

PRATIQUES & RECHERCHES

*en santé
mentale*

Fédération d'aide à la
Santé Mentale
CROIX-MARINE



RÉGION de
BASSE-NORMANDIE

Caen • 25 mars 2004

"Associations : passé, présent, avenir"

N° 36

Décembre 2004

5 €

SOMMAIRE



Édito

Docteur J.F. GOLSE

LES ASSOCIATIONS : La Croix-Marine

Dr GOLSE, Médecin Chef, CH Bon Sauveur Picauville



HISTOIRE DES ASSOCIATIONS À L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU BON SAUVEUR DE CAEN de 1975 à nos jours

Docteur Michel PITON – Praticien Hospitalier
Secteur Côte Fleurie (14. G.08)

LES ASSOCIATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET LEUR CADRE JURIDIQUE

Jean-Daniel CHETRIT, Avocat



L'article 93 vu par un juriste et un administrateur

Extraits de l'intervention de M. P. VERROLLES,
Directeur adjoint au C. H. S. de Caen



Les associations : passé, présent et avenir

La journée qui s'est déroulée le 25 mars 2004 au Bon-Sauveur de Caen sur le thème « Associations : passé, présent et avenir » a été une des meilleures journées à laquelle il m'a été donné de participer. Comment définir ce sentiment largement partagé : sentiment de plénitude, bonheur de réfléchir ensemble, en dehors de tout enjeu factice, à la pratique associative, à sa philosophie et à sa place dans le dispositif de soins et de santé mentale. L'excellent accueil que nous a réservé le Bon-Sauveur de Caen en ce début de printemps a contribué à l'ambiance chaleureuse de cette journée ; l'accueil ainsi que les pauses avaient lieu dans un local où se tenaient les stands des associations (à noter une très belle maquette de bateau qui en a fait rêver plus d'un) et où étaient présentés des films sur les réalisations associatives. Après ces temps d'échanges conviviaux, les discussions se poursuivaient chemin faisant jusqu'à la salle des conférences pour la suite des exposés et des débats.

Le docteur PITON et les équipes associatives du Bon-Sauveur de Caen nous ont fait toucher du doigt le rôle majeur qu'a joué l'associatif dans le développement des projets innovants de l'établissement (il n'est pas exagéré de parler d'enthousiasme créatif à ce propos) témoignant du meilleur de l'esprit associatif et de son rôle majeur dans la créativité institutionnelle. La matinée s'est terminée par une intervention claire et concise d'un avocat, Maître CHETRIT, dont le rôle a été majeur d'une part pour que la Fédération Croix-Marine ose penser qu'il fallait modifier la loi pour assurer la pérennité des associations et d'autre part pour mettre en forme le projet de texte qu'est devenu l'article 93 de la loi du 4 mars 2002.

Maître CHETRIT a montré les graves menaces juridiques qui pesaient sur l'associatif et chacun a pu se convaincre de l'utilité fondamentale de cet article 93 qui reste un peu trop perçu comme un petit texte parmi d'autres. Pour faire simple, si cet article 93 n'existait pas, l'immense majorité des associations œuvrant dans notre champ serait menacée de disparition pure et simple. Monsieur VEROLLES, Directeur-Adjoint du Bon-Sauveur de Caen, a confirmé du point de vue de l'administration, la précarité de la situation passée et l'amélioration notable du statut actuel de l'associatif.

L'après-midi, j'ai procédé moi-même à quelques rappels concernant l'histoire de la Fédération, soulignant à quel point, comme c'est bien souvent le cas, certains débats du passé étaient encore à l'œuvre actuellement.

Puis ce sont les associations « extra-professionnelles » UNAFAM, ADOVACY et AUSER qui ont terminé la journée en exposant leur point de vue d'une façon remarquablement articulée aux propos précédents et cela dans un souci d'ouverture à l'autre qui a été une des caractéristiques fortes de cette journée.

Chaleur humaine, écoute de l'autre, authenticité, inventivité, créativité, voilà les mots clefs de cette journée dont nous sommes sortis enrichis, réconfortés avec un enthousiasme retrouvé pour continuer d'écrire, solidement plantés dans le passé et le présent, la page du futur de l'histoire associative.

Docteur J.F. GOLSE

PRATIQUE ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :
Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction :
Maryse CORBET
Comité de rédaction :
J. ANDERSON,
Jeanne BERTAUX,
Jean FILMONT,
Jean-Noël LETELLIER,
Serge LOQUET,
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,
Bernard NOUHAUD,
M. PITON,

Mise en page et impression :
Imprimerie Artistique LECAUX
Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photo : Serge LOQUET

Secrétariat : 02 33 21 84 66

ISSN 1157-5135
Dépôt légal : 4^e trimestre 2004



LA CROIX MARINE

Vous connaissez tous pour être là, présents ce jour, la Croix-Marine comme on dit familièrement. Mais qu'est-ce que la Croix-Marine ?

Croix-Marine pour vous c'est sans doute cette instance régionale qui depuis de nombreuses années organise régulièrement en Basse-Normandie des colloques appelés d'ailleurs journées Croix-Marine sur tous les sujets ayant trait à la santé mentale. Pour quelques uns d'entre vous c'est aussi une Fédération nationale qui réunit et fédère des associations mais qu'en diriez-vous de plus ? Mais il est vrai qu'il est bien difficile de connaître ce mouvement, comme il aime à se définir, qui plonge dans notre lointain passé asilaire et a d'ailleurs puissamment contribué à son évolution. Rassurez-vous, la Croix-Marine elle-même peine à se définir, il s'agit d'une question qui reste ouverte ce qui contribue sans doute au maintien d'une dynamique.

I- L'HISTOIRE

Là comme ailleurs l'histoire éclaire le présent et dessine en demi ombre les contours possibles du futur. Quelques mots d'histoire donc et nous verrons combien les débats qui ont parcouru cette histoire trouvent encore de l'écho dans les préoccupations d'aujourd'hui.

La Croix-Marine est née de l'enthousiasme militant d'un homme, un psychiatre Pierre DOUSSINET. Né en 1907, Pierre DOUSSINET, très tôt, dans les quelques années qui ont précédé la guerre s'est intéressé à l'hygiène mentale et a travaillé cette question à Paris. Nommé à l'hôpital des Sainte-Marie à Clermont-Ferrand, c'est dans cette ville qu'il fonde le 25 janvier 1947 la Société d'Hygiène Mentale du Centre. Le but de cette société est ainsi énoncé : « l'étude, la mise au point et l'application pratique des moyens propres à promouvoir le développement de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière, de l'hygiène mentale et de la prophylaxie mentale dans la région administrative de Clermont-Ferrand ».

Plusieurs points sont à souligner :

- Le mot application pratique renvoie directement à ce souci constant et pragmatique de peser sur les événements et d'améliorer les choses dans un contexte d'après-guerre où la condition du malade mental était extrêmement difficile.
- Promouvoir le développement de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière : d'emblée,

Pierre DOUSSINET tourne résolument son activité vers l'extra-hospitalier dans une vision quelque peu prophétique quand on se souvient que ces lignes ont été écrites en 1947.

- Promouvoir l'hygiène mentale, nous parlons maintenant de santé mentale mais là encore Pierre DOUSSINET est un précurseur.
- Quant à la prophylaxie mentale, nous dirions maintenant prévention.

Les mots clés de cette citation sont donc application pratique, extra-hospitalier, santé mentale et prévention. C'est dire si ces statuts étaient à la fois modernes et ambitieux.

Autre point qui mérite qu'on s'y attarde, la constitution du bureau de cette Société d'Hygiène Mentale du Centre ; ce premier bureau en effet, était constitué de :

- Présidente, Alice DELAUNAY, inspectrice de l'éducation nationale qui avait siégé à l'assemblée consultative de 1944 et était l'épouse du Préfet du Puy-de-Dôme.
- Vice-président, le docteur ROUSSEL qui était directeur de la Santé
- Vice-président, le docteur Henri COURBAIRE DE MARCILLAT, médecin conseil de la caisse régionale de la Sécurité Sociale.
- Secrétaire, Monsieur TRAMOND, délégué du Préfet du Puy-de-Dôme, chef de la troisième division à la Préfecture,
- Administrateur délégué, Pierre DOUSSINET, médecin des hôpitaux psychiatriques.

