

# Organiser sur les territoires un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques.

Catherine Chauveaud, Philippe Warin

## ► To cite this version:

Catherine Chauveaud, Philippe Warin. Organiser sur les territoires un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques.. [Rapport de recherche] Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. 2019. hal-02413038

HAL Id: hal-02413038

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02413038>

Submitted on 16 Dec 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# Organiser sur les territoires un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques

Rapport final de recherche  
pour la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie

## Contrat

A15CUF00 6733 00

## Auteurs

Catherine CHAUVEAUD, chargée d'études, co-fondatrice de l'Odenore.

Philippe WARIN, directeur de recherche au CNRS (Laboratoire PACTE, Université Grenoble Alpes / Sciences Po Grenoble), co-fondateur de l'Odenore.

Grenoble | Octobre 2019



## Remerciements

Nous remercions la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie pour son soutien, sa direction scientifique et le comité de pilotage pour leur attention et les avis apportés tout au long de la réalisation de cette recherche.

Nous associons à ces remerciements l'ensemble des participants aux entretiens de groupes pour leur implication et la qualité des échanges, et les directions des trois Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées pour leur accueil, leur disponibilité et les informations qu'elles nous ont transmises.

L'équipe de recherche.

Cette recherche a été réalisée dans le cadre d'un Contrat de recherche établi entre l'Université Grenoble Alpes et la CNSA.

Le rapport n'engage que ses auteurs.

# Sommaire

Introduction	5
Présentation de la recherche	7
1 La reformulation de l'hypothèse de travail	7
2 Une analyse des relations entre acteurs	10
3 Les questions de recherche	12
4 Les acteurs rencontrés	14
4.1 Des acteurs professionnels ou bénévoles	14
4.2 Des personnes présentant un handicap psychique	16
5 Une enquête de terrain	17
5.1 Des entretiens de groupes dans trois MDPH	18
5.2 Des entretiens de groupes dans six GEM	19
Présentation des résultats	20
1 Les acteurs	20
1.1 Les acteurs « mobilisés »	21
1.1.1 Des acteurs qui se manifestent	21
1.1.2 Des acteurs qui sont recherchés	22
1.2 Des acteurs « potentiels »	23
1.2.1 Les médiateurs de santé pairs et les écrivains publics à vocation sociale	23
1.2.2 Les Accueils de jour et les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale	24
1.2.3 Les entreprises	26
1.2.4 Les bailleurs sociaux	27
1.2.5 Les établissements d'enseignement	28
1.2.6 Les lieux de privation de liberté	29
1.3 Des acteurs « problématiques »	30
1.3.1 Les médecins	31
1.3.2 Les acteurs de l'accompagnement tuteur	32
1.4 Une distribution des acteurs à associer à un repérage organisé	33
2 Les ressources	34
2.1 Les types de ressources	35
2.2 Des portfolios de compétences sous forme d'offres de services	36
2.3 Des ressources inégalement réparties sur les territoires	38
2.4 Une « qualité de finition » variable	39

3	L'organisation du repérage	40
3.1	L'idée de créer des « plateformes territoriales d'appui »	41
3.2	Des conditions à mettre en œuvre	43
3.2.1	Le lancement	43
3.2.3	L'animation	46
3.2.3	La gouvernance	47
3.2.4	Des invariants dans l'organisation d'un repérage précoce	49
	<b>Conclusion</b>	<b>53</b>
1	Le repérage précoce : une préoccupation partagée	53
2	Des engagements nécessaires pour une implication des MDPH	55
	<b>Annexe : Les terrains d'étude</b>	<b>59</b>

# Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une recherche réalisée dans trois départements métropolitains sur l'organisation d'un repérage précoce des troubles psychiques chez les personnes adultes.

Son sujet est issu des résultats d'une précédente recherche réalisée par l'Odenore sur « La compensation du handicap psychique face au risque de non-recours »<sup>1</sup>. Cette première enquête réalisée dans deux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) constatait la possibilité d'un non-recours à la Prestation de compensation du handicap (PCH) du fait que des personnes présentant un ou des troubles psychiques ne sont dans aucune démarche de reconnaissance d'un handicap ni a fortiori de demande d'ouverture de droit. Elle concluait sur le manque d'un « *système d'action intégré sur les territoires* » qui aurait pour fonction d'orienter ces personnes vers les MDPH ou d'autres acteurs. De là est né le projet de travailler sur des pistes d'action avec des MDPH et des acteurs des territoires intervenant, ou pas, dans le champ du handicap et plus particulièrement du handicap psychique.

Le but de cette recherche est opérationnel. Il a donc été décidé de réaliser une recherche-action, puisque celle-ci est « *une méthode de recherche dans laquelle il y a une action délibérée de transformation de la réalité* »<sup>2</sup>.

L'hypothèse de travail initiale du projet de recherche proposé par l'Odenore dans une note d'intention présentée à la CNSA en avril 2018 était la suivante : « *Une 'orientation précoce' vers les MDPH (soit une orientation déclenchée par un tiers dès la perception d'indices de troubles psychiques chez un individu et avant même que celui-ci n'agisse) passe par la mise en synergie d'une diversité d'acteurs sur les territoires.* »

Cette hypothèse a été aussitôt mise en discussion lors la présentation du projet dans les trois MDPH choisies en fonction de leur organisation territoriale différente, mais aussi au regard de la socio-démographie des départements et de l'offre de prise en charge de la santé mentale (les départements sont présentés en Annexe). A priori, cette hypothèse a dû paraître suffisamment intéressante ou pertinente pour décider les acteurs (direction, responsables des équipes pluridisciplinaires ou des partenariats) de participer au projet en aidant sa mise en œuvre. En revanche, l'hypothèse initiale été reformulée à chaque fois dans le même sens par nos

---

<sup>1</sup> Catherine CHAUVEAUD, Antoine RODE, Philippe WARIN (coord), 2018, « La compensation du handicap psychique face au risque de non-recours », Rapport de recherche pour la CNSA, Odenore, Grenoble [en ligne].

<sup>2</sup> Marie-Anne HUGON, Claude SEIBEL (dir.), 1988, *Recherches impliquées, Recherches action : Le cas de l'éducation*, Bruxelles : De Boeck Université, p. 13. Voir également dans une littérature abondante : René BARBIER, 1996, *La Recherche Action*, Paris : Edition Economica. Florence ALLARD-POESI, Véronique PERRET, 2003, « La Recherche-Action », in Yvonne GIORDANO (dir.), *Conduire un projet de recherche, une perspective qualitative*, Caen : Editions Management et Société, pp. 85-132.

interlocuteurs. Ce travail de reformulation fait partie des attendus d'une recherche-action<sup>3</sup>. Surtout, il a permis de préciser l'enjeu opérationnel de la recherche en lui fixant pour but d'analyser les conditions d'un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques, produit par la complémentarité des acteurs sur les territoires.

Ces discussions sur le contenu sont présentées dans la première partie du rapport qui est consacrée à la présentation de la recherche-action. Cette première partie permet aussi d'expliquer le choix de procéder à une analyse de relations entre acteurs, les hypothèses de recherche et les questions posées. Elle présente enfin les acteurs qui ont été associés aux entretiens de groupes et les trois départements dans lesquels la recherche-action s'est déroulée.

La seconde partie du rapport présente les résultats. Elle est organisée en trois sections : les acteurs, les ressources, les conditions d'un repérage territorialisé des personnes présentant des troubles psychiques.

En conclusion, le rapport discute de la place des MDPH dans la mise en œuvre d'un repérage précoce. Il tient compte des échanges qui ont suivi la présentation des résultats de la recherche-action devant les coordonnateurs d'équipes pluridisciplinaire, le 26 septembre 2017, dans le cadre des Journées nationales organisées à la CNSA.

En accord avec les trois MDPH, nous ne mentionnons pas les départements concernés. Aussi, parlons-nous tout au long du rapport des MDPH ou des Départements 1, 2 et 3.

---

<sup>3</sup> Anne GILLET, Diane-Gabrielle TREMBLAY (dir.), 2017, *Les recherches partenariales et collaboratives*, Rennes –Laval : Presses Universitaires de Rennes – Presses Universitaires du Québec.

# Présentation de la recherche

## 1. La reformulation de l'hypothèse de travail

Dès les rencontres préparatoires avec les MDPH, la notion d'orientation précoce contenue dans l'hypothèse de travail initiale a donné lieu à des discussions portant sur son caractère un peu trop mécanique et simpliste. En substance les discussions ont été les suivantes.

D'un côté, les acteurs ont perçu l'intérêt du sujet général (la prévention du non-recours aux dispositifs de compensation du handicap psychique) parce qu'ils sont convaincus de l'existence d'une population, certainement importante, qui vit avec des troubles psychiques non diagnostiqués et par conséquent à l'écart d'une possibilité de prise en charge. Sans être précis sur les données<sup>4</sup>, ils estiment que les « *problématiques psychiques* » s'accroissent en lien avec la précarité socioéconomique et le délitement de certaines solidarités, mais aussi, ajoutent-ils souvent, sous l'effet d'addictions au rang desquelles certains comptent le numérique dont les usages intensifs sont mesurés en termes d'affects négatifs<sup>5</sup>. Aussi considèrent-ils comme nécessaire, sinon comme prioritaire, de pouvoir identifier le plus tôt possible les manifestations de troubles psychiques, voire des signes précurseurs si ceux-ci sont décelables. C'est pour eux tout l'enjeu d'une prévention qui peut permettre une précocité des interventions avant que ne s'installent des handicaps psychiques. Pour cette raison, les représentants des trois MDPH partenaires de la recherche-action ont adhéré au constat auquel avait abouti la première recherche de l'Odenore pour la CNSA, celui d'un non-recours probablement massif qui se situerait en amont de toute démarche de prise en charge. Ils estiment par conséquent nécessaire de l'anticiper afin que des troubles psychiques ne conduisent, faute de « *repérage précoce* », à des compensations qui auraient pu être, pour certaines, évitées.

D'un autre côté, les discussions préalables sur l'hypothèse de travail ont montré la prudence des acteurs des MDPH quant aux réponses institutionnelles à apporter (« *par la mise en synergie d'une diversité d'acteurs sur les territoires* ») au non-recours par « *non orientation* » mis en avant dans la recherche précédente. Pour rappel, la non orientation se distingue de la non proposition identifiée lorsque des agents prestataires ne proposent pas, pour diverses raisons, l'ouverture d'un droit alors que la personne est éligible et peut même connaître la prestation. Avec la non

---

<sup>4</sup> Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 2011 indique : « *Les données actuelles ne permettent pas d'appréhender précisément la réalité du handicap psychique en France, les données parcellaires pouvant recenser un certain nombre de pathologies sans toutefois prendre la mesure exacte du type et du degré de handicap. Bien que les enquêtes réalisées en population générale soulignent qu'environ 30 % des français seraient concernés par un problème plus ou moins grave de santé mentale (troubles anxieux, de comportements, de l'humeur, ou liés aux addictions), il reste impossible de déterminer la part des personnes dont l'altération psychique entraîne un handicap réel. Les associations estiment que 1 % de la population française serait touché par un trouble psychique pouvant entraîner un handicap.* » Fadéla AMARA, Danièle JOURDAIN-MENNINGER, Gilles LECOQ, Myriam MESCLON-RAVAUD, 2011, « La prise en charge du handicap psychique », Rapport de l'IGAS RM2011-133P, p.3 [en ligne].

<sup>5</sup> Marie-Pierre FOURQUET, Didier COURBET, 2017, « Anxiété, dépression et addiction liées à la communication numérique. Quand Internet, smartphone et réseaux sociaux font un malheur », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 11 [en ligne].



orientation on n'a pas affaire à des agents prestataires mais à des acteurs extérieurs aux dispositifs. Dans le cas présent, il peut s'agir d'associations de proches aidants, de médecins traitants, d'employeurs... qui sont autant d'acteurs intervenant auprès de personnes présentant ou pouvant présenter des troubles psychiques. Tous les acteurs ont en effet trouvé intéressante l'idée de se porter vers cette forme de non-recours, mais à la condition de considérer que le but opérationnel est de favoriser, justement, un repérage précoce qui peut ensuite, dans certains cas, faciliter une « *orientation pertinente* » vers les dispositifs de compensation du handicap psychique<sup>6</sup>.

En parlant de repérage précoce plutôt que d'orientation précoce, nos interlocuteurs ont voulu signifier que l'enjeu opérationnel de cette recherche-action – la mise en synergie d'une diversité d'acteurs sur les territoires – est crédible à la condition de différencier ces deux termes. Avant même d'orienter le cas échéant des personnes vers les MDPH, il s'agit de pouvoir repérer les troubles psychiques le plus tôt possible de façon à intervenir précocement, c'est-à-dire avant que ces troubles ne deviennent des handicaps. Cela suppose cependant de pouvoir organiser un repérage le plus large possible sur les territoires. A la condition que les réponses mises en œuvre soient pertinentes, de façon à ne pas perdre davantage les personnes, ni à l'inverse de créer des flux inutiles pour les MDPH dans un contexte où la logique de parcours prévaut sur celle de la place dans le cadre de la démarche « *Une réponse accompagnée pour tous* » (RAT)<sup>7</sup>.

Par conséquent, la reformulation de l'hypothèse de travail initiale a conduit à rappeler que l'enjeu opérationnel de cette recherche-action est celle de l'organisation d'un repérage précoce des troubles psychiques le plus large possible sur les territoires. Partant de là, les questions pratiques ont été posées : *Un repérage avec qui ? Et comment ?*

Nécessairement, les réponses à ces questions ont été amorcées lors de la phase de préparation de la recherche sur les territoires, lorsqu'il s'est agi d'indiquer les acteurs qu'il serait intéressant d'associer à la réflexion. La suite de la discussion a fait apparaître la nécessité de tenir compte de deux groupes d'acteurs. Les échanges peuvent être résumés ainsi.

L'organisation d'un repérage des troubles psychiques le plus large possible sur les territoires nécessite d'impliquer des acteurs qui ne sont pas du champ du handicap. En effet, un repérage précoce demande d'associer des acteurs qui ne sont pas dans le champ du handicap mais qui pourraient être en mesure de repérer des troubles psychiques qui peuvent affecter les

---

<sup>6</sup> Catherine CHAUXEAUD, Antoine RODE, Philippe WARIN, 2018, « Le non-recours par non-orientation. Un cas concernant le handicap psychique », Odenore, *Working paper*, 24 [en ligne].

<sup>7</sup> Pour rappel : « *L'engagement des territoires dans cette démarche est porté en particulier par les MDPH, les Conseils départementaux, les Agences régionales de santé et les représentants de l'Éducation nationale. La conduite de la démarche impulse de nouvelles façons de travailler entre acteurs institutionnels, mais surtout avec les personnes en situation de handicap et leur entourage. Au cœur de la démarche, un droit nouveau introduit par l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé entre pleinement en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2018. Il s'agit du droit pour les personnes de demander l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG) dès lors que la décision prise en CDAPH ne peut se concrétiser de manière satisfaisante. L'élaboration de plan d'accompagnement global peut également être proposée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH en charge de l'évaluation de la situation et des besoins de la personne.* » CNSA, 2018, « La démarche 'Une réponse accompagnée pour tous' au 1<sup>er</sup> janvier 2018 » [en ligne].

populations (des publics ou des collectifs) qui les concernent. Ces « acteurs en dehors du champ » sont divers. Ils peuvent être de l'insertion professionnelle, de la formation et de l'éducation, de l'emploi (les agences de Pôle emploi, des entreprises), du logement (des bailleurs sociaux), de la solidarité (des Centres d'hébergement et réinsertion sociale), de l'aide et de l'action sociale (des CCAS)... mais aussi être des professionnels de santé et en particulier les médecins généralistes.

Il y a cependant une difficulté de taille dans l'organisation d'un repérage associant divers acteurs des territoires qui n'interviennent pas dans le champ du handicap. Les MDPH, clairement, ne sont pas en mesure de mobiliser seules ou en premier ces acteurs que le plus souvent elles ne connaissent pas, ni a fortiori de les préparer. Leur capacité d'information sinon de formation des acteurs sociaux et médicosociaux des territoires est très limitée, comme on l'a vu dans la précédente recherche. Les MDPH ont donc nécessairement besoin de relais.

Pour organiser un repérage des troubles psychiques le plus large possible sur les territoires, il est donc nécessaire d'impliquer aussi des acteurs des territoires qui, eux, interviennent dans le champ du handicap et plus particulièrement du handicap psychique. Ces « acteurs du champ » sont tous des partenaires des MDPH à un moment donné du processus d'expertise puis de prise en charge. Il peut s'agir des unités psychiatriques hospitalières, des réseaux de santé et d'insertion sociale concourant à l'inclusion des personnes adultes handicapées psychiques, des Conseils locaux de santé mentale (CLSM), des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), des Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), mais aussi d'associations de parents de personnes cérébrolésées, de personnes en situation de handicap psychique...

Ces acteurs détiennent tous des connaissances scientifiques et/ou pratiques du handicap et du handicap psychique plus spécialement. Ces connaissances sont autant de « ressources » qui pourraient permettre à d'autres acteurs du territoire de repérer des personnes présentant des troubles psychiques. Ces acteurs peuvent aussi diffuser des savoir-faire (en particulier communicationnels) mais également des informations pratiques (principalement sur les soutiens qui peuvent être apportés aux personnes présentant des troubles psychiques). Quel que soit les acteurs, ces ressources sont organisées et donnent lieu souvent à des « offres de services » (accueil, formation, accompagnement ...). Grâce à leurs ressources, les acteurs du champ pourraient donc servir de relais dans l'organisation d'un repérage des troubles psychiques impliquant le plus largement possible des acteurs en dehors du champ.

Ainsi, les discussions préalables à l'enquête ont-elles conduit à reformuler de la façon suivante l'hypothèse de travail principale :

*Un repérage précoce des troubles psychiques sur les territoires passe par une mise en relation des acteurs locaux du champ du handicap psychique avec une diversité d'acteurs, non spécialistes, qui sont en lien direct avec différentes populations qui peuvent être concernées par des troubles psychiques non détectés ou en tout cas non pris en compte.*

L'hypothèse ainsi reformulée se caractérise par l'idée que le repérage précoce des troubles psychiques sur les territoires relève d'une « action collective ».

A partir de cette orientation, les MDPH n'ont pas caché leur souhait que cette recherche-action puisse servir la préparation sinon la mise en œuvre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Les PTSM ont pour premier objectif de réorganiser la santé mentale et la psychiatrie à l'échelle d'un territoire (souvent au niveau départemental), afin de réduire les inégalités d'accès aux soins et favoriser une coordination des prises en charge de proximité. Ils prévoient la mise en place d'actions de prévention et de promotion de la santé mentale, d'organisation des parcours de soins, d'accompagnement à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne. Pour rappel, la première des six grandes priorités des PTSM fixées à l'article R.3224-5 du Code de la santé publique (CSP) est : « *Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles* »<sup>8</sup>.

Au moment de démarrer les enquêtes, les PTSM sont soit déjà à l'œuvre dans l'un des trois départements, soit dans la phase préalable de diagnostic dans les deux autres. En reformulant l'hypothèse de travail initiale, les MDPH et l'Odenore ont convenu que cette recherche-action pouvait apporter une contribution intéressante dans le cadre des PTSM ; voire peut-être utile si ses résultats sont livrés avant que les avis ne soient rendus sur les diagnostics territoriaux partagés (DTP) qui ont pour but d'établir les ressources disponibles, d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, l'accessibilité et la coordination de ces services (article 3224-3 du CSP).

## 2. Une analyse des relations entre acteurs

La discussion sur les conditions d'organisation du repérage précoce des troubles psychiques comme action collective fait appel directement à une analyse des relations entre acteurs du champ du handicap psychique et acteurs en dehors du champ du handicap. Cette analyse des relations entre acteurs est au cœur du questionnement porté dans cette recherche-action.

Les deux groupes ainsi identifiés – acteur du champ du handicap psychique et acteurs en dehors du champ du handicap – renvoient à des catégories types dans la sociologie des acteurs et des organisations. Ils correspondent en particulier aux figures des « *fournisseurs* » et « *utilisateurs de ressources* » dans le schéma d'analyse de « l'ingénierie sociale »<sup>9</sup>, auquel il est intéressant de se référer ici pour deux raisons :

---

<sup>8</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, « Projet territorial de santé mentale. Les soins, accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale » [En ligne. Mise à jour le 13 juin 2018].

<sup>9</sup> Vincent DE GAULJAC, Michel BONETTI, Jean FRAISSE, 1995 (1<sup>ère</sup> édition 1989), *L'ingénierie sociale*, Paris : Syros. Alain PENVEN, 2013, *L'ingénierie sociale. Expertise collective et transformation sociale*, Paris : ERES.

- D'une part, l'objectif d'organiser sur les territoires un repérage précoce des troubles psychiques entre directement dans les deux orientations de l'ingénierie sociale comme : méthodologie fondée sur l'élaboration de projets collectifs et la mise en œuvre de stratégies de développement (l'inclusion sociale des personnes présentant des troubles psychiques en est une) ; et transformation des modes institutionnels et organisationnels d'intervention qui favorise le développement de l'action concertée et les capacités de mobilisation des acteurs sociaux.
- D'autre part, le modèle d'analyse de l'ingénierie sociale conduit à s'interroger sur l'implication d'autres acteurs. La typologie des acteurs dans la sociologie de l'ingénierie sociale met en scène deux autres catégories : les « *transformateurs des ressources* » et les « *producteurs de services* ». Ces acteurs pourraient correspondre, ici, pour les transformateurs, à ceux qui vont contribuer à la mobilisation des ressources existantes (à l'organisation de leur collecte et de leur diffusion), et pour les producteurs de services, à ceux qui vont structurer l'action collective sur les territoires (définir sinon valider ses règles de fonctionnement et assurer son développement).

