

INTRODUCTION

C'est dans le contexte du diplôme inter- universitaire « Santé mentale dans la communauté : Etude et Applications » préparé à Bobigny, Lille et Marseille que j'effectue ce mémoire. Ce travail dont le partenariat constitue le thème de fond, a débuté par un questionnement portant sur les difficultés de travailler avec les différents professionnels sur un territoire de santé.

J'ai cheminé dans ma réflexion depuis plusieurs mois, au travers d'enseignements universitaires, de rencontres avec des personnes des milieux sociaux, éducatifs et culturels, et de formations théoriques dans le cadre de la formation continue.

La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, de maladies mentales, demande beaucoup d'énergie. Leurs parcours de vie, leurs situations sociales, professionnelles et sanitaires sont souvent complexes et requièrent des réponses multiples. Une seule personne, une seule institution ne peut répondre aujourd'hui à ces « besoins de vie » dans la société actuelle. Les soutiens apportés, les démarches effectuées, les moyens mis en œuvre, doivent être coordonnés afin d'être opérants et ne pas épuiser les professionnels ainsi que l'utilisateur et ses proches. Cela suppose une organisation pour les actions à mener, mais avant tout la connaissance des uns et des autres, la « reconnaissance » mutuelle de l'expertise de chacun. Les liens entre professionnels semblent alors plus faciles à tisser et à entretenir lorsque les personnes s'identifient, les partenariats ponctuels ou permanents se forment plus librement.

C'est sur cette question de la « reconnaissance » mutuelle, du partenariat entre les différents professionnels intervenant pour répondre à des « besoins de vie » d'un usager, d'un citoyen, que ce travail de recherche va porter.

1. CONSTATS .

1.1 Vécu professionnel

Tout au long de mon parcours professionnel comme infirmière de secteur psychiatrique puis de Cadre de Santé dans différents hôpitaux, au sein de plusieurs unités intra et extra hospitalières (CMP¹, hôpital de jour, CATTP², ateliers thérapeutiques), j'ai expérimenté depuis plus de vingt ans le travail de « secteur » en psychiatrie. Ce travail de « lien à tisser » avec la personne souffrante, en premier lieu, ses proches, sa famille, mais aussi avec les différents professionnels intervenant pour elle dans sa communauté de vie requiert de la connaissance, de l'ouverture d'esprit, de la patience et du respect. C'est d'abord pendant mes études d'infirmière que j'ai pris conscience de la nécessité de travailler en collaboration et en partenariat, afin de mener à bien la prise en charge d'une personne en souffrance. Puis plus particulièrement, lors de certains stages et au cours d'un travail de recherche effectués à Montréal (Québec, Canada), j'ai pu identifier ce qu'était la santé communautaire et expérimenter les moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins de santé de la population d'un territoire donné. J'ai alors mesuré l'intérêt d'un partenariat établi entre les médecins généralistes, les travailleurs sociaux, les infirmiers, psychiatres et psychologues libéraux, le service des urgences de l'hôpital psychiatrique de la ville et le centre de crise dont l'équipe pluridisciplinaire ne comptait pas de médecins. Ou encore, dans un service hospitalier de pédopsychiatrie, j'ai pu identifier le maillage tissé entre l'équipe soignante, les équipes pédagogiques des écoles secondaires et CEGEP³, ainsi que les familles d'accueils thérapeutiques des enfants. C'est aussi tout le travail en réseau formalisé et non formalisé entre le service de gérontopsychiatrie d'un CLSC⁴, situé au nord de Montréal, et les différents acteurs (sanitaires, sociaux, éducatifs et culturels), et les institutions publiques et privées, que

¹ Centre Médico Psychologique

² CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

³ CEGEP : Collège d'Enseignement Général et Professionnel

⁴ CLSC : Centre Local des Services Communautaires

j'ai pu connaître et apprécier la collaboration des professionnels alliés vers un objectif commun. Plus tard, forte de ces apprentissages, j'ai pu mettre en œuvre cette pratique dans mes activités d'infirmière en participant par exemple à la création d'un accueil pour les jeunes adultes de 16 à 24 ans (AJA⁵) au CMP⁶, en partenariat avec un des BAPU⁷ parisiens, avec les professionnels de santé libéraux, les institutions privées et publiques et l'université présente sur le secteur. C'est aussi lors des projets d'accueil en institutions ou en famille d'accueil de personnes soignées, ou au contraire de maintien à domicile avec un étayage adapté que j'ai pu appliquer ces savoirs et savoir-faires en tant qu'infirmière et Cadre de Santé. Ou plus récemment encore, j'ai pu mobiliser cette culture d'« être et travailler ensemble » au travers d'évènements sportifs organisés en partenariat avec les soignants, les services municipaux d'une commune, des clubs sportifs et leurs fédérations, les services logistiques de l'hôpital, des sponsors privés, des médias de presse écrite, et dont l'objectif commun visait la promotion du sport comme un atout de santé ainsi que la dé-stigmatisation de la maladie mentale. Tout au long de ces années, j'ai évolué dans des organisations de services où les usagers des soins étaient considérés comme des personnes actrices de leur devenir et dans lesquelles le travail en réseau, pas toujours formalisé, apportait l'accompagnement nécessaire au soigné pour (re) devenir citoyen. A contrario, j'ai aussi travaillé dans quelques unités où les malades « patientaient » avec leurs symptômes en attendant que leurs traitements fassent effets. Dans ces unités, le travail « en lien » avec des professionnels connus et reconnus était minime.

Au delà de mes expériences personnelles, c'est aussi dans la littérature professionnelle ou au contact d'autres équipes pluridisciplinaires que j'ai enrichi mes connaissances dans le domaine du travail en partenariat. Ainsi, la revue Soins Psychiatrie qui relate depuis plus de soixante ans les expériences des équipes soignantes, témoigne « des collaborations

⁵ AJA : Accueil pour les Jeunes Adultes au 26^{ème} secteur psychiatrique de Paris

⁶ CMP : Centre Médico Psychologique

⁷ BAPU : Bureau d'Aide Psychologique Universitaire

partenariales instituées avec le CCAS⁸ et avec les trois Maisons du Département du Rhône, qui ont permis de favoriser l'accès aux soins, d'établir, des liens avec le CMP et de formaliser des entretiens en binôme » décrites par Michèle Tortonèse⁹. C'est aussi dans la revue Santé mentale où Guy Baillon parle « d'un certain nombre d'équipes qui ont effectivement réussi à réaliser une psychiatrie totalement immergée dans le tissu social du secteur,..., en ayant établi des liens simples, constants, diversifiés entre équipe et tissu social... »¹⁰, que j'ai pu lire l'historique de la politique de sectorisation en psychiatrie et qui constitue le terreau du travail avec les différents intervenants de la Cité. Et plus récemment, les échanges avec les professionnels de santé mentale lors de la visite des structures du secteur 59G21(Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole) de la banlieue Est de Lille, ont permis de concrétiser des récits que je lisais et entendais depuis de plusieurs années.

C'est au travers de toutes ces expériences que j'ai mesuré l'intérêt du travail en partenariat, les effets positifs que cela apporte tant pour l'utilisateur, que pour les professionnels.

1.2 Contexte législatif

Les recommandations de l'OMS pour les soins en Europe définies lors de la conférence d'Helsinki en 2005, incitent à :

- Mettre en place des services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité,
- Installer des équipes spécialisées pour traiter les groupes sensibles dans leurs milieux. Ces services devraient être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et ils devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire mobile.
- Offrir des services résidentiels.
- Fournir des services de prise en charge des urgences. (...) assurés par des équipes d'urgence mobiles ou rattachées aux hôpitaux.

