FO DÉFENSE

RETRAITÉS DE L'UFSO

OCTOBRE 2022
N° 35

la lettre

édito

Chers camarades,

J'espère que vous avez passé de bonnes vacances avec vos proches, une chance pour nous, le soleil était radieux.

Mais, il faut vite revenir à la réalité et surtout à l'actualité syndicale.

Le gouvernement dit qu'il va falloir se priver… mais jusqu'où ?

L'hiver paraît bien loin mais, il va vite arriver et dans son sillage, une crise énergétique majeure sur fond de guerre entre, pour le moment, la Russie et l'Ukraine.

Va-t-il falloir se ruiner pour se chauffer ? Ou bien alors, avoir froid par manque de gaz ou d'électricité ! Se rationner en carburant !

En résumé, pour ralentir les consommations d'énergie : « on compte sur vous » car il ne faudra pas compter sur les grandes entreprises, ni sur le « génie » de certains écolos.

Rappelons-nous, notre ancien président François Hollande, plus préoccupé à faire plaisir aux écologistes pour récupérer des voix aux élections, avait indiqué qu'il serait favorable a une suppression, voire une réduction des centrales nucléaires, le « fleuron » de la France.

Il ne faut pas se tromper, se sont eux les responsables et malheureusement cela continue avec le président actuel qui est plus européen que français. Notre malheur, c'est de donner notre savoir-faire, notre technologie à d'autres pays européens, aligner le prix de l'électricité sur l'Europe, c'est bien triste pour notre pays.

Alors, pour faire face à tout cela, notre pension a augmenté de 4 % en juillet 2022, mais, dans les dix dernières années, nous avons perdu près de 10 % du montant initial des pensions ! Alors, ce n'est pas avec 4 % d'augmentation, que les retraités vont pouvoir faire face à l'augmentation sans précédent des denrées alimentaires, du prix de l'énergie et des loyers.

***Les retraités ne sont pas un coût, mais une richesse :** les pensions qu'ils perçoivent sont un droit issu des cotisations versées au long de leur vie professionnelle et elles alimentent le dynamisme de l'économie de notre pays.*

***Les retraités ne sont pas un problème sanitaire :** le vieillissement, c'est la vie, il n'entraîne pas une perte de dignité du fait de la diminution des capacités physiques.*

Mes camarades, Force Ouvrière s'est exprimée contre un régime universel par points et a aussi indiqué qu'elle s'opposait à toutes tentatives du gouvernement de reculer l'âge de départ à la retraite, revendiquant le maintien de l'ensemble des régimes et dispositions qu'ils contiennent. Les combats syndicaux continueront et vous pouvez compter sur les retraités pour rejoindre la Confédération, les Fédérations et les Unions départementales pour défendre nos droits.

Joël MERCIER.

La Lettre des rétraités de l'UFSO - 2022 - N° 35 • Rédaction : Joël MERCIER, Commission des retraités et Jacky CHARLOT, chargé de mission • Directeur de la rédaction : Michel FAVRE • Infographie : Magali LEMOINE • Crédit photo : Adobe Stock.

SOLDE BANCAIRE INSAISISSABLE !!!

Le montant saisissable est calculé selon un barème évolutif en fonction du montant de la pension.

Votre créancier peut demander la saisie sur votre pension de retraite s'il a obtenu une décision de justice. Et il doit s'adresser à un huissier pour faire exécuter la condamnation au paiement des sommes dues (par un titre exécutoire).

L'organisme qui vous verse votre pension de retraite retient, sous conditions, une partie de votre pension de retraite. **Mais vous conservez une somme au moins égale au montant forfaitaire du RSA pour une personne seule (soit 575,52 € en 2022), quelle que soit votre situation familiale et le nombre de personnes à votre charge.**

L'orsqu'un compte bancaire fait l'objet d'une saisie par un créancier ou d'avis à tiers détenteur du trésor public, l'établissement bancaire est tenu de laisser un montant minimum sur le compte : c'est le solde bancaire saisissable (SBI). Comme le stipule l'article L162-2 du code des Procédures d'exécution, ce montant doit permettre au titulaire du compte débiteur de couvrir ses dépenses alimentaires.

Aucune démarche à effectuer

Le montant du solde bancaire insaisissable est fixé, en 2022 à 575,52 €, soit le montant forfaitaire mensuel du revenu de solidarité active (RSA) pour une personne seule et sans ressources, montant qui est révisé chaque année le 1er avril.