Dans le modèle de l'ingénierie sociale auquel nous choisissons donc de nous référer, ces quatre types d'acteurs se regroupent deux par deux. Les fournisseurs de ressources et les utilisateurs constituent « *le système externe* » car en principe ils ne sont pas intégrés au système de gestion (ici d'une action collective territorialisée de repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques). Les transformateurs des ressources et les producteurs de services représentent « *le système interne* » puisqu'ils regroupent les acteurs chargés de l'organisation générale et du développement de l'action collective. En tenant compte de ce cadre d'analyse, les relations entre acteurs, nécessaires à l'organisation d'un repérage précoce comme action collective sur les territoires, pourraient inclure les MDPH mais aussi les délégations départementales des Agences régionales de santé (ARS) au titre de l'implication qui pourraient être la leur dans la gestion de l'ensemble (système interne).

La question des « jeux d'acteurs » posée ici est majeure. En effet, si les MDPH se sont investies dans la discussion avec l'Odenore tout au long du processus d'enquête, elles ne se sont pas positionnées comme devant être les acteurs pivots, ni même des contributeurs « es qualité » de l'organisation d'un repérage précoce sur les territoires. L'attitude de nos interlocuteurs s'explique selon nous pour trois raisons :

- En premier, la nécessité de ne pas introduire de confusion au moment de la mise en place des PTSM en apparaissant comme porteurs d'un projet concernant un type de handicap en particulier.
- Ensuite, l'intérêt tactique de ne pas se positionner par rapport à un tel projet, afin de laisser le plus de liberté aux acteurs au cours des entretiens de groupes. Lorsque les représentants des MDPH ont participé aux séances, ils se sont toujours abstenus de se prononcer sur l'intérêt et la faisabilité d'une organisation collective du repérage précoce

des troubles psychiques sur les territoires. Dans une position d'écoute, ils sont intervenus essentiellement pour apporter des précisions ou pour répondre à l'interpellation d'un acteur, mais non pour orienter les débats.

- Enfin, la contrainte des charges de travail pousse les MDPH déjà fortement sollicitées par de nombreux projets (transformation numérique, nouveau formulaire de demande, fusion dans les Maisons de l'autonomie...) et bien sûr par les PTSM, à maîtriser le moment de leur engagement.

Dit autrement, l'analyse du système de relations qui est au cœur de l'enquête peut s'appuyer sur une typologie en quatre groupes des acteurs potentiellement concernés et de leurs rôles. Cette typologie va être appliquée dans la partie suivante du rapport consacrée à la présentation des résultats.

Figure 1 : Typologie des acteurs potentiellement concernés

		Système externe	Système interne
Acteurs du champ	Fournisseurs de ressources	Unités psychiatriques hospitalières, réseaux de santé et d'insertion sociale, CLSM, GEM, SAVS, SAMSAH, associations de parents ...	-
	Transformateurs de ressources	-	Acteurs du champ
	Producteurs de services	-	MDPH ? Délégations départementales des ARS ?
Acteurs en dehors du champ	Utilisateurs de ressources	Insertion professionnelle, formation, éducation, emploi, logement, solidarité, aide et action sociale, professionnels de santé...	-

### 3. Les questions de recherche

A partir de ce travail préparatoire de reformulation de l'hypothèse de travail initiale et de définition de l'enjeu opérationnel de cette recherche-action, le questionnement a été structuré de façon à interroger la possibilité d'organiser un repérage précoce des troubles psychiques sur les territoires autour d'une mise en relation entre fournisseurs et utilisateurs de ressources, mais aussi à partir d'une transformation des ressources et d'une production de services.

L'analyse de cette possibilité conduit à se questionner d'abord sur les relations d'échanges entre les acteurs du champ du handicap psychique qui seraient donc des fournisseurs de ressources. Ces acteurs interviennent à des échelles qui peuvent être très différentes, communale ou intercommunale pour un CLSM par exemple, départementale pour des unités hospitalières psychiatriques, régionale pour des réseaux de santé et d'insertion sociale comme le Réseau

Handicap Psychique (ReHPsy) en Auvergne-Rhône Alpes. Parallèlement, selon leur place et leur rôle dans le champ handicap psychique (information, soutien, accompagnement, diagnostic, traitement), ils ne sont pas nécessairement prédisposés à échanger avec les mêmes acteurs qui, eux, sont en dehors du champ du handicap. Entre les deux groupes d'acteurs beaucoup ne se connaissent pas, comme on a pu le constater lors de l'enquête.

Pour commencer, il est donc important de situer avec quels acteurs en dehors du champ, les acteurs locaux du handicap psychique échangent voire travaillent, mais aussi ceux avec lesquels ils pourraient sinon devraient échanger.

⇒ Question 1 : *Quels acteurs qui n'interviennent pas dans le champ du handicap psychique serait-il possible ou nécessaire d'associer dans un repérage précoce ?*

Puisqu'il s'agit de mettre en œuvre une action collective dans laquelle les acteurs du champ du handicap psychique aideraient une diversité d'autres acteurs à repérer les troubles psychiques au sein des populations qui les concernent, le questionnement porte aussi sur les « ressources » que les premiers pourraient apporter aux seconds.

⇒ Question 2 : *Quelles ressources les acteurs du champ du handicap psychique peuvent-ils mettre en œuvre, qui leur sembleraient utiles de fournir dans un repérage des troubles psychiques par des acteurs qui sont en dehors du champ du handicap ?*

Ces deux questions constituent la trame principale des entretiens menés dans les trois départements. Elles attendent donc des réponses sur deux plans : les acteurs en dehors du champ du handicap qu'il serait possible ou nécessaire d'associer ; les ressources proposées par les acteurs du champ du handicap psychique qui pourraient être mises en œuvre dans ce but.

Mais le questionnement se prolonge. Il s'agit de comprendre aussi quelle peut être l'organisation générale de la mise en relation de ces deux groupes d'acteurs. En particulier, il s'agit de savoir si les acteurs du champ du handicap psychique sont prêts à jouer un rôle de relais et à quelles conditions. Cela suppose de percevoir ce qui serait attendu des MDPH, mais aussi des délégations départementales des ARS au titre de leur rôle d'animation des démarches d'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (conformément à l'article R.3224-2 du CSP)<sup>10</sup>. Entre mobilisation et association d'acteurs locaux, et animation d'une action collective sur les territoires, c'est la question de « la gouvernance » d'un repérage organisé sur les territoires qui se trouve posée.

⇒ Question 3 : *Quel serait l'intérêt de créer des « équipes-projets » de façon à rassembler des ressources utiles pour un repérage précoce et à les faire connaître à une diversité d'acteurs des territoires ?*

---

<sup>10</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, Instruction du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, p. 6 [en ligne].

A la question de la gouvernance est liée celle des conditions attendues par les acteurs du champ pour être actifs dans l'organisation et le fonctionnement d'une action collective. Ces conditions peuvent être diverses : financières mais aussi institutionnelles, en particulier dans la mesure où l'action collective envisagée renforce certaines logiques d'action et agit sur les places. Dans la recherche précédente nous avons remarqué l'importance des enjeux de reconnaissance chez les « *porteurs de causes et d'intérêts* » (associations de parents, réseaux de santé et d'insertion sociale...).

## 4. Les acteurs rencontrés

Le choix a été fait de rencontrer deux groupes d'acteurs :

- Des acteurs des territoires qui interviennent dans le champ du handicap ou plus spécifiquement dans celui du handicap psychique.
- Des acteurs qui sont en dehors du champ du handicap mais qui interviennent auprès de populations numériquement importantes qui peuvent présenter plus que d'autres des troubles psychiques (personnes en grande précarité, personnes sans-abri ou mal logées, personnes privées de liberté, mais aussi des salariés exposés au « burn-out »...).

Il est plus facile pour les MDPH de contacter des acteurs locaux qui interviennent dans le champ du handicap. Pour autant, celles-ci ont cherché à réunir des acteurs qui sont en dehors du champ. Pour cela, elles ont notamment sollicité des professionnels de différentes structures accueillis lors de formations qu'elles ont pu dispenser, ou bien puisé dans des carnets d'adresses constitués au fil du temps.

Des listes d'acteurs des deux groupes ont donc été établies par les MDPH avec l'Odenore, puis des courriers préparés par l'Odenore ont été adressés, généralement par voie électronique, sous le sceau des MDPH. Ces courriers présentaient l'objectif de cette recherche-action et proposaient aux destinataires de prendre part à l'enquête dont les modalités pratiques étaient expliquées. Des relances ont été effectuées en fonction des premiers retours.

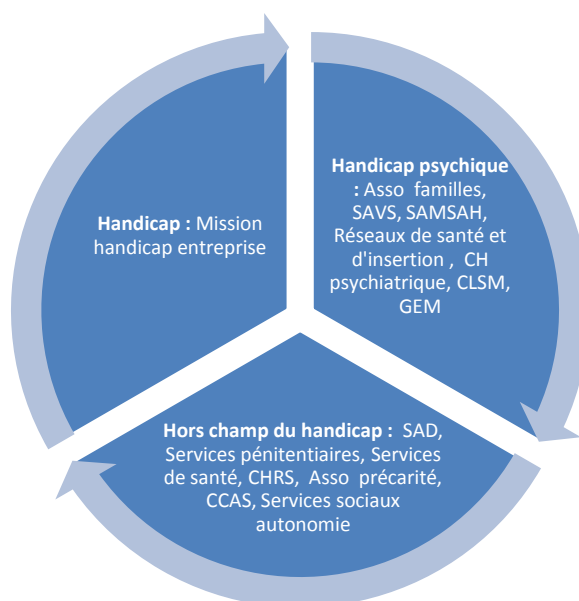
Parallèlement, nous avons fait le choix avec chacune des trois MDPH de rencontrer également des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) de façon à recueillir des « retours d'expérience » de personnes présentant des troubles psychiques. De façon à faciliter les échanges, il a été décidé de procéder à ces rencontres sur place, dans les locaux des GEM.

### 4.1. Des acteurs professionnels ou bénévoles

En tout, 47 acteurs professionnels ou bénévoles ont accepté de participer à l'enquête sur un total d'environ 200 envois ciblés pour l'ensemble des trois départements. Les participants sont des acteurs professionnels mais aussi des bénévoles. Ils appartiennent à 15 types de structures qui

peuvent être réparties en trois catégories selon qu'elles interviennent dans le champ du handicap, dans celui du handicap psychique, ou bien en dehors du champ du handicap.

Figure 2 : Structures d'appartenance des participants à l'enquête



Il aurait été intéressant que la diversité des groupes soit plus grande encore. Elle a toutefois pu être assurée, comme en témoigne le fait constaté dans les trois départements que la plupart des acteurs ne se connaissaient pas, en particulier quand ils ne sont pas du même champ d'intervention et parfois même quand ils le sont. Le fait d'appartenir à des structures qui sont partenaires joue dans le sens d'une interconnaissance, principalement quand les acteurs interviennent sur les mêmes territoires (quartiers, communes, circonscriptions...).

Il peut cependant exister un biais relatif aux fonctions et responsabilités des acteurs ; si celles-ci sont différentes la probabilité pour que les acteurs aient à se côtoyer est probablement plus faible. Mais dans le cas présent tous les acteurs ont des fonctions de responsabilité (sans être déconnectés des réalités de terrain) ou occupent des postes peu communs, si bien qu'il est possible de considérer qu'ils aient pu avoir des raisons de se rencontrer ou même simplement de se connaître. A notre grande surprise ce fût loin d'être le cas, y compris dans le département le moins peuplé (mais le plus étendu des trois) où l'on aurait pu davantage le supposer du fait que la plupart des acteurs réunis sont implantés dans la principale agglomération.

Parallèlement, la répartition du nombre de participants indique un relatif équilibre entre acteurs du champ du handicap (handicap psychique compris) et autres acteurs, quel que soit le département. Cette répartition a également joué en faveur de l'enquête puisque les groupes constitués (au maximum 10 personnes) pour les entretiens ont tous réuni une diversité d'acteurs venant ou pas du champ du handicap. Les discussions ont pu à chaque fois bénéficier de cet équilibre des appartenances.



Figure 3 :  
Répartition des acteurs professionnels et bénévoles ayant participé à l'enquête  
par département et champ d'activité

<b>Département 1</b>	
Nombre d'acteurs	Structures
7 acteurs du champ du handicap	SAVS, 2 SAMSAH, UNAFAM, Association de familles de personnes cérébrolésées, Mission Handicap d'une entreprise.
6 autres acteurs	2 réseaux de Services d'aide à la personne, Service médicosocial d'un centre pénitentiaire, un Pôle territorial « Autonomie » du département, un Centre communal d'action sociale.
<b>Département 2</b>	
Nombre d'acteurs	Structures
6 acteurs du champ du handicap	2 Réseaux de santé et d'insertion sociale, UNAFAM, CLSM.
11 autres acteurs	Association d'aide aux femmes à la rue, Centre d'hébergement et de réinsertion sociale, Centre communal d'action sociale, Centre communautaire de santé, Médiateurs pairs en santé, Centre de santé universitaire, Service pénitentiaire d'insertion et de probation.
<b>Département 3</b>	
Nombre d'acteurs	Structures
9 acteurs du champ du handicap	SAVS, SAMSAH, SAMSAH psychiatrique, CH psychiatrique, UNAFAM, Association de familles de traumatisés crâniens (AFTC).
8 autres acteurs	2 réseaux de Services d'aide à la personne, 2 Centres communaux d'action sociale, Union départementale des associations familiales, Service social du Conseil départemental.

#### 4.2. Des personnes présentant un handicap psychique

Nous avons également procédé à des entretiens dans six GEM. En tout, nous avons rencontré 34 adhérents (personnes présentant un handicap psychique) sur près de 180 inscrits cotisant et l'ensemble des 9 animateurs (salariés, dont 1 stagiaire en formation d'éducateur spécialisé).

Les adhérents rencontrés participent aux GEM depuis quelques semaines ou depuis plus de cinq ans pour les plus anciens. Il s'agit autant de femmes que d'hommes, d'une vingtaine à une cinquantaine d'années. La plupart vivent dans un logement autonome et bénéficient d'une curatelle. Certains ont travaillé.

Les animateurs, 5 femmes, 2 hommes, sont des professionnels de l'intervention sociale. A l'exception d'un GEM, dans tous les autres les animateurs ont une longue carrière professionnelle. Certains ont été à la création des groupes. Leur connaissance des autres acteurs du champ du handicap psychique et au-delà est variable. Elle dépend manifestement de leur ancienneté, mais aussi du travail de relations partenariales qu'ils ont pu mener pour faire connaître les GEM et les implanter localement.

Figure 4 :  
Répartition des adhérents et animateurs des GEM  
ayant participé à l'enquête par département

<b>Département 1</b>	
GEM 1 et 2	13 adhérents, 3 animateurs
GEM 3	7 adhérents, 1 animateur
<b>Département 2</b>	
GEM 1	4 adhérents, 2 animateurs
<b>Département 3</b>	
GEM 1	6 adhérents, 2 animateurs
GEM 2	4 adhérents, 1 animateur

## 5. Une enquête de terrain

Pour respecter le pragmatisme qui caractérise la recherche-action, soit le principe que c'est par l'action que l'on peut générer des connaissances scientifiques utiles pour comprendre et changer la réalité sociale des individus et des systèmes sociaux<sup>11</sup>, nous avons procédé par des « entretiens de groupes ».

Les entretiens de groupes constituent une technique d'enquête, c'est-à-dire de recueil mais aussi d'analyse de données, qui se range parmi les méthodes d'enquête qualitative. Cette technique est au cœur de « l'intervention sociologique ». C'est ce qui distingue les entretiens de groupes des entretiens collectifs. Elle a pour but de recueillir des informations ou de produire des connaissances pour agir sur la réalité sociale. Et elle réunit des personnes qui – même sans se connaître – ont quelque chose en commun, qu'il s'agisse de relations effectives (on parle alors de groupes « naturels », ce qui est un peu le cas ici) ou d'une « *forme quelconque d'identité* » fondée sur l'expérience commune (ici, de relations avec des personnes présentant des troubles psychiques)<sup>12</sup>.

Les entretiens de groupes ont été organisés selon la même démarche dans les trois départements. Ils ont eu lieu dans les MDPH avec des acteurs professionnels et bénévoles et dans des GEM avec leurs animateurs et des adhérents. Dans l'un des départements, deux adhérentes du GEM (sa présidente et sa trésorière) ont également participé aux réunions de groupe organisées à la MDPH.

<sup>11</sup> Peter REASON, Hilary BRADBURY (eds.), 2001, *Handbook of action research: participative inquiry and practice*, London: Sage. Colin ROBSON, 2011 (3<sup>ème</sup> édition), *Real world research*, Oxford: Blackwell Publishing.

<sup>12</sup> Sophie DUCHESNE, Florence HAEGEL, 2004, *L'enquête et ses méthodes : les entretiens collectifs*, Paris : Nathan.

## 5.1. Des entretiens de groupes dans trois MDPH

Les entretiens de groupes avec les acteurs professionnels et bénévoles ont été introduits dans chaque territoire par une première rencontre avec l'ensemble des participants de façon à expliquer le but de la recherche et ses modalités. Ces rencontres ont été animées avec les représentants des MDPH avec lesquels nous avons commencé à élaborer le projet. Ensuite, les entretiens de groupes ont réuni sur chaque site deux groupes mélangés entre 5 à 10 acteurs, au cours de deux séances de discussion de 2 à 3 heures. Pour le troisième terrain d'enquête, ouvert le plus tardivement et le plus éloigné géographiquement, les rencontres avec chacun de deux groupes, ont eu lieu lors d'une seule séance.

Les séances d'entretiens se sont échelonnées entre décembre 2018 et juin 2019 pour les trois sites. Cette durée plus longue que prévue est due à la difficulté d'accès aux terrains. Une MDPH de la région Auvergne Rhône-Alpes rencontrée en juillet 2018 avait manifesté son intérêt, mais finalement a fait connaître après de multiples relances son impossibilité en janvier 2019. Une autre MDPH, en Bretagne, contactée en novembre 2018 et rencontrée en janvier 2019 suite à un accord de principe, n'a jamais donné suite malgré nos sollicitations. Or, de façon à pouvoir croiser les résultats, nous avons besoin de trois terrains d'enquête<sup>13</sup>. Si nous avons pu avoir facilement le soutien de l'une des MDPH avec laquelle nous avons travaillé lors de la recherche précédente, en revanche nous avons peiné pour ouvrir les deux autres terrains. Ce fût possible néanmoins grâce à l'intervention de la CNSA pour l'un, et, pour l'autre, à l'issue de la participation de l'Odenore à une séance d'information de l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) où étaient présentes des responsables de la MDPH.

Les entretiens de groupes ont été réalisés sur deux séances relativement peu espacées dans le temps (deux mois au maximum) de façon à garder un rythme. Ils ont été organisés autour de deux ensembles de questions successifs :

- D'abord les Questions 1 et 2 présentées plus haut, relatives aux acteurs en dehors du champ à associer dans un repérage, et aux ressources à mobiliser dans ce but.
- Ensuite la Question 3 portant sur l'intérêt d'organiser des « équipes-projets » sur les territoires et les conditions pour les acteurs d'y participer.

Chaque séance a donné lieu à une trame de discussion proposée à l'avance aux participants par l'Odenore. Cela avait pour objectif d'apporter un premier cadrage et de permettre à chacun de se préparer.

Dans le troisième terrain d'enquête, les deux ensembles de questions ont été regroupés du fait de la réalisation des entretiens sur une seule séance. Les échanges ont perdu en durée mais pas en pertinence puisque les points de vue ont pu largement s'exprimer aux dires des participants.

---

<sup>13</sup> Cécile VIGOUR, 2005, *La comparaison dans les sciences sociales*, Paris : La Découverte.

## 5.2. Des entretiens de groupes dans six GEM

Les entretiens de groupes dans les GEM ont été réalisés lors d'une seule séance, d'une durée moyenne de 2 heures. L'objectif de ces entretiens était de recueillir la parole des adhérents (des personnes présentant des troubles psychiques) sur les événements et les conditions qui les ont conduits à venir au GEM mais aussi à s'adresser pour plusieurs d'entre eux à la MDPH.

Malgré la préparation de ces rencontres avec les animateurs, les échanges n'ont pas permis de recueillir, comme nous le visions, des informations suffisantes sur les parcours des personnes. Des faits épars ont été présentés mais pas de retours d'expérience sur ce qui a décidé et permis aux personnes de se tourner au tout début vers un acteur.

En revanche, les discussions avec les animateurs et les responsables des GEM ont été très riches. Les échanges ont apporté des réponses originales et des commentaires particulièrement intéressants. Comme les autres acteurs, ils ont fait part d'éléments contrastés sur la place qu'ils pourraient, voudraient ou devraient avoir dans une action collective visant à organiser sur les territoires un repérage des personnes présentant des troubles psychiques.

# Présentation des résultats

La présentation des résultats parle des acteurs qui, en dehors du champ du handicap, pourraient sinon devraient être associés à un repérage des personnes présentant des troubles psychiques au niveau des populations auprès desquelles ils interviennent. Ces acteurs ont été identifiés lors des entretiens de groupes, par exemple lorsque les associations de parents de personnes en situation de handicap psychique citent les réseaux de Services d'aide à la personne auxquels elles proposent des formations. La première section présente donc ces acteurs. Mais elle donne également la parole à ceux qui ont participé aux entretiens de groupes, pour indiquer leur intérêt pour participer à un repérage.

La présentation porte ensuite sur les ressources que les acteurs du champ du handicap psychique pensent possible et utile de fournir. Cette deuxième section rend compte en même temps des points de vue des acteurs qui pourraient les utiliser.

Enfin, une troisième section est consacrée aux conditions de mise en œuvre d'un repérage des personnes présentant des troubles psychiques. Elle présente les échanges qui ont eu lieu autour de l'idée de créer sur les territoires des « équipes-projets » de façon à soutenir d'autres acteurs des territoires à repérer dans le cours de leurs activités des personnes présentant des troubles psychiques. Cette dernière partie aborde l'organisation du repérage et sa gouvernance.