La composition de ce bureau marque très clairement la volonté d'ouvrir d'emblée cette

société aux non professionnels de la psychiatrie et, dès le début, d'impliquer fortement les politiques dans cette démarche militante.

Très vite après la création de cette société, se pose la question de l'extension du mouvement. Dès 1947, est envisagée l'extension du champ d'action de la société à l'ensemble de la Lozère : « si elle est sollicitée à cet effet l'association pourra étendre son champ d'action à d'autres départements ».

En fait, il est d'emblée imaginé une fédération des comités départementaux.

Dès 1949, se profilent deux projets de nouvelle société, une dans les Basses-Pyrénées et l'autre en Normandie à Caen. Celle des Basses Pyrénées voit le jour en décembre 1951. Mais comment garder un lien entre les deux sociétés ; Pierre DOUSSINET propose alors la création d'une Fédération susceptible d'accueillir les autres organisations régionales. Ce qui est fait le 17 octobre 1952 avec la création de la Fédération des sociétés de la Croix-Marine dont le siège est situé à Clermont-Ferrand dans les mêmes locaux que ceux de la Société d'Hygiène Mentale du Centre. Le bureau élu est d'ailleurs le même avec Alice DELAUNAY Présidente, Pierre DOUSSINET secrétaire général, Henri COURBAIRE DE MARCILLAT vice-président.

Pourquoi cette dénomination un peu curieuse de Croix-Marine qui n'a rien à voir malgré les apparences ni avec la Marine nationale ni avec l'Eglise de France.

Ce terme a en réalité précédé la naissance de la Fédération ; depuis 1948, la Société d'Hygiène Mentale du Centre organisait chaque année à Clermont-Ferrand des journées Croix-Marine, deux jours de quête avec carnet de souscription et vente d'insignes. Toutes ces actions soulignent le militantisme actif de cette société d'hygiène mentale, militantisme efficace puisque la Société d'Hygiène Mentale du Centre a atteint à un moment le nombre de 4000 adhérents individuels, tout ceci sur le modèle de la Croix-Rouge, référence explicite comme par exemple dans ce discours de madame DELAUNAY alors Présidente de la Fédération qui présente celle-ci

comme une organisation de type Croix-Rouge « nous tenions au symbole de la croix de Genève mais il nous fallait choisir une couleur et la plupart était déjà utilisée : croix rouge, croix verte, croix brune, le bleu nous plaisait mais il était pris. Nous nous sommes rabattus sur le bleu marine ».

La dénomination un peu vague et imprécise de la Fédération est un grand succès ; elle obligera sans cesse à réexpliquer les origines et à contribuer ainsi à la construction d'une sorte de mythe des origines, fédérateur de l'identité Croix-Marine. « Et moi même que fais-je venant ici m'asseoir » comme disait Musset...

Dès la réunion constitutive de la Fédération en 1952, Pierre DOUSSINET cède à la Fédération le droit de fabriquer et mettre en vente les petits insignes de métal qui ont d'ailleurs disparu depuis de très nombreuses années.

Un autre point de cette histoire ancienne me semble-t-il mérite d'être connu : actuellement en effet, la Fédération est connue pour son militantisme associatif et regroupe sur tout le territoire de nombreuses associations, associations extra-hospitalières mais aussi intra-hospitalières ; personne ne se souvient que cela n'a pas été de soi et que le débat a été vif avant d'admettre à la Croix-Marine les associations et les comités intra-hospitaliers qui joueraient ultérieurement un rôle si important dans l'évolution des soins et notamment des soins institutionnels et l'amélioration des conditions de vie des patients dans les hôpitaux psychiatriques ; c'est TOSQUELLES qui soulève cette question de l'organisation des activités et de la vie sociale à l'intérieur des établissements et qui dès 1953 à la première assemblée fédérale propose que la Fédération « coordonne et unifie dans son statut juridique un grand nombre de petites associations qui s'emploient, sans jouir d'un caractère suffisamment consistant à rénover la vie sociale dans le cadre hospitalier des divers établissements de soins spécialisés ». Pierre DOUSSINET se montre réservé sur cette proposition. Pour lui, l'activité Croix-Marine doit se développer avant tout dans le milieu social ordinaire : « ce n'est qu'après avoir fermement



affirmé cela que l'on peut admettre à titre provisoire probablement cette contribution à l'hygiène mentale intra-hospitalière » dit-il à Alice DELAUNAY en 1954.

Le débat a lieu à l'assemblée générale de Vichy le 3 septembre 1954, François TOSQUELLES explique « qu'il a utilisé la société lozérienne pour créer à l'hôpital psychiatrique de Saint Alban, l'ambiance de travail et de distraction la plus apte à rénover la vieille technique hospitalière et à contribuer le plus efficacement à la guérison des malades ».

« Les sociétés de Croix-Marine pourraient à l'instar de celle de la Lozère être utilisées avec fruit comme instrument fondamental à la fois de liaison et d'indépendance administrative ainsi que de progrès et d'efficacité technique ». Ce à quoi DOUSSINET répond que « la sociothérapie est elle même davantage une technique psychiatrique »

Vous voyez le débat entre une conception, celle de DOUSSINET d'une Croix-Marine purement extra hospitalière tournée résolument vers la santé mentale même si on parle d'hygiène mentale, tournée vers l'insertion sociale et une autre conception plus pragmatique, celle de TOSQUELLES d'une utilisation de l'associatif ici et maintenant au plus près des réalités de terrain de l'hôpital psychiatrique pour améliorer les soins prodigués aux malades mentaux et diversifier les techniques de soins.

Ce débat est récurrent et traverse encore le débat actuel. Une des critiques qui est faite à l'article 93 est celle en quelque sorte d'un retour de l'associatif dans le giron du soin. En fait, bon nombre d'associations avant l'article 93 n'étaient pas si éloignées de l'hôpital qu'elles le pensaient. Vous vous souvenez peut-être de cette réflexion du Général DE GAULLE à propos de l'Europe où il disait à peu près qu'il fallait faire en sorte que l'Europe ne devienne pas ce qu'elle était, entendez sur le plan géographique, à savoir la pointe de l'Asie. Il me semble qu'avec cet article 93, un certain nombre d'associations sont devenues ce qu'elles étaient sans le savoir

c'est-à-dire des outils soignants, mais aussi des outils de prévention.

Revenons à ce débat de 1954 dont nous n'avons pas encore épuisé toutes les richesses.

Pour Georges DAUMEZON qui participe à ce débat : « les sociétés peuvent jouer un rôle utile dans l'édification de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique ; Mais subsiste une difficulté très grande pour régler, dans le cadre des règles de la comptabilité publique, les manèges de fond que postule une vie sociale thérapeutique.

La Cour des comptes saisie des pratiques de divers services parisiens, les a implicitement condamnés et est à la recherche de formules plus souples telle que celle de la Régie d'avances qui semble encore trop rigide ».

Tout y est de nos débats de ces dernières années : la Cour des comptes, cette gardienne intransigente de l'orthodoxie comptable, la recherche de solutions plus souples (ce qui sera reproché aux associations « faux nez » de l'administration » destinées à contourner les règles de la comptabilité publique etc...]

Quoiqu'il en soit, l'association comme outil de développement de la vie sociale thérapeutique, pour reprendre les paroles de DAUMEZON, s'impose et connaîtra le succès que l'on sait.