⁸ Centre Communal d'Action Sociale

⁹ In page 44-Revue Soins Psychiatrie n°216- septembre 2001

¹⁰ In page 31- Revue Santé Mentale n°59-Juin 2001

- Assurer la promotion, la prévention et l'information.
- Etablir des relations entre les services de santé primaire et les services assurés dans le cadre des hôpitaux généraux.
- Mener des activités de recherche et de formation en santé mentale communautaire.
- Créer des liaisons intersectorielles dans les domaines de la santé, protection sociale, emploi, logement, justice, éducation, loisirs...

Elles s'inscrivent dans un dispositif législatif français qui incite et oblige les organisations à s'associer depuis plus de 50 ans. Ces textes relatifs à la lutte contre les maladies mentales sont les suivants :

- **Circulaire du 15 mars 1960** relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- **Loi du 31 juillet 1968**, obligeant l'hôpital psychiatrique à s'associer avec d'autres établissements publics ou privés dans la lutte contre les maladies mentales
- **Circulaire du 12 décembre 1972**, qui insiste sur la concertation partenariale, la coordination des actions et l'articulation des acteurs
- **Circulaire du 9 mai 1974** qui renforce la position du conseil de santé mentale
- **Loi du 25 juillet 1985** qui institue le conseil départemental de santé mentale
- **Décret du 14 mars 1986** définissant les fonctions et la composition du conseil départemental de santé mentale
- **Circulaire du 14 mars 1990** qui étend le champ d'action de la psychiatrie à la santé mentale et positionne le CMP comme pivot du secteur psychiatrique
D'autres textes dépassant le domaine de la psychiatrie vont consacrer le travail en partenariat, précisément le travail en réseau comme une nécessité en matière d'organisation des soins. On remarque les textes :
- **Loi du 31 juillet 1991** portant réforme hospitalière incitant les établissements de santé à « participer en collaboration avec les médecins traitants et les services sociaux et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés au

domicile du malade et à des actions de coopération avec des personnes de droit public ou des groupements d'intérêts économiques »

- **Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996** considère le réseau comme un modèle à étendre à l'ensemble de la santé publique
- **Circulaire du 25 novembre 1999** qui élargit la notion de réseau dans les domaines préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux
- **Loi du 2 janvier 2002** instaurant le principe de convention entre les instances tutélaires régionales et proposant une palette de formules de coopération et d'articulation entre les établissements des champs sanitaire, social et médico-social
- **Loi du 4 mars 2002** relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, donne une existence législative aux réseaux de santé et dont l'un des objectifs est de favoriser la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires
- **Loi du 11 février 2005** reconnaît l'altération des fonctions psychiques comme cause de handicap ainsi que les difficultés vécues au quotidien par les personnes qui en sont atteintes, et amorce le passage d'un statut de malade à celui de personne en situation de handicap, nécessitant donc accompagnement et compensation éventuels.

1.3 Enjeux socio-économiques

Comme le dit Alain Ehrenberg¹¹ « partout en Europe et en Amérique du Nord, les problèmes de santé mentale sont devenus des enjeux majeurs de santé publique ...environ 25% de la population est atteinte chaque année de pathologies mentales ». En France, les troubles mentaux sont la première cause d'invalidité et la deuxième cause d'arrêt de travail¹². On remarque aussi que les inégalités sociales liées à la santé mentale sont comparables à celles de la santé en général. Le cumul des facteurs défavorables entraîne des problèmes de santé, physiques et /ou psychiques, ainsi qu'une augmentation des incapacités et des handicaps. Cela conduit à une diminution de l'espérance de vie pour les

¹¹-page 10- Revue Esprit N°366- Juillet 2010- In « La souffrance des individus : un problème social ? »

¹² source : CNAMS

chômeurs, les travailleurs précaires, les salariés non qualifiés et les personnes souffrant de maladies psychiatriques comme les schizophrènes par exemple. Par ailleurs, l'enquête SMPG¹³, menée par le CCOMS de 1998 à 2000, montre que « la prévalence des troubles mentaux en population générale (anxiété, dépression, troubles psychotiques, troubles addictifs, alcool, drogue, risque suicidaire et insomnie) diminue systématiquement avec l'âge et l'accroissement des revenus familiaux »¹⁴.

Les réponses à ces phénomènes incitent d'une part, à développer l'action sur les déterminants de santé ainsi que la proximité et la rapidité d'accès aux soins pour tous et d'autre part, elles impliquent l'intégration des services de psychiatrie dans la cité, par le **développement d'un travail en réseau de tous les partenaires sanitaires, sociaux, territoriaux** (comme les municipalités).

C'est tout le système de soins, toute la population, qui sont concernés, car les déterminants de la santé, qu'il s'agisse d'éducation, de logement, d'emploi, et autres, sont en jeu.

2. PROBLEMATIQUE

2.1 Prise en charge communautaire : un héritage

Après la Seconde Guerre mondiale, un mouvement désaliéniste apparaît parmi certains psychiatres. La nécessité est venue d'en finir avec l'enfermement asilaire non respectueux des droits de la personne. Alors naît une remise en question fondamentale de l'asile psychiatrique relayée et appuyée par des analyses philosophiques et sociologiques développées notamment par Michel Foucault et Erving Goffman. Le mouvement désaliéniste a permis l'ouverture de l'asile sur la ville, l'invention de la sectorisation psychiatrique, le déploiement progressif des services vers les populations. La diminution du recours à l'hospitalisation à temps complet et des durées de séjour, le développement des structures de soins extra hospitalières (CMP, CATTP, Hôpital de Jour,...) ont favorisé la prise en charge ambulatoire. Aujourd'hui en France, par exemple, 75 % des personnes suivies par les services de psychiatrie publique le sont exclusivement en ambulatoire¹⁵.

¹³ Source : Enquête SMPG, Ministère de la santé ASEP-CCOMS-EPSM Lille-Métropole, Exploitation CCOMS¹³.

¹⁵ Coldefy M. Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France. Etudes et résultats, novembre 2005, n° 443 : 12 p.

2.2 Santé « communautaire » : accessibilité par les citoyens

Aujourd'hui, les usagers des soins accèdent aux services de santé par différents chemins qui sont :

- l'information au travers des politiques (gouvernementales, régionales, départementales, municipales) par les médias (télé, radio, presse écrite...),
- l'orientation par des professionnels de santé (médecin référent, paramédicaux..), des services sociaux, des services territoriaux (mairie, conseil général, agence régional de santé...), des services de l'éducation (écoles, collèges, lycées...),
- le soutien des associations d'usagers, caritatives, des groupes d'entraide, des proches ou aidants naturels.

Malgré toutes les voies d'accès ouvertes à la population, les réseaux, les filières...., bon nombre de personnes restent isolées dans leurs problématiques.

2.3 Question centrale de recherche

Dans notre société actuelle qui connaît des « *dé liaisons* » de toutes sortes, on constate un effondrement des mythes et des récits porteurs qui assuraient une base de repères donnant du sens. Cette perte du sens laisse place à l'insignifiance voire l'indifférence, une forme de « déshumanisation bienveillante douce » pour Alexis de Tocqueville. Par ailleurs, je constate, au sein du CMP et Hôpital de Jour où je suis en poste depuis bientôt deux ans, que peu de liens sont établis, formalisés, avec les professionnels exerçant dans les structures médico-sociales, socioculturelles publiques et privées, les services municipaux ainsi qu'avec les professionnels libéraux. Des rencontres ponctuelles ont lieu avec les uns ou les autres à l'occasion de troubles du voisinage, de situations de « crise », générés par des citoyens de la ville connus ou non de nos unités. Ces rencontres visent la résolution de problèmes pour les uns et l'écoute

des doléances pour les autres, sans donner de réelles satisfactions. Ces réunions laissent peu de place à la connaissance mutuelle, à la construction de liens solides permettant un accompagnement cohérent et adapté dans le parcours de soins de l'usager. L'ensemble de ces réflexions nous conduit à la question centrale suivante :

Comment apporter des réponses cohérentes et adaptées aux besoins de santé d'une population d'un territoire de santé donné ? Selon nous, la connaissance des partenaires est un moyen favorisant la cohérence des actions à mettre en œuvre; cela nous amène à l'hypothèse suivante.