Ce montant est conservé quelle que soit la situation familiale. Il s'applique même si la saisie sur le compte a lieu à la suite du non-paiement d'une pension alimentaire ou de dettes fiscales.

Le titulaire du compte n'a aucune démarche à effectuer pour que le solde insaisissable soit préservé. C'est l'établissement détenant le comte bancaire qui doit laisser ce solde bancaire insaisissable à la disposition de son client, et obligatoirement informer ce dernier du montant de la somme laissé à sa libre disposition.

Tous les comptes sont saisissables : compte chèque, livret d'épargne, livret A, PEL. Le SBI est mis à disposition une seule fois dans le mois, même en cas de pluralité de saisies au cours de cette période.

© Stock. Adobe

On ne peut bénéficier d'une nouvelle mise à disposition du SBI que pour une nouvelle saisie intervenant au-delà de ce premier mois.

Les sommes concernées

Afin de préciser le mode de calcul de l'application du SBI, il faut déterminer si le compte bancaire a reçu ou non des sommes insaisissables.

Ces sommes comprennent notamment : les minima sociaux, les prestations familiales, les pensions alimentaires, les remboursements de frais médicaux, les indemnités chômage.

Si le compte n'a pas reçu de sommes insaisissables, le calcul se fera en fonction de l'état du compte au jour de la saisie :

- si le solde du compte bancaire est nul, aucune somme n'est laissée à la disposition du titulaire ;
- si le solde du compte est inférieur ou égal à 575,52 €, le compte est laissé en l'état ;
- si le solde du compte dépasse 575,52 € le jour de la saisie, les sommes dépassant ce montant sont prélevées. Par exemple, si le solde du compte est de 700 € le jour de la saisie, le créancier pourra saisir 124,48 € (soit 700 € – 575,52 €).

Si le compte bancaire a reçu des sommes insaisissables, l'articulation entre ces sommes et le SBI lors de la saisie dépend notamment du montant de ces sommes. Si le jour de la saisie, le montant des sommes insaisissables est inférieur à 575,52 €, il est laissé sur le compte le montant du SBI, exemple :

– la saisie à faire est de 400 € ;
– le compte dispose de 700 € dont 100 € de sommes insaisissables, donc un montant inférieur au SBI ;
– Il est laissé sur le compte 575,52 € ;
– la saisie est de 142,48 € (700 € – 575,52 €).

Si le jour de la saisie, le montant des sommes insaisissables est supérieur à 575,52 €, il est laissé sur le compte bancaire des sommes insaisissables, exemple :

– la saisie à faire est de 400 € ;
– le compte dispose de 700 € dont 600 € de sommes insaisissables, soit un montant supérieur au SBI ;
– il est laissé sur le compte le montant des sommes insaisissables soit 600 € ;
– la saisie est de 100 € (700 € – 600 €).

LE VIRAGE DOMICILIAIRE Comment réduire les coûts de la perte d'autonomie

La ministre déléguée chargée de l'autonomie, Brigitte Bourguignon, rappelait à qui voulait l'entendre qu'il fallait « tenir compte des enseignements de la crise pour gérer la perte d'autonomie ». Et elle ajoutait : « [...] Les Français refusent de ne plus vivre chez eux. À partir de là, la route est tracée. »

Ainsi le mot d'ordre était le « virage domiciliaire » calqué sur le modèle du « virage ambulatoire » imprimé au système de santé : moins de séjours en établissements, plus de proximité...

Mais la dépendance et son aggravation peuvent nécessiter la prise en charge en établissement. Qu'il faille mettre en œuvre tous les moyens (humains, matériels et financiers) pour le maintien à domicile lorsque c'est possible, bien entendu.

Mais est-ce bien là l'objectif du gouvernement ?

Brigitte Bourguignon le reconnaît (en mai 2021) : les crédits votés et le virage domiciliaire vont permettre de réduire le coût de la réforme à 3 milliards d'euros par an au lieu de 10 milliards en 2030 que prévoyait le rapport Libault.

Le but est bien de réduire les coûts, entre autre en ne construisant plus d'EHPAD publics. Deux sénateurs (Michelle Meunier – PS et Bernard Bonne – LR) appuient cette démarche gouvernementale et revendique « un moratoire sur la construction d'EHPAD en 2027 ».