C'est la fameuse circulaire de 1958, que je ne vous détaillerai pas ici, qui donnera ultérieurement sa légitimité à la formule associative ; légitimité fragile cependant car vous savez que dans la hiérarchie des textes, une circulaire est de peu de valeur. Il n'en demeure pas moins que cette circulaire a permis le rapide développement de l'associatif que nous connaissons ces dernières décennies. Durant toutes ces années, l'histoire Croix Marine se confond avec le formidable essor de la psychothérapie institutionnelle, de l'humanisation des hôpitaux, de la rénovation des méthodes des soins, de l'ouverture vers l'extérieur, de la désinstitutionnalisation etc. Les associations Croix-Marine ont joué un rôle fondamental dans ce mouvement de fond de la psychiatrie française.

II- LE PRESENT

a - Les spécificités Croix-Marine

Nous l'avons vu Croix-Marine s'est construite autour d'un certain nombre de valeurs et de convictions : le rôle irremplaçable de la psychothérapie institutionnelle et du travail associatif, le respect du patient et de sa parole, la défense de la santé mentale, de l'extra-hospitalier etc...

Tout ceci a mené la Fédération à la fois à agir dans des domaines concrets mais aussi à intervenir auprès des pouvoirs publics pour faire entendre sa voix. A l'heure actuelle, ces valeurs et spécificités Croix-Marine sont pour une large part tombées dans le domaine public ; l'hygiène mentale, devenue santé mentale, est maintenant une sorte de tarte à la crème envahissante qu'il faudrait plutôt se préoccuper de contenir que de développer, l'extra-hospitalier a pris le pas sur l'intra-hospitalier, les droits du patient ont considérablement progressé, l'humanisation du cadre de vie s'est réalisée pour ensuite devenir un cadre de soins hospitaliers avec des séjours limités ; de nombreuses réalisations pionnières des associations sont maintenant devenues du domaine courant : appartements associatifs, appartements thérapeutiques etc... On ne peut que se réjouir que les positions et innovations Croix-Marine se soient maintenant largement généralisées. Il n'en demeure pas moins que cela pose un problème à la Fédération ; quelle est l'identité de la Fédération ? Qui sommes-nous ? Où allons nous maintenant qu'une bonne part des idées que nous défendions est fort heureusement largement partagée.

Il y a autre chose que Croix-Marine a perdu même si ce qui a été perdu par Croix-Marine a été fort heureusement gagné par d'autres mouvements, il s'agit de la capacité à s'exprimer au nom des familles et au nom des patients. A l'origine, la Fédération était porteuse de tout un projet d'évolution de l'hygiène mentale, de l'évolution des soins intra-hospitaliers et était également porteuse de cette idée originale d'associer les patients à leurs soins dans le cadre des comités hospitaliers et des associations. C'est ainsi que tout naturellement, Croix-Marine s'est exprimé globalement au nom des patients comme au nom des soignants et au nom de la société civile ; vous vous souvenez d'ailleurs de la qualité des personnes qui composaient le premier bureau

Croix-Marine ainsi que du nombre des adhérents individuels à la Société d'Hygiène Mentale du Centre. C'est cette capacité à porter la parole de très nombreux intervenants qui a disparu avec les années ; d'abord avec la création de l'UNAFAM dans les années 70 qui a pu progressivement faire entendre sa voix puis ensuite avec la création des associations d'usagers avec la constitution de la FNAPSY qui cette fois parle au nom des usagers. Parallèlement, le contexte général de notre société a beaucoup évolué avec une répartition des rôles différente entre professionnels et usagers et la montée en puissance du rôle des usagers dans tous les domaines sociaux. Bref, la Croix-Marine ne peut plus s'exprimer au nom des familles et des usagers, d'autres sont mieux placés qu'elle pour le faire.

b - Ce qu'est Croix-Marine actuellement

Croix Marine est un mouvement, c'est ainsi que l'on aime à se définir, en perpétuelle interrogation sur son identité, cette question est souvent débattue au Conseil d'Administration de la Fédération et a même donné lieu à différents séminaires de réflexion. Cette identité évolue dans le temps en fonction de l'évolution du contexte général et de l'émergence d'autres types d'associations, nous venons de le voir. En caricaturant un peu et à lire les différents textes, circulaires et décrets, tout se passe comme si l'associatif en santé mentale se réduisait à l'associatif des familles et des usagers. Ce qui invite d'ailleurs à une réflexion sur les fonctionnements des associations qui, composées d'hommes et de femmes, en possèdent aussi bien les vertus que les défauts dont celui de la volonté de pouvoir avec le risque d'une tendance à l'impérialisme conquérant. En caricaturant l'histoire, on pourrait dire que l'UNAFAM dans les textes a supplanté Croix-Marine car par nature plus légitime pour parler des usagers et on peut prévoir qu'à ce compte là, les associations d'usagers paraîtront bientôt plus légitimes aux pouvoirs publics que l'UNAFAM. A ces querelles de légitimité, il faut opposer un travail de rapprochement de ces différentes voix de manière à ce qu'elles soient mieux entendues. J'y reviendrai.

Croix-Marine est un lieu de réflexion, de débat, d'interrogation sur la maladie mentale, la santé



mentale avec l'ambition de constituer une sorte d'interface entre ces deux pôles et une force de proposition pour les pouvoirs publics, nous l'avons bien vu avec l'article 93.

Ce débat, cette réflexion s'élaborent à plusieurs niveaux :

Au sein du Conseil d'administration et au sein du comité technique, dans la région dont le fonctionnement est très diversifié, dans la revue nationale "Pratiques en santé mentale" fort intéressante et beaucoup trop peu connue, dans les congrès ou plutôt les journées nationales qui réunissent tous les corps de métiers : infirmiers, psychiatres, psychologues, assistantes sociales, gérants de tutelle, directeurs...

Voilà encore si vous y réfléchissez une innovation Croix-Marine tombée dans le domaine public. La réunion de ces différents professionnels paraît bien banale aujourd'hui mais quelle innovation il y a de cela 50 ans !

Croix-Marine c'est aussi des associations gérant des établissements, c'est l'aspect un peu plus institutionnel du dispositif.

Et Croix-Marine est surtout connu comme le fervent défenseur de l'associatif en santé mentale. Pourquoi ce soutien sans faille à l'associatif ? et bien parce que l'associatif permet :

- d'ouvrir et de dépasser le cadre de travail habituel et de créer des espaces intermédiaires,
- de procurer aux équipes des possibilités d'initiative et de militantisme,
- de modifier les lignes de force trop bien établies dans la hiérarchie,
- de reconnaître toute sa place à l'engagement personnel et à la singularité du sujet, que ce sujet soit un patient ou un soignant

L'associatif constitue également un espace d'ouverture ; il semble que l'associatif est plus que jamais pertinent dans un monde qui risque de se figer sur fond de procédures et de protocoles.

Mais l'associatif est mis à mal et menacé de

toute part dans nos établissements et a besoin d'être soutenu ; ces menaces sont de différents ordres :

- la menace juridique est écartée au moins pour l'instant avec l'article 93. Reste la menace du formalisme tatillon,
- la menace du manque de temps et de moyens financiers : si l'associatif dans les établissements passe toujours pour la 5^{ème} roue du carrosse, c'est l'associatif qui souffrira en priorité de toute restriction. Les temps de crise sont propices aux régressions de tous ordres ; tout se passe comme si en effet il existait une sorte de hiérarchie inconsciente des tâches cachée derrière les discours les plus ouverts ; c'est ainsi que l'on a vu récemment dans notre établissement, sous le poids des contraintes économiques, remonter l'idée qu'il fallait diminuer les moyens donnés à l'extra-hospitalier pour les donner à l'intra-hospitalier jugé prioritaire. La menace aussi et c'est la plus grave, de la perte de sens, menace de laquelle découlent à mon avis toutes les précédentes. Perte de sens c'est à dire perte de l'idée de l'engagement militant, perte du sens du rôle de la relation humaine au delà de la relation technique.

