, élaborée en 2013 par la Commission de la santé mentale du Canada, propose un



ensemble de lignes directrices facultatives pour aider les entreprises à créer des environnements de travail propices à la santé mentale des salariés. **L'une des principales composantes de la promotion de la santé mentale au travail étant la formation du personnel de direction et d'encadrement, les pouvoirs publics devraient envisager d'investir dans des campagnes de sensibilisation et développer les formations à la santé mentale à l'intention de ce public.** Une enquête menée par Deloitte au Royaume-Uni en 2017 a montré que si environ la moitié des responsables hiérarchiques estiment qu'une formation de base à la santé mentale leur serait utile, moins d'un quart d'entre eux déclarent en suivre une. Une gestion efficace de la part des responsables hiérarchiques peut favoriser le développement sur le lieu de travail d'une culture propice à un débat ouvert sur la santé mentale, contribuer à prévenir les conflits au travail, qui sont d'importants facteurs de risque, et promouvoir la détection plus précoce de troubles potentiels de santé mentale.

### *Concevoir des programmes de maintien dans l'emploi pour promouvoir la santé mentale des travailleurs*

La crise du COVID-19 a aussi profondément modifié le paysage de l'emploi, compte tenu du recours massif à des dispositifs de maintien dans l'emploi. Dès le début de la crise, les pays ont agi rapidement pour mettre en place ou modifier de tels dispositifs et ont, grâce à ce processus, soutenu plus de 60 millions d'emplois dans l'ensemble de l'OCDE, soit environ 20 % de l'emploi salarié. **Les dispositifs de maintien dans l'emploi ont également contribué indirectement, du moins dans un premier temps, à protéger leurs bénéficiaires d'une détérioration de leur santé mentale.** Ce que l'on connaît moins, ce sont les conséquences du chômage partiel ou d'un congé sur une période *prolongée*, vu que certains travailleurs relèvent de tels dispositifs depuis le début de la pandémie.

Une analyse du Royaume-Uni et des pays de l'UE indique qu'en effectuant seulement huit heures de travail par semaine, les salariés bénéficient de la plupart des avantages liés à l'emploi sur le plan de la santé mentale (Kamerāde et al., 2019<sup>[25]</sup>). L'un des moyens par lesquels **les pouvoirs publics peuvent donc promouvoir la santé mentale des travailleurs bénéficiant de dispositifs de maintien dans l'emploi consiste à encourager les employeurs, dans les secteurs où cela est possible, à réduire le nombre d'heures travaillées au lieu de les supprimer et à envisager de modifier les dispositifs en vigueur de façon à promouvoir le partage du temps de travail et à favoriser un retour partiel au travail.** Vingt-trois pays de l'OCDE disposaient déjà de dispositifs de chômage partiel, parmi lesquels le *Kurzarbeit* en Allemagne et la subvention à l'ajustement de l'emploi au Japon, et nombre d'entre eux ont amélioré la portée et la générosité de ces dispositifs au début de la crise. En revanche, lorsqu'ils ont été annoncés, les nouveaux dispositifs de maintien de l'emploi dans l'OCDE, à l'exception de celui de l'Islande, concernaient uniquement les salariés dont le nombre d'heures de travail était passé à zéro (OCDE, 2020<sup>[26]</sup>). Au Danemark et au Royaume-Uni, les dispositifs ont par la suite été modifiés afin que des indemnités puissent être versées même aux salariés en horaires réduits.

### **Lutter contre la mauvaise santé mentale en renforçant les services publics de l'emploi**

Le fait de perdre son emploi et de se retrouver au chômage peut contribuer à détériorer l'état de santé mentale. Dans l'ensemble de l'OCDE, on compte environ 10 millions de chômeurs de plus qu'avant la crise, les pertes d'emploi étant concentrées dans les secteurs les plus touchés, comme les loisirs, l'hôtellerie, les transports et le commerce de détail (OCDE, 2021<sup>[27]</sup>). Cette situation est appelée à durer au-delà du court terme, étant donné que le chômage restera probablement supérieur aux niveaux d'avant la crise jusqu'en 2022.

**Favoriser le retour à l'emploi en proposant un service d'aide à la recherche, des conseils et des possibilités de formation reste un levier essentiel pour promouvoir la santé mentale de la population active.** La prévention du chômage de longue durée doit être une priorité, car plus le chômage se pérennise, plus les demandeurs d'emploi se détachent du marché du travail. Il s'agit d'un défi majeur pour les jeunes et





les nouveaux diplômés (OCDE, 2021<sup>[3]</sup>). Il ne faut pas reproduire les erreurs commises au moment de la crise financière mondiale, lorsque le chômage a augmenté beaucoup plus rapidement que les dépenses consacrées aux politiques actives du marché du travail, ce qui a entraîné une diminution de 21 % du temps consacré à chaque bénéficiaire (OCDE, 2011<sup>[28]</sup>). Il se peut que les pays cherchent à revoir à la baisse certaines composantes de leurs services de l'emploi afin de s'assurer qu'ils disposent des moyens suffisants pour répondre à une demande accrue dans le cadre de la crise du COVID-19. Pourtant, s'il existe un domaine dans lequel les services ne devraient être ni réduits ni suspendus, même provisoirement, c'est bien celui de l'aide à la santé mentale. **Même avant la crise, l'accompagnement proposé aux individus ayant des troubles de santé mentale dans le cadre des services publics de l'emploi était limité.**

Compte tenu de la plus forte prévalence des troubles de santé mentale et de perspectives d'emploi toujours difficiles, les pays devraient, au lieu de suspendre les services intégrés de soutien à la santé mentale et à l'emploi, envisager de les intensifier.