Alors que l'avancement en âge de la nombreuse génération du « baby-boom » exige de construire des EHPAD publics, de former des personnels, etc., et d'éméliorer les mécanismes de maintien à domicile, c'est donc autre chose que prépare le gouvernement.

© Stock. Adobe

Ce « virage domiciliaire » rappelle étrangement le « virage ambulatoire »

N'ayons pas la mémoire courte. Le virage ambulatoire, loin d'améliorer quoi que ce soit, a été et est l'outil (y compris en pleine pandémie) de suppression de lits d'hôpitaux. Des lits qui, avant l'apparition de la COVID-19, faisaient déjà cruellement défaut.

Cette pénurie programmée de places en EHPAD publics est aussi une opportunité pour le secteur privé. De plus en plus de familles (celles qui le peuvent) n'auront d'autre choix que les structures privées.

Nombre de publicités vantent l'investissement dans es EHPAD privés, comme celle-ci :

« Quatre bonnes raisons d'investir dans un livret EHPAD :

1. Une baisse d'impôts jusqu'à 33 000 euros ;

2. Un bail commercial très protecteur ;

3. Un marché contrôlé par l'État ;

4. Une rentabilité locative très attractive ».

On sait que le coût pour les familles n'est pas le même dans le privé. Quant aux conditions d'hébergement, il suffit de relire tout ce que nous avons écrit avant l'épidémie.

De plus, sans revenir ici sur la gestion désastreuse de l'épidémie en ce qui concerne les EHPAD tant publics que privés, un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) apporte un éclairage sur la gestion privée notamment : « Les effets des statuts juridiques sur l'atteinte des EHPAD sont aussi plus marqués lors de la seconde vague que pendant la première. Les EHPAD privés commerciaux ont été significativement plus touchés que les autres structures, à autres caractéristiques et à localisation comparables. Il pourrait s'agir d'une conséquence d'un taux d'encadrement moins élevé et du plus fort recours à la sous-traitance dans les établissements privés, qui peut entraîner plus de brassage des personnels – cette hypothèse restant toutefois à étayer ».

Les auteurs sont prudents (la DREES est un organisme d'État !) mais le constat est là : les établissements commerciaux ont « moins de personnel d'encadrement » et font davantage appel à la sous-traitance, ils ont été davantage touchés.

Cela ne veut pas dire que la situation dans les autres établissements a été, et est, normale.

Chacun a en mémoire les manifestations des personnels bien avant cette pandémie, exigeant pour tous les EHPAD, publics comme privés, des effectifs stables, formés, suffisants, correctement rémunérés...

Le vieillissement de la population n'est pas propre à la France.

Par exemple en Grèce, 20 % des établissements pour personnes âgées sont illégaux, mais le gouvernement ne les ferme pas parce qu'il ne sait pas quoi faire des résidents !

D'autres solutions sont possibles. En témoigne la Norvège qui re-municipalise ses maisons de retraite.

À Oslo, alors qu'une maison sur trois était gérée par le privé, il ne reste aujourd'hui que cinq établissement à but lucratif dans tout le pays. Il en résulte aussi de meilleures conditions salariales pour les personnels.

Sans préjuger sur la politique sociale de ce pays, il dépense plus du double de la moyenne européenne en matière d'accompagnement des personnes âgées.

© Stock. Adobe

Plus que jamais nous confirmons toutes nos revendications en ce qui concerne la dépendance, notamment :

- **construction d'EHPAD publics face aux besoins grandissants ;**
- **formations, embauches, revalorisation des salaires pour les personnels tant publics que privés ;**
- **de vrais moyens matériels et humains (formation rémunération...) dans les cas de maintien à domicile.**

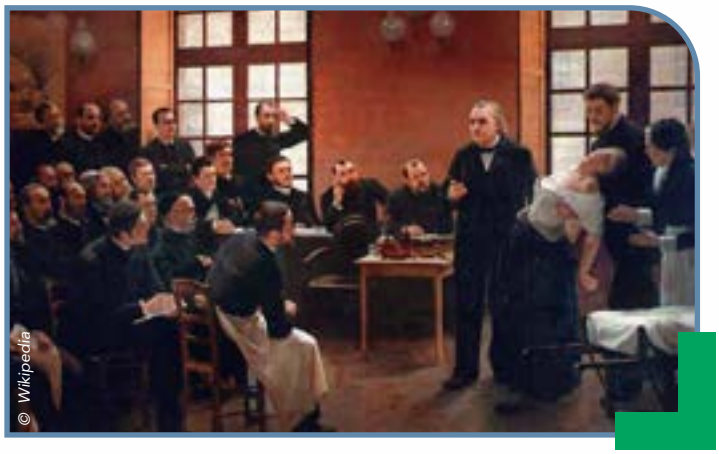
POLITIQUES PUBLIQUES ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE

Magali Coldefy, docteure en géographie, chercheuse associée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes).
Coralie Gandré, docteure en santé publique et pharmacie, chargée de recherche à l'Irdes.

