

# **ROLE ASSOCIATIF DANS L'HEBERGEMENT THERAPEUTIQUE**

« Le rôle associatif dans l'hébergement thérapeutique : associations préexistantes ou créées pour gérer les appartements thérapeutiques, elles gèrent parfois aussi des CATTTP ou de l'accueil familial. Associations du secteur, intersectorielles, ou extra sectorielles. Leur bureau, leur Conseil d'Administration, leurs membres, qui sont-ils ? Quelles sont les relations entre l'association qui gère et l'équipe soignante... Confusion, inclusion, exclusion, intersection ? »

« Associations et Institutions hospitalière et sociales : la pratique de l'hébergement thérapeutique repose majoritairement sur des dispositifs associatifs. Les modèles de gestion et de financement, leurs aléas. Cadres juridiques. Place des usagers. »

Jean Pierre D'OLIVIERA

Annie BEGOT

Rémi CORBEAU

Gilbert HUNKELER

Alain MORO

Dominique SAMUEL

***Nantes 1998 Lyon 1999***

**1<sup>ère</sup> partie Le rôle associatif dans l'hébergement thérapeutique G. Hunkeler**

## **I – Historique du mouvement associatif en psychiatrie**

Un bref retour sur l'histoire de la psychiatrie nous rappelle que le fait associatif a toujours existé en psychiatrie, bien avant la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 sur les associations.

En effet, dès le XVII<sup>e</sup> siècle, des congrégations religieuses ont géré des établissements d'aliénés.

Plus tard, la loi de 1838, devant la carence de certains départements a permis progressivement à ces congrégations religieuses de multiplier la création d'établissements.

La circulaire du 4 février 1958 N° 58/7 introduit officiellement l'associatif dans le paysage hospitalier.

### Que dit cette circulaire ?

Elle est relative à l'organisation du travail dans les hôpitaux psychiatriques et elle prévoit la possible intervention des associations à but non lucratif.

La circulaire n'affirme pas, bien sûr, de caractère obligatoire à ces créations dont l'appréciation est laissée au corps médical. Cependant, cette création est soumise à l'approbation de l'administration hospitalière.

### **Trois axes principaux**

- a) Gestion des ateliers médicaux à visée socio-thérapeutique et atelier d'ergothérapie
- b) Gestion de la vie sociale des services par l'organisation des loisirs et des manifestations diverses telles que fêtes, kermesses, sorties collectives, compétitions sportives, etc...
- c) Gestion du fonds de solidarité afin d'apporter aux malades l'aide matérielle et morale qui leur est nécessaire.

### ***Organisation des associations***

C'est le régime de la loi 1901 qui fait référence dans ce domaine. La législation prévoit une représentation médico-administrative au sein des CA.

### ***Le financement***

Il est assuré par l'établissement et contrôlé par ses soins :

- octroi d'une subvention de démarrage
- octroi d'une subvention annuelle
- octroi d'une subvention en vue d'une affectation déterminée.

Ce recours aux associations préconisées par les textes se concevait comme un complément indispensable aux méthodes de soins applicables au travail thérapeutique et pour assouplir les règles administratives et financières.

L'évolution des pratiques (apparition du secteur en 1960) indique que les associations ont précédé le cadre législatif. Au fur et à mesure, elles se sont appuyées sur le dispositif légal pour se développer.

Nous avons évoqué la circulaire de 1958, point de départ de l'émergence du fait associatif en psychiatrie.

Parmi les textes qui ont complété le dispositif, citons-en quelques-uns :

- l'arrêté du 14 mars 1986 où apparaît pour la première fois la définition de l'appartement thérapeutique,
- la circulaire de mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale,
- la plus près encore, la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière et autorisant les établissements publics de santé à gérer des structures médico-sociales.

### ***Dans le champ social***

La loi d'orientation du 30 juin 1975 qui, dans un esprit de solidarité nationale propose un statut aux personnes handicapées et offre un cadre social facilitateur d'insertion pour les personnes handicapées.