Les mesures doivent en outre combiner aide à l'emploi et accompagnement psychologique. **Selon les données disponibles, la seule prise en charge psychologique n'améliore pas les résultats professionnels des individus souffrant de troubles de santé mentale, alors qu'une offre intégrée de services en faveur de l'emploi et de la santé mentale s'avère efficace pour améliorer les perspectives d'emploi** (OCDE, 2015<sup>[5]</sup>). Le déploiement à grande échelle d'une telle offre fait encore défaut dans la plupart des pays de l'OCDE, la plupart des initiatives ciblant les individus dont les troubles de santé mentale sont importants.

**Quant aux programmes actifs du marché du travail, ils peuvent également contribuer à amortir les effets néfastes du chômage sur la santé mentale.** Il ressort d'une étude menée au Royaume-Uni que les participants à ces programmes ont tendance à déclarer de meilleurs résultats sur le plan de la santé mentale que les autres chômeurs, même si leur état de santé mentale reste vraisemblablement moins bon que celui des personnes occupées. La participation à des programmes actifs du marché du travail s'apparente à certains aspects de l'emploi, par exemple la mise en place d'une routine et d'un cadre au quotidien, la possibilité de rencontrer de nouvelles personnes et de socialiser, et l'appui à la création et à la préservation de relations sociales. Si l'aide au retour à l'emploi doit rester au centre des politiques actives du marché du travail, il est donc également possible, au moment d'évaluer l'efficacité et la popularité de ces politiques, de prendre en considération les conséquences sur la santé mentale.

Les dispositifs d'aide aux jeunes, aussi, joueront un rôle essentiel dans la promotion de la santé mentale des générations futures, comme cela a été examiné dans la synthèse de l'OCDE sur la santé mentale, le COVID-19 et la jeunesse. (OCDE, 2021<sup>[3]</sup>)

## Remerciements

Cette synthèse a été établie par Emily Hewlett, Shunta Takino, Yuka Nishina et Christopher Prinz. De précieux commentaires ont été formulés par des collègues de l'OCDE, notamment Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo, Masato Hayashikawa, Lara Fleischer, Jessica Mahoney, Muriel Levy et Nikita Arora.

Pour obtenir davantage d'informations sur les sources des données et la méthode d'évaluation, ainsi que pour une analyse plus approfondie des mesures prises par les pays face aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale, consulter le document de travail de l'OCDE à paraître intitulé « Apporter une réponse englobant toutes les composantes de la société face aux conséquences de la crise du COVID-19 sur la santé mentale ».





## Références

- Adams-Prassl, A. et al. (2020), *The Impact of the Coronavirus Lockdown on Mental Health: Evidence from the US*, Faculty of Economics, University of Cambridge, <https://www.repository.cam.ac.uk/handle/1810/310906> (consulté le 22 mars 2021). [8]
- Australian Institute of Health and Welfare (2020), *Mental health services in Australia - Mental health impact of COVID-19*, <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/mental-health-impact-of-covid-19> (consulté le 11 février 2021). [15]
- Carpiniello, B. et al. (2020), « Mental health services in Italy during the COVID-19 pandemic », *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, vol. 74/8, pp. 442-443, <http://dx.doi.org/10.1111/pcn.13082>. [10]
- Centre pour le contrôle et la prévention des maladies (2020), *Mental Health - Household Pulse Survey - COVID-19*, <https://www.cdc.gov/nchs/covid19/pulse/mental-health.htm> (consulté le 30 novembre 2020). [18]
- Cisco Canada (2020), *CAMH enhances virtual capacity to respond to demand for mental health services*, <https://newsroom.cisco.com/press-release-content?articleId=2072576> (consulté le 22 février 2021). [14]
- Commonwealth Fund (2020), *Do Americans Face Greater Mental Health and Economic Consequences from COVID-19? Comparing the U.S. with Other High-Income Countries* | Commonwealth Fund, <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/aug/americans-mental-health-and-economic-consequences-COVID19> (consulté le 3 décembre 2020). [1]
- Eurofound (2020), *Working during COVID-19*, <https://www.eurofound.europa.eu/data/covid-19/working-teleworking> (consulté le 17 février 2021). [22]
- Eurofound et Bureau international du Travail (2017), *Working anytime, anywhere: the effects on the world of work*, <http://eurofound.link/ef1658> (consulté le 17 février 2021). [20]
- Fancourt, D., A. Steptoe et F. Bu (2020), « Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study », *The Lancet Psychiatry*, [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X). [6]
- GGZ Netherland (2020), *Parliamentary Consultation on Coronavirus - GZZ Netherlands Internetconsultatie gevolgen coronamaatregelen*, [https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/reader\\_internetconsultatie\\_coronamaatregelen.pdf1j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.tweedekamer.nl/sites/default/files/atoms/files/reader_internetconsultatie_coronamaatregelen.pdf1j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8) (consulté le 5 mai 2020). [11]
- Gratzer, D. et al. (2020), *Our Digital Moment: Innovations and Opportunities in Digital Mental Health Care*, SAGE Publications Inc., <http://dx.doi.org/10.1177/0706743720937833>. [12]
- Ipsos (2020), *The COVID-19 Pandemic's Impact on Workers' Lives: 28-country Ipsos survey for The World Economic Forum*, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2020-12/impact-of-the-covid-19-pandemic-on-workers-lives-report.pdf> (consulté le 19 février 2021). [21]