Depuis le XIXe siècle, la prise en charge de la santé mentale en France est régie par des politiques publiques dédiées. Celles-ci n'ont cessé d'évoluer au cours du temps, soutenant des soins hors du milieu de vie des personnes puis au plus près de celui-ci, se centrant sur un acteur unique avant de s'ouvrir à des intervenants diversifiés.

Le champ de la santé mentale est caractérisé par de nombreuses spécificités, et notamment le poids du fardeau épidémiologique et économique résultant des troubles psychiques. Si leur prévalence reste difficile à caractériser à l'échelle nationale, notamment du fait de l'importance du non recours aux soins et de la difficulté à poser un diagnostic, en 2019, on estime que plus de 8 millions d'individus ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée pour un trouble psychique diagnostiqué ou d'un traitement psychotrope.

De ce fait, les dépenses liées sont particulièrement élevées et elles constituent l'un des principaux postes de dépense de l'assurance maladie, qui s'élève à 23 milliards d'euros annuels, soit 14 % des dépenses totales remboursées (Caisse nationale d'assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'assurance maladie », rapports pour 2021 et 2022). Cela représente la part la plus élevée des pays développés (OCDE, *A New Benchmark for Mental Health Systems : Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, 2021).



André Brouillet (1857-1914), Une leçon clinique la Salpêtrière, 1887, Université Paris-Descartes

Dans ces pays, il est estimé que le fardeau économique total des troubles psychiques représente environ 4 % du produit intérieur brut lorsque sont également considérés les coûts additionnels relatifs aux prises en charge médico-sociales, à la perte de productivité et à la réduction de la qualité de vie *(ibid.)*. Néanmoins, les conséquences de ces troubles ne se limitent pas à leur impact direct car ils sont également à l'origine de fortes répercussions sur la santé somatique. Une étude récente montre une diminution de l'espérance de vie atteignant en moyenne seize ans chez les hommes et treize ans chez les femmes suivis pour un trouble psychique, ainsi que des taux de mortalité systématiquement supérieurs à ceux de la population générale, particulièrement marqués pour la mortalité prématurée, et ce quelle que soit la cause de décès (Magali Coldefy et Coralie Gandré, « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée », *Questions d'économie de la santé*, n° 237 - septembre 2018).

Les troubles psychiques se caractérisent également par leur grande diversité. Ils s'étendent de troubles légers à modérés et fréquents (troubles anxieux et dépressifs, abus de substances) à des troubles plus sévères à la prévalence plus faible mais mobilisant plus de soins et d'accompagnement (troubles schizophréniques, bipolaires et dépressifs sévères). Ils affectent à des degrés divers les différents aspects de la vie

personnelle et sociale, tant de la personne concernée que de son entourage.

Dans ce contexte, les réponses à apporter englobent non seulement le traitement des symptômes, mais aussi la réduction des conséquences fonctionnelles et sociales des troubles ; elles vont donc être très variées et faire appel à une grande pluralité d'acteurs et d'organisations. Ces spécificités combinées à d'autres caractéristiques propres au champ de la santé mentale (tels le caractère souvent durable et évolutif des troubles, la stigmatisation couramment associée qui peut retarder la prise en charge ou le consentement aux soins pouvant être rendu difficile par les conséquences des troubles) ont été à l'origine d'une politique, d'une organisation et d'une législation, spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire, et façonnées depuis le XIXe siècle. Malgré des tentatives de rapprochement, l'organisation des soins en psychiatrie diffère aujourd'hui de celle des autres champs de la médecine, avec des établissements spécialisés distincts des hôpitaux généraux, ainsi qu'une planification, des instances de décision et de représentation et un financement spécifiques.

LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE EN FRANCE N'EST PAS RESTÉE FIGÉE ET A ÉVOLUÉ EN FONCTION DES CONNAISSANCES

Néanmoins, la politique de santé mentale en France n'est pas restée figée et a évolué en fonction des connaissances, des besoins, du périmètre à couvrir et de l'émergence de nouveaux acteurs. Ce texte propose de décrire la politique de santé mentale, à partir d'un retour sur la naissance de la discipline psychiatrique au XIXe siècle, afin de mieux comprendre ses enjeux et ses contours actuels ainsi que les défis auxquels elle continue de faire face.

Au XIXe siècle, l'asile comme première réponse sanitaire proposée aux personnes vivant avec un trouble psychique

La loi du 30 juin 1838 organisant la prise en charge des « aliénés » apparaît comme la première réponse sanitaire proposée aux personnes vivant avec un trouble psychique, qui étaient jusqu'alors placées en prison ou dans des institutions pour les indigents dans des conditions souvent déplorables.

Ce texte législatif impose la création d'un asile (établissement public spécialement destiné à recevoir et à soigner les « aliénés ») par département, ou la signature d'une convention avec un autre département, représentant ainsi l'une des premières planifications territoriales dans le domaine de la santé. C'est du fait de cette loi qu'ont été créés la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France.

La prise en charge des troubles psychiques repose alors sur un acteur et sur une modalité de prise en charge uniques : l'asile et l'internement. Il s'agissait, dans la conception des médecins de l'époque, d'isoler, de protéger, de mettre le malade à l'écart du reste de la société en le séparant des lieux, des objets, des personnes, des circonstances dont se formaient ses relations habituelles. Ainsi, les établissements spécialisés se multiplient jusqu'au début du XXe siècle, mais se trouvent rapidement saturés, ce qui conduit à renoncer de fait aux ambitions thérapeutiques de départ et à cantonner les asiles à un rôle de gardiennage.

La Seconde Guerre mondiale marque la fin de l'ère asilaire en révélant l'ampleur de la crise qui affecte la psychiatrie, avec notamment une surmortalité importante des personnes hospitalisées, principalement du fait de la malnutrition et de l'isolement social dont les malades étaient victimes. Cela entraîne une prise de conscience de la nécessité de réformer l'institution qui, combinée aux découvertes médicamenteuses des années 1950, favorise la sortie d'un grand nombre de patients de l'hôpital.

Le secteur psychiatrique : inscrire la personne dans son environnement

La politique de sectorisation psychiatrique, mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, marque une rupture avec le système asilaire et entraîne une profonde transformation du système de soins psychiatriques. Cette politique vise à mettre en place une coordination globale du parcours de santé mentale pour la population d'un territoire donné, depuis la prévention et les soins jusqu'à la réinsertion, fondée sur les principes de continuité et de proximité, en s'appuyant sur les ressources du territoire.

Elle s'appuie ainsi sur l'engagement d'une équipe pluriprofessionnelle médicale et paramédicale, rattachée à un établissement hospitalier, à assumer une responsabilité géo-populationnelle, réaffirmant la forte dimension territoriale de la politique de prise en charge des troubles psychiques.

Le secteur psychiatrique, en privilégiant une approche populationnelle et intégrée (entre prise en charge hospitalière et ambulatoire), apparaît comme un dispositif original et novateur. Ainsi, la politique de sectorisation est, en France, la traduction du mouvement international de désinstitutionalisation des soins psychiatriques, soit le passage d'une prise en charge exclusivement hospitalière à une prise en charge au plus proche du lieu de vie de la personne, permettant son maintien dans la société, en favorisant le développement des prises en charge ambulatoires.

LE RETARD FRANÇAIS EST PERCEPTIBLE EN MATIÈRE DE DÉVELOPPEMENT DES STRUCTURES D'HÉBERGEMENT ET DE SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

Ce mouvement de désinstitutionalisation a pris des formes différentes selon les pays (notamment en termes d'ampleur de la réduction du nombre de lits hospitaliers et de nature des services implantés dans la communauté), et reste en partie inachevé. Au Royaume-Uni comme en Italie, il s'est traduit par une fermeture des hôpitaux psychiatriques et le développement de nombreuses structures d'hébergement non hospitalières, proposant un soutien plus ou moins intensif dans la communauté, à la différence de la France et de l'Allemagne, qui connaissent une simple réduction et restructuration des services.