L'associatif par son existence même résiste à l'idéologie sans cesse plus présente et envahissante d'une psychiatrie technicisée, protocolisée, déshumanisée. Non pas que l'associatif soit le porteur exclusif de ces valeurs au sein du secteur mais il est aussi le témoin vivant de la permanence de ces valeurs qu'il défend au sein du secteur. Un peu comme ces truites qui vivent dans des bassins alimentés par l'eau des grandes villes et qui sont là pour témoigner de la qualité de l'eau ; quand les truites meurent c'est que l'eau n'est plus potable. Que se passe-t-il quand une association meurt ? De quelle dérive sectorielle cette disparition témoigne-t-elle ?

III - L'AVENIR

En guise de conclusion, je dégagerai succinctement quelques pistes de travail pour la Fédération.

- Continuer d'expliquer le sens profond du travail associatif. Ce travail sur le sens est le socle du développement de l'associatif. Dans le même temps, il faut soutenir et encourager les évolutions associatives vers l'extra-hospitalier. L'associatif assure une continuité entre le dehors et le dedans. Il faut également ouvrir plus largement les Conseils d'administration de nos associations à des non professionnels. Soutenir également les associations qui ne relèvent pas de l'article 93 et qui sont totalement indépendantes des établissements de santé.
- La Fédération doit travailler elle-même à s'ouvrir plus largement aux non professionnels ; c'est ainsi qu'est projeté d'ouvrir plus largement le Comité technique à des personnalités reconnues, non soignantes, de manière à introduire au sein même de Croix-Marine une plus grande diversité de la réflexion sur la santé mentale. Je plaide personnellement pour une invitation de différentes personnes issues de toutes les autres grandes institutions. La santé mentale ne peut être l'affaire des spécialistes sauf à se diriger vers une société tout psychiatrique (c'est le seul avantage que je vois aux restrictions budgétaires actuelles qui viennent mettre un coup d'arrêt matériel à un certain expansionnisme conceptuel).
- La Fédération reste partie prenante de la politique menée actuellement en faveur des droits et de la parole des usagers. Il y a là d'ailleurs si on y réfléchit une continuité logique avec le travail des promoteurs qui dans les comités hospitaliers et les associations ont permis aux patients de prendre la parole et d'exister en tant que sujet.

D'autres associations se sont créées depuis, porteuses de paroles plus spécifiques, je parle bien évidemment de l'UNAFAM et de la FNAPSY. Ces paroles autonomes mais souvent convergentes sont réunies au sein de Santé Mentale France, instance qui fédère ces différentes fédérations, la Fédération Croix-Marine, l'UNAFAM, La FNAPSY autour de projets

communs. Les relations ne cessent de s'approfondir entre ces fédérations et l'on peut y retrouver sous une « méta forme » si je puis dire, ce qui existait et existe encore au sein des associations Croix-Marine avec la réunion de patients, de soignants, de familles etc... Il est clair qu'ensemble ces fédérations peuvent mieux faire entendre leurs voix, dès lors qu'elles se rassemblent autour de projets communs.

Je n'ai certes pas dans cette brève intervention pu aborder tous les aspects et les richesses du mouvement Croix-Marine. Pour ceux qui souhaiteraient approfondir le sujet, je recommande la lecture du livre « **Pour une psychiatrie sociale, 50 ans d'action de la Croix-Marine** »* aux éditions Erès et dans lequel je me suis plongé avec le plus grand intérêt pour préparer cet exposé. (Lire notamment dans ce livre le remarquable article de Françoise TETARD « La psychiatrie associative en mouvement »).

Pour finir, j'invite donc tous les membres d'associations, responsables, bénévoles à rester fidèles au poste, à rester mobilisés et même à retrouver du souffle et de l'enthousiasme. Le soin et la santé mentale ont tout autant besoin d'eux que par le passé.

Dr. GOLSE
Médecin chef
CH Bon Sauveur
Président Croix-Marine



* Livre que vous pouvez vous procurer auprès de la Fédération Croix-Marine ou de l'association Croix-Marine de Basse-Normandie.



HISTOIRE DES ASSOCIATIONS À L'HÔPITAL **de 1975 à nos jours**

Docteur Michel PITON – Praticien Hospitalier
Secteur Côte Fleurie (14. G.08)

L'objet de cette communication est moins de vous tracer un historique précis avec dates et faits, que de vous exposer l'évolution dans le temps des Associations de Secteur au CHS de Caen, et d'exposer le rôle qu'elles ont tenu dans l'évolution de notre pratique Psychiatrique : je souhaite qu'elle permette à ceux qui président à la gestion du présent comme à ceux qui préparent l'avenir, de se situer dans une filiation, une continuité, et d'en tirer éventuellement bénéfice, tant des imperfections que des actions positives.

Au milieu des années 70, n'existait à l'Hôpital Psychiatrique du Bon Sauveur de Caen, qu'une seule Association Loi 1901 couvrant tous les Secteurs. D'ailleurs, ceux-ci venaient tout juste d'être formés et individualisés tout au moins dans leur territoire géographique ; il n'existait pas encore à l'époque de mixité dans les unités de soins, et peu de travail Extra-Hospitalier était réalisé, mises à part des consultations dans quelques dispensaires. La population hospitalière était importante de l'ordre de 1100 patients, ce qui veut dire que le travail des soignants était avant tout Intra-Hospitalier et Institutionnel. Dans ce contexte, il est assez facile de concevoir que cette unique Association était adaptée à la situation et avait pour préoccupation essentielle d'humaniser, de faciliter la vie Intra-Hospitalière des patients dans sa dimension occupationnelle et qualitative plutôt que soignante : en fait, mis à part les Services d'Entrées, l'Hôpital Psychiatrique était à l'époque autant un lieu de vie pour la majorité des patients, qu'un lieu de soins tel qu'il est conçu actuellement. Mais bien entendu on peut voir les choses différemment, et considérer que l'Hôpital lieu de vie était aussi un lieu thérapeutique institutionnel en tant que micro société organisée intra-muros en fonction d'une certaine idée du malade mental et du soin à lui apporter.

En tout cas, cette Association unique couvrant l'ensemble des Secteurs de l'Hôpital était plutôt lourde à gérer, chaque Secteur y était bien sûr

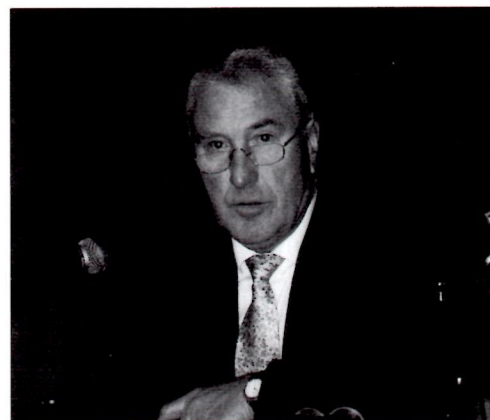
représenté, et les critères de répartition de l'argent étaient « chipotés », laissant à chaque Secteur un certain

sentiment de frustration... Aussi son démembrement a-t-il été assez rapidement d'actualité. Fût-ce une bonne ou mauvaise chose ? On peut en discuter. Si cette Association était restée unique peut-être aurait-elle développé le sens de l'Intersectorialité que nous avons actuellement tant de peine à mettre en place. Mais aurait-elle alors permis le développement de chaque Secteur selon une dynamique propre, source de richesse de prise en charge. Autre conséquence de ce démembrement : les Secteurs qui n'étaient pas encore mixtes ont fait pression pour que cette mixité se réalise, car en effet cela n'était ni simple, ni cohérent de gérer deux territoires sectoriels pour l'un des sexes seulement. Pour notre part, cette mixité ne s'est réalisée qu'en 1985 (seulement !).

C'est la logique Sectorielle qui a prévalu, et peu à peu chaque Secteur a voulu prendre son autonomie et son indépendance, afin de réaliser ses propres projets, cette partition s'est effectuée sur une période de deux ou trois ans (et non pas en une seule opération d'éclatement), si bien qu'au début des années 80, chaque Secteur avait créé sa propre Association Loi de 1901 : Association de type Administratif recevant ses subventions de l'Administration hospitalière et devant rendre compte à celle-ci de la gestion de ses fonds (7 Secteurs : 7 Associations).