2.4 Hypothèse

La reconnaissance mutuelle des partenaires sur un territoire participe au développement de la santé communautaire dans la cité.

3. CADRE CONCEPTUEL

3.1 Concept de santé communautaire

La **Santé** implique deux dimensions : préventive et curative. En s'attardant sur l'axe préventif, on distingue 3 niveaux de prévention :

- primaire : ce n'est pas du soin, mais l'action sur les déterminants de vie (sociaux, écologiques, politiques). C'est le champ des choix politiques. L'action est portée sur l'information à la population.
- secondaire : concerne le dépistage précoce auprès des usagers des soins.
- tertiaire : implique la prévention de la rechute de la maladie, l'accompagnement de la personne.

Communautaire : c'est l'engagement des actions en dehors de l'hôpital et dans la Cité.

Répandue en France depuis les années 1960, **la santé communautaire** vise un « état de bien-être complet » (définition de l'OMS) des personnes tant sur le plan individuel que collectif. Elle est caractérisée notamment par

« l'effort fait pour que les populations concernées puissent agir elles-mêmes pour leur propre santé »¹⁶.

La santé « mentale » communautaire, quand à elle, est un modèle d'organisation des structures sanitaires et sociales, issu de pratiques québécoises des années 1970. Elle consiste à orienter la prévention et adapter les moyens aux besoins des populations vulnérables sur un territoire.

Ce concept pose la question du rapport à l'autre, à la différence, à la confrontation des représentations, des valeurs, des codes, des savoir-faire et savoir-être.

3.2 Concept des représentations sociales

La reconnaissance des partenaires, suppose que ceux-ci soient déjà identifiés d'une manière générale, par leurs fonctions (assistante sociale de secteur, psychiatre, éducateur, chef de service ...) ou par leur lieu d'exercice (CCAS¹⁷, CHRS¹⁸...). Cette connaissance des uns et des autres est parfois sommaire et souvent soumise à des représentations. Aussi, j'ai voulu les définir afin de mesurer l'impact qu'elles peuvent avoir sur la reconnaissance mutuelle des partenaires.

Pour définir cette notion, dans un premier temps, je me suis attardée au sens commun du mot. La **représentation** désigne étymologiquement l'« *action de rendre présent* » Au sens courant du terme, c'est l'image, la figure, le symbole qui représente un phénomène, une idée. En psychologie, la représentation y est décrite comme une perception dont le contenu se rapporte à un objet, une situation du monde dans lequel vit le sujet.

Dans un second temps, je me suis interrogée sur la notion de **représentation sociale**. D'après Jodelet, elle est « *une forme de*

¹⁶ SAÏAS : « La psychologie communautaire » in « Journal des psychologues », octobre 2009

¹⁷ CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

¹⁸ CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

connaissance socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune... »¹⁹

Selon, Jean- Claude Abric, la représentation sociale correspond à *«l'ensemble organisé des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe donc pas dans les activités humaines de réalité objective. Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée, reconstruite dans le système cognitif. Par ailleurs, la représentation de la situation détermine un système d'attente et d'anticipations concernant par exemple, le comportement de l'autre, le contenu de ce qu'il va dire,... »²⁰*. Les représentations sociales permettent à chaque individu d'identifier l'interlocuteur dans le groupe qu'il représente, d'avoir une connaissance utile des « objets » rencontrés dans l'exercice professionnel. Elles orientent aussi les conduites de chacun dans les situations d'incertitude et facilitent la communication professionnelle.

3.3 Concept d' « Etre partenaire »

« Partenaire » vient de l'anglais "*Partner*" issu du français du 18e siècle : "*parcuner*", "*part*", "*parcener*", termes qui renvoient aux notions de propriétaire indivis, de copartageant. Au niveau de sa racine latine "*partitio, partitionis*", signifie partager, diviser, séparer. Enfin le suffixe "*aire*" de "partenaire" indique que l'on se situe dans un système *de "personnes en charge de* », « *en association avec* », et le suffixe de "partenariat" désigne un système, une forme d'organisation inscrite dans l'action.

Un partenaire est donc « une personne, un groupe, une collectivité, un organisme ou une entité avec laquelle on s'associe ou on s'allie pour réaliser une action commune dans une affaire, une entreprise, une négociation ou un projet »²¹. Les décisions sont prises dans un

¹⁹ JODELET, « définition des représentations sociales » in « ouvrage des concepts » ARSI 1989

²⁰ ABRIC, « définition des représentations sociales », in « ouvrage des concepts » ARSI 1961

²¹ fr.wikipedia.org/wiki/Partenaire_

rapport d'égalité, la parole de l'un valant celle de l'autre, indépendamment de la fonction sociale de chacun.

Au plan théorique, c'est sans doute la sociologie des organisations (Crozier-Friedberg)²² qui permet de comprendre un peu mieux la définition du partenariat comme étant "*le minimum d'action commune négociée visant à la résolution d'un programme reconnu commun*".

Le concept « **être partenaire** » se définit comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs compétences en vue d'atteindre un objectif relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation.

4. METHODOLOGIE

4.1 Choix du terrain d'enquête

Cette recherche nous conduit à recueillir des données sociologiques et à mener des entretiens auprès de différents professionnels intervenant sur le territoire de santé où sont implantés le CMP²³ et l'Hôpital de Jour dans lesquels j'exerce. L'enquête s'est déroulée à Rezé (ville de la banlieue nantaise) peuplée de 37 846 habitants²⁴ permanents auxquels s'ajoutent les personnes qui transitent quotidiennement (étudiants, travailleurs) ou temporairement (gens du voyage), soient 39 072 habitants.

4.2 Choix de la population entretenue

Ma sélection s'est portée sur des professionnels du secteur de la santé, médico-social, socioculturel, territorial (mairie), du logement social, intervenant auprès de la population rezéenne.

²² CROZIER (M.), FRIEDBERG (E.), 1977, *L'acteur et le système*. Paris, Le Seuil, 498 p.

²³ Centre Médico Psychologique

²⁴ Recensement au 1/01/2007- source INSEE

Ces personnes volontaires sont au nombre de 7 : 3 femmes et 4 hommes, et présentent les profils suivants :

- ❖ Femme de 42 ans, Adjointe de Direction en CHRS, titulaire du diplôme d'Educatrice Spécialisée (1992), ayant suivi une formation à l'approche systémique et une formation universitaire conduisant au Diplôme d'Etat en Ingénierie Sociale en 2009.
- ❖ Femme de 50 ans, Médecin généraliste, titulaire du diplôme de Docteur en Médecine (1987).
- ❖ Femme de 58 ans, Responsable d'agence de logement social, titulaire d'un diplôme de Conseillère en Economie Sociale et Familiale (1986), ayant suivi une formation à la démarche culturelle et connaissance des religions.
- ❖ Homme de 29 ans, Adjoint de Direction au Service d' Action Sociale de la mairie, titulaire des diplômes : Master de recherche « Sociologie politique »(2005) et Master professionnel « Management des politiques sociales »
- ❖ Homme de 56 ans, Directeur du Service Santé à la Mairie, titulaire des diplômes d'Infirmier D.E (1984), Cadre Infirmier (1993), ayant suivi une formation universitaire conduisant à une Maitrise de gestion (1999)
- ❖ Homme de 44 ans, Elu municipal, titulaire d'un diplôme de Formateur pour Adultes (1991),
- ❖ Homme de 42 ans, Directeur d'un Centre Socioculturel, titulaire des diplômes : DEFA : Diplôme d'Etat aux Fonctions d'Animation (2001) et DEJEPS : Diplôme d'Etat de la Jeunesse, de l'Education Populaire et du Sport, ayant suivi une formation universitaire conduisant à un DU²⁵ en développement local (2006).