En France, la politique de secteur ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie, mais pour son intégration dans un arsenal thérapeutique plus diversifié, les hospitalisations et leurs alternatives faisant alors partie d'un système de prise en charge unifié. Jugés nécessaires, les services hospitaliers ne sont pas supprimés mais connaissent une réduction drastique. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein a été réduit de moitié depuis les années 1980 pour atteindre 54 000 lits en 2020. La même année, plus de 2 millions de personnes ont été suivies en psychiatrie en établissement de santé : moins de 15 % ont été hospitalisées à temps plein et 77 % ont été suivies exclusivement en ambulatoire (« Statistique annuelle des établissements de santé », Drees, 2020).

Au regard de celle des voisins européens, la situation française présente un retard en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, qui n'a débuté que dans les années 1980. L'objectif est de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, qui affecte les personnes, les professionnels et les structures de prise en charge.

Néanmoins, en 2020, les deux tiers des lits de psychiatrie se situent toujours dans des établissements spécialisés. Cette part s'élève à 75 %, en comprenant les lits des cliniques privées *(ibid.)*. Le retard français est également perceptible en matière de développement des structures d'hébergement et de services d'accompagnement à la vie quotidienne des personnes vivant avec un trouble psychique. Ainsi les services de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dans le milieu, type « Assertive Community Treatment », les dispositifs de soutien à l'emploi tels que le programme *Individual Placement and Support* (IPS), mis en œuvre notamment au Canada, sont peu déployés en France. Leur prise en charge a longtemps été gérée essentiellement par le secteur de psychiatrie, avec une vision sanitaire et souvent « totalisante » de ses missions.

Pour Édouard Couty (« Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport, 2009), « il était très ambitieux de confier à une structure intégrée à un établissement de santé, dont le savoir-faire est centré sur le soin, la responsabilité globale de réponses qui relèvent de compétences de différentes collectivités, de plusieurs types d'institutions et supposent la maîtrise de technicités diverses ». La psychiatrie est ainsi appelée à évoluer « d'une approche totale vers une approche globale, en complémentarité et coopération avec tous les acteurs et notamment ceux situés sur le territoire de santé considéré, car le secteur ne peut et ne doit tout faire lui-même » (Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015).

Les années 2000 voient fleurir les plans et les rapports sur la santé mentale, pointant les limites de la politique de sectorisation et de la prise en charge des troubles psychiques : articulation insuffisante avec les autres acteurs du champ sanitaire, médico-social et social (médecine de ville, établissements de santé privés, services d'accompagnement à la vie quotidienne), ruptures dans les parcours de santé et de vie des personnes, prise en compte insuffisante également des attentes des patients et de leurs proches.

Ces différents constats, associés à une évolution des besoins de soins de santé mentale (croissance forte de la demande exprimée à moyens humains relativement constants dans les structures de prises en charge), vont conduire à de nouvelles évolutions de la politique de santé mentale.

Un nouveau paradigme, de la psychiatrie vers la santé mentale

Dans la suite des critiques émergeant sur la politique de sectorisation en France, les années 2000 sont marquées par un changement de paradigme étendant le champ de la psychiatrie à celui de la santé mentale par l'intégration des différents secteurs de prise en charge.

La reconnaissance du handicap psychique en 2005 (loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) en représente une des premières illustrations législatives majeures en étendant la prise en charge vers le secteur médico-social et social en reconnaissant le droit des personnes vivant avec de tels troubles à accéder aux différents registres de la citoyenneté (accès à l'emploi, au logement, aux droits, aux loisirs, à la culture, à la formation…).

Ainsi, depuis la mise en place de la sectorisation psychiatrique, de nouveaux acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale sont apparus : médecine libérale et offre de soins spécialisés privée, structures et services d'accompagnements médico-sociaux (dont le nombre augmente à la suite de la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique), groupes de soutien animés par les usagers…

Le secteur n'est plus le seul opérateur sur le territoire et doit coopérer avec ses nouveaux partenaires. La nécessité d'intégrer les différents secteurs de prise en charge est réaffirmée par la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui redéfinit les missions de la psychiatrie de secteur ainsi que la politique territoriale de santé mentale.

La nouvelle organisation proposée, qui repose sur la création de *projets territoriaux de santé mentale* (PTSM), vise à repositionner les responsabilités des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale (acteurs sanitaires, de la prévention, du logement, de l'insertion, des collectivités locales, usagers et leurs proches – ces derniers étant enfin identifiés comme des parties prenantes de la politique de santé mentale) et à développer une approche globale coordonnée entre eux.