## 1. Les acteurs

*Quels acteurs en dehors du champ du handicap psychique serait-il possible ou nécessaire d'associer dans un repérage précoce ?*

La réponse à cette première question conduit à distinguer trois groupes d'acteurs : les « mobilisés », les « potentiels » et les « problématiques ». Ce classement établi par les acteurs réunis lors des entretiens de groupes renvoie tacitement à la plus ou moins grande facilité à associer des acteurs utilisateurs de ressources dans une action collective de repérage précoce. Dans les trois départements, les participants ont cependant cité les mêmes types d'acteurs pour deux raisons principalement. D'une part, ces acteurs leur paraissent importants pour un repérage précoce du fait de l'importance des populations auprès desquelles ils interviennent généralement. D'autre part, en associant ces acteurs, il est possible de procéder à un repérage dans une grande diversité de relations sociales (relations professionnelles, relations éducatives, relations de soins, relations de service, relations d'accompagnement social,...) et par là même au travers d'une infinité d'interactions sociales. Dit autrement, le repérage peut s'opérer à partir du quotidien des personnes.

## 1.1. Les acteurs « mobilisés »

Les acteurs mobilisés sont essentiellement des acteurs du social. Deux acteurs reviennent systématiquement : les Centres communaux d'action sociale (CCAS) et les Services d'aide à la personne (SAD). Dans les trois départements, ces acteurs sont cités en premier par les associations de parents de personnes en situation de handicap psychique et par les réseaux de santé et d'insertion sociale concourant à l'inclusion des personnes adultes en situation de handicap psychique. Dans le Département 3, ils sont également mentionnés par les représentants d'unités de soins psychiatriques, mais aussi des SAVS et SAMSAH.

Les représentants des CCAS et des SAD présents lors des entretiens de groupes expliquent qu'ils connaissent des acteurs du champ du handicap psychique pour différentes raisons. Ils ont pu avoir besoin de recourir à leurs compétences pour traiter des situations ou bien à leurs services, par exemple pour des formations de personnel. Mais parfois ce sont les acteurs du champ du handicap qui sont à l'origine des relations et ont fait appel à leurs services. Ces deux cas de figure peuvent être illustrés.

### 1.1.1. Des acteurs qui se manifestent

Dans le Département 3, les représentantes des deux CCAS présents dans les entretiens de groupes sont leurs vice-présidentes, adjointes aux maires de communes de 10 000 habitants. Leurs témoignages indiquent le très grand dénuement qui peut être celui d'élus locaux face aux troubles psychiques qui peuvent leur être signalés en cas de crise ou à d'autres occasions. Elles expliquent aussi qu'il peut en être autrement dans d'autres parties de ce département rural, où subsistent des formes de solidarité plus fortes. Cela ne signifie pas nécessairement moins de difficultés psychiques, mais peut-être davantage d'invisibilité quand des entourages interviennent et contribuent à dissimuler les problèmes. Ces situations toujours complexes expliquent peut-être l'implication croissante des élus dans les CLSM, observée par ailleurs<sup>14</sup>. Une implication que l'on peut cependant modérer lorsque dans les entretiens des acteurs parlent à l'inverse d'élus « *peu concernés, confondant troubles psychiques et maladies mentales* » (Département 3) ou « *désinvestis et ayant mis fin à leur soutien à un [au] CLSM* ». En tout cas, le rôle des élus, comme celui des bailleurs sociaux, ne doit pas être négligé, car ce sont eux également qui facilitent l'accès ou le maintien dans le logement de ces personnes, dont les modalités d'occupation au quotidien (entretien du logement), ou en cas de crise, peuvent parfois susciter incompréhensions ou craintes de l'entourage ou du voisinage.

Dans le même département, les responsables locaux d'un important réseau associatif de Services à la personne ont fait appel à leurs homologues d'une association de parents de personnes en situation de handicap psychique pour organiser une formation de leurs salariées. Les aides à domicile sillonnent tout le département et sont « *fréquemment confrontées à de l'agressivité ou à des comportements bizarres, délirants...* ». En cas de crise, il est prévu qu'elles appellent aussitôt

---

<sup>14</sup> Ce que signalait *Le Courrier des maires* en 2015, dans un article intitulé « Les élus s'impliquent davantage dans les Conseils locaux de santé mentale » [en ligne].

le médecin traitant ou le service de soins infirmiers à domicile. Elles doivent aussi avertir l'assistante sociale de l'association qui sera conduite à intervenir rapidement au domicile de façon à dresser un état de la situation. La procédure est rodée et est d'autant plus facile à mettre en œuvre quand les aides à domicile sont basées, comme sur certains territoires du département, dans des Maisons de santé. Pour autant, les aides à domicile se questionnent sur les conduites à tenir face à certains comportements (incohérence du discours, agitation physique, débordement d'émotion) qui peuvent fortement les déstabiliser.

A leur demande, une formation a donc été mise en place pour répondre à leurs interrogations. Elle a été organisée dans un premier temps avec cinq groupes de 60 professionnelles, sur deux jours. Le premier est consacré à une présentation des troubles psychiques de façon à aider les professionnelles à les reconnaître ou en tout cas de s'assurer qu'elles sont bien témoins d'un comportement caractéristique. La seconde journée porte sur les comportements à adopter. Elle est animée par un psychologue qui analyse avec le groupe les situations vécues par les professionnelles. Ces formations reçoivent un financement du Conseil départemental. Elles s'inscrivent dans une démarche de professionnalisation des aides à domicile mais aussi de labellisation du réseau et de certification de ses services dans le cadre d'une convention avec Cap'Handéo.

### 1.1.2. Des acteurs qui sont recherchés

Dans le Département 1, la MDPH arguant du fait qu'« *elle n'a pas vocation à être le lieu d'accueil exclusif du public handicapé* » a proposé aux CCAS une convention de partenariat portant sur l'accueil, l'information et le conseil aux administrés en situation de handicap et leur famille. Ce choix s'explique par le fait que les CCAS constituent « *la porte d'entrée sociale* » principale sur les territoires, en particulier en milieu rural, à condition cependant d'avoir un personnel suffisant et disponible. Au moment de l'enquête, 45 conventions ont été signées, soit avec la plupart des CCAS du département. Les CCAS ont des raisons d'accepter. Ils contribuent aux politiques de solidarités du Conseil départemental et la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté prévoit la mise en place de « *premiers accueils inconditionnels de proximité* »<sup>15</sup>. Des accueils spécialisés sont donc créés et demandent une montée en compétences. C'est ce besoin qui va conduire les agents des CCAS à aller-vers les acteurs du champ du handicap et donc aussi du handicap psychique. Outre les informations reçues de la MDPH, les agents concernés construisent peu à peu leurs compétences en se tournant vers des acteurs spécialisés en fonction

---

<sup>15</sup> Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, 2019, « Premier accueil social inconditionnel de proximité », Document de référence [en ligne] : « *Le premier accueil social inconditionnel garantit que toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d'ordre social bénéficie d'une écoute attentionnée de la globalité de ses besoins et préoccupations afin de lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptée, dans le respect du principe de participation des personnes aux décisions qui les concernent. La généralisation du premier accueil social inconditionnel répond à une volonté d'améliorer l'accès aux droits, de lutter contre le non-recours et de répondre aux difficultés de coordination des intervenants sociaux. Au sein du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services aux publics, le département, chef de file en matière d'action sociale et de développement social local, structure un réseau de premiers accueils sociaux inconditionnels de proximité et constitue un maillage répondant aux besoins sociaux du territoire. Le département assure par ailleurs lui-même un premier accueil social, en coordination avec les ressources du territoire. Dans le cadre de la contractualisation entre l'Etat et le département pour la lutte contre la pauvreté et l'accès à l'emploi, l'Etat apporte un soutien financier à cette démarche.* »

de leurs besoins. Les agents présents dans les entretiens de groupes expliquent ainsi que cette démarche pragmatique leur permet d'acquérir une connaissance pratique du handicap psychique. Pour autant, le représentant de la MDPH présent lors des entretiens de groupes précise que « *tous les CCAS avec lesquels la MDPH a une convention n'ont pas nécessairement le même investissement... et d'autres avec lesquels il n'y a pas de conventions sont très investis* ».

Ce besoin de maillage institutionnel est vrai pour d'autres acteurs. Dans le même Département, le Conseil départemental a mis en place des Pôles autonomie territoriaux (PAT), parfois en remplacement de Centres locaux d'Information et de coordination (CLIC). Ces dispositifs ont également pour objectif de soutenir les personnes en situation de handicap pour faciliter l'accès aux droits et l'accompagnement des décisions. Nécessairement, ils sont amenés à trouver leur place sur les territoires en travaillant en relation avec d'autres acteurs, dont ceux du champ du handicap psychique qui peuvent leur apporter des ressources mais aussi leur servir de relais.

## 1.2. Des acteurs « potentiels »

Les acteurs potentiels sont représentatifs des « nouveaux métiers » du social et du médico-social qui sont en train d'apparaître en particulier à l'initiative des collectivités territoriales. Ce sont notamment des professionnels de l'intermédiation comme les écrivains publics à vocation sociale (EPVS) et les médiateurs de santé pairs (MSP). Ces acteurs sont connus dans les Départements 1 et 2 où ils ont été signalés comme des acteurs potentiels d'un repérage organisé. Ce sont également les Accueils de jour (AJ) pour les personnes sans domicile et les Centres d'hébergement d'urgence et de réinsertion sociale (CHRS).... D'une autre taille, les entreprises moyennes ou grandes, les bailleurs sociaux et les établissements d'enseignement sont également cités comme des acteurs potentiels importants, tout comme les lieux de privation de liberté représentés lors des entretiens de groupes dans deux départements. Ils pourraient être principaux dans l'organisation d'un « *repérage massif* » sur les territoires vu la taille des populations qu'ils représentent.

### 1.2.1. Les médiateurs de santé pairs et les écrivains publics à vocation sociale

Les témoignages de « *médiatrices paires de santé* » lors des entretiens de groupes réalisés dans le Département 2 ont montré leur capacité à aller-vers des personnes très éloignées de l'accès aux soins et à la santé. Implantées dans des quartiers prioritaires de la politique de la Ville de la commune chef-lieu du département et intervenant dans différents points de rencontre, leur rôle est d'établir un contact avec des populations en repli de façon à leur (re)donner la possibilité de trouver des réponses à leurs besoins. Les personnes rencontrées par les médiateurs de santé pairs sont souvent dans une situation de précarité sociale et vivent généralement dans un très grand isolement. Lorsque les MSP estiment que les personnes sont en souffrance psychique ou bien manifestent des troubles psychiques, elles ont la possibilité de se tourner vers un CLSM par exemple, ou vers d'autres spécialistes avec lesquels des relations sont établies. Elles se disent directement concernées par un repérage organisé qui leur apporterait de nouvelles connaissances et compétences, à la condition toutefois de ne pas être spécialisées en santé



mentale. Leur intérêt pour le métier de MSP réside, comme le dit l'une d'entre elles, dans « *l'approche multidimensionnelle ou intersectionnelle des personnes* ». Elles tiennent à leur mission consistant à remédier aux interruptions de parcours et aux ruptures de droits en tenant compte de l'individualité sociale et culturelle des personnes et des différentes formes de domination ou de discrimination qu'elles subissent.

Au cours des échanges une autre catégorie d'acteurs de l'intermédiation sanitaire et sociale est évoquée ; il s'agit des écrivains publics à vocation sociale. Les EPVS assurent un service de proximité visant à l'aide à la compréhension et au classement de documents administratifs, et à la rédaction de courriers, formulaires et autres documents. Ils proposent des permanences avec ou sans rendez-vous au sein de services publics de proximité (centres sociaux, maisons des habitants...). Ils développent également des informations collectives auprès de la population des quartiers et organisent des rencontres avec les organismes et institutions de manière à favoriser la mise en œuvre de l'accès aux droits. Ces professionnels constituent « *un rouage de l'accès aux droits* »<sup>16</sup> sur lequel il est possible de s'appuyer.

Leur activité est croissante si bien que se créent aujourd'hui des files d'attente. Pour autant, selon les retours dont nous disposons par ailleurs du fait des relations de l'Odenore avec le groupe des EPVS de la commune centre du Département 2, ces professionnelles pourraient être en mesure de jouer également un rôle de vigie dans un repérage organisé des troubles psychiques sur les territoires. L'illettrisme d'une partie de leur public peut être dû à l'altération des aptitudes cognitives et relationnelles de personnes souffrant de troubles psychiques<sup>17</sup>. Comme pour les MSP, les relations des EPVS avec les habitants sont généralement suivies et conduisent les personnes à exprimer leurs difficultés.

### 1.2.2. Les Accueils de jour et les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale

Les Accueils de jour pour les personnes sans domicile<sup>18</sup> sont également mentionnés comme des acteurs potentiels importants d'un repérage organisé. Ces dispositifs à bas seuil d'exigence reçoivent un public présentant généralement des troubles psychiques qui sont loin d'être toujours pris en charge. C'est pour cette raison que ces structures sont en relation étroite, quand elles existent, avec des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, des permanences d'accès aux soins de santé « psy »... Elles peuvent servir de relais à ces unités spécialisées dans le suivi, l'orientation ou l'accompagnement des personnes (intervention en lisière du travail social). L'Accueil de jour présent dans les entretiens de groupes dans le Département 2 explique aussi qu'il participe avec les personnes accueillies à des actions de maraude sociale organisées

---

<sup>16</sup> Selon l'expression du responsable du réseau national des EPVS : Emilie LAY, 2015, « Ecrivain public : un rouage de l'accès aux droits », *La Gazette Santé Social.fr* [en ligne].

<sup>17</sup> La relation entre illettrisme et troubles psychiques est complexe à décrire (Elsa ELME, Nicolas NANTES, Christine DELLIAUX, 2011, « Analyse cognitive et linguistique de l'illettrisme : bilan des études et implications pour la formation » *L'orientation scolaire et professionnelle*, 40/3 [en ligne]. Elle a cependant conduit le réseau des Cap Emploi à proposer le Guide pratique, « Prendre en compte la réalité de l'illettrisme dans les pratiques professionnelles des Cap Emploi », non daté [en ligne].

<sup>18</sup> Différents des accueils de jour et d'hébergement temporaire pour les personnes âgées et les personnes handicapées, auxquels la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a donné une base légale.

localement. Cet Accueil, comme bien d'autres, s'inscrit dans des actions de repérage des populations très précaires fortement exposées à des problématiques psychiques ou psychiatriques.

Dans le Département 3 où les relations entre acteurs sont fortement structurées autour des unités de soins psychiatriques d'un centre hospitalier, les acteurs du champ de la grande précarité/exclusion sont en action dans un dispositif de veille financé dans le cadre d'un appel à projets « Psychiatrie » de l'ARS. L'objectif de ce dispositif est de faciliter des « actions sortantes » en direction des populations éloignées de tout accompagnement et installées dans un déni de la pathologie.

Les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale entrent de facto dans le groupe des acteurs potentiels. Les CHRS qui ont été reconnus comme des lieux de stabilisation après la polémique très médiatisée des tentes de Médecins du Monde en 2007, accueillent des populations en grande précarité qui ont souvent besoin d'un accompagnement sur le plan psychique. Ils remplissent leur mission en développant, outre l'hébergement et l'accompagnement social, une action socio-éducative et une aide psychologique.

Dans le Département 3, les CHRS sont intégrés à l'organisation en réseau mise en œuvre par les unités hospitalières de soins psychiatriques. Ils bénéficient ainsi d'un soutien direct dans le suivi des personnes ou des familles accueillies. Sur les autres territoires, les relations sont moins denses ou moins organisées et les soutiens sont à rechercher au cas pas cas ; le repérage des troubles psychiques est alors moins systématique et intensif.

En tout cas, l'association des CHRS à un repérage organisé des personnes présentant des troubles psychiques constitue pour bon nombre d'acteurs réunis un enjeu de taille alors que la politique pour le « Logement d'abord » a pour objectif d'orienter plus rapidement vers le logement et d'augmenter la fluidité des dispositifs d'hébergement<sup>19</sup>. Comme pour le « virage ambulatoire » à l'hôpital (cf. infra), il s'agit d'éviter des ruptures dans les parcours sanitaires et sociaux et d'assurer une possibilité d'un suivi lorsque l'accompagnement pluridisciplinaire pour les personnes porteuses de troubles psychiques, annoncé dans le plan, ne se met pas en place. Le programme « Un chez soi d'abord », proposant un accompagnement pluridisciplinaire pour les personnes sans-abris porteuses de troubles psychiatriques, est désormais étendu au champ de l'action sociale à travers la politique du « Logement d'abord ». Celle-ci concerne l'ensemble des personnes mal logées et vise leur inclusion dans la cité par un accès direct au logement, s'opposant ainsi au modèle dit « par paliers » jusqu'alors dominant. Cette évolution des pratiques encadrée par les politiques publiques s'inscrit dans le contexte plus vaste d'un renouvellement des conceptions de la santé mentale, qui dépasse la question des troubles psychiques, et fait du bien-être de la personne un « souci » partagé entre les professionnels du champ sanitaire, social, et de l'aide au logement.

---

<sup>19</sup> Julien Lévy, 2017, « L'approche 'logement d'abord' : droit nouveau ou nouveau rapport au(x) droit(s), *La Revue du Projet*, pp. 21-22 [en ligne].

### 1.2.3. Les entreprises

Peu d'entreprises ont commencé à prendre la mesure des difficultés psychiques de leurs salariés et à s'organiser en conséquence. Les troubles psychiques au travail constituent un sujet tabou<sup>20</sup>. Le fait que la responsable de la mission Handicap d'une entreprise multinationale participe aux entretiens de groupes dans le Département 1 a cependant permis d'entrevoir la possibilité de se porter vers les employeurs privés mais aussi publics.

L'action de l'entreprise en question fait partie des exceptions. Il est néanmoins intéressant de comprendre que cette mission Handicap a construit ses compétences et ses ressources en se documentant et en prenant appui sur les acteurs locaux du champ du handicap (dont des acteurs du handicap psychique). Rattachée à la direction des ressources humaines, la mission a pour fonction de faciliter l'expression des difficultés des salariés orientés par le service médical ou le service social de l'entreprise. Par l'organisation de manifestations, de séances d'informations, la diffusion de plaquettes sur les formes de handicap et l'animation d'un Intranet et de Forums, la mission Handicap cherche à « *libérer la parole* » et à « *déstigmatiser la question du handicap* ». Elle vise aussi à attirer l'attention des managers sur les souffrances au travail de façon à ce qu'ils incitent « *les salariés qui ne vont pas bien* » à se tourner vers les services de l'entreprise. C'est un travail à plusieurs niveaux qui se met en place pour adapter les comportements et les relations professionnelles aux « *risques psychosociaux* » (RPS), c'est-à-dire à l'ensemble des risques trouvant leur origine dans l'organisation et le contenu du travail ainsi qu'au travers des relations humaines en milieu professionnel<sup>21</sup>. Le repérage de troubles psychiques peut se faire en étant vigilant à la lenteur dans l'exécution des tâches, au besoin de repères structurants, au respect des règles, notamment en ce qui concerne les horaires de travail, etc. Mais la mission Handicap comme les médecins, travailleurs sociaux de l'entreprise sont vigilants sur tous les risques trouvant leur origine en dehors du cadre professionnel.

En relatant cette expérience dans les autres départements, le GEM rencontré dans le Département 2 fit part aussitôt de sa conviction que les entreprises constituent une cible principale, fort de son expérience avec une autre grande entreprise cotée au CAC 40 qui l'a sollicité pour construire une méthode d'expression des difficultés psychiques liées au « *burn-out* ». Ce travail conduit avec le médecin du travail de l'entreprise a amené à la production d'un outil, « *L'Arbre des idées reçues* », que les partenaires envisagent aujourd'hui de labelliser. Cet arbre en bois, fabriqué par les adhérents dans l'atelier menuiserie du GEM, repose sur la méthode dite « *l'arbre des causes* » qui permet de comprendre les circonstances qui ont conduit à une situation. Son objectif est, comme avec la mission Handicap, de combattre les idées reçues et de déstigmatiser les troubles psychiques au travail. Le GEM a pour objectif de diffuser cet outil au sein d'établissements d'enseignement ; des démarches sont en cours.

---

<sup>20</sup> Des acteurs du monde de l'entreprise le constatent : Emma HENRICH, 2019, « Les troubles psychiques au travail : un sujet tabou », *La plateforme de l'engagement RSE et développement durable* [en ligne]. Gwénaél BERTHELEME, Claire LE ROY-HATALA, 2009, « L'entreprise face aux troubles psychiques. Comment l'entreprise peut-elle aborder la question de la santé mentale ? » Actes du colloque, *L'agence entreprise et handicap / Sciences Po Paris* [en ligne].

<sup>21</sup> La question des RSP est largement documentée, voir par exemple le Dossier « Les maladies psychiques liées au travail » dans *Santé & Travail*, 97, 2017 [en ligne].

Les entretiens de groupes dans les trois départements sont parvenus à l'idée que les entreprises sont certainement des acteurs principaux dans un repérage organisé sur les territoires. Toutefois, il n'échappe à personne que le défi est immense tant la diversité des entreprises est grande et leur fonctionnement encore très éloigné d'une logique de prévention. Une importante association de parents parle même d'échec la concernant, puisqu'aucune de ses démarches en direction d'entreprises dans le Département 1 (lors de Forums ou au travers des démarches ciblées) ne lui ont permis d'accéder à des collectifs de salariés.

#### 1.2.4. Les bailleurs sociaux

Au cours des entretiens de groupes, les bailleurs sociaux ont été plusieurs fois signalés comme des acteurs potentiels importants. Hormis dans le Département 3, les participants n'ont pas signalé de relations établies avec ces acteurs. Pourtant il est clair pour tous que les bailleurs sociaux sont de plus en plus souvent amenés à rechercher des procédures adaptées pour répondre aux problèmes de troubles de voisinage et à développer des partenariats avec les services de santé. Face à ces situations, les bailleurs restent globalement démunis, alors qu'ils portent une responsabilité en matière de tranquillité résidentielle.