Aucune de ces personnes n'a été formée à la démarche communautaire.

4.3 Choix des outils : données contextuelles et entretiens

- ✓ **Les données contextuelles du territoire : sociologiques et médicales**
 - *Les données sociologiques* concernant la ville de Rezé²⁶ ont été choisies afin de connaître le contexte social et urbain dans lequel évoluent les habitants et les professionnels de la commune.

²⁵ DU : Diplôme Universitaire

²⁶ et ²⁷ « Diagnostic territorial- Novembre 2010 » in « Observatoire Social et Urbain-Découvrir Rezé-
www.reze.fr »

- *Les données médicales*²⁷ portent sur les files actives des CMP et Hôpital de Jour des années 2009 et 2010 en prenant particulièrement en compte :

le pourcentage des hommes et des femmes, les tranches d'âge des usagers, leurs situation familiale, profession, domiciliation sur la commune, la typologie des pathologies traitées, et le nombre de venues.

Ces données sont recueillies et analysées afin de repérer les éventuelles populations vulnérables sur le territoire.

✓ **Les entretiens**

La méthode retenue pour ce travail a été l'entretien de recherche. Ensuite, j'ai distingué et retenu **l'entretien non directif**, je me suis attachée au niveau de *l'approfondissement*, c'est-à-dire la collecte systématique des données après la construction du cadre conceptuel et la formulation de l'hypothèse.

Un langage adapté et accessible à la population entretenue a été dans un souci de compréhension optimale, de sorte que la consigne générale et la première question soient claires et compréhensibles (cf annexes 1 et 2).

Les entretiens se sont déroulés comme suit :

- Présentation du chercheur, du contexte, du cadre et du thème de la recherche,
- Enonciation des modalités relatives à l'entretien au niveau temporel (40 mn environ), pratique (conditions d'anonymat) et technique (utilisation d'un magnétophone),
- Enonciation de la première question, puis utilisation de relances miroirs, de relances mémoires, de reformulations de demandes d'informations et utilisation des silences,
- Avertissement de la fin de l'entretien par une question (cf annexe 2),

²⁷ Transmises par le Département d'Information Médicale, référent des 2 unités de soins.

- « débriefing » par réponses aux questions de l'enquêté, présentation professionnelle du chercheur et explication sur l'intérêt du thème de recherche.

Tous les entretiens ont été réalisés sur le temps de travail des enquêtés.

4.4 Exploitation des données et des entretiens

✓ Les données sociologiques²⁸

La commune de Rezé, d'une superficie de 13,8 km² et peuplée de 39 072 habitants est **dense** (2746 hab. /km²).

Les rezéens demeurent majoritairement **propriétaires** de leur habitation (62,4%) au regard des locataires du privé (21,6%), du public (14,8%).

Cette population est répartie en âge de la façon suivante :

Pyramide des âges à Rezé en 2007 en %

	Hommes	Classe d'âge	Femmes
0,4		90 ans ou +	1,1
6,0		75 à 89 ans	11,0
11,6		60 à 74 ans	13,0
19,3		45 à 59 ans	19,2
22,0		30 à 44 ans	20,1
20,1		15 à 29 ans	18,5
20,5		0 à 14 ans	17,1

Selon le recensement de 2007, 22% de la population a 60 ans ou plus (20% sur le département). Rezé est donc **une commune relativement âgée** (9,5% de la population a 75 ans ou plus, contre 7% sur Nantes Métropole, 8% sur les plans départemental et national) ; et sa dynamique démographique tend à démontrer que le vieillissement à venir pour les prochaines années sera très important.

Ainsi, les projections de population d'ici à 2020 montrent que l'évolution de l'espérance de vie des personnes âgées sera identique sur la commune à celle prévue au niveau national. Aussi, **le vieillissement à venir de la population sera très marqué pour une**

²⁸ Diagnostic territorial, Observatoire Social et Urbain, Novembre 2010

majorité des tranches d'âges. La population des plus de 85 ans va fortement progresser. Notons encore la **forte évolution des sexagénaires.**

Concernant **l'emploi, 9,4% des actifs**, soient 1731 personnes, étaient **demandeurs d'emploi** en fin de mois (de catégorie A). Remarquons qu'à Rezé, le chômage touche davantage les hommes (10,6%) que les femmes (8,2%).

Les besoins des habitants sont couverts par différents équipements dont les **équipements sanitaires et médico-sociaux** qui comptent notamment :

- des *professionnels de santé libéraux* tels que : des médecins généralistes (33), psychiatres (6), psychologues (13), IDE²⁹ (37),
- un *établissement de santé privé* disposant d'environ 400 lits de médecine et chirurgie, (médecine physique et soins de suite, médecine anti cancéreuse, d'urgence, d'hémodialyse, etc...),
- six *maisons de retraites*,
- un *CAPSI*³⁰
- un *CHRS*³¹,
- un *IFSI*³² et un *IFAS*³³, un *IFRAMES*³⁴,

Par ailleurs, le *CHU*³⁵ de Nantes se trouve à 3 km du centre ville de Rezé.

✓ **Les données médicales**³⁶

Au CMP,

578 personnes de plus de 16 ans ont été prises en charge en 2010 (+21 personnes qu'en 2009), dont **321 femmes_55,54%_ et 257 hommes**. La majorité des consultants se situe dans la **tranche 35-44 ans _25,09%_**, puis les 45-54 ans_20,07%_ et les 25-34 _19,90%_(**mêmes rangs qu'en 2009**). Les femmes restent les plus nombreuses à être prises en charge

²⁹ IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

³⁰ CAPSI : Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel

³¹ CHRS : Centre d'hébergement et de Réinsertion Social

³² IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

³³ IFAS : Institut de Formation d'Aide Soignant

³⁴ IFRAMES : Institut de Formation en Recherche et Animation des Métiers Educatifs et Sociaux

³⁵ CHU : Centre Hospitalier Universitaire

³⁶ Rapport d'activités 2009 et 2010 des unités CMP et Hôpital de Jour Bas Landreau

tant en 2010 qu'en 2009, cependant on observe une augmentation des consultants hommes 257 en 2010 et 232 en 2009.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 98,62% en 2010 et 98,38% en 2009.

Concernant leur **situation matrimoniale**, on remarque que les personnes sont **célibataires**_ 25,95% en 2010, 28,19% en 2009, **mariées**_17,30% en 2010, 19,39% en 2009, mais le % de « non renseigné » s'élève à 32,35% en 2010 et 25,85% en 2009.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 67,65% en 2010 et 74,15% en 2009.

Une recherche concernant la **situation professionnelle** des consultants a été pratiquée, mais le résultat d'item « non renseigné » est supérieur aux différentes données recueillies tant en 2010 qu'en 2009, cette spécificité n'a donc pas été retenue.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 64,71% en 2010 et 72,71% en 2009.

Concernant la **domiciliation** des consultants, là encore le résultat d'item « non renseigné » est supérieur aux différentes données recueillies tant en 2010 qu'en 2009, cette spécificité n'a donc pas été retenue.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 8,65% en 2010 et 10,05% en 2009.