La politique de santé mentale ne repose désormais plus sur le seul secteur de la psychiatrie, les missions qui lui étaient propres sont partagées avec les autres acteurs et les siennes sont recentrées sur les soins ambulatoires de proximité, l'accessibilité territoriale et financière et la continuité des soins.

Globalement, la politique de santé mentale, branche de la santé publique, devient progressivement distincte de l'organisation de la psychiatrie. Elle s'étend à une population élargie incluant les personnes vivant avec des troubles psychiques fréquents et moins sévères, qui n'ont pas nécessairement besoin d'une prise en charge psychiatrique importante, ou des populations sur lesquelles doivent être concentrés les efforts de prévention (notamment les personnes âgées ou précaires).

La pandémie de Covid-19 révèle les fragilités persistantes du système de santé mentale

À l'aube des années 2020, la stratégie nationale de santé soutient – dans le cadre d'une feuille de route dédiée – de grandes orientations pour la politique de

Les actions des maisons médicales, équipes pluridisciplinaires, visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales.

santé mentale en France incluant le développement des compétences psycho-sociales de la population ; une offre de prise en charge qui se déplace vers le lieu de vie des personnes (« l'aller vers ») ; le renforcement des pratiques de *pair-aidance*, qui correspondent à un soutien ou une médiation apportés par des usagers ou d'ex-usagers de la psychiatrie au sein de dispositifs de prise en charge classiques ou d'associations gérées par les usagers eux-mêmes (groupes d'entraide mutuelle) ; et des objectifs de rétablissement et d'*empowerment* qui visent, en plus de la stabilisation des troubles, à promouvoir les capacités des personnes et leur accès à une vie active et sociale.

Malgré cette volonté politique et ces ambitions affichées, les effets psychiques de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 et des mesures de restriction des déplacements lui étant consécutives ont révélé des insuffisances persistantes de la politique de santé mentale française : sous-investissement dans la promotion et la prévention de la santé mentale, saturation de l'offre de soins et de services, absence de lisibilité et de gradation des dispositifs de prise en charge existants…

Cette prise de conscience a conduit à la tenue inédite d'*Assises de la santé mentale et de la psychiatrie* à la fin de l'année 2021, faisant suite au lancement d'une grande consultation nationale. À l'issue de ces Assises, un ensemble de mesures ont été annoncées par le président de la République pour la future politique de santé mentale.

Cette politique s'inscrit désormais dans des dynamiques interministérielles, en lien avec une prise de conscience qu'elle ne doit plus être la seule responsabilité du ministère en charge de la santé, puisque la santé mentale a un impact sur toutes les dimensions de la vie et que ses déterminants sont multifactoriels.

Les mesures annoncées, porteuses d'espoir pour l'avenir, bien qu'encore timides, s'orientent autour de trois axes principaux : une meilleure information et une meilleure prévention, une organisation des soins facilitant le premier recours et l'aller vers (notamment par le remboursement des consultations de psychologues libéraux et le développement d'équipes mobiles) et un plus grand investissement dans la recherche.

La galaxie des professionnels de santé mentale

Psychologue, psychiatre, thérapeute… Les professions en lien avec la santé mentale sont nombreuses et les domaines d'expertise de chacun parfois difficiles à cerner.

*Parmi les professions réglementées, **le psychiatre** est un médecin, il peut effectuer un diagnostic, prescrire des soins, réaliser des certificats médicaux.*

*Le **psychologue** n'est pas médecin, mais titulaire d'un diplôme en psychologie. Il ne prescrit pas de soins mais propose les psychothérapies dans lesquelles il est compétent.*

*Le **psychanalyste,** quant à lui, est un thérapeute utilisant la méthode psychanalytique établie par Sigmund Freud et reposant sur l'exploration de l'inconscient.*

*Les **cadres de santé, infirmiers, assistants de service social et éducateurs spécialisés** qu'un patient peut rencontrer lors de son parcours de soins sont titulaires également d'un diplôme d'État.*

*C'est aussi le cas du **psychomotricien** qui est spécialisé dans la gestion du mouvement et du corps, et de l'**ergothérapeute** qui aide le patient à effectuer des soins, à se déplacer et à communiquer.*

*Certaines professions ne font pas l'objet d'un diplôme d'État mais sont réglementées par l'enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Parmi elles, l'**art thérapeute** (dont la pratique centrée sur l'art et la créativité des personnes peut s'inscrire dans le cadre d'un parcours de soins). Le **psychothérapeute** qui s'enregistre, quant à lui, sur le registre national des psychothérapeutes peut être psychiatre, médecin non psychiatre, psychologue ou encore psychanalyste.*

Le site d'information Psycom, organisme national d'information sur la santé mentale, propose une brochure et une page d'information, « Les professionnels de la santé mentale », qui recense de nombreuses professions.