On ne parle pas ici de la situation parfois très difficile de certains ensembles ou quartiers engendrée par les trafics et la confiscation d'espaces collectifs ou publics, mais de la gestion des troubles psychiques qui occasionnent des troubles de voisinage. Or la distinction entre non-respect de normes comportementales et troubles de comportements ne relève pas de la compétence des bailleurs sociaux. Le repérage préventif de situations relevant effectivement de troubles psychiques est donc à inventer. C'est peut-être pour cette raison que l'Association pour la formation professionnelle continue des organismes de logement social (AFPOLS) a mis en place en 2019 une formation intitulée « Troubles du comportement en logement social », dont la présentation est la suivante : « *Les organismes HLM accueillent des populations de plus en plus fragiles et vulnérables cumulant parfois les difficultés économiques, sociales, psychologiques... Les équipes, fonction sociale et proximité, sont confrontées à des situations complexes, difficiles à appréhender, impactant parfois fortement leur quotidien : stress, sentiment d'impuissance... Cette formation fournit des repères sur les troubles du comportement : troubles psychiques, incurie, addiction (alcool et jeu), violences faites aux femmes et permet de découvrir de nouvelles manières de travailler en équipe en interne et avec des partenaires extérieurs. En générant de la fluidité dans le traitement de ces situations complexes, elle permet aussi d'apaiser les tensions et de sortir des impasses.* » En même temps, la création d'un partenariat efficace entre acteurs du logement, de l'accompagnement social et du soin médical est, selon les acteurs réunis, un objectif à rechercher, comme cela a été signalé depuis longtemps<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Gary EVANS, Nancy WELLS, Anne MOCH, 1999, « Habitat et santé », *Villes en parallèle*, 28-29, pp. 196-213. Anne SAUVAYRE, Julien LEPLAIDEUR, Juliette BARONNET, Didier VANONI, 2014, « La gestion sociale des organismes HLM comme réponse aux nouveaux enjeux de société », *Recherche sociale*, 211, pp. 48-89

### 1.2.5. Les établissements d'enseignement

Dans les trois départements, la discussion a également porté sur l'Education nationale. Alors qu'il avait été précisé que la recherche s'intéresse en priorité aux personnes adultes présentant des troubles psychiques, les participants ont été unanimes pour considérer qu'il y avait là « *une contradiction* ». Comment travailler sur la possibilité d'un repérage précoce si un seuil est fixé par un âge ?

Pour tous les acteurs, la notion de repérage va de pair avec celle de « *parcours* » (de vie) ou de « *trajectoire* » (sociale). Le sentiment d'un accroissement des troubles psychiques chez les jeunes appelle à les détecter le plus tôt possible. Tous partagent l'avis que les établissements d'enseignement, au moins les lycées voire les collèges, devraient participer à la détection. Derrière les troubles psychiques se cache une grande variété de situations : dépression, troubles obsessionnels compulsifs, crises d'angoisse, anorexie, troubles bipolaires, troubles psychotiques... Or les troubles psychiques peuvent devenir un véritable handicap et doivent être soignés pour permettre à l'élève de poursuivre ses études.

Les MDPH sont en lien avec les acteurs de l'Education nationale pour le parcours des enfants en situation de handicap. Il s'agit cependant d'une gestion de places d'Aides à la vie scolaire (AVS) ou en unités localisées pour l'inclusion sociale (ULIS) par exemple. Aussi, bon nombre d'acteurs réunis lors des séances considèrent qu'une action coordonnée entre acteurs du champ du handicap psychique devrait être menée en direction de l'Education nationale de façon, au moins, à signaler des possibilités de relais à la communauté éducative (enseignants, responsables administratifs, professionnels médico-sociaux) sinon directement aux familles.

Dans le Département 2, le médecin responsable du service de santé universitaire indique que bon nombre d'étudiants ont pu bénéficier de la présence d'une AVS jusqu'à la fin de leur études secondaires, mais n'ont plus cette possibilité ensuite. Cette situation les pénalise et peut être une cause d'abandon de parcours sinon de redoublement. De même, il lui semblerait important en matière de logement de faciliter pour certains étudiants une mise en commun de la Prestation de compensation du handicap. Interrogée sur d'éventuelles discussions avec la MDPH, le médecin indique qu'aucune démarche n'est entreprise et que les services sociaux de l'Université ne sont probablement pas en relation avec la Maison départementale. De son point de vue, les universités doivent mettre en œuvre des plans d'action pour améliorer la vie étudiante mais sont loin de prendre en compte les troubles psychiques de la population étudiante. Parlant de son université, elle dit que celle-ci n'est « *pas intéressée* » et nous laisse sur cet exemple : « *Il existe un dispositif, l'EBS (Etudiant à besoin spécifique)... mais il concerne étudiants artistes ou sportifs de haut niveau...* ».

Pourtant, les troubles psychiques dans la population étudiante sont en croissance et le service de santé universitaire n'est pas en mesure d'agir à défaut de relations établies avec d'autres acteurs et de réponses suffisantes. Un seul exemple, le service constate une progression de 40% en 3 ans des « *aménagements de parcours* » demandés par des étudiants, ou pour eux par leurs

enseignants, au motif de troubles anxieux et dépressifs. L'accueil est fait par une infirmière spécialisée en psychiatrie et le médecin délivre une autorisation d'aménagement de parcours. Mais ensuite, les difficultés ne sont pas traitées puisqu'aucun relai n'est établi pour accompagner les étudiants, que ce soit sur le plan administratif, social ou médical. Le médecin présent admet son ignorance des acteurs et des dispositifs du champ du handicap, et atteste d'une situation semblable dans les autres centres de santé universitaires.

#### 1.2.6. Les lieux de privation de liberté

La constitution des groupes pour les entretiens a permis la présence de deux assistantes sociales, l'une travaillant dans un lieu de privation de liberté (Département 1) et l'autre dans un Service pénitentiaire d'insertion et probation (Département 2). Ces professionnelles ne sont pas revenues sur les conditions de l'incarcération en général, ni sur l'importance des troubles psychiques parmi les détenus écroués, ni non plus sur les conditions du suivi médical et social des personnes incarcérées. On retiendra de leurs témoignages volontairement sobres le fait suivant : hormis pour les personnes bénéficiant d'une « mesure de sortie en aménagement de peine » pour lesquelles il peut être possible, en fonction des moyens, de préparer un suivi avec des acteurs relais ou directement avec la MDPH, dans les autres cas de figure les détenus écroués sont généralement libérés sans qu'un accompagnement ne soit mis en place. Or les chiffres sont là :

- Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, parmi les 79 785 personnes écrouées sur un total de 243 504 personnes prises en charge par l'administration pénitentiaire (163 719 personnes sont suivies en milieu ouvert), 12 247 bénéficient d'un aménagement de peine sous écrou. Autrement dit, cela signifie que 15% de la population sortant de prison aurait une possibilité plus assurée d'être accompagnée pour des troubles psychiques le cas échéant.
- Or, « Plus de 20% des personnes incarcérées sont atteintes de troubles psychotiques dont 7,3% de schizophrénie et 7% de paranoïa et autres psychoses hallucinatoires chroniques. Au total, huit hommes détenus sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique, la grande majorité en cumulant plusieurs parmi lesquels la dépression (40%), l'anxiété généralisée (33%) ou la névrose traumatique (20%). Le taux de pathologies psychiatriques est 20 fois plus élevé en prison que dans la population générale. »<sup>23</sup> Cette situation s'aggrave alors que le Comité consultatif national d'éthique s'alarmait il y a dix ans d'un « déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison »<sup>24</sup>.

Vu les situations qu'elles vivent au quotidien, les deux intervenantes sont loin de partager l'idée défendue dans certains travaux, selon laquelle « la prison devient hospitalière »<sup>25</sup>. Au contraire, la

<sup>23</sup> OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (section française), 2018, « Santé mentale » [en ligne]. Voir aussi : Christiane DE BEAUREPAIRE, 2012, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS*, 40, pp. 125-146.

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> Camille LANCELEVÉE, 2017, « Quand la prison prend soin : enquête sur les pratiques professionnelles de santé mentale en milieu carcéral en France et en Allemagne. Travail de recherche doctorale financé par l'attribution d'une bourse EN3S », *Regards*, 51, pp. 245-255.

situation paraît particulièrement préoccupante dans le cas des « réductions de peine » qui produisent des sorties plus tôt et dans l'urgence, des « sorties sèches » et des « transferts d'un établissement pour peine à un autre » pour lesquels le délai d'attente de quatre mois et largement dépassé<sup>26</sup>, créant des « vrais temps morts, où aucun suivi ne peut être mis en œuvre ou poursuivi ». Aussi pour l'assistante sociale en établissement les relations sont indispensables avec le Service pénitentiaire d'insertion et de probation. Mais celui-ci manque de moyens et pare au plus pressé. Comme le dit sa représentante, c'est « une vraie richesse que d'avoir une assistante sociale dans les établissements [pénitentiaires], mais ce n'est pas le cas partout. Du coup, la plupart des personnes sous écrou sont en situation de non-recours et il n'y a personne pour s'occuper de leurs droits... y compris à l'aide humaine de la PCH qui peut aussi être mise en œuvre en prison ». Ces professionnelles comme la plupart de leurs homologues sont par conséquent dans l'obligation d'un « bricolage permanent » et se disent très intéressées de pouvoir avoir accès à un inventaire des ressources et à de relais, même quand la réinsertion ne se fait pas sur leur territoire. Dans le Département 2, en matière de santé psychique ou psychiatrique, « le recours est l'hôpital ou quelques médecins libéraux, et les CMP sont surchargés ». Or à défaut de budget alloué, les personnes écrouées n'ont pas d'autre solution que de consulter un médecin libéral. Mais selon l'intervenante, si elles en avaient les moyens, elles ne seraient probablement pas épargnées par des refus de soin. Aussi, c'est peu dire que les programmes (expérimentaux) pour renforcer et préserver l'accès à la santé des personnes écrouées laissent ces professionnelles pour le moins sceptiques<sup>27</sup>.

Les échanges développés autour de la situation des personnes écrouées ont apparemment été nouveaux pour la plupart des autres intervenants. Les représentants des réseaux de santé et d'insertion sociale ou d'associations de parents ont alors indiqué la part de responsabilité de leurs organisations et considéré qu'un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques devait de leur point de vue passer aussi par les lieux de privation de liberté, sans se faire d'illusion sur la possibilité d'instituer des formes d'intervention en établissement.

### 1.3. Des acteurs « problématiques »

Au rang des acteurs qualifiés de « problématiques », deux acteurs très différents ont été régulièrement cités. Ce sont les médecins traitants et les acteurs de l'accompagnement tutélaire. Ces acteurs sont connus des participants car quel que soit le territoire leur implication paraît très déficitaire alors qu'elle paraît nécessaire sinon incontournable. Bien entendu, il existe des contre-exemples, en particulier dans le champ de la médecine de premier recours.

---

<sup>26</sup> Selon les établissements, les personnes détenues doivent parfois attendre jusqu'à 20 mois pour être transférées dans la région de leur choix : OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS (section française), 2019, « Transfert d'un établissement pour peine à un autre : des délais d'attente infinis » [en ligne].

<sup>27</sup> Par exemple le programme « Droits et santé en prison pour et avec les personnes détenues » du Ministère des Solidarités et de la Santé.

### 1.3.1. Les médecins

Dès les premiers échanges, les médecins traitants ont été mentionnés par l'ensemble des participants comme étant « *le maillon manquant* ». Pour tous les acteurs et les MDPH également, l'implication des médecins traitants est indispensable vu la difficulté à identifier et reconnaître les troubles psychiques, et le risque de faire entrer les altérations du psychisme dans le champ du handicap avec tout ce que cela peut induire comme « mauvais choix » pour les personnes, leur entourage et la collectivité. Cela est confirmé dans de nombreux témoignages<sup>28</sup>.

Tout en se gardant de généraliser la situation, les acteurs réunis considèrent que les médecins traitants pourraient être nettement plus actifs. Le constat est unanime : « *Ils sont noyés dans le somatique.* » Aussi de leur point de vue, un premier pas serait d'inciter les médecins traitants à être attentifs, par exemple, aux syndromes d'épuisement professionnel qui amènent des demandes d'arrêts de travail : « *Certains troubles sont mal évalués, comme la dépression liée à l'environnement, au travail, ... Cela peut être très invalidant jusqu'à une impossibilité de se rendre au travail. Il y a une trop grande carence dans la prise en compte de ces situations et de leurs dimensions psychiques. Il ne peut y avoir de repérage précoce sans prise en compte systématique des dimensions psychiques des situations de 'burn-out'* ». Les échanges réitèrent l'antienne du besoin de formation, pour s'inquiéter au passage dans le Département 2 de la disparition au niveau régional du diplôme universitaire « Santé mentale et handicap psychique » proposé aux étudiants en médecine générale.

Des propositions, plus originales, apparaissent cependant au cours des entretiens de groupes. En particulier, les médecins d'un Centre communautaire de santé insistent sur la nécessité de ne plus considérer le dossier médical à remettre dans le cadre des demandes à déposer aux MDPH comme un acte administratif, mais comme un « *acte de soin* » reconnu par la Sécurité sociale. A la condition cependant qu'une procédure d'alerte ou de signalement soit mise en place en direction d'acteurs du champ du handicap psychique en mesure de proposer un appui à la mise en place de réponses adaptées (CLSM, Réseaux sanitaires et médico-sociaux...), afin d'éviter l'orientation systématique vers les MDPH. Selon ces acteurs, le dossier médical partagé qui se met en œuvre aujourd'hui pourrait également constituer une opportunité intéressante s'il facilite la circulation d'informations entre les professionnels de santé et amène en particulier les médecins psychiatres à informer systématiquement leurs confrères généralistes, alors que l'une des difficultés est le fort séquençage des accompagnements. Cependant, tous les participants considèrent que la circulation de l'information doit être encadrée pour protéger les droits et libertés des personnes.

Parallèlement, plusieurs participants aux entretiens de groupes considèrent que d'autres professionnels de santé intervenant à domicile (infirmiers, kinésithérapeutes) devraient être associés. Il leur semble a priori que certains d'entre eux seraient intéressés de pouvoir trouver

---

<sup>28</sup> Voir par exemple l'entretien avec le docteur Nathalie Sénécal, experte « santé et recherche » de la Fondation de France : *ASH*, n° 3013, 22 mars 2019, 19.



des relais face à des situations qui les dépassent et pour lesquelles ils ne savent pas nécessairement qui prévenir.

A l'hôpital général, le repérage des personnes avec des troubles psychiques paraît également trop souvent défailant. Les associations de parents qui essaient une offre de services en direction des personnes hospitalisées et de leurs proches ont beaucoup de mal à être prises en considération. La réduction des temps d'hospitalisation et le travail en flux tendus de beaucoup de services ne favorisent pas leur intervention. Selon nos interlocuteurs, « *l'hôpital devrait être le lieu privilégié de l'orientation, mais c'est un peu au bon vouloir des personnes, sans cadre structuré et avec de nombreux cloisonnements.* » Les associations présentes dans les entretiens de groupes s'interrogent par conséquent sur l'intérêt de maintenir leur présence à l'hôpital. Elles sont d'autant plus consternées que l'hôpital devrait être un lieu de prévention ; par exemple, les associations de parents de personnes cérébro-lésées martelant la question documentée par ailleurs<sup>29</sup> des lésions cérébrales précoces (des participants parlent des « *bébés secoués* ») qui provoquent des troubles cognitifs, psychiques et somatiques de façon durable sinon irréversible.

Cette situation paraît d'autant plus dommageable que le « virage ambulatoire » appelle une prise en charge hors les murs au travers d'une large coordination d'acteurs. Or dans bien peu de territoires il existe des dispositifs spécialisés, comme les « centres ambulatoires de santé mentale », qui peuvent apporter des réponses en organisant à l'échelle de bassins de vie des interconnexions entre acteurs du soin et acteurs de l'accompagnement.

Très différemment, l'expérience relatée d'un centre communautaire de santé lors des entretiens de groupes dans le Département 2 montre l'importance d'une organisation pluri-professionnelle territorialisée (c'est-à-dire en réseau d'acteurs) des soins de santé. De part ses articulations au Centre médico-psychologique, à une équipe mobile spécialisée en psychiatrie, une unité de soins en addictologie, un lieu d'écoute animé par une psychologue... mais aussi à l'ensemble des acteurs associatifs locaux intervenant en direction des populations précaires, ce centre de santé est en mesure de jouer un rôle pivot dans la détection et l'orientation de personnes présentant des troubles psychiques auprès d'autres acteurs du territoire. La présence d'un médecin psychiatre est déterminante, « *c'est la condition d'un certificat médical solide* » pour les besoins du projet des personnes.

### 1.3.2. Les acteurs de l'accompagnement tutélaire

Une autre catégorie d'acteurs « problématiques » a été signalée. Il s'agit des tuteurs, curateurs ou autres mandataires judiciaires à la protection des majeurs (lorsque le juge des tutelles ne peut pas désigner un membre de la famille pour exercer la mission de tuteur ou curateur). Ces acteurs ont été signalés en particulier par les représentants des GEM. La crainte ici est que pour différentes raisons les acteurs de l'accompagnement tutélaire ne soient pas en mesure de signaler leurs observations. Directement concernés par cette discussion, les représentants des

---

<sup>29</sup> Par exemple : Françoise MARECHAL, Alain CROUAIL, 2007, « Les enfants cérébro-lésés : souffrance cognitive, psychique et somatique », *Le Journal des psychologues*, 246, pp. 57-61.

associations de parents confirment la nécessité pour les aidants, tuteurs ou curateurs, de trouver des lieux ressources pour interpréter des troubles de comportements et trouver des appuis dans la négociation avec leurs proches<sup>30</sup>.

La question vaut également pour les mandataires désignés par le juge, et même a fortiori pour eux tant leurs relations aux acteurs du social et du champ du handicap psychique sont faibles ou inexistantes. Le besoin d'articulation introduit dans d'autres travaux<sup>31</sup> se retrouve dans les entretiens réalisés dans les trois départements. Les acteurs rencontrés sont d'autant plus soucieux de la situation que l'accompagnement tutélaire bien souvent restreint à la gestion de l'argent peut générer du non-recours à des aides ou dispositifs. C'est ce que confirment bon nombre des adhérents et les responsables des GEM, qui parlent du « *forcing à faire* » pour obtenir un accompagnement suffisant. On est loin des recommandations en termes de « *construction d'un accompagnement des personnes les plus vulnérables dans une logique de parcours individualisé* »<sup>32</sup>.

#### 1.4. Une distribution des acteurs à associer à un repérage organisé

La présentation de ces résultats conduit à une distribution des acteurs des trois groupes (les « mobilisés », les « potentiels » et les « problématiques ») en fonction de la taille moyenne supposée des populations qu'ils représentent.

A priori, la difficulté d'associer les acteurs n'est pas proportionnelle à leur « impact ». Pris individuellement, les acteurs « problématiques » ne sont pas nécessairement ceux qui, en moyenne, touchent la population la plus importante alors que cela pourrait être le cas des acteurs « mobilisés ». Cette estimation suppose par exemple qu'un CCAS générerait davantage d'administrés (plus les communes sont grandes plus elles développent une action sociale)<sup>33</sup>, qu'un médecin traitant suivrait de patients (864 patients en moyenne en 2015)<sup>34</sup>. Ainsi, le facteur impact serait plus important à l'échelle des acteurs « mobilisés » (CCAS et SAD) et des acteurs « potentiels » (notamment les entreprises moyennes et grandes, les bailleurs sociaux et

---

<sup>30</sup> Ce besoin d'appui a été analysé dans d'autres travaux. Par exemple : Jeannine BACHIMONT, Martine BUNGENER, Eric HAUET, 2014, « Des gestions de tutelle qualifiées de difficiles : une négociation à construire entre tuteurs et majeurs souffrant de troubles psychiatriques », *Recherche familiales*, 1, pp. 73-86.

<sup>31</sup> Pierre BOUTIER, 2010, « Le mandataire judiciaire à la protection des majeurs : de la professionnalisation à l'accompagnement, *Vie sociale*, 3, pp. 93-113. DEFENSEUR DES DROITS, 2016, *Protection juridique des majeurs vulnérables* [en ligne].

<sup>32</sup> Anne CARON DEGLISE, 2018, « L'évolution de la protection juridique des personnes. Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables », Rapport de mission interministérielle (Ministère de la Justice, Ministère des Solidarités et de la Santé, Secrétariat d'Etat aux Personnes handicapées, p. 98 [en ligne].

<sup>33</sup> La loi du 7 août 2015 portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) a rendu facultative la création d'un centre communal d'action sociale dans les communes de moins de 1 500 habitants, lesquelles peuvent choisir de gérer directement cette compétence en interne ou de la transférer, en tout ou partie, à un centre intercommunal d'action sociale (CIAS). Cependant, 4 communes sur 10 confient toute leur politique sociale au CCAS. Et plus les communes sont de taille importante, plus elles développent une action sociale dans le cadre d'un CCAS. A noter également que le réseau de l'UNCCAS (Union nationale des CCAS) représente la quasi-totalité des communes de plus de 10 000 habitants et 80 % des communes de 5 000 à 10 000 habitants.

<sup>34</sup> Julian PRIAL, 2016, « Un généraliste a en moyenne 864 patients », *Pourquoi docteur ? Comprendre pour agir* [en ligne].

les établissements d'enseignement), que des acteurs « problématiques » (médecins traitants et acteurs de l'accompagnement tuteur).)

Si l'on suit ce raisonnement, l'organisation d'un repérage précoce sur les territoires est confrontée à un choix d'acteurs et par là même à des stratégies différentes. Une première stratégie peut être de cibler des acteurs à l'impact faible ou moyen, mais dont le repérage présente des garanties supérieures du fait de leurs compétences (notamment les médecins traitants), et dans ce cas le besoin en termes de ressources nécessaires peut être plus limité. Une autre peut être d'investir davantage de ressources, mais pour mobiliser des acteurs qui seraient en mesure de porter le repérage sur des populations plus importantes (par exemple, les bailleurs sociaux et des grandes entreprises).