Cette période de prise d'autonomie a été tout à fait passionnante pour ceux qui l'ont vécue, car il a fallu :

- Créer une Association, constituer ses statuts les discuter et faire les démarches administratives ; cela a été une action collective de chaque Secteur, ce qui a permis d'élaborer



« ensemble » [je veux dire avec toute l'équipe soignante] un projet pour l'évolution et l'organisation du Secteur ; cela a entraîné une réflexion sur ce qu'ensemble nous voulions réaliser tant en Intra, qu'en Extra-Hospitalier, cela a eu des conséquences positives sur la constitution des équipes psychiatriques, leur cohésion, leur homogénéité, leur capacité de réflexion, car elles ont été participantes et porteuses de ces projets.

- L'association constituée, celle-ci a reçu des fonds qu'il a fallu gérer avec responsabilité, c'est-à-dire prévoir leur utilisation et rendre compte de cette utilisation. Nous n'étions pas particulièrement préparés à cette tâche, mais elle a permis le développement de l'esprit de responsabilisation et d'anticipation.

La marche de ces Associations nécessitait au moins une Assemblée Générale annuelle statutaire et souvent plusieurs. Cette Assemblée Générale annuelle était l'occasion de réunir l'ensemble des personnels soignants du Secteur et de faire le bilan, sorte d'évaluation de son action bien avant que les protocoles actuels d'accréditation et de qualité n'existent. Mais l'évaluation de l'époque portait davantage sur celle des besoins des patients, les demandes de soins et de santé publique, sur la manière de répondre à ces besoins et demandes que sur la quantification de nos actions.

Notre fil conducteur était simple : c'étaient les textes qui régissaient et régissent encore l'organisation des soins dans le Secteur de Psychiatrie (notre bréviaire était le guide méthodologique (1985). Il s'agissait de créer et d'implanter :

- Le dispensaire de santé mentale qui prendra le nom de CMP (Centre Médico Psychologique) parfois existant, parfois à créer, à perfectionner, compléter, faire connaître.
- Les prises en charge alternatives en HJ ou HN.
- Les hébergements thérapeutiques.
- Les ateliers d'insertion, thérapeutiques ou expérimentaux.

Certaines de ces structures existaient à l'état embryonnaire diluées dans les dispensaires généraux et nécessitaient d'être individualisées et spécifiées ; d'autres étaient à créer dans les bassins de population qui en étaient dépourvus.

Et, nous soignants nous avions également à acquérir la culture de l'Extra-Hospitalier d'abord, le savoir-faire ensuite dans ces nouvelles prises en charge hors des murs protecteurs de l'hôpital. Et au moment du passage à l'acte l'Association était là pour permettre une location, un aménagement, un premier budget de fonctionnement.

Car notre administration et nos tutelles avaient aussi cette évolution culturelle à faire et cela pour elles, était plutôt compliqué et dérangement de créer, gérer, discuter de cet Extra-Hospitalier qui se met en place. Et cependant sans elle (administration) rien n'est possible car les investissements financiers d'un CMP, d'un HJ, d'un CATTP sont onéreux et dépassent largement les possibilités d'une Association de Secteur dont ce n'est pas précisément la vocation (de s'investir dans l'immobilier).

Afin de rendre compréhensible le rôle de ces Associations, nous allons examiner ce qu'elles ont permis de réaliser d'abord en Extra-Hospitalier, et ensuite en Intra-Hospitalier, tout en sachant que les deux domaines sont totalement inter-dépendants et en constante communication, car c'est dans ce contexte d'échange entre l'Extra et Intra qu'a pu se développer le concept de désinstitutionnalisation mais aussi sur un plan plus gestionnaire le concept de redéploiement tellement critiqué et qui a effectivement ses limites.

POUR CE QUI EST DE L'EXTRA-HOSPITALIER

L'évolution entre 1980 et 2000 a été tout à fait considérable : du néant Extra-Hospitalier on est arrivé à une organisation cohérente et à peu près complète du soin et du suivi des malades en dehors de l'hospitalisation.

En 1980 on parlait encore de dispensaire d'hygiène mentale, cependant lorsqu'on lit les textes de l'époque et même ceux antérieurs, la description qui en faite est en réalité celle d'un Centre Médico-Psychologique à une différence près (et de taille) c'est que la place des infirmiers y est réduite.

Notre culture à nous soignants, n'était pas très orientée vers l'extérieur des murs et celle de



Histoire des Associations à l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU BON SAUVEUR DE CAEN de 1975 à nos jours

notre administration pas davantage. Il était quasi inconcevable pour notre administration de mettre à disposition et d'équiper des locaux pouvant recevoir des patients et contenir une équipe pluridisciplinaire, (les textes précisaient, que pour un dispensaire d'Hygiène Mentale il fallait un bureau pour le médecin, un bureau pour les tests, un bureau pour l'assistante sociale et une salle d'attente).

Le rôle des Associations a été me semble-t-il très important dans cette organisation matérielle de l'Extra-Hospitalier, si nous n'avons pu pour la plupart d'entre nous, louer des locaux spécifiques nous avons pu entrer en discussion, soit avec les Municipalités, soit avec les Hôpitaux Généraux pour obtenir de partager des locaux déjà utilisés pour d'autres fonctions sanitaires. Les Associations par leur budget nous ont permis d'équiper plus ou moins spécifiquement ces locaux, et nous donner une certaine autonomie dans leur organisation, car le suivi des patients en CMP s'est beaucoup développé à cette époque. Par la suite, et très progressivement l'Administration Hospitalière a pris conscience de l'importance de ce travail Extra-Hospitalier, et a mis à disposition des Centres Médico-Psychologiques, des Hôpitaux de Jour souvent superbement équipés, mais tout ceci était un processus lourd et pour notre part, il nous a fallu compter cinq ans entre la présentation du projet d'un CMP-Hôpital de Jour à Dives sur mer (plus deux ans pour le jardin)... et son ouverture. Evidemment les Associations n'avaient pas les moyens de l'Hôpital, mais elles permettaient une réactivité beaucoup plus rapide. Au fond, les Associations ont été une sorte d'enzyme favorisant la transformation d'un CMP embryonnaire, en un véritable CMP fonctionnel et pris en charge par l'Administration.

POUR CE QUI EST DE L'INTRA-HOSPITALIER

Les Associations ont joué un rôle majeur dans la transformation de la vie dans les Services Hospitaliers, et notamment dans les Services

dits de Chroniques, en permettant notamment le démarrage de l'externalisation des patients, la création d'appartements communautaires, associatifs, protégés, thérapeutiques ou autres en donnant une aide matérielle aux patients démunis afin de leur permettre une première location et démarrer une vie extra-muros.

Les Ergothérapies.

Les subventions accordées par les Associations ont provoqué au niveau des Ergothérapies le même mouvement de décentralisation et d'évolution, dans le sens où chaque secteur a acquis peu à peu un ou plusieurs ateliers ergothérapeutiques qui ont gardé longtemps une vocation occupationnelle, mais qui peu à peu ont vu l'extension de leur attribution en collaboration avec les soignants des Unités de Soins pour organiser des sorties avec les patients, des prises en charge individuelles, spécifiques.

Il s'agissait tout d'abord de sorties à la journée, puis plus prolongées, avec des petits groupes de patients que l'on appelait séjour « thérapeutique », ou séjour de rupture. En la matière chaque Secteur a pu laisser libre cours à son imagination et à ses motivations. Se sont ainsi créés des camps de neige, des camps de mer, des camps d'été, des camps de campagne, des camps de gîte ruraux, des camps à Paris, des camps de vendange etc...

L'objectif de tous ces séjours Extra-Hospitaliers souvent décriés et critiqués comme étant une villégiature déguisée, avaient cependant des objectifs bien précis. L'évaluation du patient, de ses capacités à vivre en dehors des murs protecteurs de l'hôpital, son habitude à une certaine forme d'autonomie, et de prise en charge personnelle en dehors de l'horaire minuté de l'Institution. Les retours de ces camps étaient pénibles pour tout un chacun, patients et soignants, et cela a été le point de départ de nombreuses sorties définitives.