Conclusion

La politique de santé mentale en France a été en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales à de nombreux égards (ancrage territorial et responsabilité *géo-populationnelle*, développement précoce des prises en charge ambulatoires et de l'*aller vers* en remplacement de l'hospitalisation, approche globale de la santé allant de la prévention à l'inclusion sociale, émergence de la pair-aidance…).

Son évolution a été marquée par les crises auxquelles a été confrontée la société (Seconde Guerre mondiale, pandémie de Covid-19…).

Néanmoins, la persistance d'une législation spécifique à la santé mentale a pu contribuer à limiter le développement d'approches intégrées et multisectorielles pour la prévention et la prise en charge des troubles psychiques, approches pourtant largement soutenues par les recommandations internationales récentes qui s'appuient sur la preuve scientifique de leur efficacité (*Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, OMS, 2013).

Enfin, l'engagement des usagers et de leurs proches dans le projet thérapeutique et l'élaboration de la politique de santé mentale – à travers notamment les concepts de rétablissement, d'*empowerment* ou d'approche centrée sur les personnes mis en œuvre avec succès dans les pays anglo-saxons – demeure embryonnaire en France et continue de requérir des politiques les soutenant plus largement. #

POUR ALLER PLUS LOIN

- **Cour des comptes,** *« Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie »*, rapport, février 2021. Rapport disponible sur le site *viepublique.fr*.
- **Magali Coldefy,** *« L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences »*, Questions d'économie de la santé, n° 180, octobre 2012.
- **Magali Coldefy,** *« L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée »*, La Santé de l'homme, n° 413, mai 2011.
- **Magali Coldefy et Coralie Gandré** (dir.), *Atlas de la santé mentale en France*, Irdes, 2020.

humour

Il y a fort longtemps, circulait une rumeur dans les maisons de retraite : un être mi-homme mi-animal passait la nuit voler les dentiers. Ainsi est née la légende de la bête du jaivosdents !

Un homme de 80 ans se rend chez le docteur.

– Docteur, j'ai un petit souci. Voilà, j'ai une petite amie depuis un mois, du genre joli petit canon de 20 ans.

– Eh ben je ne vois pas où est le souci, dit le médecin.

– Ben voilà. Le problème, c'est quand je vais coucher avec elle.

Le premier j'y arrive bien, sans souci.

Le deuxième, ça va encore.

Mais au troisième, je commence vraiment à fatiguer, et au quatrième, je cale.

– Mais enfin, à votre âge, quatre fois de suite, c'est extraordinaire !

– Oui, mais ma copine, elle habite au cinquième...

DATES PRÉVISIONNELLES DE VERSEMENTS DES PENSIONS

COMMISSION DES RETRAITÉS

Plus que jamais, un syndicalisme libre, indépendant est nécessaire si nous voulons que le monde d'aujourd'hui ne ressemble pas à celui d'hier, voire d'avant-hier.

Pour ne plus être les oubliés des dogmes budgétaires et être vigilants, solidaires et déterminés, informez-vous et informez autour de vous.

Composition de la commission

Titulaires :
Christian FABRE et Joël MERCIER

Suppléants :
Patrick HORDE et Alain LE HIR

Chargé de mission : Jacky CHARLOT

Rédacteur en chef : Michel FAVRE

BULLETIN D'ADHÉSION À L'UNION DES RETRAITÉS DE L'UFSO

Bulletin à renvoyer à la section « Retraités » de son syndicat d'établissement d'origine ou à FEDIASA Force-Ouvrière - UFSO - Commission des retraités - 46 rue des Petites Écuries - 75010 Paris

Nom : ..... Prénom : .....

N° pension : .....

Téléphone : ..... Email : ..... @ .....

Adresse : .....

.....

Établissement d'origine : .....