Enfin, puisqu'il s'agit ici d'hébergement, donc de logement, on ne peut pas ne pas citer la loi Besson du 31 mai 1990 qui a permis entre autre la reconnaissance du secteur associatif comme véritable partenaire dans le domaine du logement et qui « légalise » la sous-location.

Les capacités d'imagination, d'innovation ou de médiation des associations ont vu là un nouveau terrain à défricher.

## **II – Le fait associatif**

Il repose sur un engagement volontaire pour un projet collectif dont l'objet ne peut être que non lucratif.

L'association est toujours l'outil d'un projet qui va permettre de partager et de s'engager.

Elle se situe entre le pouvoir et la population, elle a un rôle médiateur. On peut ainsi dire qu'elle constitue un contre-pouvoir.

Elle offre une prestation de service au bénéfice de l'utilisateur : le patient. Lequel peut être considéré comme consommateur d'un service mis à sa disposition.

Les associations engagées dans l'hébergement thérapeutique sont à la charnière du social et du sanitaire. Elles représentent peut-être la meilleure voie d'accès à la citoyenneté, à la communauté, au lien social.

Caractéristiques :

- souplesse de fonctionnement,
- une certaine liberté d'initiative,
- une capacité de décisions rapides,
- une adaptation des prestations au plus près des besoins des patients.

L'association et l'esprit d'association ont accompagné l'évolution des prises en charge en favorisant l'innovation.

Elles sont investies par le personnel soignant qui trouve là un lieu privilégié de parole, d'imagination et de créativité, d'esprit d'initiative et la possibilité d'exercer des responsabilités.

L'association représente un moyen d'échange et un facteur de lien important dans l'institution. Mais aussi avec les partenaires extérieurs : les familles, les organismes de tutelle, les bailleurs, les banques, les assurances, les autres associations, les municipalités, etc...

Elles contribuent à améliorer l'image de l'hôpital, initient le travail en partenariat et favorisent la reconnaissance du travail fait en psychiatrie et œuvrent au décloisonnement.

Elles jouent et continuent à jouer un rôle de pionnier chaque fois qu'apparaît la nécessité d'explorer un domaine nouveau des actions sanitaires ou sociales. L'expérimentation, autrement dit l'aventure, est laissée aux initiatives privées.

## **III – Contrôle financier des associations**

Référence : Article de M. Françoise SADRAN, Attaché de Direction, CH de la Côte Basque.

### ***A) La notion de concours financier public.***

Outre les subventions, peuvent être en cause la mise à disposition de locaux, de matériel et de personnel. Tous ces éléments, ou un seul, peuvent démontrer l'existence d'un concours financier public.

*Le problème des associations dites para-administratives.*

Le plus souvent composées de fonctionnaires ayant déjà position d'autorité dans un établissement où le pouvoir décisionnel associatif leur appartient.

S'il a à contrôler ce genre d'associations, le juge s'attache à déterminer son degré d'autonomie.

Ces associations sont le plus souvent destinées à assouplir ou à contourner les règles de comptabilité publique.

### ***B) Les associations agissant dans le domaine sanitaire et social***

IGAS : inspection des affaires sociales quasi-statut législatif (loi de mai 1996)

Double mission du contrôle :

auprès des associations faisant appel à la générosité publique

- contrôle de légalité, procédure,
- contrôle de l'utilisation des fonds collectés en conformité avec l'objet poursuivi.

D'autre part, et ce n'est pas la moindre, l'IGAS assure une mission de contrôle et d'évaluation de mise en œuvre des politiques publiques de la sécurité sociale et de la prévoyance sociale, de la protection sanitaire et sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Son contrôle s'étend aux établissements, services, institutions, associations quelle que soit leur nature juridique, dès lors que ceux-ci bénéficient du concours de l'état, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public, etc...