Les **diagnostics médicaux** des personnes prises en charge sont :

Z- Autres diagnostics- 22,66% en 2010 et 28,01% en 2009, les femmes sont majoritairement concernées par cette catégorie,

F3- Troubles de l'humeur- 21,80% en 2010 et 21,90% en 2009, les femmes sont majoritairement concernées par cette catégorie,

F2- Psychoses- 19,55% en 2010 et 18,85% en 2009, les hommes sont majoritairement concernées par cette catégorie.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 91,70% en 2010 et 98,20% en 2009.

Seuls les **diagnostics principaux CIM 10** ont été retenus, le recueil des diagnostics associés et longitudinaux CIM 10 présentent des taux d'exhaustivité inférieurs à 28 et 18% et sont difficilement exploitables.

Les **accueils infirmiers**, dans les locaux du CMP, ont concerné 102 personnes en 2010 pour 369 actes et **65 personnes en 2009 pour 2010 actes**.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 100% en 2010 et 2009.

A l'Hôpital de Jour,

60 personnes de plus de 16 ans ont été prises en charge en 2010 (**1 personne de moins qu'en 2009**), **dont 28 femmes_46,67%_ et 32 hommes-53,33%**. La majorité des consultants se situe dans la **tranche 25-34 ans _30%_**, puis les 35-44 ans_28,33%_ et les 45-54 _16,67%_, tandis qu'en 2009, ils situaient dans la tranche **35-44 ans_34,43%_**, puis les 25-34 ans_29,51%_ et les 45-54 _22,95%_.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 100% en 2010 et 2009.

Concernant leur **situation matrimoniale**, on remarque que les personnes sont majoritairement **célibataires** 48,33% en 2010, **52,46% en 2009**.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 90% en 2010 et 98,36% en 2009.

Concernant leur **situation professionnelle**, on remarque surtout que les personnes sont **sans activité professionnelle** 41,67% en 2010, **44,26% en 2009** toutefois certains présentent une **activité en milieu ordinaire** 26,67% en 2010 et **29,51% en 2009**.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 100% en 2010 et 96,72% en 2009.

Concernant la **domiciliation** des consultants, 45 personnes_75%_ en 2010 et **42 personnes _68,85%_ en 2009** résident à Rezé.

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 100% en 2010 et 2009.

Les **diagnostics médicaux** majoritaires des personnes soignées sont :

F2- Psychoses- **38,33%** en 2010 et **32,79% en 2009**, les **hommes** sont majoritairement concernés dans cette catégorie.

F3- Troubles de l'humeur- **25%** en 2010 et **22,95%** en 2009, les **femmes** sont majoritairement concernées dans cette catégorie,

F10- Alcool- **13,33%** en 2010 et **8,20%** en 2009, les **hommes** sont majoritairement concernés dans cette catégorie,

F6- Troubles de la personnalité- 5% en 2010 et **14,75%** en 2009, les **femmes** sont majoritairement concernées dans cette catégorie,

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 98,33% en 2010 et 100% en 2009.

Seuls les **diagnostics principaux CIM 10** ont été retenus, le recueil des diagnostics associés et longitudinaux CIM 10 présentent des taux d'exhaustivité inférieurs à 35% et sont restés exploitables.

Les **venues**, à l'Hôpital de Jour ont concerné, 60 personnes en 2010 pour **2309** venues (dont 1914 en demi-journées) et **61 personnes en 2009 pour 2291** venues (dont 1841 en demi-journées).

Le taux d'exhaustivité pour ces données est de 100% en 2010 et 2009.

✓ **Les entretiens**

Toutes les personnes interrogées ont répondu « le partenariat, pour moi... » à la question « Être partenaire, qu'est ce que cela évoque pour vous ? ». Aussi, le terme partenariat a été retenu pour l'ensemble de l'exploitation des entretiens.

❖ Entretien n°1 :

Elle définit le **partenariat** comme un **engagement réciproque formalisé par un écrit**, au regard d'un cadre de référence **dont les objectifs sont précisés**, le partenariat s'inscrivant au travers **d'un travail régulier entre les membres** ... « la notion de partenariat suppose un engagement réciproque de 2 parties.....se formalise par un écrit....le partenariat cela veut dire convention.....si on est partenaire, il y a un engagement écrit à travers une convention.....la convention va s'appliquer à l'ensemble des situations rencontrées sur une durée donnée....les parties se mettent d'accord sur quoi justement elles s'engagent.... »

Pour elle, le partenariat permet **la connaissance** des organigrammes des institutions partenaires ainsi que des différents personnels qui en font partie... « le fait qu'il y ait des liens plus formels par le partenariat, on va rencontrer un certain nombre de personnes de l'institution...il y a des échanges avec différentes personnes de l'institution... ». Mais surtout, il favorise la **coordination et la cohérence** dans les actions entreprises ... « l'intérêt majeur du partenariat...il saucissonne moins les accompagnements... ; permet du lien pour la personne qui est au cœur du dispositif...; se voir ensemble, discuter, échanger et construire...pour plus de cohérence... » D'après cette professionnelle, le **partenariat se construit** malgré les freins qui sont souvent liés à **des représentations** qui ne doivent pas rester figées... « le partenariat, c'est toujours activable... ; il y a des enjeux de personnes...il faut pouvoir dépasser cela... ; il y a des gens nouvellement élus qui connaissent pas du tout le champ du social, donc qui freinaient par leur méconnaissance... ; si peur il y a au départ, faut pas s'y arrêter... ; par crainte qu'on intervienne de trop, de perdre quelque chose..»

Un **partenariat** ne se décrète pas, mais **se choisit et s'établit** avec le **temps, les rencontres, la communication** au travers d'un **langage commun** et **l'écoute mutuelle**... « c'est important de se voir régulièrement, d'expliquer les pratiques...pouvoir dire les choses... ; trouver un langage commun aussi, parce qu'on est chacun dans nos jargons... ; je pense que c'est important de choisir ses partenaires... ». Pour elle, le partenariat **renforce la complémentarité et facilite la gestion des situations tout comme l'élaboration des projets**... « ...une force, être complémentaire, se choisir, faire des propositions... ; c'est plus facile de négocier des budgets pour la mise en place de nouveaux projets construits avec des partenaires...» Elle rajoute que le partenariat n'a de sens que si son objectif principal est **d'apporter une aide cohérente aux personnes dans leur parcours de vie**... «...il y a des référents dans différents lieux mais on peut imaginer se voir ensemble, discuter, échanger et construire avec la personne dans son parcours, pour

plus de cohérence,...l'intérêt majeur du partenariat...qu'il saucissonne moins les accompagnements des personnes ».

❖ Entretien n°2 :

Cette personne définit le **partenariat** comme **une communauté** de personnes qui se **connaissent** et **s'engagent** dans un projet... « ...en connaissant les gens, c'est plus facile de décrocher son téléphone quand c'est des personnes qu'on a déjà rencontrées...c'est ensemble qu'on pourra trouver des solutions,...le partenariat c'est pas uniquement être dans du réseau où on se connaît les uns les autres et on répond au coup par coup, mais c'est aussi d'être dans une dimension collective sur les projets qu'on peut porter ». Selon lui, le partenariat implique **organisation** et **méthode**... «...il s'agit d'abord de qualifier l'ensemble des besoins, avoir un diagnostic partagé, une analyse partagée à la fois des situations individuelles et certainement des besoins sociaux collectifs, et en même temps avoir une réponse adaptée et coordonnée, je pense que l'observation empirique a ses limites aussi et qu'il faut aussi du bon sens qui doit être adossé à une objectivation de l'observation et ça passe aussi par une capacité d'expertise,...on discute sur des critères, on essaye d'objectiver ». Il ajoute que la **convention** offre un **cadre de référence** et **clarifie les objectifs, précise les engagements** de chacun ainsi que leurs droits et leurs devoirs... « ...nous on passe des conventions avec les partenaires,...quelque chose qui est actée et quelque part objectivée dans une convention ». Il indique aussi que la convention introduit un **rapport d'égalité** entre les partenaires... « la nécessaire égalité entre les partenaires, c'est la contractualisation...la convention c'est pour moi introduire un rapport d'égalité...on est partenaire toutes nos positions ont une valeur, il n'y en a pas un qui vaut plus que l'autre...il n'y a pas de hiérarchisation dans la valeur de ce que peuvent exprimer les uns ou les autres, qu'ils soient experts ou usagers » et limite les **enjeux de pouvoirs**... « ne pas nier les enjeux de pouvoirs parce qu'ils sont réels,...on limite l'enjeu de pouvoir à la sujétion que chacun à accepter en