En même temps, si un choix est à faire, il convient de tenir compte de l'organisation de la prise en charge de la santé mentale dans les départements. Selon les territoires l'accès aux médecins traitants peut être différent. On le voit dans l'enquête, le Département 3 qui fait partie « *des territoires à dominante rural qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante* » a une organisation de la prise en charge de la santé mentale qui articule, davantage que dans les deux autres départements, les services spécialisés et les médecins traitants. Plusieurs actions relevées lors des entretiens de groupes y contribuent, notamment la mise en place d'une procédure de partage d'informations entre médecins psychiatres et médecins généralistes, mais aussi le développement des maisons de santé pluri-professionnelles pour renforcer la présence médicale de proximité. Cette politique soutenue par le Conseil départemental et l'ARS affiche un solde positif d'installations de médecins généralistes. Elle a mis dès le départ en relation les maisons de santé et les unités hospitalières de soins de santé mentale. Dans un département comme celui-ci, s'il fallait associer les médecins traitants à un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques, le maillage existant entre professionnels de santé pourrait en toute logique servir de point d'appui.

## 2. Les ressources

*Quelles ressources les acteurs du champ du handicap psychique peuvent-ils mettre en œuvre, qui leur semblerait utile de fournir dans un repérage des troubles psychiques par des acteurs qui sont en dehors du champ du handicap ?*

Les ressources identifiées lors des entretiens de groupes peuvent être classées selon les acteurs du champ du handicap psychique qui les fourniraient. Quatre catégories de ressources apparaissent : « la connaissance des troubles psychiques », « le savoir-faire d'une communication adaptée », « les informations pratiques » et les « médiations ». Ces ressources sont souvent interdépendantes.

## 2.1. Les types de ressources

La connaissance des troubles psychique constitue la première ressource puisqu'elle peut aider tout d'abord les acteurs non spécialistes à reconnaître les comportements caractéristiques de troubles psychiques. Cette ressource est d'ordre médical mais relève de savoirs scientifiques ou de savoirs d'expérience (les deux catégories sont parfois poreuses). Les fournisseurs de connaissances sur les troubles psychiques peuvent être des unités de soins spécialisés (dans le Département 3), mais aussi les CLSM, les réseaux de santé et d'insertion sociale, et les associations de parents (dans les trois départements). Leurs expertises sont construites et donnent lieu à des offres d'information et de formation qui peuvent aider à préparer des acteurs au repérage.

Le savoir-faire d'une communication adaptée concerne la relation aux personnes présentant des troubles psychiques. Cette ressource se construit essentiellement à travers la pratique des échanges. Elle est considérée comme une ressource-clé pour identifier les situations anxiogènes, problématiques (gestion de l'attente, frustration...), repérer les signes de tension... Lors des entretiens de groupes dans les trois départements, les CLSM, les réseaux de santé et d'insertion sociale, les associations de parents et les GEM se définissent comme des acteurs principaux dans la transmission de ce savoir-faire qu'ils ont cherché à modéliser.

Les informations pratiques représentent une ressource nécessaire pour inciter des acteurs à s'engager dans un repérage. Elles leur fournissent les premiers éléments de réponse qu'ils peuvent apporter aux personnes. Ces informations indiquent des lieux (lieux d'accueil et de soutien, lieux de soins ou d'insertion) et des acteurs du secteur médical et d'autres domaines (logement, travail...) qui peuvent proposer des aides ou des accompagnements pour la réalisation des projets. Dans les trois départements, les fournisseurs d'informations pratiques sont de nouveau les CLSM, les réseaux de santé et d'insertion sociale, les associations de parents et les GEM. Ils renvoient souvent à leurs propres offres de services.

Les médiations offrent la possibilité d'orienter sinon d'accompagner les personnes présentant des troubles psychiques vers des acteurs du soin et du social, mais aussi de la formation, de l'emploi, du logement... de façon à établir des relations sur lesquelles les personnes (ou leurs proches) pourront s'appuyer. Les acteurs qui peuvent proposer une médiation sont les mêmes que précédemment. Mais cela varie selon leur implantation dans le tissu institutionnel et associatif local, qui peut être plus ou moins dense et articulé. Dans le Département 3, les unités de soins spécialisés jouent un rôle la promotion de cette ressource en aiguillant des personnes et leurs proches vers les CLSM, GEM, associations, réseaux de santé et d'insertion sociale, services sociaux... de façon à ce qu'ils leur procurent des services ou bien les adressent à des relais. Les médiations constituent aux yeux de l'ensemble des participants aux entretiens de groupes une ressource a priori indispensable pour décider d'autres acteurs de participer à un repérage. Ces derniers n'ayant aucunement la possibilité de s'occuper du démarrage d'une réponse, ils ont besoin de relais en mesure de jouer un rôle d'orientation ou d'accompagnement.

Ces quatre ressources sont complémentaires. Chacune outille un type de besoin : « besoin de connaissance », « besoin de communication adaptée », « besoin d'incitation », « besoin de relais ». Tous ces besoins sont à prendre en compte pour qu'une démarche de repérage soit possible. L'organisation d'un repérage précoce sur les territoires demande par conséquent de pouvoir répondre à un ensemble de besoins et pour cela d'articuler entre eux les acteurs qui sont en mesure de fournir des éléments de réponse. Au cours des entretiens de groupes, la question de l'articulation des acteurs a fait l'unanimité ; certains participants la qualifiant d'« enjeu primordial ». Elle donne toute son importance à la discussion, plus loin, sur l'organisation collective d'un repérage sur les territoires.

## 2.2. Des portfolios de compétences sous forme d'offres de services

La comparaison entre départements indique que des acteurs organisent leurs ressources comme des portfolios de compétences qu'ils proposent sous forme d'offres de services. C'est vrai en particulier des acteurs financés ou subventionnés par les délégations départementales des ARS et/ou par des collectivités locales (Conseils régionaux ou départementaux, intercommunalités, communes), notamment les réseaux de santé et d'insertion sociale, les CLSM et les GEM. Ces portfolios sont plus ou moins diversifiés selon les structures.

Du fait de leur histoire, de leur organisation sous forme de fédération d'acteurs, de leur échelle d'intervention... les réseaux de santé et d'insertion sociale présentent les offres de services les plus étendues. Les réseaux rencontrés déclinent leurs prestations en direction des personnes atteintes de troubles psychiques susceptibles d'entraîner, ou entraînant, une situation de handicap. Ils proposent par exemple des mises en situation grâce à des stages qui ont pour but de permettre aux personnes d'évaluer leur compétences et d'élaborer avec un soutien, un projet d'insertion le mieux adapté possible à leurs besoins et attentes. Ils proposent également des actions d'information ou de formation à l'intention des familles et des professionnels. Ils diffusent ainsi les connaissances sur les troubles psychiques et le savoir-faire communicationnel qu'ils ont pu accumuler. Les représentants de ces réseaux font part également de leur intention de proposer une offre de formation aux « Premiers secours en santé mentale » (PSSM). Ces programmes visent à aider des personnes présentant les premières manifestations de troubles psychiques ou en situation de crise, en apprenant à se comporter de façon adaptée et en connaissant suffisamment le système de soins et d'accompagnement ainsi que le tissu associatif, pour s'orienter elles ou leurs proches vers un dispositif susceptible d'apporter l'écoute et les soins requis par leur état de santé. Les représentants d'associations de parents leur emboitent le pas, d'autant plus que l'Institut national de formation de l'infirmier et du personnel psychiatrique (INFIPP), Santé Mentale France et l'UNAFAM ont décidé de mettre en œuvre sur l'ensemble du territoire français le programme de formation PSSM<sup>35</sup>.

---

<sup>35</sup> Ce programme, créé sous le nom de *Mental Health First Aid* (MHFA), en 2001 en Australie, où 540 000 personnes ont été formées en 15 ans, est mis en œuvre à ce jour dans plus de 20 pays, dont le Japon, le Canada, le Royaume-Uni, l'Irlande, le Danemark, les Pays-Bas et la Finlande et prochainement la Suisse puis la France et l'Allemagne. La Direction générale de la Santé, l'Agence nationale de Santé Publique ainsi que la Fondation de France apportent leur soutien à ce projet en contribuant au financement du démarrage. Le Conseil interministériel pour la santé, réuni le 26

Des réseaux de santé et d'insertion sociale mettent librement à disposition les informations pratiques qu'ils ont réunies et structurées, par exemple sous forme de guide téléchargeable sur les associations, services et établissements existants sur un territoire pour les personnes adultes en situation de handicap psychique. Du fait la diversité de leurs membres (professionnels de santé libéraux ; structures sanitaires, médico-sociales et sociales ; représentants d'usagers et de familles), ces réseaux offrent aussi des possibilités de médiation. Parallèlement, ils peuvent générer d'autres services comme par exemple des « *Psytrucks* » qui sillonnent villes et campagnes à la rencontre des populations et des acteurs pour les sensibiliser aux troubles psychiques et mentaux, faire évoluer les idées reçues, favoriser l'accès aux soins et valoriser les ressources locales.

Les associations de parents jouent sur les mêmes registres mais avec des forces plus réduites. Elles tirent principalement leur légitimité du fait que « *ceux qui ont la mémoire des choses, ce sont les personnes de l'entourage* ». Dans le Département 2, des représentants associatifs évoquent l'approche du « *Dialogue ouvert* » qui inclut les familles et les réseaux sociaux des personnes dans le travail en équipe<sup>36</sup> et semblent appeler à des formations ad hoc. Cette approche peut faciliter l'articulation entre acteurs, en particulier en amenant les associations de parents qui seraient encore imprégnées de la « *pensée catégorielle* » en psychiatrie<sup>37</sup> à prendre le chemin d'une approche bio-psycho-sociale des troubles psychiques. Pour l'essentiel, les ressources dont disposent les associations de parents concernent à la fois la connaissance des troubles psychiques et le savoir-faire relationnel et communicationnel. Elles disposent de sites Internet et diffusent des flyers pour se faire connaître. Par le jeu du bouche-à-oreille, elles interviennent pour informer et former. Ces interventions sont bénévoles et reposent sur la disponibilité et l'appétence des membres les plus actifs, même dans le cas de la formation d'aides à domicile présentée plus haut. Les associations peuvent également participer à un rôle de médiation ; tout dépend de leur connaissance des lieux et des dispositifs qui peuvent servir de relais.

Pour les structures plus petites, comme les GEM, cela dépend beaucoup des partenariats qu'ils savent développer sur les territoires. Cela demande en permanence un travail de relations. Les GEM les plus entreprenants sont connus et recherchés pour les informations pratiques qu'ils ont rassemblées et les médiations qu'ils peuvent proposer, notamment en direction des acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement, et ceux de l'insertion sociale et professionnelle avec lesquels ils ont établi des partenariats. Ce dynamisme génère parfois des effets leviers qui peuvent venir abonder la trésorerie des GEM. Ainsi l'un des GEM qui a valorisé ses actions en direction d'autres acteurs du territoire, a été lauréat d'une dotation de la Fondation de la Caisse d'Epargne ; il a pu ainsi aménager et équiper ses nouveaux locaux. Parfois, les animateurs des GEM sont interpellés par d'autres acteurs pour leur expertise sur les troubles psychiques, étant

---

mars 2018, a même inscrit la formation des étudiants aux premiers secours en santé mentale comme une des 25 mesures phares du programme national de santé publique.

<sup>36</sup> L'approche du Dialogue ouvert (*Open Dialogue*) repose sur une philosophie du travail en équipe, un partage démocratique des compétences parmi l'ensemble des professionnels soignants, incluant psychiatres, psychologues, infirmiers et travailleurs sociaux, associant les personnes concernées et leurs proches.

<sup>37</sup> Steeves DEMAZEUX, 2008, « Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? », *Philonsorbonne*, 2, pp. 67-88 [en ligne].

eux-mêmes intégrés dans des réseaux professionnels spécialisés, structurés bien souvent autour d'unités de soins psychiatriques, ou implantés dans un SAVS ou SAMSAH. Les GEM comme les associations de parents proposent aussi des groupes de parole ouverts à un public extérieur de façon à faciliter des prises de contact et l'expression de situations. Il faut cependant atteindre un seuil de participants pour avoir l'aval et le soutien financier de l'ARS (selon le GEM rencontré dans le Département 2), quand la création d'un groupe de parole n'est pas refusée par le médecin psychiatre qui donne l'autorisation (cas rapporté par un GEM dans le Département 3).

### 2.3. Des ressources inégalement réparties sur les territoires

Pour organiser un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques, différentes ressources existent donc. C'est pour cela que la démarche peut se faire à moyens constants.

Ces ressources sont complémentaires et toutes sont nécessaires pour outiller une démarche de repérage. Elles dépendent cependant des acteurs du champ du handicap psychique présents sur les territoires. De ce point de vue, les trois départements ne sont pas lotis de la même façon et au niveau infra-départemental il existe des disparités.

La différence entre départements joue dans la capacité des fournisseurs potentiels de se faire connaître sur leurs territoires mais aussi de rayonner au-delà. De ce point de vue, le maillage des trois départements paraît assez différent si l'on se situe au niveau des principaux fournisseurs de ressources rassemblées lors des entretiens de groupes : unités de soins spécialisés, CLSM, réseaux de santé et d'insertion sociale, GEM, associations de parents. Selon les acteurs (leur organisation, niveau d'activité et capacité d'initiative), les possibilités varient : pour trouver des ressources suffisamment développées et structurées donnant lieu à des portfolios de compétences valorisés sous forme d'offres de services ; et pour avoir des acteurs suffisamment organisés et dynamiques pour innover des solutions utiles pour d'autres acteurs. Sur ces deux critères, les trois départements ne sont pas dans la même situation.

Le Département 1 a une offre de soins psychiatriques essentiellement libérale non conventionnée, concentrée dans les centres urbains (cf. présentation des terrains d'étude). Il n'existe pas non plus de réseau de santé et d'insertion sociale. Et les associations de parents indiquent leurs grandes difficultés à se faire connaître et à se renouveler. Seuls les GEM présentent des ressources en termes de connaissances des troubles psychiques et de savoir-faire communicationnel. Toutefois, la possibilité pour qu'ils s'associent à un repérage organisé est incertaine. Des échanges ont eu lieu sur l'entraide entre personnes en situation de handicap psychique, mais les conditions ne sont apparemment pas réunies pour organiser une pair-aidance vers l'extérieur, qui impliquerait certains adhérents dans des actions d'aller-vers. Cela étant, l'atout principal de certains GEM est d'être implantés dans des SAVS ou des SAMSAH, ou à proximité. Il apparaît alors qu'ils pourraient bénéficier de renforts dans la mesure où ces partenaires sont en mesure d'abonder en ressources (sur les quatre niveaux de ressources) et prêts à les soutenir dans des actions vers d'autres acteurs du territoire.

Le Département 2 présente une organisation de l'offre de soins en santé mentale du même ordre, mais avec des dispositifs qui facilitent la mise en réseau d'acteurs (par exemple les centres ambulatoires de santé mentale). Il bénéficie néanmoins de l'implantation de CLSM, de l'existence d'équipes mobiles, de dispositifs de santé pluri-professionnels, d'un fort maillage associatif... et de réseaux de santé et d'insertion sociale, comme les autres acteurs, particulièrement dynamiques. Ces acteurs se connaissent et souvent collaborent. Cependant la question des territoires isolés reste vraie, comme dans les autres départements. Des initiatives existent toutefois pour aller-vers les populations, y compris – dans les limites des moyens – dans les secteurs ruraux. Surtout et de l'avis de tous, dans le Département 2 l'organisation territoriale de la MDPH par circonscriptions, portée en centrale et sur les territoires par des responsables qui connaissent parfaitement les acteurs et sont en permanence en relation avec eux, est « *l'atout maître* » pour organiser collectivement un repérage précoce.

Le Département 3 se distingue également par la forte interconnaissance des acteurs susceptibles de fournir des ressources. Il y a comme précédemment une densité d'acteurs qui se connaissent et collaborent. La grande différence est que dans ce département, ce ne sont pas des actions sortantes (type *Psytruck*) ou la MDPH qui n'a pas d'antennes qui peuvent innover les relations avec les acteurs utilisateurs potentiels, implantés dans les zones rurales de ce département très étendu, mais un hôpital avec ses unités de soins psychiatriques et leurs réseaux (SAVS, SAMSAH, associations de parents, réseau de santé et d'insertion sociale...). Ces unités de soins sont connues de tous depuis longtemps, pour avoir étendu dans le département une offre de services qu'elles ne cessent d'entretenir sinon de développer, comme tout récemment en créant dans le cadre d'un appel à projet médicosocial de l'ARS une quinzaine de places de SAMSAH pour personnes présentant un handicap psychique.

Les trois départements ne sont donc pas à la même enseigne en matière de réseaux d'acteurs susceptibles de fournir des ressources organisées pour un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques. Outre la densité d'acteurs qui n'est pas la même, la qualité des ressources peut aussi varier.

#### 2.4. Une « qualité de finition » variable

La qualité de finition des ressources (en termes de portfolios de compétences constitués en offre de services) est probablement liée à la densité des acteurs sur les territoires. En tout cas, elle dépend aussi des logiques d'action.

En l'espèce, le point de vue qui ressort des entretiens de groupes est que les ressources qui paraissent davantage finies au sens de livrables constitués et expérimentés (dispositifs d'information type sites Internet, *Psytrucks*..., modules de formation, glossaires des dispositifs d'aides et de services, annuaires d'acteurs, réseaux d'intervenants et d'acteurs relais...) sont produites par des acteurs en particulier. Il s'agit en l'occurrence des réseaux de santé et d'insertion sociale et des CLSM, mais aussi des dispositifs pluri-professionnels de soins et de



santé et de certains GEM. Malgré leurs différences en termes d'échelle d'intervention, de fonction et de moyens, tous ces acteurs pensent en termes de « *parcours* », c'est-à-dire de prise en charge globale et continue des personnes, et considèrent qu'organiser les parcours c'est coordonner les interventions des acteurs.

Alors que la notion de parcours est un axe principal de la loi Santé du 26 janvier 2016 et est également présente dans la Stratégie nationale de Santé 2018-2022<sup>38</sup>, ces acteurs bien informés sont convaincus de la nécessité de raisonner en termes de parcours et d'agir par le décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social. Les institutions qui ont créé ces structures ou sont intervenues dans leur création prônent l'approche globale des personnes et appellent au décloisonnement. Engagées depuis 2010 dans une logique de décloisonnement des champs de la prévention, de l'offre de soins et de l'accompagnement médico-social, les ARS ont pour mission d'organiser sinon d'articuler les acteurs en conséquence. L'arrêté du 18 mars 2016 fixant le cahier des charges des GEM en est une illustration. Ensuite, par le jeu des conventionnements, les agences engagent les collectivités qui subventionnent aussi certaines de ces structures ou bien contribuent à leur fonctionnement par le financement de temps de travail.

Au final, il apparaît que les ressources sont de mêmes types dans les trois départements, mais qu'elles n'ont la même qualité de finition selon les réseaux d'acteurs qui les produisent.

### 3. L'organisation du repérage

*Quel serait l'intérêt de créer des « équipes-projets » de façon à rassembler des ressources utiles pour un repérage précoce et à les faire connaître à une diversité d'acteurs des territoires ?*

Cette question a été abordée dans les Départements 1 et 3 dans le fil des échanges sur les acteurs et les ressources. Dans le Département 2, elle a été posée dans ces termes mêmes lors des dernières séances avec chacun des deux groupes. De façon à cadrer la discussion elle a donné lieu à une note d'intention adressée à l'avance aux participants. Ce bref document précisait plusieurs choses :

---

<sup>38</sup> « La notion de parcours est un axe principal de la loi Santé du 26 janvier 2016 qui intègre l'organisation des parcours de santé dans la politique de santé nationale et crée de nouveaux outils pour faciliter la coordination : création des plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (PTA) et des communautés professionnelles territoriales de santé, amélioration du partage d'information entre professionnels de santé et professionnels du secteur social et médico-social, instauration d'un plan d'accompagnement global pour les personnes handicapées... Elle est également présente dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 (SNS) adoptée par le gouvernement fin décembre 2017. L'axe 3 de la SNS «Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé» prévoit notamment d'assurer la continuité des parcours en santé. La SNS promeut une logique de complémentarité qui doit se traduire par des parcours de santé fluides, lisibles, sans redondance et sans rupture. Elle appelle, entre autres, à une meilleure gestion des transitions ville-hôpital et à une convergence des dispositifs d'appui à la coordination territoriale («MAIA», «PTA», «PAERPA», réseaux). » Catherine CALVEZ, 2018, « Parcours (de soins, de santé, de vie) et Coordination », Dossier documentaire, EHESP, p.1 [en ligne].

- D'abord, l'idée d'équipes-projets est inspirée du modèle des Plateformes territoriales d'appui (PTA) que peuvent mettre en œuvre les ARS au titre de l'article L. 6327-2 du CSP. Ces équipes auraient donc à rassembler différentes ressources qui seraient à porter à la connaissance d'une diversité d'acteurs utilisateurs. Soit un principe de volontariat.
- Ensuite, une articulation entre équipes-projets pourrait permettre des économies d'échelle dans la construction des ressources et leur circulation entre acteurs fournisseurs. Soit un principe de partage.
- Enfin, la flexibilité nécessaire des équipes-projets est cohérente avec le premier objectif des Projets territoriaux de santé mentale rappelé au début du rapport. Soit un principe d'adaptation. La présentation a cependant mis en avant deux critères : l'unité de lieu (une équipe-projet par « bassin de vie ») et l'implication de tous (tous les acteurs travaillent sur le projet) ; on verra plus loin la contractualisation, qui est habituellement le troisième critère de définition d'une équipe-projet<sup>39</sup>

Cette note adressait aux participants quatre autres questions portant respectivement sur : l'échelle territoriale des équipes-projets, leur animation, leur développement et coordination, et pour finir sur l'intention des acteurs de s'y engager, ou pas.