Dans ce cadre, le contrôle de l'IGAS s'étend à toutes associations exerçant leur activité dans le champ sanitaire et social ainsi défini.

### ***C) La teneur du contrôle***

Double contrôle

#### *1- Contrôle de légalité :*

- Vérification que les opérations réalisées par les associations sont régulières au regard des obligations légales, réglementaires et des règles de la comptabilité publique et notamment, vérifier si le recours à la voie associative n'a pas permis « d'assouplir » les grands principes du droit budgétaire.
- La vérification porte sur la bonne tenue des comptes (le trésorier est personnellement responsable). Pour les associations bénéficiant de subventions publiques, les comptes doivent, conformément à la circulaire du 1/2/1998, être certifiés par un expert-comptable.

Côté recette, le contrôle s'attache à vérifier le principe de l'interdiction à titre gratuit de dons et legs. Attention aux donations déguisées, également sanctionnées.

Trois exceptions :

- les associations déclarées affiliées à une fédération reconnue d'utilité publique (conseil d'état du 26/12/1923).
- Les dons manuels en numéraire et/ou nature (conseil d'état du 26/4/1929) dès lors qu'ils sont modiques et ne résultent pas d'un caractère systématique d'appel à la générosité publique
- Les associations ayant pour but exclusif l'assistance, la bienfaisance, la recherche scientifique et médicales, sous réserve d'une autorisation administrative.

### ***D) Le contrôle d'opportunité***

#### *Le contrôle de la gestion*

Le contrôleur vérifie l'évolution des ressources propres de l'Association par rapport aux subventions. Ce contrôle sert, en particulier, à apprécier le degré (d'indépendance) et d'autonomie à l'égard de la personne publique.

Le contrôleur vérifie l'évaluation des dépenses par rapport aux recettes (compétence des dirigeants !)

Le contrôleur examine la trésorerie de l'Association.

#### *Le contrôle de résultat*

Le contrôleur vérifie l'efficacité des actions par rapport aux objectifs déclarés dans les statuts. La sanction possible : le prononcé d'une gestion de fait.

#### *Définition de la gestion de fait*

C'est l'irrégularité consistant, pour une personne physique ou morale à s'immiscer dans le maniement des deniers publics, sans avoir la compétence physique pour le faire, c'est-à-dire sans être comptable public.

Cette notion fait référence à la notion fondamentale de la séparation des ordonnateurs et des comptables selon laquelle seul le comptable peut encaisser les recettes, payer les dépenses et détenir fonds et valeurs.

En vertu de ce principe, la personne physique ou morale qui effectue ces opérations réservées au comptable public peut être déclarée comptable de fait.

Trois types de situation pouvant déboucher sur la déclaration d'une comptabilité de fait :

- L'encaissement irrégulier de fonds destinés à la personne publique ou destinés à être utilisés par elle pour son fonctionnement (ex : acquisition au moyen de dons de matériel utilisé au fonctionnement du service).
- L'extraction irrégulière de deniers publics de la caisse de la personne publique
- La non-utilisation de concours financiers publics pour atteindre l'objet associatif et le but pour lequel ils ont été consentis (détournement)

#### *Les sanctions possibles*

- amendes calculées suivant l'importance et la durée de la détention et/ou le maniement des deniers
- pour les élus, inéligibilité

## **IV – Le statut du patient dans le logement**

Hébergement ? Sous-location ?  
Incidence sur le droit

#### *Aspects juridiques de l'hébergement associatif*

Quelle que soit la manière de qualifier l'hébergement, qu'ils s'agissent d'appartements dits relais, associatifs, protégés, communautaires ou encore à visée thérapeutique, cette qualification donc, le plus souvent choisie par l'équipe soignante qui met en œuvre le projet d'hébergement, peut recouvrir des réalités juridiques bien différentes.