- Kamerāde, D. et al. (2019), « A shorter working week for everyone: How much paid work is needed for mental health and well-being? », *Social Science and Medicine*, vol. 241, p. 112353, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.06.006>. [25]
- Mental Health America (2020), *The State of Mental Health in America*, Mental Health America, <https://mhanational.org/issues/state-mental-health-america> (consulté le 11 février 2021). [17]
- NatCen Social Research (2021), *Society Watch 2021: Mental health report*, NatCen Social Research, <https://www.natcen.ac.uk/media/2050456/Society-Watch-2021-Mental-Health-Should-We-Be-Worried.pdf> (consulté le 3 mai 2021). [7]
- National Council for Behavioral Health (2020), *Demand for Mental Health and Addiction Services Increasing as COVID-19 Pandemic Continues to Threaten Availability of Treatment Options*, <https://www.thenationalcouncil.org/press-releases/demand-for-mental-health-and-addiction-services-increasing-as-covid-19-pandemic-continues-to-threaten-availability-of-treatment-options/> (consulté le 11 février 2021). [16]
- Oakman, J. et al. (2020), « A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? », *BMC Public Health*, vol. 20/1, p. 1825, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-09875-z>. [19]
- OCDE (2021), *Perspectives économiques de l'OCDE, Rapport intermédiaire, mars 2021*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/01954fa3-fr>. [27]
- OCDE (2021), « Supporting young people's mental health through the COVID-19 crisis », *Les réponses de l'OCDE face au coronavirus (COVID-19)*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/84e143e5-en>. [3]
- OCDE (2020), *Les dispositifs de maintien dans l'emploi pendant la période de confinement de la crise du COVID-19 et au-delà*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/d315c5f1-fr>. [26]
- OCDE (2015), *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264242074-fr>. [5]
- OCDE (2012), *Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264124561-fr>. [2]
- OCDE (2011), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE 2011*, Éditions OCDE, Paris, [https://dx.doi.org/10.1787/empl\\_outlook-2011-fr](https://dx.doi.org/10.1787/empl_outlook-2011-fr). [28]
- OMS (2020), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment*, Organisation mondiale de la santé, Genève, <https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>. [9]
- OMS (2017), *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*, [https://www.who.int/mental\\_health/management/depression/prevalence\\_global\\_health\\_estimates/en/](https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/) (consulté le 3 mai 2021). [30]
- Persol Research Institute (2020), *Daiyonkai shingata koronavirusu taisaku ni yoru terewāku e no eikyō ni kansuru kinkyū chōsa [4th urgent survey on the impact of new coronavirus countermeasures on telework]*, <https://rc.persol-group.co.jp/news/202012160001.html> (consulté le 17 février 2021). [23]



- PwC (2021), *It's time to reimagine where and how work will get done: PwC's US Remote Work Survey*, <https://www.pwc.com/us/en/library/covid-19/us-remote-work-survey.html#content-free-1-0f39> (consulté le 18 février 2021). [24]
- Smith, N., I. Taylor et V. Kolbas (2020), *Exploring the relationship between economic security, furlough and mental distress*, <https://www.natcen.ac.uk/our-research/research/exploring-the-relationship-between-economic-security-furlough-and-mental-distress/>. [4]
- Torous, J. et M. Keshavan (2020), « COVID-19, mobile health and serious mental illness », *Schizophrenia Research*, <http://dx.doi.org/10.1016/J.SCHRES.2020.04.013>. [13]
- van Gool, K. et M. Pearson (2014), *Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-term Impact in OECD countries*, Éditions OCDE, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/5jxx71lt1zg6-en>. [29]

## Personnes à contacter :

Stefano SCARPETTA (✉ [stefano.scarpetta@oecd.org](mailto:stefano.scarpetta@oecd.org))

Francesca COLOMBO (✉ [francesca.colombo@oecd.org](mailto:francesca.colombo@oecd.org))

Emily HEWLETT (✉ [emily.hewlett@oecd.org](mailto:emily.hewlett@oecd.org))

---

Ce document est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions qui y sont exprimées et les arguments qui y sont avancés ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes : <http://www.oecd.org/termsandconditions>.