### 3.1. L'idée de créer des « plateformes territoriales d'appui »

Les entretiens de groupes dans les trois départements ont largement confirmé l'intérêt des acteurs réunis de procéder à l'organisation d'un repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques sur les territoires. L'idée de rassembler les ressources disponibles de façon à les faire connaître à un large éventail d'acteurs a été jugée unanimement intéressante et nécessaire.

Dans le groupe des fournisseurs, les acteurs ont tous manifesté leur intérêt et leur disponibilité pour participer à ces équipes-projets. L'objectif poursuivi entre parfaitement dans leurs missions et leur logique d'action. Organiser sur la base du volontariat et dans un esprit de partage et d'adaptation, des « *plateformes territoriales d'appui* » est à leurs yeux « *une nécessité si l'on veut déstigmatiser les troubles psychiques et faciliter les parcours des personnes* ».

Les acteurs ont aussitôt relié l'idée de plateformes d'appui au besoin de coordination des parcours entre soins, santé, logement, emploi... qui fait largement défaut. Les plus informés ont cité l'exemple d'une plateforme de ce type dans un département de la région Auvergne-Rhône Alpes, qui allège la MDPH du suivi des décisions de prises en charge. Aussi, ce qui est possible en aval de la reconnaissance du handicap pourrait l'être en amont. Les réseaux de santé et d'insertion sociale ont en particulier manifesté un vif intérêt puisqu'ils fonctionnent déjà selon une logique de soutien aux acteurs. C'est leur « cœur de métier ». Mettre en place des équipes-projets pour les généraliser sur les territoires est donc un objectif auquel ils souscrivent

<sup>39</sup> Gilles GAREL, 2011, *Le Management de projet*, Paris : La Découverte.

pleinement et pour lequel ils sont prêts à collaborer. L'écho est le même chez d'autres acteurs (GEM, CLSM) en mesure de fournir des ressources, mais ceux-là s'avancent en général moins pour éviter d'être perçus comme des acteurs pilotes ; nous allons y revenir.

Lors des entretiens de groupes, les acteurs qui seraient du côté des utilisateurs manifestent également leur intérêt. Certains signalent toutefois une crainte. En particulier les professionnels de santé (médecins de dispositifs de premier recours ou de santé universitaire) s'interrogent immédiatement sur les réponses concrètes qui peuvent être apportées in fine aux personnes. Ils posent plusieurs questions qui ne trouvent pas de réponses lors des échanges. Ces questions portent notamment sur :

- *La prise en charge des soins par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires.*

Entre un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute ou encore un psychanalyste, il faut savoir vers qui se tourner. Mais le choix est aussi fonction du remboursement des consultations. Le psychiatre est le seul, parmi ces spécialistes, à être médecin. Les consultations sont donc remboursées par la Sécurité sociale mais la prise en charge peut varier selon que le psychiatre est conventionné de secteur 1, de secteur 2, ou non conventionné. Entre les trois départements, la densité de psychiatres libéraux conventionnés de secteur 1 pour 1 000 psychiatres libéraux varie du simple au double (cf. supra Figure 6). Aussi, les professionnels de santé participant aux entretiens de groupes trouvent-ils nécessaire et justifié d'élargir la prise en charge aux psychologues et psychothérapeutes libéraux, d'autant plus que les CLSM – où les consultations de ces spécialistes sont remboursés – sont peu nombreux et font face à une demande importante. Entre les trois départements, la densité des CMP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus est également du simple au double. Aussi, les participants sont tous très intéressés par le dispositif expérimental de gratuité des soins de psychologie et de psychothérapie sur prescription médicale mis en place dans les Bouches du Rhône, la Haute Garonne, le Morbihan et les Landes.

- *L'insuffisance des moyens en aide humaine dès lors que des droits seraient ouverts, notamment à la PCH.*

La discussion en groupes renvoie alors aux critères d'appréciation du handicap psychique qui peuvent laisser bon nombre de personnes en dehors de l'ouverture de droits après tout un parcours suite au repérage.

- *Les conditions de l'inclusion réelle des personnes présentant des troubles psychiques.*

Cette question est primordiale pour les acteurs. Aussi n'ont-ils pas manqué d'interroger la pertinence de telles plateformes d'appui si ensuite les accompagnements, sinon les règles et les moyens, n'existent pas pour faciliter le maintien des personnes dans le logement, dans la formation ou dans l'emploi. Pour ne prendre qu'un exemple, les

échanges sont revenus sur la possibilité encore très rare<sup>40</sup> d'avoir un accompagnement des collectifs de travail quand en leur sein des salariés sans reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) présentent des difficultés psychiques, comportementales et relationnelles, repérées comme source de perturbations.

En abordant ces difficultés, plusieurs participants attirent l'attention sur les enjeux d'un repérage organisé lorsque les conditions nécessaires au suivi des parcours ne sont pas garanties. Tout en considérant que les choix structurels relèvent d'une politique publique, la discussion conclût sur la nécessité de mettre en place ces plateformes d'appui, au moins pour amener les acteurs du territoire (notamment les entreprises, les bailleurs, les établissements d'enseignement...) à s'interroger sur leurs organisations et leurs pratiques.

### 3.2. Des conditions à mettre en œuvre

Tout en admettant l'intérêt de mettre en place des plateformes territoriales d'appui au repérage précoce des personnes présentant des troubles psychiques, les participants ont pointé plusieurs conditions qui, de leur point de vue, doivent être assurées. Ces conditions portent sur le lancement, l'animation et la gouvernance des plateformes.

#### 3.2.1. Le lancement

Le lancement des plateformes dépend de l'existence sur les territoires d'un ou de plusieurs acteurs du champ du handicap qui seraient prêts à donner du temps pour identifier et solliciter les acteurs locaux qui disposent de ressources qu'ils seraient prêts à partager. Cela suppose donc de trouver des acteurs qui acceptent de prendre l'initiative d'une telle démarche sur chaque territoire, en particulier au niveau des « bassins de vie » dont l'échelle est au sens de l'INSEE « *le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants* »<sup>41</sup>. Evidemment ce n'est pas nécessairement le cas partout. Il y a de ce point de vue de fortes disparités territoriales dans les trois départements.

Cette difficulté demande par conséquent de trouver des réponses au cas par cas, car elle ne peut pas être réglée simplement en élargissant l'échelle géographique des plateformes au-delà des aires d'intervention des acteurs susceptibles de prendre l'initiative. Ou alors cela demanderait dans certains cas, en particulier pour les CCAS de passer à une échelle intercommunale. Cette question politique n'a pas échappé à la discussion dans le Département 1 lorsque les deux représentantes d'un service d'accueil spécialisé d'un CCAS (créé dans le cadre d'une convention de partenariat avec la MDPH) ont insisté sur les inégalités de traitement générées par les découpages administratifs et promu la nécessité de travailler entre acteurs à l'échelle de bassins de vie dans le cadre du PTSM.

---

<sup>40</sup> Ce que des travaux ont montré, par exemple : Gisèle BIRCK, Clément BONNET, 2017, « Accompagner le maintien dans l'emploi », in Gisèle BIRCK, Clément BONNET (dir.), *L'entreprise face au trouble psychique*, Paris : Erès, pp. 117-164.

<sup>41</sup> INSEE, 2019, « Base des bassins de vie » [en ligne].

Pour résoudre les inégalités territoriales, les solutions dépendent de différents paramètres. D'une part, l'organisation territoriale des MDPH peut apporter des éléments de réponse lorsqu'elle est déconcentrée. Ainsi dans le Département 2, la MDPH dispose d'antennes sur l'ensemble des territoires (les « *maisons de Territoire* ») qui peuvent venir en appui d'acteurs qui s'engageraient à en réunir d'autres pour rassembler des ressources utiles. La représentante de la MDPH lors des entretiens de groupe a insisté sur l'importance de cette implantation territoriale. Ce n'est cependant pas le cas dans les autres départements, en particulier dans le Département 3 où la MDPH est restée très centralisée, avec des relations institutionnelles limitées aux services sociaux du Conseil départemental, aux principaux CCAS et aux quatre CHRS implantés dans le département. En revanche, d'autres dispositifs peuvent jouer ce rôle d'incitation sinon prendre l'initiative d'une plateforme, mais pas forcément sur tous les territoires, comme par exemple les Points autonomie territoriaux qui se mettent en place dans le Département 1.

Les acteurs les plus réceptifs à l'idée de plateformes territoriales, comme les réseaux de santé et d'insertion sociale ou les associations de parents, semblent prêts à inciter d'autres acteurs des territoires, quand ils ne sont pas en mesure de les lancer sur certains territoires. Ce possible soutien fit l'objet d'une discussion sur un cas concret dans le Département 2, lorsque la représentante du CCAS de la principale commune d'un secteur rural s'engagea sur l'éventuelle disponibilité de son institution pour prendre l'initiative d'une plateforme en lien avec le CMP local. Rappelant les contraintes légales du CCAS qui ne peut s'occuper que de la population résidant sur la commune et celles du CMP « *totalelement débordé* », elle indiqua la possibilité d'impliquer l'antenne d'une importante association spécialisée dans la prise en compte du handicap intellectuel. De cette façon le CCAS pourrait initier « *un pot commun de ressources* » en mettant à disposition notamment des informations pratiques et des possibilités de médiation que d'autres (dont cette association) pourraient contribuer à diffuser sur le territoire. Devant le risque apparent de confusion entre handicap intellectuel et handicap psychique, aussitôt les représentants d'une association de parents et d'un réseau de santé et d'insertion sociale soulignèrent le besoin de s'adresser aux bons acteurs. Dans le cours de la discussion, ils proposèrent à la représentante du CCAS de l'aider à identifier sur ce territoire les possibles fournisseurs de ressources. Cela donna lieu à une discussion sur les acteurs disponibles qui montra le peu de possibilités. Cet exemple permet aux participants de considérer également l'intérêt de croiser les ressources réunies par bassin de vie dès lors qu'elles peuvent être facilement mises en œuvre sur d'autres territoires.

Interrogés ensuite sur leur disponibilité pour apporter un soutien au démarrage de plateformes sur différents territoires du département, les représentants de ce réseau de santé et d'insertion sociale et de cette association de parents confirmèrent leur intérêt, sous condition néanmoins que cette intervention supplémentaire, pour les uns, soit reconnue dans les conventions établies avec leurs financeurs, et pour les autres trouve d'une façon ou d'une autre (par dédommagement des bénévoles ou aide à l'association) une forme de rétribution.

La question de la reconnaissance et de la rétribution des acteurs est importante puisqu'elle permet de définir ce repérage organisé comme une « intervention sociale ». En effet, la définition

de l'intervention sociale que la Mission recherche (MIRE) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a proposé, inclut « *toutes les activités rémunérées par des financements socialisés, s'exerçant dans un cadre organisé, qu'il soit public ou privé, et visant des personnes ou publics en difficulté d'intégration sociale ou professionnelle dans une perspective d'aide, d'assistance ou de contrôle, de médiation ou d'actions d'animation ou de coordination* »<sup>42</sup>. Dans leurs activités courantes les acteurs du handicap fournissent des ressources et rendent des services ; cela est intégré dans leur organisation et leur pratique. En revanche, leur demander d'organiser une collecte et une diffusion de ressources à l'échelle d'un territoire représente une nouvelle activité assortie probablement de coûts supplémentaires. Selon la définition de la MIRE, le financement des activités est le critère principal autour duquel l'organisation du repérage prend ou pas la forme d'une intervention sociale d'intérêt collectif.

Les CLSM et les GEM sont aussi prêts à aider d'autres acteurs à lancer des plateformes, s'ils n'en prennent pas l'initiative eux-mêmes. Concernant les six GEM rencontrés tous ne sont pas au même niveau, alors que les CLSM considèrent que participer d'une façon ou d'une autre à ces équipes-projets est tout à fait conforme à leur mission. Le GEM rencontré dans le Département 2 et l'un des deux GEM visités dans le Département 3 n'ont pas d'équivalents comparativement aux quatre autres qui, pour différentes raisons, paraissent plus en-deçà en termes de capacité d'initiative. Pourtant les « trajectoires institutionnelles » de ces deux GEM ne se ressemblent pas, ayant construit différemment leur place dans les réseaux locaux. Dans le Département 3, le GEM vit sur les relations étroites et anciennes de son animateur, reconnu par les acteurs du champ du handicap psychique et directement sollicité par les acteurs en dehors du champ (services sociaux, Pôle emploi, bailleurs sociaux...). Il est installé sur un « territoire enclavé » où historiquement les acteurs ont été conduits à collaborer. Dans le Département 2, le GEM, sous l'impulsion de nouvelles animatrice et présidente, a entrepris depuis deux ans un travail de partenariat actif à la demande de la délégation départementale de l'ARS. Face au retrait des élus locaux, signé par la fin de l'expérience d'un CLSM intercommunal, ces acteurs ont décidé de faire du GEM un acteur pivot, en lien avec l'antenne de la MDPH, des relations avec une grande diversité d'acteurs du territoire, de l'éducation en santé à l'emploi, en passant par l'urgence sociale et les associations d'aide à domicile... Des conventions de partenariat dans lesquelles le GEM met à disposition son offre de services (accueil, écoute, suivi, médiation) ont ainsi été signées. Ces deux GEM ont la capacité de jouer un rôle moteur dans le lancement de plateformes de ressources, mais pas tous apparemment ; ils considèrent que l'initiative peut leur incomber en l'absence notamment de CLSM sur leurs territoires.

Ces différentes observations conduisent à souligner le besoin d'identifier en préalable les acteurs qui peuvent être en mesure de lancer l'initiative d'une plateforme de ressources dans chacun des bassins de vie de chaque département et ceux qui pourraient apporter un appui. Au regard de la liste des bassins de vie de l'INSEE (base 2012), cela représente 25 territoires dans le Département 1 (pour 514 communes), 31 dans le Département 2 (533 communes) et 21 dans le

---

<sup>42</sup> Christina DE ROBERTIS, Marcelle ORSONI, Henri PASCAL, Michelle ROMAGNAN, 2014, *L'intervention sociale d'intérêt collectif : de la personne au territoire*, Rennes : Presses de l'EHESP. Cette définition de l'intervention sociale est reprise à Jean-Noël Chopart (qui dirigea la MIRE), développée dans son ouvrage collectif publié en 2000 : *Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel*, Paris : Dunod.

Département 3 (304 communes)<sup>43</sup>. Cela suppose donc un premier niveau de gouvernance portant sur le repérage et l'incitation des acteurs, surtout sur les territoires où il n'existe pas de « génération spontanée » en mesure de lancer des plateformes territoriales d'appui. La question que nous aborderons plus loin est de savoir qui peut ou doit être en charge de cette gouvernance.

### 3.2.2. L'animation

Les plateformes ne peuvent pas fonctionner sans une animation régulière de façon à activer les échanges entre fournisseurs de ressources et à faire connaître cet appui à des utilisateurs potentiels sur les territoires. Il s'agit à la fois d'alimenter les plateformes en ressources utiles mais aussi de faire connaître leur existence le plus largement possible.

Sur ce plan, les échanges indiquent d'abord « *le besoin d'une culture commune* » de façon à s'assurer de l'intérêt et de la qualité de finition des ressources proposées. D'où la proposition apparue au cours des échanges, en particulier dans les Départements 2 et 3, de réunir les fournisseurs autour de « *vrais cas portant sur les parcours des personnes* ». Pour prévenir le risque de ressources peu intéressantes ou inutilisables, les acteurs indiquent en effet la nécessité de se doter d'une méthode commune, en particulier de type « *case management* » pour permettre aux acteurs qui collaboreraient d'être réflexifs par rapport à leurs propres propositions de ressources. Il ressort de ces échanges que le principal besoin est de valider entre acteurs la pertinence des ressources (notamment celles relatives aux connaissances des troubles psychiques et au savoir-faire communicationnel) en partant de situations concrètes de mise en œuvre. Parallèlement, pour que les plateformes soient vivantes, une autre proposition est de réunir régulièrement « *les référents des différents partenaires* » de façon à les inciter à rechercher d'autres fournisseurs, mais aussi leur faire connaître l'ensemble des ressources rassemblées de façon à ce qu'ils facilitent au mieux leur diffusion auprès de possibles utilisateurs.

Ce travail d'ingénierie ne paraît pas exorbitant aux acteurs. D'une part, ceux qui interviennent dans le champ du handicap psychique se disent prêts à participer seuls ou avec d'autres à l'animation des plateformes. Mais comme pour leur lancement, cet engagement doit être reconnu dans les cahiers des charges qui les lient aux acteurs qui les financent. Pour les associations, non seulement le temps de travail consacré aux plateformes devrait être compté dans les subventions ou aides reçues, mais aussi contribuer à leur reconnaissance institutionnelle. D'autre part, les acteurs qui sont en dehors du champ du handicap ont tous indiqué un accord de principe pour participer à ces réunions de partenaires si les plateformes sont mises en place. Interrogés par exemple sur leur rôle dans la diffusion des ressources, ils n'ont pas évacué l'idée de mettre à contribution leurs propres réseaux de façon plus ou moins formelle. A titre d'exemple, un « bouche-à-oreille » entre responsable de missions Handicap de grandes entreprises fait partie du champ des possibles. Alors que d'autres disent ne « *pas savoir quoi apporter* », tous considèrent qu'il est indispensable d'être régulièrement au contact des acteurs qui peuvent les aider, de façon aussi à servir de relais vers d'autres acteurs et

---

<sup>43</sup> INSEE, 2019, op.cit.

populations des territoires. Dans le Département 2, certains ont même déjà précisé leur disponibilité, généralement bimestrielle, pour des « réunions de plateformes », confirmant ainsi devant le groupe leur intérêt pour participer aux équipes-projets.

### 3.2.3. La gouvernance

Sans entrer dans une discussion sur les principaux éléments d'un cahier des charges pour les équipes-projets, les échanges ont porté sur la gouvernance des plateformes d'appui. Une logique principale est ressortie visant à rapprocher les fournisseurs potentiels, mais aussi quelques attentes conditionnant l'engagement de ces acteurs ont été mises en avant.

Comme pour les plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes, définies dans l'article 74 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé<sup>44</sup>, les participants considèrent l'intérêt d'une « logique intégrative ». Dans leur esprit, l'intégration vise à réduire les cloisonnements entre acteurs et à les rapprocher autour d'un objectif commun. Cela suppose qu'un ou plusieurs acteurs soient volontaires à l'échelle des bassins de vie pour solliciter et réunir des fournisseurs de ressources, mais aussi la mise en œuvre d'un fonctionnement collectif pour s'assurer de la qualité des ressources et faciliter leur élargissement et diffusion. Cela demande par conséquent de créer pour chaque bassin et à l'échelle du département un répertoire numérique des ressources collectées, précisant leur nature, leur contenu, leur fournisseur, et de diffuser le plus largement possible cet outil sur les territoires. C'est la proposition qui a débouché des échanges dans le Département 2.

Tenant compte des disparités territoriales, sur les trois sites les participants ont admis la nécessité d'une régulation générale à l'échelle départementale. Cette régulation aurait plusieurs fonctions : inciter un ou plusieurs acteurs à prendre l'initiative ; les appuyer éventuellement dans la sollicitation d'acteurs fournisseurs ; s'assurer de leur possibilité de construire un répertoire des ressources et chercher le cas échéant des moyens complémentaires ; faciliter la mutualisation des ressources entre bassins de vie ; relever les difficultés et les besoins non satisfaits du côté des utilisateurs.

A la question de savoir quel(s) acteur(s) devraient « logiquement » assurer cette régulation, tous les participants ont répondu en priorité la délégation départementale de l'ARS, faisant référence à l'accompagnement en ingénierie et soutien financier qu'elle procure aux PTA pour la coordination des parcours de santé complexes. Pour les acteurs, les MDPH ne devraient pas être absentes de cette régulation. Leur soutien est en particulier attendu pour mutualiser les ressources entre bassins de vie et à l'échelle départementale, et pour faciliter leur communication sur les territoires. Les participants, informés des missions et des moyens des MDPH, considèrent l'intérêt d'impliquer les MDPH en tant qu'institutions. Elles peuvent aider à formaliser les répertoires de ressources et en apposant leur logo (également celui des ARS)

---

<sup>44</sup> Cet article précise les trois missions de ces plateformes territoriales d'appui (PTA) : l'information et l'orientation des professionnels vers les ressources sanitaires sociales et médicosociales du territoire, l'appui à l'organisation des parcours complexes et le soutien aux pratiques et initiatives professionnelles en matière d'organisation et de sécurité des parcours, d'accès aux soins et de coordination.



donner un label facilitant la diffusion de ces outils. Plusieurs soulignent aussi que les MDPH pourraient également fournir certaines de leurs ressources, en particulier des informations pratiques (notamment sur les droits et dispositifs). Pour le reste, les choses semblent plus compliquées (les capacités d'expertise sont réservées au traitement des demandes et les moyens des MDPH pour réaliser des informations collectives sur les territoires sont trop contraints).

Il ne reste pas moins des « zones floues », notamment quand les discussions avec les représentants de services pénitentiaires, d'associations d'aide aux personnes à la rue, d'un Centre de santé universitaire, indiquent « *les nombreux trous dans la raquette* » du fait de l'absence de relations établies avec les MDPH. En particulier, chaque acteur génère des « sorties de dispositifs » qui ne donnent lieu à aucun suivi ; le cas de l'hôpital ne manquant pas d'être cité. Le pire est que « *les personnes repartent dans la nature* ». Aussi les participants considèrent-ils comme prioritaire pour l'organisation même d'un repérage précoce sur les territoires d'avoir la possibilité de relayer – vers les MDPH notamment – une information sur les personnes sortant de dispositifs et présentant des troubles psychiques. Cette information centralisée pourrait ensuite être renvoyée vers différents acteurs en mesure de mettre en place la possibilité d'un accompagnement. Malgré les difficultés de mise en œuvre d'un tel circuit d'informations (assise réglementaire, moyens), cette discussion paraît essentielle aux acteurs dans la mesure où elle illustre la nécessité sinon l'urgence de généraliser la logique intégrative. Les plus informés questionnent directement le périmètre de la démarche « *Une réponse accompagnée pour tous* ».