Si l'appartement peut être un lieu de soins, c'est aussi un lieu de vie et à ce titre, l'usager doit avoir un titre d'occupation précis qui lui confèrera un statut, élément important d'une reconnaissance sociale.

Nous sommes donc dans une logique de droits partagés (association/citoyen) et de contraintes communes (locataire/occupant).

Sur quel dispositif légal et réglementaire l'Association locataire peut-elle s'appuyer ?

#### *1) Quelques repères légaux*

- la loi du 6 juillet 1989 sur les baux d'habitation
- la loi du 31 mai 1990 dite loi Besson visant à la mise en œuvre du droit au logement des plus démunis

- le dispositif départemental d'aide au logement des personnes démunies (FSL)

## *2) Les différents statuts d'occupation*

- le contrat d'hébergement
- la location meublée
- le contrat de sous-location
- le contrat de sous-location avec bail glissant
- la co-location ou multilocation

## *3) Les aides au logement*

- l'allocation logement à caractère social
- l'aide personnalisée au logement
- l'allocation logement temporaire

## *4) Les situations contentieuses : l'expulsion*

Ainsi, quand s'élabore un projet d'hébergement, la référence au droit est incontournable et s'impose aux parties.

### ***Le contrat d'hébergement***

Code civil Art. 1875 à 1891

L'hébergement et la location se ressemblent puisque les deux contrats donnent à celui qui reçoit la chose le droit de s'en servir.

Il s'agit néanmoins de deux contrats distincts juridiquement :

- l'hébergement est un prêt
- la location est un contrat de louage de la chose.

L'hébergement tel que les définissent les textes sous-entend la gratuité du droit d'usage.

- un loyer, même faible, peut présumer de l'existence d'un bail. Seul le caractère dérisoire du prix peut écarter le contrat de louage.

Cela dit, la gratuité de l'hébergement permet de demander le remboursement des charges, les frais d'entretien, la consommation d'eau, d'électricité, le remboursement des impôts.

Trois obligations pour la personne hébergée :

- elle doit respecter l'usage convenu avec le prêteur,
- elle doit conserver la chose prêtée et ne peut donc elle-même la prêter ou la céder
- elle doit restituer le logement prêté au terme convenu sans qu'il y ait besoin de mise en demeure ou de préavis. Si la personne hébergée se refuse à quitter le logement prêté, seul une procédure d'expulsion peut l'y contraindre.

### ***La location***

Loi du 6 juillet 1989 – Art. 3 modifié par l'Art. 10 de la loi du 21 juillet 1994

Ce qui nous intéresse ici, c'est la sous-location.

La sous-location requiert presque toujours l'autorisation du bailleur et cette disposition doit alors figurer dans le bail. Exception (quand une location est soumise aux règles du code civil) pour les logements HLM et les logements conventionnés.

La sous-location est interdite, sauf pour les associations déclarées ayant pour objet la sous-location à titre temporaire à des personnes en difficulté. C'est le locataire principal qui est tenu aux obligations découlant du contrat avec le propriétaire.

Les relations locataire/sous-locataire

Le locataire a, avec son sous-locataire, les rapports qui existent entre un bailleur et un locataire ordinaire. Les obligations respectives se déterminent exclusivement d'après le contrat de sous-location.

Obligations du sous-locataire :

Payer régulièrement le loyer, les charges au terme convenu, user paisiblement du logement sous-loué

Obligations du locataire :

Fournir le logement et y faire toutes réparations nécessaires. C'est au locataire principal d'assumer les mesures d'expulsion du sous-locataire si celui-ci ne respecte pas ses obligations.

***Les baux glissants***

Objectifs :

Permettre à une association déclarée d'obtenir des bailleurs publics ou privés la location de logements classiques qui seront sous-loués à titre temporaire à des personnes en difficulté.

Mettre en place la possibilité pour ces personnes de devenir les locataires en titre au bout d'une période négociée au préalable entre le bénéficiaire, le bailleur et l'association sous réserve :

- \* d'un examen de leur situation par les partenaires
- \* de l'acceptation le cas échéant d'un logement mieux adapté à leur situation et à la prolongation éventuelle de l'accompagnement social.