Les appartements thérapeutiques :

Ces expériences de vie en commun pendant un bref séjour hors de l'hôpital, ont entraîné un désir chez les patients, et les soignants, de

quitter l'hôpital pour un autre lieu de vie, mais l'on a pris rapidement conscience que la vie à l'extérieur pour les patients hospitalisés depuis de longues années, même stabilisés convenablement sur le plan psychologique, que cette vie à l'extérieur de l'hôpital donc était difficile, vide du fait de l'apragmatisme, de l'absence de relations inter-individuelles, de leur incapacité à organiser leur temps, leur vie, leur autonomie. Si bien, qu'il est apparu rapidement, que la création d'appartements thérapeutiques était nécessaire, appartements regroupant de deux à cinq patients avec une présence infirmière plus ou moins importante selon la qualité de leurs résidents. Là encore les Associations jouaient un rôle majeur et unique, en permettant une réactivité quasi immédiate par la location d'appartements ou de maisons adaptées, la possibilité d'aménager ces appartements tant dans leurs parties individuelles que communes, les Associations permettaient également aux infirmiers de se déplacer, grâce à l'achat de véhicules, car les véhicules de Secteur étaient encore rares et réservés aux déplacements dans les CMP.

Les effets collatéraux positifs de ces appartements thérapeutiques ont été la création de réseaux en ville, d'un travail en partenariat avec les Organismes de Tutelles, le développement des CATTP, des Hôpitaux de Jour et des CMP, et surtout cette chute vertigineuse du nombre de lits à l'Hôpital.

Les structures d'insertion

Plus la désinstitutionnalisation avançait, plus les soignants découvraient la difficulté pour les patients de vivre à l'extérieur. Certes les appartements relais, les appartements thérapeutiques le permettaient, mais rapidement si l'on y prenait garde, ils devenaient eux-mêmes des lieux institutionnalisés et chronicisés, et donc figés, et l'on a vu dans certains des appartements, plusieurs psychotiques vivre pendant des années, de façon parallèle sans jamais réellement entrer en relation, et donc amenant les soignants à remettre en question l'objectif de leur travail et sa pertinence. Aussi, rapidement, l'idée s'est imposée de créer des structures permettant l'insertion dans la cité du patient désinstitutionnalisé, et l'on a même pensé pouvoir les faire travailler. Là encore, il s'agissait d'idées tout à fait logiques de la part des soignants, mais peu ou pas prévues par l'administration encore que dans les circulaires des années 60, il fût question de travail protégé et plus tard d'atelier thérapeutique. C'est ainsi, que Méli-

Mélo est né fin 1988. Son objectif était et reste d'apprendre ou de réapprendre aux patients « des réflexes ou des conduites sociales » à savoir : se structurer dans le temps, entrer en communication avec autrui, reprendre des activités, retrouver une estime de soi, entrer en contact avec la population.

Les Associations de Secteur ont eu un rôle fondamental dans ce type de réalisation, car là encore, il y avait décalage entre les idées des soignants et sans doute les risques que l'Administration pouvait prendre dans ce domaine. Aussi sont-ce les Associations qui ont supporté le poids financier de ces réalisations. Au départ Méli-Mélo par exemple, de même que la Lune, ont été financés, créés et gérés par l'Association de Secteur, et ce n'est que plus tardivement qu'elles s'en sont individualisées pour devenir elles-mêmes, une Association spécifique, l'Association Méli-Mélo, l'Association la Lune. Actuellement, ces structures poursuivent leur route de façon tout à fait autonome.

EVOLUTION DES ASSOCIATIONS DE SECTEURS

Donc d'abord Association unique, puis partition en Associations de Secteurs toutes ces Associations ont permis la facilitation de l'organisation matérielle de l'Extra-Hospitalier, les premiers pas de la désinstitutionnalisation, puis l'organisation de la vie Extra-Hospitalière des patients, les expériences diverses de resocialisation résument l'aide matérielle et le rôle des Associations de Secteurs ; mais cela a-t-il été leur rôle unique ? Sans doute pas, car la plupart des Associations ont subi des évolutions internes dans leurs statuts, dans leur organisation propre, peut-être dans leurs objectifs. Au départ, la majeure partie des Associations de Secteurs ont été organisées autour de leur Médecin Chef comme Président, rares ont été celles qui ont connu une autre structure de départ. Par la suite, ce médico-centrisme a évolué plus ou moins rapidement et actuellement il me semble que la plupart des Associations de Secteurs ont pour Président un autre soignant que le Praticien Hospitalier, et ceci est me semble-t-il une évolution librement consentie et souhaitable.



Histoire des Associations à l'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DU BON SAUVEUR DE CAEN de 1975 à nos jours

Il me semble que ces Associations ont joué aussi le rôle de ce que l'on connaît maintenant, sous le terme de Conseil de Service. En effet les projets de Secteur élaborés par les diverses équipes recevaient leur validation après présentation lors des Assemblées Générales des Associations. Leur réalisation pouvait être rapide car l'Association disposait librement de son budget. Le Conseil d'Administration décidait sans avoir à passer par différentes couches pseudo-décisionnelles administratives on pouvait presque évoquer des règles analogues à celles du théâtre classique : unité de réflexion, unité de décision, unité de réalisation.

Le conseil de Service plus organisé, plus lourd aussi, est venu remplacer formellement le lieu de parole qu'était l'Assemblée Générale des Associations et il doit maintenant valider les décisions de l'Association.

CONCLUSION

Bien évidemment le malade était le centre de toutes ces préoccupations et projets, et y était bien souvent sinon toujours associé, car l'action des Associations n'a de sens que si elle est au service du patient. Et maintenant qu'en est-il de tout ceci ? quel est le rôle matériel des Associations ? quel est leur rôle dynamisant dans les Secteurs ? ont-elles encore un champ de liberté d'action ? y-a-t-il place dans le service Public à un minimum d'autonomie dans les projets, à la réalisation de ces projets en dehors d'un ordre planifié et lointain. La question est posée mais c'est à une autre génération que la mienne d'y répondre.





LES ASSOCIATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ MENTALE ET LEUR CADRE JURIDIQUE

Jean-Daniel CHETRIT, Avocat



L'existence d'associations dans le domaine de la santé mentale est un phénomène qui s'est développé il y a plusieurs dizaines d'années.

Un très grand nombre d'associations se sont ainsi constituées et ont fonctionné dans le cadre des secteurs et des établissements hospitaliers spécialisés.

Toutefois, cet usage de l'associatif s'est heurté, de plus en plus fréquemment, à des interrogations au regard de leur compatibilité avec les règles juridiques et comptables du secteur public.

Deux griefs ont, le plus souvent, été avancés à leur encontre.

- Le premier a consisté à estimer que les activités de ces associations tendaient à se substituer à celles des établissements hospitaliers.

Dans cette perspective, il était notamment souligné que l'EPS obéit au principe de spécialité et doit assumer lui-même l'exercice des missions en vue desquelles il a été institué.

- En deuxième lieu, le fonctionnement de ces associations était montré du doigt, au regard des règles en vigueur en matière de comptabilité publique.

Il est en effet de principe que les deniers publics ne peuvent être manipulés que par des comptables publics.

La seule exception possible, hormis l'hypothèse de l'institution d'une régie de recettes ou de dépenses, réside dans la passation d'un contrat légalement conclu habilitant le cocontractant de l'administration à encaisser et plus, généralement, à manier des deniers publics.

Or, dans un grand nombre de cas, il était possible de considérer que les associations considérées ne se trouvaient pas en conformité avec ces règles, lorsqu'elles percevaient des fonds dans le cadre de leurs activités. En effet, elles pouvaient être amenées à les manier dans un cadre juridique qui n'avait été suffisamment formalisé.