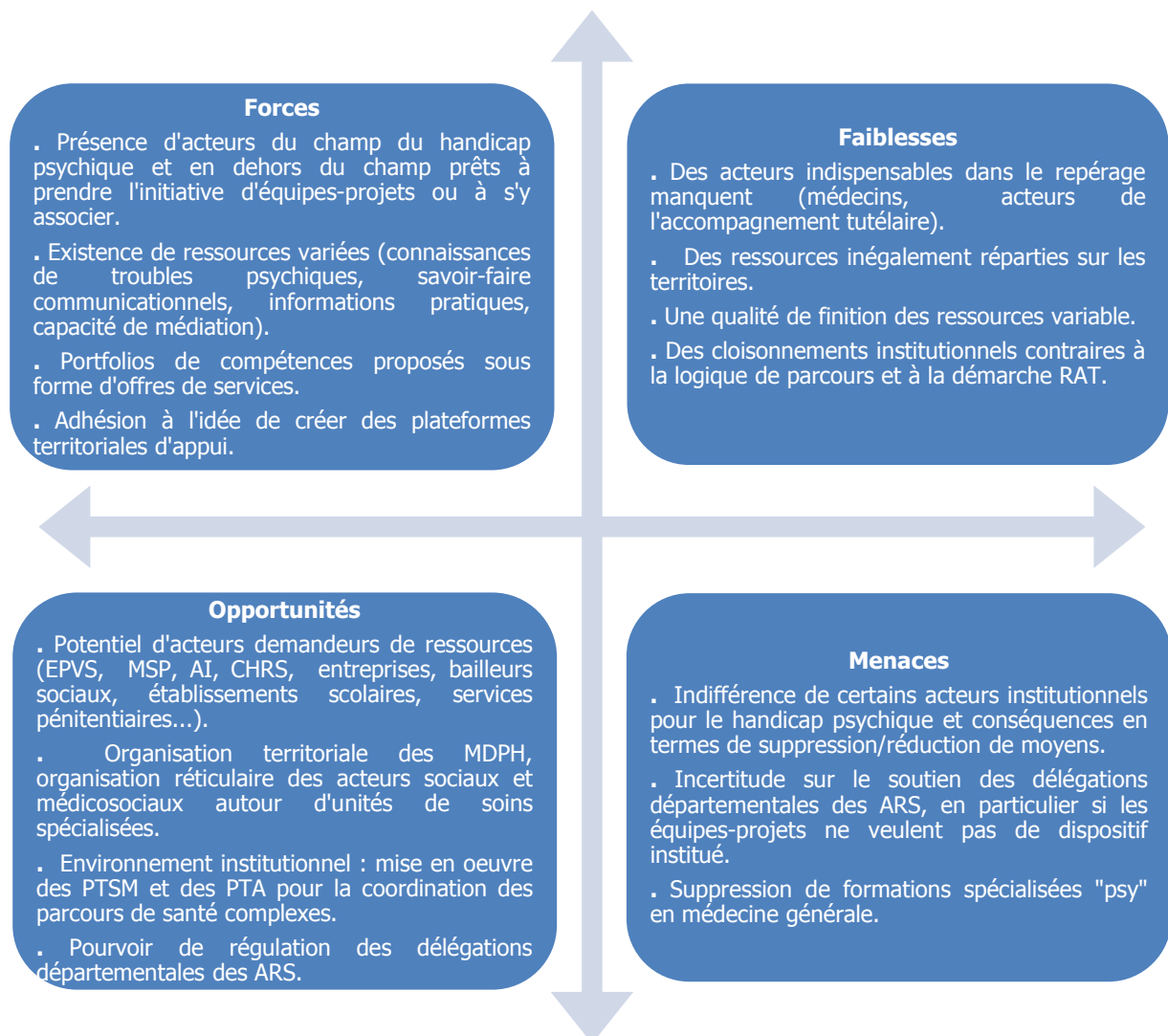
Enfin, le besoin de régulation est aussi politique dans la mesure où les participants ne cachent pas lors des entretiens le besoin de légitimer dans un rôle de « premier opérateur » l'acteur ou les acteurs qui se portent volontaires pour constituer et animer les équipes-projets. C'est en particulier le cas des associations de parents qui attendent par ailleurs une reconnaissance du bénévolat, mais aussi des GEM qui s'interrogent sur l'absence de convention avec les MDPH. Ces acteurs et d'autres (CLSM, réseaux de santé et d'insertion sociale) font part d'un besoin de conventionnement, à partir de conventions existantes ou de nouvelles, de façon à disposer d'une définition commune des objectifs et du fonctionnement des équipes-projets. Cette formalisation leur paraît nécessaire déjà pour mettre en place ces équipes ; les acteurs qu'il faut solliciter ayant besoin d'un minimum d'éléments de cadrage. A ce stade de la discussion, aucun acteur n'attend pour autant un niveau élevé de formalisation. En aucun cas il s'agit d'instituer un nouveau dispositif ; l'idée de tous étant simplement de développer sur la base du volontariat, du partage et de l'adaptation, un répertoire des ressources en libre circulation sur les territoires.

Dès lors, le terme de plateformes territoriales d'appui utilisé par l'Odenore n'est pas paru le plus approprié, paraissant trop « institué ». Si les participants voient son possible intérêt pour expliquer l'idée aux délégations départementales de l'ARS et aux MDPH, la notion de PTA validée par la loi de modernisation du système de santé pourrait rebuter les acteurs du territoire déjà largement accaparés par les logiques institutionnelles et les fonctionnements contractuels. Les acteurs réunis aspirent plutôt à un modèle d'organisation et de fonctionnement de type « économie circulaire », qui facilite la collecte et la circulation de ressources à l'échelle territoriale des fournisseurs et des utilisateurs.

### 3.2.4. Des invariants dans l'organisation d'un repérage précoce

L'envie de s'engager dans des équipes-projets perçue lors des échanges dans les Départements 1 et 3 pour construire des répertoires de ressources utiles à d'autres acteurs des territoires est largement confirmée dans le Département 2 où les derniers entretiens ont permis de poser explicitement la question. Les participants ont tous clairement indiqué leur intérêt pour participer aux équipes et certains se sont même déclarés volontaires pour les lancer (en particulier les représentants de réseaux de santé et d'insertion sociale, de GEM et d'associations de parents). Comme toujours, les intentions demandent à être validées. La dynamique d'une recherche-action peut retomber. Cela étant, les acteurs réunis ont unanimement reconnu que l'organisation collective d'un repérage précoce est à la fois nécessaire et possible. Ils se sont accordés sur les « forces », « faiblesses », « opportunités », ou « menaces » qui peuvent faciliter ou à l'inverse entraver un tel projet.

Figure 5 : Conditions d'organisation d'un repérage précoce selon les acteurs réunis



Cette synthèse de type SWOT (*Strength-Weaknesses-Opportunities-Threats*)<sup>45</sup> indique que selon les acteurs qui ont participé aux entretiens de groupes, les MDPH auraient un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'une telle organisation suivant une logique intégrative :

- Les MDPH pourraient agir sur certaines des conditions, en particulier pour dynamiser les points de force, mais aussi pour corriger des points de faiblesse (notamment sur la qualité de finition des ressources) et prévenir des menaces (en agissant par exemple pour éviter l'indifférence et parfois le désengagement de certains acteurs, mais aussi en sollicitant l'acteur ou les acteurs en mesure d'animer les équipes-projets de façon à prévenir d'éventuelles concurrences et à donner aux équipes-projets la légitimité nécessaire).
- Elles pourraient également intervenir directement pour fournir certaines ressources (notamment en matière d'informations pratiques) et contribuer à la mise en forme des répertoires et à leur diffusion.
- Elles auraient probablement à participer à la régulation des équipes-projets à l'échelle des bassins de vie et du département.
- Mais elles auraient aussi à être particulièrement actives pour que soit garanti au mieux le maintien dans des parcours sanitaires et sociaux des personnes qui, repérées avec des troubles psychiques, sortent des institutions.

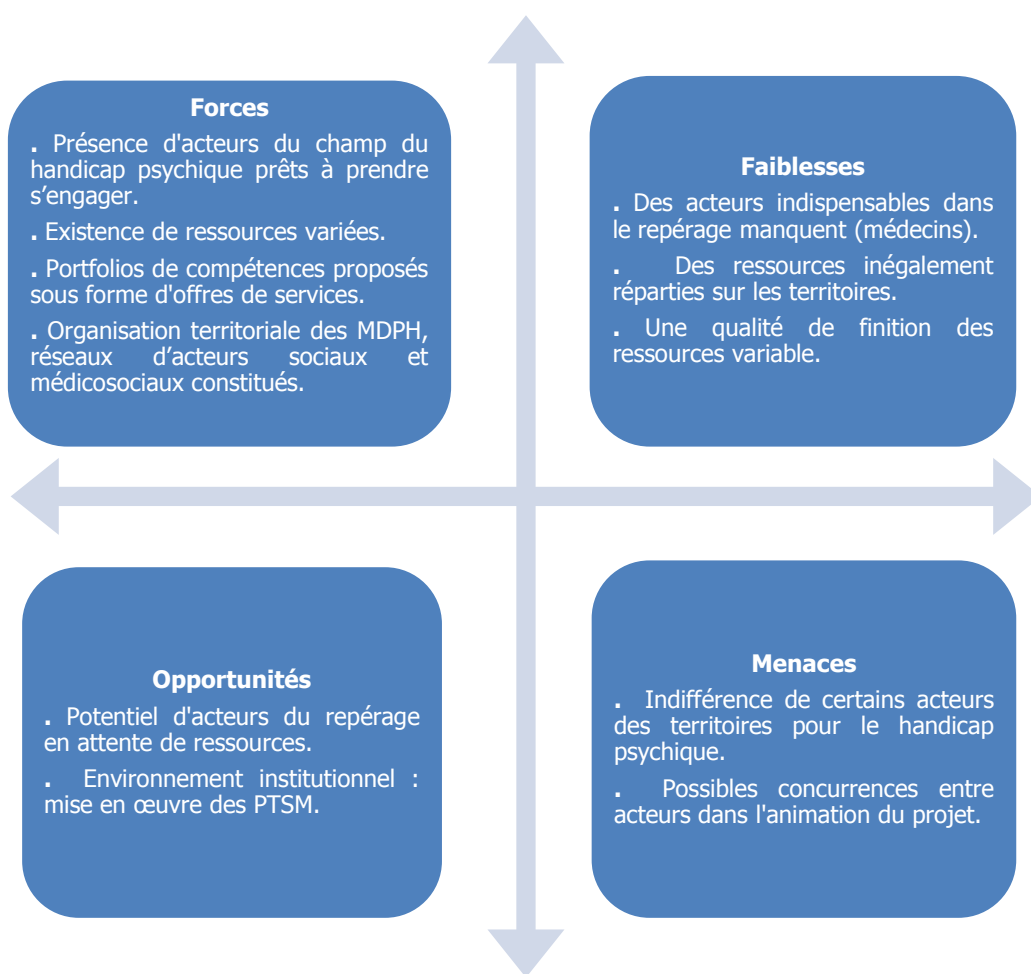
Du point de vue des acteurs des trois MDPH avec lesquels ces résultats ont été discutés au cours d'échanges complémentaires, un repérage précoce est une nécessité. Agir sur le front du repérage précoce est pour eux une façon de participer pleinement à la démarche « *Territoires 100% Inclusifs* » qui vise à améliorer la participation et la coordination de tous les acteurs engagés dans le parcours de vie d'une personne handicapée – école, entreprise, loisirs... – pour lutter contre les ruptures de parcours<sup>46</sup>. Le repérage précoce des difficultés est considéré comme la première étape dans une logique de parcours. C'est pourquoi les représentants des trois MDPH ne sont pas surpris ni a priori fermés aux attentes exprimées lors des entretiens de groupes. Ils ont confirmé sur différents plans les conditions citées par les acteurs réunis, pouvant aider ou pas l'organisation d'un repérage précoce.

---

<sup>45</sup> L'apparition du modèle SWOT en 1965 marque le lancement de la stratégie d'entreprise. Dominique SIEGEL, 2008, « Réflexion sur la stratégie », *La Revue des sciences de gestion*, 230, pp. 15-23.

<sup>46</sup> « Née dans la foulée du comité interministériel du Handicap du 20 septembre 2017, la démarche lancée en 2018 par le secrétariat d'Etat chargé des Personnes handicapées et baptisée « Territoires 100% inclusifs » a pour objectif d'améliorer la coordination de tous les acteurs impliqués pour concrétiser et accélérer l'accompagnement attendu. Dans un contexte de réglementations mouvantes, de droits complexes et de dossiers techniques et chronophages, tout l'enjeu consiste à apporter à chaque personne handicapée des solutions à ses attentes, à ses besoins, à son projet de vie, en inventant un modèle territorial innovant. » Monique CLEMENS, 2019, « Territoires 100% inclusifs : trois expérimentations lancées », *La Gazette des communes* [en ligne].

Figure 6 : Conditions d'organisation d'un repérage précoce reconnues par les 3 MDPH



Toutefois les MDPH marquent des limites. Si elles peuvent avoir un rôle à tenir dans l'organisation d'un repérage précoce, ce ne peut être que dans le cadre de leurs missions. Cette condition est indispensable pour envisager sous certaines conditions leur implication. Or parmi les missions qui sont les leurs, c'est en particulier au travers de la « mission d'information » que les MDPH pourraient être actives et intervenir parmi les acteurs fournisseurs de ressources. Sous cet angle, leur implication est donc nécessairement restreinte.

Les représentants des trois MDPH considèrent sans hésitation que le repérage précoce évidemment les intéresse directement. Il peut contribuer à prévenir sinon à contenir l'aggravation de situations qui peuvent ensuite déboucher sur une reconnaissance de handicap et possiblement sur une proposition de prise en charge. Cependant, l'organisation et le fonctionnement d'un dispositif de repérage précoce ne sont pas directement de leur ressort puisque les MDPH interviennent par la suite, « en aval », à partir de demandes qui sont déposées. Nos interlocuteurs remarquent cependant que les dossiers de demandes qui sont examinés par les équipes pluridisciplinaires contiennent parfois des éléments pouvant alerter sur la

possibilité de troubles psychiques<sup>47</sup>. Dans ce cas, les MDPH procèdent effectivement à un repérage.

Nos interlocuteurs considèrent par conséquent que si les MDPH peuvent avoir un rôle à jouer dans la production du repérage précoce, celui-ci est forcément délimité dans le cadre de leurs missions. En revanche, les regards portés sur le rôle possible des MDPH dans l'organisation et le fonctionnement d'un repérage précoce varient selon les démarches de territorialisation qui sont engagées. Sur ce plan, les MDPH 1 (avec des antennes propres sur tous les territoires du département) et 2 (avec l'appui de partenaires locaux – les CCAS – pour un accueil et une information généralistes) sont plus avancées que la MDPH 3. Le travail de maillage du territoire auquel les MDPH peuvent se livrer contribue à les rendre attentives à la possibilité de penser le repérage comme une action collective. Notre sentiment est que dans les limites indiquées, les MDPH 1 et 2 seraient davantage prédisposées à participer à l'ingénierie d'un repérage précoce sur les territoires, sinon à sa gouvernance.

La possible contribution des MDPH à un repérage précoce organisé sur les territoires a été au cœur d'échanges en ateliers qui ont eu lieu le 26 septembre 2019 avec les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires réunis par la CNSA pour leur Journées nationales. Aussi en conclusion du rapport, présentons-nous les principales réactions des représentants des MDPH que nous avons questionnés sur le rôle que les Maisons départementales pourraient avoir dans une action collective de repérage précoce. des troubles psychiques.

---

<sup>47</sup> Ce constat a été relevé dans la première recherche sur « La compensation du handicap psychique face au risque de non-recours », op. cit. 2018.

# Conclusion

Après une présentation à l'essentiel de la recherche-action et de ses résultats, les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires ont été invités à dire comment, de leur point de vue, les MDPH peuvent contribuer à un repérage précoce. Deux questions ont été posées pour lancer les échanges. La première portait sur l'implication en cours ou à venir des MDPH dans « le repérage précoce des troubles psychiques » qui annoncé dans la première des six priorités des Projets territoriaux de santé mentale. Le seconde interrogeait plus concrètement sur les niveaux de contribution des MDPH qui peuvent être envisagés dans le cadre de leurs missions et au regard de leurs moyens.

Le croisement des réponses, remarques et avis recueillis au cours des deux ateliers réalisés avec les coordonnateurs<sup>48</sup> aboutit à mettre en avant une « préoccupation sous conditions » des MDPH pour le repérage précoce. Cela signifie que cette préoccupation est partagée, mais qu'elle nécessite des engagements de la part d'autres acteurs.

## 1. Le repérage précoce : une préoccupation partagée

La plupart des représentants de MDPH qui ont pris la parole au cours des ateliers ont davantage exprimé une préoccupation pour le repérage précoce qu'un intérêt immédiat pour participer à un dispositif de repérage.

Les coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires sont évidemment particulièrement attentifs aux troubles psychiques qui ne sont pas détectés suffisamment tôt. Il y a un enjeu évident de santé publique et bien sûr de bien-être pour les personnes et leur entourage, comme cela a pu être signalé. Il n'y a pas de doute non plus sur le fait que l'effort de prévention doit être renforcé. L'identification des personnes vivant avec des troubles psychiques est considérée par tous comme une étape préliminaire dans la construction d'un parcours pouvant conduire à une prise en charge par une ouverture de droits décidée par les Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou par d'autres acteurs décisionnaires. C'est à cette condition en particulier que les MDPH peuvent ensuite, « en aval », intervenir au mieux et au plus vite, alors même qu'elles sont souvent sollicitées à l'inverse par le « *repêchage* » de personnes qui font brusquement et tardivement irruption.

En revanche, les représentants de MDH n'ont pas exprimé d'avis sur le dispositif présenté (un répertoire numérique de ressources), sauf quelques-uns pour dire combien les « informations pratiques » sur les lieux d'accueil et de soutien, les dispositifs d'aide ou d'accompagnement pourraient leur être utiles. Cette réserve peut être interprétée comme une prudence, a fortiori

---

<sup>48</sup> Les coordinateurs ont été répartis en deux groupes qui ont participé successivement au même atelier.

dans le contexte des Journées nationales des coordonnateurs des équipes pluridisciplinaires. Ces acteurs ne peuvent pas engager leur structure et ces Journées ont un caractère institutionnel. Cette prudence est comparable à celle des représentants des trois MDPH qui ont accompagné la recherche-action tout au long, dont nous avons expliqué pourquoi ils se sont tenus en retrait des discussions lors des entretiens de groupes. Malgré les précautions prises pour rappeler que la recherche-action a pour unique objectif de comprendre comment des acteurs des territoires intervenant dans le champ du handicap psychique, ou pas, envisagent la possibilité d'un repérage précoce, les représentants des MDPH ont évidemment perçu que cette recherche-action – quelles que soient son autonomie et ses limites – participe d'une certaine façon à la discussion générale sur l'évolution en cours des MDPH. Lors des ateliers, plusieurs acteurs ont ainsi très tôt évoqué la montée en charge de la démarche « Réponse accompagnée pour tous » (RAT) qui implique pour sa mise en œuvre des modifications en profondeur des organisations et des pratiques des MDPH<sup>49</sup>. Même si dans ce cas les personnes sont identifiées et abordées, il est clair pour tous que la démarche RAT implique les MDPH dans des partenariats qui pourraient également être sollicités, « en amont », dans une démarche de repérage précoce. Toutefois, si dans le cadre de leurs missions les MDPH ont à prendre part à l'animation des territoires, il s'agit très clairement d'un rôle délimité et limité puisqu'elles interviennent au niveau de la reconnaissance et de la prise en charge du handicap, soit ici une fois que des troubles psychiques ont pu être repérés et signalés aux MDPH.

Le champ d'intervention des MDPH étant rappelé, des intervenants ont évoqué certaines de leurs actions qui peuvent contribuer à une démarche de prévention. Ces acteurs ont voulu de cette façon indiquer lors des ateliers que la question de l'implication des MDPH dans un dispositif de repérage précoce est déjà effective, sinon pouvait de leur point de vue être posée. Ils ont notamment rappelé le rôle joué par les services d'accueil des MDPH dans le repérage de troubles psychiques avec, quand elle existe, la possibilité d'un entretien approfondi avec un autre professionnel<sup>50</sup>. Ils ont également signalé l'attention portée par leurs MDPH à des acteurs qui peuvent être confrontés à des situations de décompensation psychique, et de citer à titre d'exemple des apports d'informations à des services de la santé scolaire, de la protection maternelle infantile... Leur témoignage a permis de noter que le repérage précoce doit être particulièrement vigilant aux enfants et aux jeunes, confirmant ainsi la contradiction qu'il y aurait à introduire dans le repérage un seuil fixé par un âge, relevée lors des entretiens de groupes. Par leurs interventions, ils ont finalement répondu à la présentation des résultats de la recherche-action en indiquant comment concrètement les MDPH peuvent déjà jouer un rôle de « fournisseur de ressources ». Certains ont même indiqué que le dispositif imaginé au cours de la recherche-action leur paraissait de bon sens et plausible. L'un d'entre eux prit position en commençant par dire qu'il était « *en écho total* » avec les propositions qui avaient été présentées, précisant que tous les fournisseurs de ressources indiqués dans la recherche-action sont réunis

---

<sup>49</sup> Sur ce plan, on peut de référer au Dossier technique de la CNSA, « 2017 : Le réseau des MDPH, acteur de son évolution. Synthèse des rapports d'activité 2017 des maisons départementales des personnes handicapées », Mars 2019 [en ligne].