Applications :

- Convention de location conforme aux dispositions de l'Art 8 de la loi du 23/2/1986 et de l'Article L 442-8-1 du code de la construction et de l'habitat conclu entre la société HLM et l'association
- Convention répartie entre la société HLM, l'association et le bénéficiaire.

## **2<sup>ème</sup> partie Inventaire et analyse des Associations** A. BEGOT-LEFRANT

La législation de 1901 (loi du 1er juillet) définit ainsi l'association : " L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes décident de mettre en commun, de façon permanente, leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que le partage des bénéfices " ( art 1er )

L'association est un contrat entre au moins deux personnes physiques ou personnes morales. Ce contrat reste un simple acte entre les contractants s'il n'est pas déclaré auprès des services préfectoraux et publié au Journal Officiel. Bien que constituée, l'association non déclarée n'existe pas en tant que personne juridique. L'association est libre de rester un simple contrat ou d'acquérir la personnalité juridique ( ou personnalité morale). Elle doit être alors être rendue publique par une déclaration à la préfecture et une insertion au Journal Officiel.

Nous allons parler de la place et du rôle des associations dans l'hébergement thérapeutique, donc des associations qui se préoccupent d'aider les patients à prendre pied dans des appartements en ville, appartements associatifs qui logent temporairement un petit nombre de patients, souvent deux à trois personnes. Ces associations permettent ce premier passage si décisif qui rend possible (sinon facile) la diminution de la dépendance hospitalière et la déchronicisation. Cela ne va pas toujours sans difficulté, mais ça simplifie cependant les choses puisque que le constat est que l'on évite la responsabilité hospitalière (qui ne la souhaite d'ailleurs pas) des appartements thérapeutiques.

On peut classer les associations intervenant dans l'hébergement thérapeutique en trois catégories:

- A.- L'association pré existante, non liée à un établissement hospitalier, qui inclut l'hébergement thérapeutique dans ses objectifs et ses missions.
- B.- L'association pré existante, liée à un établissement hospitalier participant au service public, et qui inclut l'hébergement dans ses missions.
- C.- L'association spécifiquement créée pour assurer une mission d'hébergement.

### **Présentation des statuts**

Un seul type de statut pour toutes les associations puisqu'elles relèvent de la loi de 1901, bien qu'elles soient différentes selon leurs objectifs.

La composition de leur Conseil d'administration diffère selon le type de l'association et cette composition est importante dans la mesure où elle est l'image de la dépendance ou de l'indépendance de l'association. Elle donne une indication précise de l'initiative de l'association dans ses choix stratégiques. Il est d'ailleurs intéressant de jeter un regard sur la manière dont les associations verrouillent ou ne verrouillent pas leur conseil d'Administration. Il est certain que la composition du conseil d'administration est le choix politique des administrateurs;

Quant au Bureau, il est la cheville ouvrière de l'association. Il est important dans la mesure où il est une force de proposition tout en étant chargé de l'exécutif. Si dans les associations de secteur, il reflète le volontariat et même le militantisme, il se confond dans certaines associations avec la Direction de l'association.

Quant aux adhérents, ils sont parfois peu nombreux voire inexistantes et sont parfois composés exclusivement de soignants impliqués généralement dans les réalisations de l'association.

## **A - Exemple d'associations non liées à un établissement**

### **AUORE**

Fondée en 1871, c'est l'association la plus ancienne de France devenue association loi 1901 en 1901 mais reconnue d'utilité publique en 1875 le 4 Novembre. C'est une association catholique jusque dans les années 1960 et qui a conservé des religieuses jusqu'en 1970 ; actuellement le personnel est complètement laïc.