contractualisant,...on n'est pas là pour user du pouvoir en disant : vous avez pas fait ci, vous avez pas fait ça ». Cette personne aborde aussi la question des **représentations sociales** qui sont à prendre en compte dans le partenariat... « dans le partenariat, si je vais rencontrer tel type de partenaires, j'aurai des représentations...donc, il ne s'agit pas de les nier ces représentations...il faut dépasser ces représentations...il ne s'agit pas de nier aussi comment on ressent les choses, surmonter ses représentations » afin de garder l'objectivité nécessaire au sein du partenariat. Selon lui, l'objectif principal du partenariat est d'apporter une **réponse communautaire**... « face à des problèmes sociaux complexes, personne n'a la solution à lui tout seul...on se met autour d'une table ronde, on discute ensemble de ce qu'on peut faire,...rendre un service à la population....donner les clés dans leur éducation, à l'école, leur vie professionnelle, leur formation tout au long de la vie,...les choses se construisent avec l'avis de la population...en toute logique démocratique ».

❖ Entretien n°3 :

Cette personne définit le **partenariat** comme **un travail en commun** dans lequel la **confiance** est primordiale, avec **des partenaires connus, reconnus professionnellement**... « travailler ensemble,...il faut être dans la confiance,...avec des paramédicaux..., des partenaires médecins, infirmiers, éducateurs, sociaux,...des partenaires aussi familiaux,...l'entourage du patient, ...le partenaire peut être un partenaire unique,...tous les gens avec lesquels on travaille sur un même patient, sont des partenaires » Elle regrette que le partenariat soit **sans cadre de référence, ni formalisé, ni tracé** ... « y a pas d'organisation type, ...le partenariat c'est intéressant mais c'est pas toujours facile à mettre en place...quand on travaille en partenaire, c'est vrai qu'on sait pas exactement qu'est ce que l'autre va pouvoir nous apporter, ...le partenariat, c'est bien qu'il soit un petit peu pensé, réfléchi, structuré » Pour elle, le partenariat passe par la **connaissance des partenaires** et le

rôle de chacun afin d'établir une relation de **confiance au fil du temps**, et un partenariat qui s'inscrit dans un **cercle restreint**... « on apprend à être en confiance, à connaître les partenaires,...qu'on sache exactement le rôle de chacun, ça s'est important,...il faut du temps pour effectivement être à l'aise dans une relation et être confiant pour un travail à plusieurs,...je pense que cela nécessite du temps...le partenariat soit plutôt d'assez longue durée,...il faut pas multiplier les partenaires » Pour elle, les **actions** entreprises sont **complémentaires** et communiquées à chaque partenaire et visent la **cohérence**... « travailler ensemble...pas l'un au détriment de l'autre...ce sont des actions complémentaires qui vont dans le même sens »

❖ Entretien n°4 :

Cette personne définit le **partenariat** comme une **coopération** dans laquelle chaque partenaire apporte **une expertise ou une pratique** de travail, la coopération étant définie comme un **travail en commun**... « Etre partenaire, c'est apporter une coopération, un éclairage sur un domaine, ...un éclairage de terrain, ...c'est un travail en commun,...on n'est pas forcément expert, ...c'est une addition de compétences, ...additionner des partenaires qui auront des petits domaines d'expertises ». Il ajoute que le **partenariat s'établit dans différents buts** comme le soutien financier, la construction d'un projet, la constitution d'un groupe de réflexion, etc...pourvu que les **valeurs soient communes** ... « c'est avoir des valeurs communes...je crois aussi que dans les partenariats, il y a aussi sou tendue cette question de valeurs communes...on se sent plus à l'aise de monter des partenariats avec des gens avec qui on partage des valeurs,...on ne travaille plus tout seul, on ne peut pas faire l'économie de développer des partenariats ». Selon lui, le **partenariat existe** réellement au travers d'une **convention**... « une convention a le mérite de figer les choses, de cadrer les choses, de clarifier, de définir le rôle et les missions de chacun, le

but poursuivi et les moyens d'y parvenir...une convention...ça scelle un partenariat...une convention a le mérite de dire voilà, notre partenariat est possible, mais il y a des choses que je peux faire, des choses que je ne peux pas faire et que je ne ferai pas » qui scelle un projet de travailler dans la **complémentarité des compétences et des expertises**... « il peut y avoir des raisons d'expertises,...besoin d'expertise complémentaire ». D'après lui, les **représentations sociales** ont un impact sur le partenariat « ...cela apporte une caution forte à l'initiateur, au porteur du projet, quand il peut se targuer de réaliser ça *en partenariat*,...cela prouve que c'est un véritable engagement,...on a une vraie crédibilité pour développer des partenariats »

❖ Entretien n°5 :

Cette personne définit le **partenariat** d'abord comme une **rencontre physique, la connaissance** des partenaires, le **travail en commun**... « ...si on ne s'est jamais vu, si on échange que par courrier ou par mail, je trouve que le partenariat ne peut pas se faire...on n'a pas cette connaissance de l'autre personne,...le partenariat c'est aussi des rencontres régulières inter structures : la police, les écoles, les centres socioculturels,...il faut se connaître, se rencontrer, établir une relation circulaire entre les partenaires,...s'imprégner de la sensibilité de chaque partenaire, il faut se voir, se rencontrer, discuter,...et puis le partenariat, c'est un travail en commun » qu'elle distingue du réseau qui est un ensemble de contacts qui n'ont pas d'engagement « on peut se contenter de se voir, faire quelque chose ensemble, mais si on ne fait rien cela ne porte pas à conséquence ». Cette personne considère le partenariat comme un **espace de réflexion**, un **soutien** dans un projet commun... « le partenariat permet de réfléchir à plusieurs...d'anticiper,...c'est de pouvoir appeler les partenaires et compter sur eux,...c'est aussi dans des moments festifs » s'inscrivant dans une **démarche communautaire**... « partenariat avec les habitants, les élus, les différents acteurs du

domaine social ». Elle conçoit le partenariat au travers d'une **convention** qui selon elle apporte un **cadre de référence**, une **objectivation**, une **clarification** des missions et des rôles... « quand on a un partenariat écrit, posé, cela permet de poser les choses...de réfléchir sur les moyens et le long terme,...on sait où l'on va et on sait ce qu'on doit faire,...un partenariat, il y a un objectif défini et des résultats à avoir...une évaluation des objectifs ». Selon elle l'existence d'un partenariat tient à : **l'animation** de celui-ci par un **coordinateur**... « il faut avoir quelqu'un qui de temps en temps sollicite tout le monde, sinon c'est difficile un partenariat,...il faut vraiment qu'il y ait des gens qui soient là pour mener,... pour que le partenariat marche, il faut qu'il y ait quelqu'un qui a la conduite du partenariat », la prise de conscience des **enjeux de pouvoir** possibles... « il peut y avoir parfois des conflits internes,...tenir compte des sensibilités des personnes » et des **représentations sociales** qui peuvent influencer les relations des partenaires entre eux... « les freins au partenariat sont les positions statutaires et les cadres de références de chaque partenaire », ainsi que la **gestion du temps et le phénomène d'usure**... « ...si au bout d'un certain temps on s'aperçoit qu'il n'y a pas de suite...plus personne n'a envie de travailler sur ce partenariat et on n'a pas envie de continuer,...les agendas qui sont complets et le temps qui s'est raccourci ».