La conjonction de ces interrogations amenait certaines administrations hospitalières à mettre en

cause la pérennité de l'intervention de l'associatif en tant qu'il était susceptible d'entraîner des difficultés administratives et comptables de nature à impliquer non seulement les équipes de direction des établissements mais également les membres des associations.

C'est dans ce contexte que la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 est intervenue pour instituer un cadre législatif définissant l'existence, le rôle, les modalités de fonctionnement et d'intervention de ces associations.

Ainsi, l'article 93 de cette loi, devenu les alinéas 3 à 7 de l'article L.3221-1 du Code de la santé publique dispose t-il :

“Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association, à visée de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative aux contrats d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche de soins doit rester le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association.

Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et leurs conditions de leur utilisation par l'association.



Associations : leur cadre juridique

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. L'association rend annuellement compte, par écrit, à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition."

Il résulte de ce texte que le législateur a entendu permettre la création et le fonctionnement, dans le cadre même d'un établissement public hospitalier, d'associations à visée de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients. Il a, de la sorte, fourni un fondement législatif pour la conduite des activités définies par le texte. Dès lors, se trouvent levées, en toute hypothèse, les interrogations relatives à la compatibilité entre la création et le fonctionnement de ces associations, d'une part, et les principes du droit public qui interdisent à un établissement public de faire exécuter par un tiers les missions que le législateur lui a spécialement confiées, d'autre part. De même, s'agissant des relations financières existant entre l'association et l'établissement, la loi a formellement prévu cette possibilité tout en l'encadrant.

Elle a ainsi prévu que l'établissement peut mettre à la disposition de l'association des moyens financiers, matériels et même des agents.

Une convention doit formellement préciser les modalités de mise à disposition de ces moyens et de participation des agents de l'établissement aux activités de l'association.

Cette dernière doit, de manière classique, d'ailleurs, en ce qui concerne les associations recevant des moyens de la part de collectivités publiques, rendre compte de sa gestion chaque année à l'établissement public.

Dans ces conditions, les risques qui étaient susceptibles de découler de la réglementation comptable ne sont plus à redouter, pour autant que les règles prévues par la convention prennent en compte les diverses dispositions en vigueur et soient, bien entendu, respectées par ce signataire.

Le cadre juridique dans lequel ces associations sont susceptibles d'exercer leurs activités ayant été examiné, il convient, à présent, d'envisager les activités qu'elles peuvent mener, en vertu de la volonté du législateur.

Selon la loi, l'association doit poursuivre un but de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients.

Le législateur a ainsi pleinement reconnu que la structure associative offre un champ relationnel irremplaçable en matière de psychiatrie et constitue le lieu dans lequel peut être élaborée une démarche de soins spécifique.

Il a, ainsi, retenu que les échanges relationnels de toute nature auxquels donnent lieu le fonctionnement et l'activité associatifs sont particulièrement propices à l'exercice du soin, que ce soit par l'entremise de la constitution de l'association, de la détermination de ses activités matérielles ou encore de sa gestion et de son fonctionnement.

Dans cette perspective, un tel ensemble doit exclusivement être perçu dans le cadre d'une "démarche thérapeutique préalablement définie". Ceci impose que l'équipe soignante ait clairement identifié les bénéfices thérapeutiques qu'elle attend du recours à l'outil associatif et la manière de mettre en œuvre celui-ci de manière à ce que la création, le fonctionnement, l'organisation, la gestion d'une association puissent être utilisés au seul bénéfice du soin.

Par conséquent, chaque équipe soignante doit se livrer à cette démarche, si elle entend recourir à une telle association.

En effet, cette démarche de soin doit demeurer la seule raison d'être de l'association thérapeutique, qui est conçue comme une sorte d'élément du "plateau technique psychiatrique".

On voit bien, par conséquent, que l'association ne saurait être employée pour "gérer" des activités ou répartir des moyens matériels entre les différents services d'un établissement.

Une telle hypothèse constituerait une véritable dénaturation des dispositions de l'article L.3221-1 Code de la Santé Publique, ces associations ne pouvant constituer, en aucun cas, des associations de gestion ou d'utilisation de moyens.

Les moyens mis à leur disposition sont seulement le vecteur au travers duquel les relations thérapeutiques peuvent être établies avec les patients et permettre, par ailleurs, une ouverture de l'établissement sur l'extérieur et participer ainsi à la mission de réhabilitation et de réadaptation.

Au fond, ce qui est recherché, c'est bien l'engagement affectif, intellectuel et relationnel du patient au travers de l'ensemble des activités d'une association (définition d'un projet d'activité, manipulation et gestion des fonds, fixation et respect des règles de la vie associative, discussion avec des tiers et partenaires extérieurs...).

En définitive, les alinéas trois et suivants de l'article L.3221-1 du Code de la santé publique permettent un véritable retour aux sources de l'associatif en psychiatrie, dans le secteur public. Il s'agit là d'une ouverture très sérieuse qui permet la pérennité des associations de soins, tout en apportant les garanties juridiques nécessaires à l'ensemble des acteurs concernés, notamment l'administration hospitalière.



JOURNEE Association CROIX MARINE

L'article 93 vu par un juriste et un administrateur

Extraits de l'intervention de M. P. VERROLLES, Directeur adjoint au C. H. S. de Caen

Monsieur Le Président, Mesdames et Messieurs,

Après l'exposé précédent d'ordre juridique, je souhaite plus simplement, porter « témoignage » de ce qui s'est fait et de ce qui perdure au C. H. S. de Caen en matière d'associations ; je vous remercie par avance de me pardonner les éventuelles « redites » par rapport aux intervenants précédents.

Vous pourrez constater que la situation actuelle, héritière d'un long passé, se révèle à la fois plus simple, plus pragmatique, en tout cas probablement moins ambitieuse que les possibilités d'actions à mettre en œuvre sur le mode associatif dans le domaine des démarches thérapeutiques en santé mentale que laissent entrevoir les dispositions de l'article L.3221-2 du code de la santé publique.

Je vais tenter de vous faire partager ma modeste expérience en distinguant deux phases, d'une part, la situation des associations du C. H. S. jusqu'en 1995 et, d'autre part, leur situation actuelle.



I/ La situation des Associations au sein du C. H. S. jusqu'en 1995

Depuis fort longtemps, huit associations existent au C.H.S., une par secteur de psychiatrie générale et une par secteur de psychiatrie infanto-juvénile :

Secteur Caen Est 14 G 02	⇒ Association Entr'aide
Secteur Caen Sud 14 G 03	⇒ Association Caen Sud
Secteur Caen Ouest 14 G 04	⇒ Association Caen Ouest
Secteur Lisieux 14 G 07	⇒ Association Arc-en -Ciel
Secteur Côte Fleurie 14 G 08	⇒ Association L'Espoir
Secteur Caen Plaine 14 G 09	⇒ Association Caen Plaine

pour la psychiatrie générale (ou adulte)

Secteur Caen Falaise 14 I 02 ⇒ Association La Clé des Champs
Secteur Lisieux pays d'Auge 14 I 03 ⇒ Association La Passerelle

pour la psychiatrie infanto-juvénile

Une neuvième Association dénommée "Le Soleil Levant" œuvre pour le bien des résidents de la Maison d'accueil spécialisée de Boulon.

D'une façon générale, ces huit associations prennent en charge tout ou partie des activités occupationnelles, ludiques, culturelles et sportives des malades. Ainsi, elles participent, à des degrés divers, aux prestations de soins, soit en intra-muros, y compris au sein des ateliers thérapeutiques, soit à l'extérieur de l'enceinte hospitalière (promenades d'une journée ou séjours thérapeutiques).

Ces Associations assurent aussi une part plus ou moins importante des dépenses générées par ces activités. Les Associations ont aussi acheté des matériels mis à la disposition des malades (téléviseurs, matériels audio, objets de plein air....) et des véhicules de 9 places pour assurer certains transports de malades. Certaines Associations gèrent aussi en intra-muros des cafétérias où les malades peuvent acheter diverses denrées ou boissons non alcoolisées – faut-il le préciser – et malheureusement du tabac.