Cette association C.H.R.S. (centre d'hébergement et de réadaptation sociale) a pour but la réadaptation sociale et professionnelle des personnes que la maladie, l'isolement, les détresses morales ou matérielles, un séjour en prison ou à l'hôpital ont privés d'une vie normale.

Elle dispose d'hôpitaux de jour, de foyers de post cure, de CAT et de services d'accompagnement. Depuis 1977 la nécessité s'est fait jour de procurer des appartements intermédiaires aux patients en foyer de post cure qui leur serviraient de tremplin pour un chez soi, loin de l'asile et proche du domicile, et l'on commence à penser en terme d'appartement thérapeutique au sens infirmier et non gestionnaire du terme. Au total l'association va avoir 20 places : 12 appartements, 3 loués et 9 achetés dont un en viager

Le Conseil d'administration se compose de cadres de l'association ( petite partie ), de notables, de représentants de la CAF, de l'UNAFAM.

Le bureau est confondu avec la direction.

Les adhérents : peu de membres cotisants.

Le financement : DASS pour ce qui relève de la maladie mentale en hôpital de jour et foyer de post cure

Conseil général, DASS et Ville de Paris pour l'handicap mental en service d'accompagnement et en CAT.

DASS et ministère de la Justice pour les sortants de prison.

Ce qui est important dans cette association, c'est que tout ce qui est insertion ne se confond pas avec le soin. Les patients sont donc soignés et suivis ailleurs, il n'y a donc pas de confusion des rôles, l'équipe est non médicalisée, et tous les patients dépendent d'une file active sur un secteur .

### **Espérance Paris**

L'association qui est un centre d'hébergement et de réadaptation sociale a été créée en 1976, issue de l'UNAFAM donc d'un regroupement de familles mais à l'origine il n'y a pas de projets concrets si ce n'est de favoriser la sortie de l'hôpital.

En 1982, amorce de réalisation, puisque la mairie leur accorde quelques logements.

En 1988, l'association se détache de l'UNAFAM, devient autonome mais garde ses anciens adhérents qui sont âgés( environ 200 personnes).

Le Conseil d'Administration est composé de professionnels et de certains salariés de l'association.

En ce qui concerne le financement, elle est entièrement subventionnée par l'Etat, le budget global se situe aux alentours des 2 millions de francs pour 30 places dont 16 places en studio relais. Il leur est possible de louer plus mais il leur faut l'accord du Conseil d'Administration.

Ils ont 8 salariés: 1 psychologue et des éducateurs.

Les adhérents sont ceux de l'UNAFAM, environ 200 personnes, mais pas de patients.

La procédure d'admission se fait par une équipe médico-sociale. L'engagement se fait réciproquement entre le patient et l'équipe.

C'est une collaboration entre les équipes mais il n'y a pas de confusion avec l'équipe soignante qui suit le patient. L'accueil se fait en appartement communautaire, puis en studio relais pour aboutir à un logement définitif. La tutelle c'est l'aide sociale. Le critère d'admission : pas de logement, pas de ressources mais venant de la psychiatrie.

### **B - L'association liée à un établissement hospitalier**

En filiation directe, depuis les clubs thérapeutiques et les comités hospitaliers, les associations de secteur psychiatrique ont souvent pour vocation première de pallier au désengagement des pouvoirs publics : création d'appartements relais ou associatifs, sociothérapie, travail en réseau etc.

Mais au delà de cette facilitation gestionnaire, on peut concevoir ce cadre comme institutionnel et comme médiateur thérapeutique où l'homme en souffrance serait ainsi accompagné dans son passage d'usager à membre actif.

Cette fonction de suppléance des associations en psychiatrie est devenue indispensable face au désengagement progressif des pouvoirs publics et permet d'avoir les moyens de maintenir une certaine souplesse dans l'accompagnement des patients. En fait, elles permettent de gérer tout un pan de la psychiatrie qui est devenue la psychiatrie sociale.