❖ Entretien n°6 :

Cette personne définit le **partenariat** d'abord comme **un partage, un échange**... « ...un partage, un échange sur des projets en cours,...il y a forcément une organisation, un partage d'un projet, si on est partenaire sur du rien, ça n'a pas de sens » qui est établi sur la **connaissance** et la **confiance** des structures partenaires se liant dans **le temps**... « il est plus important de connaître les valeurs, les objectifs, l'éthique de la structure que la personne représente, pour ne pas tomber dans les conflits de

personne,...éviter la personnalisation des partenariats,...pour faire vivre le partenariat, il faut arriver à le jalonner sur un plan technique très régulièrement...de façon continue, avec des échanges sous les différentes formes de communication possibles : rencontres, mails, téléphones, débats ». Il considère aussi le partenariat comme un **engagement** contractualisé au travers d'une **convention**... « le partenariat peut se faire dans un cadre conventionnel avec des engagements...dans un cadre formalisé...cadrer des choses sur des échéances, avec des objectifs bien sûr,...c'est tout l'intérêt d'une convention, car tout est précisé,...le partenariat peut être une contractualisation ». Il ajoute que le partenariat peut être un **engagement choisi** par rapport aux partenaires qu'on souhaite avoir, aux **valeurs** qu'ils portent ainsi qu'aux **besoins** d'une population... «...à partir de valeurs, d'éthique, objectifs affichés,...un besoin public qui garantit les valeurs républicaines, l'équité entre les citoyens, les dispositifs en place et les particularités des quartiers » Selon lui, le partenariat n'est pas figé... « c'est un engagement qui peut se graduer, le partenariat s'adapte,...il peut y avoir des partenaires principaux, des partenaires secondaires,...on va porter avec les autres à des degrés différents en fonction du projet » c'est un dispositif qui évolue au regard des **évaluations** qu'on en fait... «...on peut l'évaluer régulièrement, ajuster ce qui ne va pas, combler les écarts ». Il aspire à ce que les **représentations** soient évoquées... « ...quelles représentations on a, est ce qu'on a les mêmes ?... dans quelle vision du monde on se trouve ? » et estime que le partenariat pourrait gagner en force, en tissage de liens, si **la question du sens du partenariat** était abordée d'emblée... « une mise en mots de l'objet pour favoriser la convergence,...plus c'est clair, plus on arrive à croiser les trames des partenaires,...tout ce qui va faire ce partenariat qui va se solidifier parce que les trames auront été croisées mutuellement ».

❖ Entretien n°7 :

Cette personne définit le **partenariat** avant tout comme une **association** de personnes, **un échange**... « ...le partenariat c'est un échange, il n'y a pas de partenariat s'il n'y a pas d'échange au départ,...une association de personnes qui peuvent avoir des rôles différents,...un assemblage de différents acteurs qui viennent parfois d'horizons différents,...on ne travaille pas tout seul » ...de pensées, de moyens... « ...mise en commun de moyens,...une réciprocité », une **œuvre collective**... « ...le partenariat c'est la question de l'œuvre collective ». Il précise l'importance de la connaissance des partenaires et évoque **l'influence des représentations sociales** dans la relation partenariale... « c'est important de connaître ses partenaires, repérer le positionnement, la situation de chacun,...le regard d'un partenaire sur l'autre, la position qu'il représente va impacter la relation entre les partenaires,...les jeux d'acteurs et les représentations sociales, il faut en avoir conscience, cela va jouer un rôle positif ou négatif forcément,...il y a des logiques d'acteurs et les représentations de chacun, et c'est pas toujours simple,...il faut que tout ce monde là vive ensemble, se comprenne et s'entende aussi ».

Selon lui, le partenariat existe au travers d'un **cadre formalisé**... « le partenariat pour qu'il existe et fonctionne, suppose de définir des règles, un cadre de fonctionnement, un règlement » qui est **souple**... « le partenariat peut avoir plusieurs niveaux : local, institutionnel et d'objet », et qui implique forcément une **convention** apportant clarification et précision « la convention est un élément incontournable du partenariat,...le partenariat implique aussi une convention, ça consolide les liens, précise la place, le rôle et les engagements de chacun et ça permet de mettre un peu de visibilité,...la convention concrétise de manière assez institutionnelle et formalisée le partenariat » ; un cadre formalisé qui permettra **l'évaluation**... « il y a aussi la notion d'évaluation qui rentre en jeu ». Il rappelle aussi que le **temps** est un facteur important dans un partenariat... « il faut beaucoup de temps de

rencontres où les gens se voient, se parlent pour se connaître, connaître l'histoire, le contexte du pourquoi ils veulent s'associer,...ce qu'on souhaite faire, le projet, les moyens, ça occupe aussi beaucoup de temps ».

4.5 Limites de l'étude

Les constatations suivantes sont autant d'éléments à prendre en compte dans les limites de cette étude, ainsi nous identifions :

- le peu d'expérience du chercheur dans la réalisation d'un travail de mémoire universitaire,
- les difficultés à recueillir les données nécessaires à l'analyse,
- l'échantillon restreint des entretiens.

5. ANALYSE

Elle est réalisée à partir des entretiens et données contextuelles (sociologiques et médicales) au regard des trois concepts énoncés.

5.1 Analyse des entretiens

Les personnes entretenues pensent avant tout que le partenariat est un **engagement** 3 personnes/7 ont utilisé ce terme qui peut être **choisi** 2/7. Cette coopération qui s'inscrit dans un **cadre de référence** 5 /7 formalisé servant de repère, est scellée par une **convention** 6/7 dans laquelle des **objectifs** 4/7 sont précisés.

La mise en œuvre d'un partenariat nécessite du **temps** 5/7 et la **connaissance** 5/7 des personnes au travers de **rencontres** 3/7. C'est durant ces **échanges** 2/7 verbaux ou épistolaires que sont abordées les **valeurs** de chacun, les valeurs collectives ainsi que les **représentations sociales** 6/7 « qu'il ne faut pas nier » et « qu'il faut dépasser ». Etre partenaire implique un rapport d'**égalité** et de **complémentarité** 3/7 pour mener à bien les actions d'accompagnements individuels et **communautaires** 2/7.

Enfin, toutes les personnes interrogées, reconnaissent que le travail en partenariat est un atout majeur pour l'évolution des pratiques individuelles et collectives.

5.2 Analyse des données

La population rezéenne est nombreuse. Les rezéens sont en grande partie propriétaires de leur logement et ont un emploi pour la plupart, comme l'indique le taux de chômage inférieur à la moyenne nationale.

Situé à proximité de Nantes et assez concentré, le territoire rezéen propose actuellement un nombre suffisant d'équipements sanitaires et médico-sociaux. Cependant, le taux de population relativement âgée (par rapport à la métropole nantaise et le département) invite à réfléchir sur

ces équipements et dispositifs dans les dix années à venir. Cette étude, certes succincte, permet toutefois d'établir un bilan circonstancié à un instant T et incite à se questionner sur une éventuelle recherche prospective des besoins de la population dans les années à venir.

Le bilan d'activité médicale au CMP révèle que les personnes prises en charge sont majoritairement des personnes célibataires, âgées de plus de 35 ans. Les femmes sont plus nombreuses à consulter et présentent notamment des troubles de l'humeur, alors que les hommes montrent plutôt des troubles psychotiques. Par ailleurs, on remarque une large augmentation des personnes accueillies bénéficiant d'accueils et d'actes infirmiers.