<sup>50</sup> Dans la recherche précédente sur « La compensation du handicap psychique face au risque de non-recours » (op. cit. 2018). Nous avons relevé l'importance des services d'accueil mais en constatant néanmoins dans les enquêtes menées dans deux MDPH, l'embarras des agents d'accueil face aux personnes pouvant avoir des troubles psychiques.

dans le PTSM décidé dans son département. Ces intervenants et d'autres ont cependant insisté sur les moyens nécessaires pour développer au niveau des MDPH des actions d'information<sup>51</sup>, renvoyant sur ce plan la question de l'organisation d'un repérage précoce à l'engagement politique et financier des Conseils départementaux. Dit autrement, si sous l'angle de leur mission d'information les MDPH peuvent contribuer à la fourniture de ressources utiles pour un repérage précoce, la question des moyens disponibles est rapidement posée et limite les intentions.

D'autres acteurs sont cependant plus réservés sur la possibilité d'un repérage précoce. Ils s'interrogent ouvertement sur son intérêt et a fortiori sur celui d'une participation des MDPH alors que l'insuffisance de « *l'offre de soins* » (mais on peut ajouter aussi de l'offre d'accompagnement social et médico-social), qui de leur point de vue s'aggrave, fait que les acteurs qui pourraient être mobilisés se trouveront rapidement démunis pour aller plus loin. Cette discussion qui eut lieu également lors des entretiens de groupes, en particulier dans le Département 2, rencontra un fort écho lors des ateliers. Plusieurs des acteurs présents n'ont pas caché leur crainte qu'avec le repérage précoce les MDPH soient entraînées dans un exercice impossible alors que dans bon nombre de territoires les moyens disparaissent en matière de prise en charge de la santé mentale, mais aussi en ce qui concerne le logement, le suivi social, l'emploi, etc. Ils posent très clairement la question des moyens nécessaires sur différents plans pour que le repérage précoce des troubles psychiques soit un objectif réaliste et par conséquent un objet de discussion possible avec les MDPH.

## 2. Des engagements nécessaires pour une implication des MDPH

Les échanges au cours des ateliers ont débouché par conséquent sur un premier énoncé des conditions indispensables pour une implication des MDPH dans un repérage précoce des troubles psychiques. Les interventions se sont situées sur un plan institutionnel. Il a été essentiellement question des « engagements nécessaires », en particulier dans le cadre des PTSM. En se situant ainsi au niveau des conditions préalables, les représentants des MDPH ne se sont donc pas prononcés sur les conditions plus opérationnelles, en particulier sur l'outil imaginé sous forme d'un répertoire numérique de ressources. Sauf que certains ont dit l'utilité qu'un tel outil pourrait avoir pour les MDPH elles-mêmes et d'autres ont insisté sur l'enjeu de la communication avec des personnes qui ne sont pas dans la demande, retenant de la présentation l'importance de pouvoir s'appuyer sur des savoir-faire de qualité pour répondre au besoin d'une « communication adaptée ».

Les PTSM constituent pour tous les intervenants le cadre institué à partir duquel un repérage précoce des personnes vivant avec des troubles psychiques peut être organisé. Pour autant, il apparaît que les MDPH peuvent être en attente d'éclaircissements avant de s'engager. Les PTSM peuvent aider mais aussi éventuellement contraindre les MDPH. En effet, selon leur organisation

---

<sup>51</sup> Ibidem.



territoriale, les MDPH n'abordent pas de la même façon le modèle « ensemblier » qui caractérise les PTSM au travers de leur fonction d'organisation des systèmes d'acteurs. Pour commencer, plusieurs intervenants évoquent également la difficulté des MDPH pour mener toutes les missions et conduire tous les chantiers (démarche RAT, modernisation des systèmes d'information, conduite d'une démarche qualité, formalisation des processus métier, d'un projet de service, d'un pilotage par indicateurs d'activité et de moyens...). Le repérage précoce des troubles psychiques qui est fixé comme l'une des priorités des PTSM par l'article R.3224-5 du Code de la santé publique, n'apparaît donc pas nécessairement comme un objectif auquel les MDPH peuvent prendre part à court terme. Ce ne serait pas réaliste pour certaines d'entre elles tout du moins. Ce n'est pas non plus envisageable pour d'autres, tant que la question des moyens et de l'organisation locale du système de prise en charge de la santé mentale n'est pas éclaircie par les délégations départementales des Agences régionales de santé.

En effet, il n'échappe à aucun des acteurs réunis lors des Journées nationales que la possibilité d'un repérage des troubles psychiques sur les territoires dépend pour partie des moyens consacrés mais aussi de l'organisation de l'offre qui peut être très différente d'un département à l'autre<sup>52</sup>. Ils attendent en particulier que les PTSM disent comment sortir autrement que par le soin uniquement les personnes de leurs difficultés psychiques. En clair, comment les PTSM organisent-ils à leur niveau le système de prise en charge des troubles psychiques qui se caractérise sur les territoires par une diversité d'organisations (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur médicosocial), de financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), de structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...) et de modalités de soins (prise en charge en ambulatoire, prise en charge à temps partiel et prise en charge à temps complet) et d'accompagnement (services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés, groupes d'entraide mutuelle...)<sup>53</sup> ? Ou selon un intervenant, comment les PTSM orientent-ils « *la préconisation entre sanitaire et social* », alors que différents acteurs interviennent dans la prise en charge de la maladie mentale au sein des territoires : établissements et professionnels de santé, secteur médicosocial et social ?

Cette discussion indique clairement que les engagements des délégations départementales des ARS sur l'organisation locale du système de prise en charge de la maladie mentale déterminent pour partie la possibilité pour les MDPH de se positionner ou pas dans le repérage précoce des troubles psychiques que les PTSM doivent mettre en place.

Les ateliers ont également permis de relever à un autre niveau et concernant d'autres acteurs une seconde attente d'engagements. Cette fois, les intervenants se sont projetés dans le cadre d'un repérage précoce qui serait mis en œuvre. Ils ont mis en avant la question de l'engagement des acteurs sociaux et médicosociaux suite à un repérage. L'un d'entre eux l'a résumée ainsi :

---

<sup>52</sup> Magali COLDEFY, Charlène LE NEINDRE, 2014, « Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins de psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique », *Rapport de l'IRDES*, 558 [en ligne].

<sup>53</sup> Ibidem, p. 5.

« *Le repérage précoce c'est essentiel, mais comment on collabore après ?* ». Il a poursuivi en faisant état de la situation dans son département : « *Même quand les réseaux sont bien établis, les personnes bien identifiées, les partenaires ne veulent ou ne peuvent pas toujours s'engager dans une prise en charge. On est dans l'impuissance générale. Il y a beaucoup de situations où les acteurs déclarent forfait* ».

Au vu de leurs expériences, d'autres intervenants ont posé la question des engagements des acteurs sociaux et médicosociaux, nécessaires pour que le repérage précoce produise des suites utiles pour les personnes. Ils répondent ainsi au besoin de coordination par les MDPH qui est ressorti des entretiens de groupes. Aucun ne dément l'idée que les MDPH pourraient inciter des acteurs des territoires à prendre l'initiative de la constitution de répertoires numériques de ressources, aider les pilotes du projet à mobiliser d'autres fournisseurs de ressources, suivre la préparation et donner un avis sur la qualité de certaines ressources (connaissances des troubles psychiques, savoir-faire communicationnel), faciliter la diffusion des répertoires sur les territoires. En revanche, l'idée selon laquelle les MDPH pourraient certifier lesdits répertoires semble poser problème (ce n'est pas leur rôle, cela suppose de définir des responsabilités,...). Cela dit, tous signifient que la contribution éventuelle des MDPH dans un dispositif collectif de repérage précoce dépend pour commencer (sous réserve que les PTSM fixent un cadre d'engagements suffisants notamment sur l'organisation de l'offre de soins) de la capacité des autres acteurs à tenir leurs propres objectifs. Le traitement des allocataires du Revenu de solidarité active qui demandent de bénéficier de l'Allocation aux adultes handicapés est pris comme exemple de la difficulté des services sociaux des départements à pouvoir repérer des besoins liés à des troubles psychiques. En l'espèce il y a besoin d'intervenants sociaux formés pour réguler de façon pertinente ces demandes en orientant ou pas les personnes vers les MDPH. Dit autrement, le repérage précoce qui peut être mis en place, comme dans ce cas au niveau de populations constituées, demande à ce que les acteurs concernés en premier disposent de moyens humains suffisants de façon à ce que l'appui demandé aux MDPH ait un sens.

Cette dernière discussion amène des intervenants à introduire l'idée que le repérage précoce aurait probablement intérêt à être organisé, déjà, à partir des dispositifs gérés par les acteurs du social et du médicosocial. Ces dispositifs peuvent concerner l'accès à une formation, à un logement, à l'emploi... De cette façon, le repérage précoce des troubles psychiques pourrait être déployé dans les « parcours sociaux » et concerner un vaste ensemble d'acteurs avec lesquels les MDPH sont en relation. Il s'agit donc de commencer à associer les acteurs du social et du médicosocial qui peuvent ouvrir l'accès à différentes aides et services, ou accompagner les personnes. Au cours des échanges plusieurs intervenants ont évoqué en particulier le dispositif du « Un chez soi d'abord » qui est à la croisée de l'accompagnement au logement, de la médiation et du soutien approprié intensif. Cet exemple est d'autant plus intéressant qu'il concerne un dispositif qui fait l'objet d'un plan quinquennal<sup>54</sup> et dont la gestion future sera sous la forme d'un

---

<sup>54</sup> Ministère de la Cohésion des territoires, « Plan quinquennal pour le logement d'abord et la lutte contre le sans-abrisme. 2018-2022 », 2018 [en ligne].

groupement de coopération social et médicosocial (GCSMS) pluridisciplinaire<sup>55</sup>. Dans ce cas, le repérage précoce des personnes vivant avec des troubles psychiques s'inscrirait dans un dispositif caractéristique d'une logique intégrative. Indépendamment même du type d'outil opérationnel qui peut être proposé pour procéder à un repérage, ce sont tous les dispositifs qui relèvent ou s'approchent de cette logique qu'il conviendrait d'impliquer au travers de leurs acteurs. Ils peuvent permettre, d'une part, d'identifier les personnes à partir des différentes interventions dont elles font l'objet et, d'autre part, d'associer les MDPH à une diversité d'acteurs sociaux et médicosociaux avec lesquels, nécessairement, les prises en charge liées à un handicap doivent être un minimum articulées. L'orientation privilégiée vers les acteurs sociaux et médicosociaux relève aussi d'une certaine réserve quant à l'idée qu'une large diversité d'acteurs socioéconomiques pourrait être impliquée (en tant qu'utilisateurs de ressources) dans un repérage précoce, comme indiqué dans le rapport. Il s'agit d'être progressif et surtout d'éviter « une délégation à des acteurs hors champ » qui aurait probablement pour conséquence de brouiller les repères et de perdre en qualité de réponse.

Aussi en conclusion, peut-on retenir de cette discussion des résultats de la recherche-action les deux observations suivantes :

- L'implication des MDPH dans un repérage précoce dépend de l'organisation de l'offre de prise en charge de la santé mentale et de l'orientation des moyens financiers, et en particulier de l'articulation entre sanitaire et social autour de laquelle les PTSM s'approprient à mobiliser les acteurs des territoires.
- L'implication des MDPH dans le cadre de leurs missions est a priori facilitée si le repérage précoce se fonde sur une logique intégrative qui associe – au moins dans un premier temps – les acteurs sociaux et médicosociaux impliqués dans l'ouverture de droits et l'accompagnement des personnes. Le repérage des troubles psychiques peut ainsi être le « commun » partagé par des acteurs qui, tous impliqués dans la gestion des parcours des personnes, ont nécessairement besoin des collaborations pour penser globalement les réponses particulières que chacun peut être en mesure d'apporter.

---

<sup>55</sup> Christian LAVAL, Pascale ESTECAHANDY, 2019, « Le modèle 'Un chez soi d'abord' au risque de sa diffusion », *Rhizome*, 71, pp. 101-110.

## Annexe : Les terrains d'étude

L'enquête a été menée dans trois départements qui n'ont pas les mêmes caractéristiques démographiques<sup>56</sup>, ni socio-spatiales<sup>57</sup>.

Tableau 1 : Profils des 3 départements

Caractéristiques	Département 1	Département 2	Département 3
Localisation	Région Île-de-France. Département inclus dans la Métropole du Grand Paris.	Région Auvergne Rhône-Alpes Département urbanisé	Région Occitanie Département rural
Caractéristiques socio-spatiales	Un grand département en superficie, comptant dix communes de 20 à 55 000 habitants.	La métropole du département regroupe 40% de la population. Le reste est réparti essentiellement dans de petites agglomérations.	La principale agglomération accueille 20% de la population ; le reste est disséminé dans de petites villes ou vit dans des zones rurales.

Les trois départements se différencient également en ce qui concerne le niveau de recours à la MDPH<sup>58</sup>. Ce critère est intéressant dans la mesure où les différences constatées peuvent supposer un besoin de repérage variable selon les départements ; par hypothèse il serait plus important là, où pour diverses raisons, le recours mesuré aux MDPH est le plus faible.

Tableau 2 : Niveau de recours aux MDPH (typologie « adultes »)

Département 1	Département 2	Département 3
Le département fait partie des « 10 départements dans lesquels le taux de recours à la MDPH est le plus faible (21,8 ‰ en moyenne). Des départements plus jeunes et à densité plus forte, dans lesquels le taux de chômage est le moins élevé et où les taux d'allocataires d'AAH et de PCH rapportés à la population sont les plus faibles. En revanche, leur taux d'équipement en établissements est peu élevé ».	Le département fait partie des « 29 départements correspondant à une situation moyenne par rapport aux autres groupes ».	Le département fait partie des « 55 départements dans lesquels le recours à la MDPH est le plus fort avec 30,6 personnes pour 1 000 en moyenne ayant fait au moins une demande à la MDPH (contre 27,3 ‰ en moyenne dans l'ensemble des départements). Dans ce groupe, les départements sont plus âgés et avec des taux de prévalence d'ALD les plus importants. Des départements plutôt ruraux avec le plus fort taux d'allocataires d'AAH et de PCH, et de bénéficiaires d'une pension d'invalidité). Il s'agit du groupe dans lequel le taux d'équipement est également le plus élevé ».

<sup>56</sup> INSEE, « Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2019 » [en ligne].

<sup>57</sup> INSEE, « La France et ses territoires. Edition 2015 » [en ligne].

<sup>58</sup> CNSA, Direction de la compensation, « Les personnes ayant recours à la MDPH en 2016 : portrait des territoires », *Analyse statistique*, 7 [en ligne].

Il est important également de caractériser les départements au regard de l'organisation des soins en psychiatrie si l'on considère l'importance qu'elle peut avoir dans un repérage précoce des troubles psychiques sur les territoires. En effet, la psychiatrie requiert un mode de prise en charge particulier dans lequel la place des réseaux de proximité est considérée comme fondamentale<sup>59</sup>.

Le rapport de Magali Coldefy et de Charlène Le Neindre (IRDES) sur les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France, cité en conclusion du rapport, est particulièrement intéressant dans la mesure où il permet de classer à partir de différentes données<sup>60</sup> les départements en cinq groupes<sup>61</sup>. Les trois départements de l'enquête se rangent ainsi dans les classes 3 ou 5.

Tableau 3 : Organisation de la prise en charge de la santé mentale dans les départements

Département 1	Département 2	Département 3
Le département fait partie « <i>des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et avec une organisation adaptée aux pratiques urbaines (classe 3)</i> ».	Le département fait partie « <i>des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et avec une organisation adaptée aux pratiques urbaines (classe 3)</i> ».	Le département fait partie « <i>des territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante (classe 5)</i> ».

Il est important de noter que les caractéristiques que nous avons relevées au cours de l'enquête dans chacun des trois départements correspondent de très près aux principales données du classement de l'IRDES :

- Le profil d'organisation de la prise en charge de la maladie mentale du groupe des Départements 1 et 2 se caractérise par une offre psychiatrique libérale de ville importante mais avec une part significative de psychiatres pratiquant des dépassements d'honoraires, pouvant donc limiter l'accès à ces soins pour une partie de la population. L'implantation importante du secteur privé que ce soit en psychiatrie ou en médecine générale se traduit également par des relations plus fréquentes déclarées par les établissements de santé avec les médecins généralistes. Cette implantation est caractéristique des territoires urbains, où cependant :

<sup>59</sup> Anne GUILMIN, Bénédicte BOISGUERIN, Claudine PARAYRE, 2000, « L'offre de soins en psychiatrie : des 'modèles' différents selon les départements ? », DREES, *Etudes et Résultats*, 48 [en ligne].

<sup>60</sup> 1/ La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), les Rapports d'activité de psychiatrie (Rapsy), le Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (Rim-P), le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) pour le secteur sanitaire. 2/ L'enquête Etablissements sociaux (ES) pour le secteur médicosocial. 3/ Les répertoires des Groupes d'entraide mutuelle (Gem) et des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) pour les acteurs et dispositifs « interstitiels ». 4/ Le recensement de la population pour les dénominateurs et le contexte de vie.

<sup>61</sup> Des territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général (classe 1). Des territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concentrées sur l'intra-hospitalier (classe 2). Des territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et une organisation adaptée aux pratiques urbaines (classe 3). Des territoires bien dotés en équipements et en personnels, où domine une psychiatrie publique spécialisée à l'approche « totale » (classe 4). Des territoires à dominante rurale qui combinent une offre sanitaire et médicosociale importante (classe 5).

- Le nombre de structures ambulatoires ou à temps partiel de type CMP ou CATTP est faible en regard de la population.
  - La densité de places d'hospitalisation à temps partiel est également inférieure à la moyenne ainsi que la densité de lits d'hospitalisation temps plein.
  - Les soins à domicile sont moins fréquents et l'offre médicosociale est relativement faible.
  - Les établissements de ces territoires déclarent en moyenne moins d'actions de prévention, promotion, insertion envers la population. En revanche, les CLSM sont bien développés dans les territoires urbains.
- Le profil d'organisation de la prise en charge de la maladie mentale du groupe du Département 3 se distingue par une prise en charge de la maladie mentale gérée par un seul établissement de santé, une forte activité de soins à domicile et d'équipes mobiles spécialisées, une densité infirmière très supérieure à la moyenne ainsi que par une densité importante de personnels de rééducation, éducative et sociale, et de psychologues. Ce qui différencie fortement ce groupe de départements faiblement peuplés est l'importance du secteur médicosocial dans les territoires. Les établissements de santé ont d'ailleurs plus fréquemment mis en place des équipes spécialisées dans les interventions vers le secteur médicosocial et déclarent réaliser de nombreuses actions de promotion, prévention de la santé, insertion vers la communauté, et notamment vers les personnes en situation de handicap.

Partant des données du rapport de l'IRDES, il est possible de tenir compte également de la pluralité de l'offre de prise en charge de la santé mentale qui pourrait agir dans le cadre d'un repérage organisé des troubles psychiques. Il s'agit en particulier de l'offre des établissements de santé, de l'offre de soins de ville, de prises en charge ambulatoires en établissements de santé (Centres médico-psychologiques, CMP ; Unités de consultation des services de psychiatrie), mais aussi de l'offre sociale et médicosociale, ainsi que des Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et des Groupes d'entraide mutuelle (GEM). Cette offre peut probablement impacter la possibilité de trouver des relais pour se tourner vers d'autres acteurs. Or entre les trois départements, elle ne présente pas la même diversité ni la même densité rapportée à leur population (Tableau 4).

Au regard de ce classement, l'organisation de la prise en charge de la maladie mentale n'est pas la même dans les trois départements. La présentation des résultats va chercher à vérifier son possible impact dans la possibilité de mettre en œuvre un repérage collectif des personnes présentant des troubles psychiques.

Tableau 4: L'offre de prise en charge de la santé mentale selon les départements

<b>L'offre des établissements de santé</b> (en 5 classes d'effectifs équivalents)	Département 1	Département 2	Département 3
Densité de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 hab. de 16 ans et plus	9,7 – 80,7	80,8 – 96,2	96,3 – 121,2
<b>L'offre de soins de ville</b> (en 5 classes d'effectifs équivalents)	Département 1	Département 2	Département 3
Densité de médecins généralistes pour 100 000 hab. de plus de 16 ans	76,5 – 91,5	109,3 – 118,2	101,2 – 109,2
Densité de psychiatres libéraux pour 100 000 hab. de plus de 16 ans	6,5 – 8,2	11,3 – 76,0	1,8 – 4,2
Densité de psychiatres libéraux conventionnés secteur 1 pour 1000 psychiatres libéraux	40,5 – 72,9	73,0 – 81,3	95,6 – 100,0
<b>Les prises en charge ambulatoires en établissement de santé</b> (en 5 classes d'effectifs équivalents)	Département 1	Département 2	Département 3
Densité de Centres médico-psychologiques (CMP) pour 100 000 hab. de 16 ans et plus	2,6 – 3,7	2,6 – 3,7	5,0 – 7,0
<b>L'offre sociale et médicosociale</b> (en 5 classes d'effectifs équivalents)	Département 1	Département 2	Département 3
Dans les Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	10,1 – 88,2	4,1 – 6,8	4,1 – 6,8
Dans les Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	11,9 – 25,0	11,9 – 25,0	0,0 – 4,0
Dans les Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et les Services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés (SAMSAH).	26,5 – 36,3	26,5 – 36,3	0,0 – 8,3
<b>Les autres acteurs de la prise en charge*</b> (nombre d'acteurs par département)	Département 1	Département 2	Département 3
Conseils locaux de santé mentale (CLSM)	3 (dont 2 en démarrage)	5	1
Groupes d'entraide mutuelle (GEM)	5 (dont 1 avec 2 antennes)	4	3

\* Nous avons actualisé les données du rapport de l'IRDES.

Lecture : Le Département 1 fait partie du groupe d'une vingtaine de départements dans lesquels le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie pour 100 000 habitants de 16 ans et plus oscille entre 9,7 et 80,7 places.