Mais face à ce côté utilitaire et gestionnaire, on peut apercevoir le côté grandissant du curatif dans la mesure où l'implication des soignants s'y fait de plus en plus active.

On peut considérer qu'en ce qui concerne les associations de secteur psychiatrique, il existe deux types d'associations:

- les associations créées pour les patients et qui leur procurent des aides :

leur bureau et leur Conseil d'Administration sont composés de soignants qui légifèrent entre eux suivant l'évolution des choses et se chargent des rapports d'activité et des comptes dans la mesure où ils proposent par le biais de prêts de répondre aux difficultés momentanées rencontrées par les patients. En général, les soignants qui s'occupent de gérer les difficultés pécuniaires des patients, d'en trouver des solutions externes ou d'évaluer le bien fondé des prêts et d'en assurer le suivi du remboursement de la dette, ne sont pas ceux qui assurent le suivi thérapeutique. Il en est de même, généralement, pour ceux qui proposent les contrats en matière d'hébergement et assurent le paiement des loyers et autres frais afférant au logement.

- les associations avec les patients qui impliquent leur participation à tous les niveaux :

Dans ce cas de figure, les patients participent à la vie associative en tant que membre actif, viennent aux Assemblées Générales, se désignent au Conseil d'administration et de même siègent au bureau et participent quasi quotidiennement au fonctionnement et aux décisions. Dans un tel cas, il est évident que le rôle soignant-soigné est redéfini, bien qu'il soit important de savoir que dans ce partage associatif, il ne faut pas perdre sa fonction soignante.

Le financement des associations est différent selon le profil. Si elles dépendent d'un établissement public, elles sont en général subventionnées par l'établissement et cette subvention fait généralement l'objet d'une convention entre l'établissement et l'association. Dans le cas d'une association indépendante créée pour l'hébergement, son financement dépend

bien souvent de la composition de leur Conseil d'administration dans la mesure où les payeurs sont aussi les administrateurs.

On peut donc voir que l'association a plusieurs rôles en psychiatrie car outre son travail qui peut être évalué en termes d'appartements associatifs, de foyers d'hébergement, ce qui peut être le plus important c'est de pouvoir extraire le patient de son statut d'asilaire en le faisant participer à un espace inter actif avec les soignants, espace qui est le passage qui va faciliter sa réintégration dans le monde des gens dits normaux ou supposés tels.

L'association est donc un lieu démocratique où les hiérarchies habituelles sont abolies et où le patient dont l'avis est sollicité retrouve un sens à son discours. L'association est donc toujours un projet qui va permettre de partager, de s'engager, de durer en instaurant un processus de participation et de création et en favorisant une médiation entre le pouvoir et la population et en créant aussi un contre pouvoir.

Mais il est vrai aussi que les pratiques psychiatriques sont marquées par la coupure entre le sanitaire et le social et par la séparation des lieux de soins des lieux de vie. Il faut savoir que même si l'avenir de la psychiatrie de secteur est de voir les services devenir des lieux de passage brefs et rapides pour des soins intensifs, la maladie mentale est une maladie chronique et donc de maintenir le patient en l'état à sa sortie est un des problèmes majeurs qui se pose aux équipes soignantes et c'est là que les associations sont des outils thérapeutiques indispensables, pas suffisants mais ô combien économiques.

Très souvent les associations ne sont considérées que comme des moyens de gestion pour détourner la lourdeur de la comptabilité hospitalière et par là même un moyen pour gérer les structures intermédiaires ou alternatives et on oublie que cet outil avait été créé par les psychiatres comme méthode thérapeutique pour soigner les malades et pour soigner l'hôpital comme on le disait à l'époque (RAPPARD).