A l'Hôpital de Jour, on remarque un taux de prises en charge plus confidentiel. Les usagers des soins, majoritairement âgés de 25 à 44 ans, sont célibataires, sans activité professionnelle et résident à Rezé. Les personnes prises en soins, en majorité des hommes, présentent principalement des troubles psychotiques, troubles de l'humeur et des problèmes d'alcool. Comme au CMP, les femmes accueillies souffrent de troubles de la personnalité.

Les données recueillies restent partielles sur les prises en charge réalisées dans les deux structures de santé mentale et ne permettent pas d'avoir un regard croisé avec les données sociodémographiques. Cependant, elles poussent à conduire une réflexion approfondie avec les services concernés (Mairie, professionnels de santé de la ville, DIM...) afin de mettre en évidence les pratiques de santé mentale communautaire à mettre en œuvre pour la population et notamment la population vulnérable.

L'hypothèse de départ : *La reconnaissance mutuelle des partenaires sur un territoire participe au développement de la santé communautaire dans la cité*, est partiellement validée.

6. DISCUSSION

L'analyse révèle des manques dans les relations partenariales des différents dispositifs sanitaires, territoriaux, sociaux et socioculturels.

Les propositions qui suivent visent d'une part, l'optimisation de l'accompagnement de l'utilisateur des soins, et d'autre part la complémentarité des différents intervenants du territoire.

L'idée majeure consiste à la mise en place « d'espaces communicationnels », pour reprendre la formule du philosophe Habermas, au travers de partenariats où pourraient s'exprimer à la fois les problématiques rencontrées, les questionnements éthiques, la recherche et la construction de projets.

6.1 Intérêts et limites

La mise en œuvre de partenariats devrait générer :

- une organisation facilitant une intervention moins éclatée et surajoutée, plus réactive, ainsi qu'un accès plus facile aux personnes ressources,
- une optimisation de la santé communautaire par l'engagement des actions en dehors de l'hôpital et dans la Cité afin « que les populations concernées puissent agir elles-mêmes pour leur propre santé »³⁷.

Les limites à prendre en compte seraient :

- les représentations sociales qui selon Jodelet forment « *l'ensemble organisé des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné* »,
- la constitution d'un groupe de personnes occultant ses appartenances institutionnelles, fonctionnelles,
- la prise du pouvoir par un leader,
- la mauvaise gestion du temps,

³⁷ SAÏAS : « La psychologie communautaire » in « Journal des psychologues », octobre 2009

- la non prise ne compte de l'usure de l'investissement que peut générer le travail en partenariat.

6.2 Propositions

❖ **Rencontrer et connaître** les différents acteurs :

les élus, au premier plan de ce maillage, qui en actionnant leurs réseaux, facilitent l'ouverture des portes, aplanissent les difficultés et donnent des réponses concrètes, pratiques à certains problèmes (logement, culture....),

les institutions sociales, travailleurs sociaux, CCAS³⁸, Conseil général, bailleurs, qui représentent des interlocuteurs incontournables garantissant un accès aux droits de la personne, assurant la permanence du logement et la régulation des problèmes de ressources et d'insertion,

les acteurs de santé de la ville :

- Les médecins généralistes, avec lesquels des relations téléphoniques, épistolaires et des rencontres sont établies.

- Les infirmiers libéraux, souvent sollicités à la fois pour la prise des traitements médicamenteux au domicile des soignés et les soins de nursing et d'hygiène sur prescription médicale,

les centres socioculturels, lieux d'animation, ils rassemblent et favorisent la communication et l'intégration des citoyens dans les quartiers,

le GEM, lieux d'accueil et d'entraide géré par les usagers devient un partenaire privilégié de la réinsertion et la lutte contre l'isolement social,

❖ **Optimiser le travail en utilisant l'outil réseau** avec les acteurs locaux (moyens: participations aux réunions à la demande des partenaires,

³⁸ Centres Communaux d'Action Sociale

invitations des partenaires à des réunions, réflexions sur des thématiques communes...)

- ❖ **Lutter contre la stigmatisation** des personnes souffrant de troubles psychiques (moyens envisagés : associations à des manifestations locales avec les services de la mairie, les centres socioculturels, les clubs sportifs)
- ❖ **Favoriser la recherche** sous la forme de recherches-actions visant la mise en œuvre d'une politique de santé mentale dans la ville.

6.3 Evaluation

L'évaluation est à envisager à plusieurs niveaux :

- ❖ niveau qualitatif, c'est-à-dire les thématiques abordées, la typologie des rencontres ou réflexions, la méthodologie utilisée, les projets entrepris...
- ❖ niveau quantitatif, c'est-à-dire le nombre de rencontres, réunions, de partenaires présents, situations travaillées en collaboration, de projets mis en œuvre...

à partir des objectifs, critères et indicateurs établis préalablement.

Les évaluations régulières, annuelles et quinquennales, vont permettre le réajustement nécessaire, éviter l'usure et favoriser l'évolution du partenariat.

CONCLUSION

La préparation à ce diplôme universitaire a permis d'enrichir et préciser mes connaissances dans le domaine de la santé mentale communautaire tant par les sessions de formation que par ce mémoire. Tout au long de cette étude, j'ai mesuré que j'avais entrepris un travail ambitieux et conséquent qui mérite probablement d'être approfondi. Toutefois, cette recherche se révèle être un angle d'ouverture intéressant à la mise en œuvre d'une démarche de santé mentale communautaire au sein des unités dans lesquelles je travaille et plus largement au sein de la cité.

Ce travail de réflexion a permis, par le biais des entretiens notamment, de rencontrer des personnes ressources du territoire, de les connaître, me faire reconnaître par elles et établir des liens qui se concrétisent par :

- des participations régulières à des réunions (« situations complexes » à la mairie chaque mois, réseau CARE chaque trimestre),
- des invitations à des réunions de réflexion (centre socioculturel chaque semestre),
- l'élaboration d'un projet de participation à la Semaine de Santé Mentale avec la Mairie. Ces rencontres ont aussi suscité une réflexion chez mes interlocuteurs.

Enfin, je souhaiterais terminer par cette phrase :

« La seule voie qui offre quelque espoir d'un avenir meilleur pour toute l'humanité est celle de la coopération et du partenariat ».

Kofi Annan- Prix Nobel de la Paix-2001

BIBLIOGRAPHIE

Livre :

- ❖ CROZIER, M. & FRIEDBERG, E (1977) : *L'acteur et le système*, Paris, Le Seuil, 498p

Article :

- ❖ ABRIC, J.C (1961) : *Définition des représentations sociales*, Revue ARSI, Paris, ouvrage des concepts
- ❖ BAILLON, G. (2001, Juin) : *La psychiatrie de secteur aura bien lieu*. *Santé Mentale*, n°59, pp.20-41
- ❖ COLDEFY, M. (2005, Novembre) : *Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France*, Drees, *Etudes et résultats*, n°443, pp.1-12
- ❖ EHRENBERG, A. (2010, Juillet) : *La souffrance des individus : un problème social*, Revue Esprit, n°366, pp.5-17
- ❖ JODELET, D. (1989) : *Définition des représentations sociales*, Revue ARSI, n°88, Paris pp.84-93
- ❖ SAÏAS, T. (2009, Octobre) : *La psychologie communautaire : une discipline*, *Le journal des psychologues*, n°271, pp.18-21
- ❖ TORTONESE, M. (2001, septembre) : *Infirmière en psychiatrie de liaison...sociale*. *Soins Psychiatrie*, n°216, pp.44-46

Rapport :

- ❖ COMPAS. (2010, Novembre) : *Ville de Rezé, Mission Agenda 21*, Diagnostic territorial

ANNEXES