L'implication de certaines associations dans les démarches thérapeutiques est très profonde puisque

cela va jusqu'à la gestion sur le plan pratique, économique et financier d'une ferme thérapeutique installée dans des locaux loués par le C. H. S.

Dans certains cas, les initiatives associatives au C.H.S. ont contribué au développement de la mise en œuvre de la sectorisation puisque certaines Associations ont été amenées à louer et à entretenir des locaux dans lesquels ont été installés des Centres médico-psychologiques ou des Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel.

Mais bien plus, les Associations sont parties prenantes dans le cheminement d'autonomisation qui permet à des malades de vivre à l'extérieur de l'établissement puisqu'elles assurent, selon des formes et à des degrés différents, la "gestion" d'appartements thérapeutiques.

Bien évidemment, toutes les interventions des Associations s'inscrivent dans des actions de soins dûment validées par les membres du Corps médical ; il me semble essentiel de le souligner.

En contrepartie de ces charges, les huit Associations des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile reçoivent de la part du C. H. S. deux subventions votées par le Conseil d'Administration.

De plus, pour les séjours thérapeutiques, les Associations assurent les frais de repas pour les personnels et les malades forcément placés en hospitalisation complète pour des motifs de responsabilité et de prise en charge financière des incidents et accidents éventuels.

Dans ces conditions, il a été décidé que l'établissement devait assumer, sous forme indemnitaire ces débours puisque les personnels, étant en mission, pourraient bénéficier d'indemnités et les patients auraient pris leurs repas au C. H. S., d'autant qu'ils acquittent un forfait journalier. Ainsi, le Conseil d'administration vote annuellement une indemnité en faveur des Associations par jour, par patient et par personnel à l'occasion des séjours thérapeutiques.

Le C. H. S. a aussi pris la décision, pour une évidente raison de cohérence en matière d'assurances, d'inclure ces Associations dans son contrat de responsabilité civile et professionnelle, sous réserve du remboursement par chaque Association concernée d'une quote-part du surcoût ainsi généré.

Certaines Associations disposent de ressources

complémentaires, par exemple vente d'objets confectionnés ou de produits d'élevage et de culture.

Les Associations, attributaires de fonds publics, ont des obligations. D'abord, celle de n'utiliser les subventions que pour leur objet, c'est-à-dire en faveur des malades du C. H. S. et ensuite, celle de produire leur budget prévisionnel en début d'année et de fournir, a posteriori, leurs comptes et tous les documents justificatifs du bon emploi des sommes reçues.

L'Administration hospitalière exerce chaque année, de façon scrupuleuse et rigoureuse, un contrôle nécessaire et de droit sur la nature des dépenses, sur l'exactitude et la sincérité des comptes des Associations.

J'en parle d'autant plus facilement que j'ai fort confortablement délégué cette mission dévolue tout naturellement à ma Direction fonctionnelle à M. Roland LOCATELLI, Attaché d'administration hospitalière, qui s'en acquitte avec beaucoup de compétence, de savoir-faire et de compréhension.

Je tiens à souligner, qu'en douze années d'exercice au sein de cet établissement, je n'ai jamais constaté de dérapages et surtout pas de détournements de fonds. Aujourd'hui se présente l'occasion pour moi de remercier tout simplement les personnels qui assurent les tâches ingrates, délicates et parfois pleines de risque de trésorier associatif. Pour l'essentiel, ils accomplissent un travail de qualité de suivi des comptes et de maniement d'argent, sans avoir une véritable formation à la comptabilité.

Il n'en demeure pas moins que cette organisation associative au sein du C. H. S., **totale-ment au bénéfice du malade** — je tiens à le rappeler —, comportait un risque non négligeable de sanction par la Chambre régionale des comptes qu'il aurait été bien irresponsable d'ignorer.

C'est toute la "jurisprudence de la gestion de fait" des associations dites transparentes car l'essentiel de leurs ressources provient de la Puissance publique et les membres sont des personnels de cette Personne publique. Sans entrer dans les détails, cette procédure se révèle, lorsqu'elle est déclenchée, redoutable pour la Personne publique elle-même (hôpital) et pour les protagonistes (démembrement de l'administration / échapper aux règles de la comptabilité publique des fonds avec partage entre l'ordonnateur et le comptable).

Confrontée à cette éventualité, l'Administration hospitalière du C. H. S. a voulu entreprendre une clarification des missions des Associations et de celles de la Collectivité hospitalière.

Bien sûr, les modifications législatives introduites par l'article 93 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui a ajouté un alinéa à l'article L.3221-1 du code de la santé publique (devenu l'article L.3221-2) a singulièrement modifié la donne ; c'est ce que je vais essayer de vous décrire maintenant.

II/ La situation actuelle des Associations au sein du C. H. S.

Dès 1995, donc antérieurement aux modifications législatives, l'Administration hospitalière a souhaité promouvoir un principe que je m'autorise à qualifier « de bonne gestion des subventions versées aux Associations » et que je peux énoncer comme suit :

« Il appartient à l'Hôpital d'assumer les dépenses d'investissement et les charges considérées comme partie intégrante de ses missions de service public hospitalier »

En application de ce principe essentiel, le C. H. S. a, par exemple, décidé d'acquérir des véhicules de transport en commun et d'en assurer lui-même l'entretien à la place des Associations. De même, il a été prévu que les Associations n'auraient plus, en principe, à louer, à entretenir et à assurer des locaux pour les activités ambulatoires sur les secteurs. D'une façon générale, le C. H. S. entend assumer directement l'acquisition des matériels directement liés et indispensables à la délivrance des soins.

Mon Collègue, Directeur adjoint chargé des services économiques privilégie, en ce domaine, un dialogue constructif avec les Associations.

Bien évidemment, cette option, n'a pu être mise en œuvre que sur le long terme et elle se poursuit encore actuellement.

En contrepartie, il a été prévu une diminution des subventions versées aux Associations car il n'est pas possible, en cette longue période de rigueur financière, d'augmenter sans cesse les charges du budget de l'hôpital.

L'apport législatif, que nous avons déjà largement évoqué, est, à mon sens, venu, conforter notre action et surtout apporter une base légale à la situation

associative du C. H. S. ; le risque de sanction par la Chambre régionale des comptes est devenu moins prégnant.

Dès la publication de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système (article 93), l'établissement a voulu profiter de cette opportunité législative en mettant ses pratiques en conformité avec les toutes nouvelles dispositions légales. Une réunion d'information a été tenue le 19 avril 2002, sous mon égide, avec les différentes Associations avec comme objectif de signer toutes les conventions en septembre (objectif globalement tenu).

Je ne vais pas vous présenter toutes les dispositions de ces conventions pour ne pas allonger mon propos. Simplement, je crois qu'il est souhaitable de les compléter pour mieux préciser les activités thérapeutiques mises en œuvre avec le concours des Associations et aussi insister sur la nécessité de la présence de patients en leur sein et sur l'obligation de la certification des comptes par des commissaires aux comptes.

Cette contractualisation, qui a été acceptée sans aucune restriction, a clarifié les responsabilités des Associations et de l'Administration hospitalière et a permis de conforter une organisation, un mode de fonctionnement intéressant, parfois innovant, dont les mérites apparaissent évidents.

Elle a, aussi, à mes yeux, le grand mérite de rappeler, d'affirmer si besoin, la nécessaire obligation que toute activité, que toute prestation en faveur des patients, soit validée par un médecin et s'intègre dans une véritable démarche de soins définie et mise en œuvre par des soignants et autres personnels médico-techniques.

Pour être complet, je signale que le C. H. S. a aussi signé une convention avec l'Association Méli Mélo, cafétéria extérieure située rue Caponière, animée par des personnels de l'établissement et installée dans des locaux loués par le C. H. S. (cette Association ne perçoit pas de subvention).

En vous remerciant de votre attention et de votre indulgence pour les inévitables redites, je suis prêt à répondre à vos éventuelles questions.

Merci de m'avoir écouté avec autant de patience.