En fait les associations peuvent s'enorgueillir de la place qu'elles ont prise dans le système de santé mais si elles peuvent se caractériser en termes de bénévolat, de dévouement et de désintéressement au service de l'utilisateur, elles doivent cependant rester vigilantes face au risque de rigidification de leurs structures qui les empêcheraient d'améliorer leurs performances

## **Perspective et avenir des associations de secteur psychiatrique**

Si une grande diversité existe entre les différentes associations tant au niveau du fonctionnement, de la gestion que des réalisations, elles restent un apport inestimable en premier lieu pour les patients mais aussi pour les patients et pour la vie institutionnelle. Il semble d'ailleurs que le dynamisme des associations soit lié à l'engagement des soignants et elles permettent d'ailleurs bien souvent d'expérimenter de nouvelles prises en charge.

Le bien fondé des associations en psychiatrie n'est donc plus à démontrer, leur pérennité et les moyens financiers mis à leur disposition par les établissements sont une preuve de confiance de l'Administration et du regard favorable qu'elle porte sur les réalisations, et il n'est pas besoin d'énumérer les bénéfices que procurent les associations pour en mesurer leur utilité.

Quelques soient les projets de l'Administration au sujet des subventions accordées, il est indispensable que cet organe de gestion qu'est l'association continue d'exister. Il convient

cependant d'être conscient que l'avenir des associations dépend complètement du devenir de leur financement par les établissements.

La croissance du phénomène associatif ( le nombre des associations est passé de 1000 en 1960 à 70 000 en 1994) et l'importance des sommes en jeu rendent inéluctables un renforcement des contrôles sur les associations d'ailleurs annoncé de longue date.

La dénonciation par la Cour des Comptes de l'utilisation de la formule associative aux fins d'assouplissement des règles de la comptabilité publique n'est pas nouveau. Elle a d'ailleurs rendu un rapport en mars 1996, concernant spécifiquement les associations indiquant à propos de l'ARC qu'elle entend renforcer les contrôles en ce domaine. On peut donc sans risque de se tromper annoncer que les associations dans les années à venir seront soumises à des contrôles renforcés. Il convient donc de souligner à cet effet la spécificité du phénomène associatif à l'hôpital public. Actuellement les directions ont énormément de mal à contrôler les associations constituées au sein même des établissements dont les adhérents sont la plupart du temps des agents de l'hôpital. Or, l'enjeu de ce contrôle est crucial puisque conformément à une jurisprudence récente du Conseil d'Etat les directeurs d'établissement peuvent voir leur responsabilité engagée alors même qu'ils n'auraient pris aucune part directe au fonctionnement d'associations mises en cause.

Le droit n'ayant pas encore codifié dans un texte clair et unique, la réglementation est constituée de quelques textes législatifs et de beaucoup de jurisprudence.

Si le droit d'association fait partie des libertés publiques érigées par le Conseil constitutionnel au rang des principes fondamentaux de la République, elles sont donc libres de se créer et libres de tout contrôle sauf pour les associations bénéficiant des concours financiers publics et celles dans lesquelles une ou plusieurs personnes publiques détiennent une participation financière ou un pouvoir de décision.

En fait la notion de concours financier public est très large puisqu'elle ne se limite pas aux subventions mais aussi à la mise à disposition des locaux, de matériel (matériel informatique) ou de personnel de même que la domiciliation dans un établissement public et même le fait que les membres soient des agents de l'établissement. La notion de pouvoir de décision réside dans le fait que les associations sont composées de fonctionnaires choisis pour position d'autorité ( chef de service ou surveillante) et dont le but est de prolonger l'activité du service.

Le juge examine la composition et si l'association est constituée pour assouplir ou contourner les règles de la comptabilité publique il peut en demander la dissolution bien qu'elles ne soient pas illicites.

L'IGAS peut également contrôler les associations dans la mesure où elles bénéficient du concours d'un établissement public qui concourt à la protection sanitaire et sociale de la population. Ceci est grave particulièrement dans notre domaine car le désengagement de l'Etat a fait se multiplier les associations para-administratives et elles sont particulièrement exposées

Alors on peut se poser plusieurs questions

- Est ce normal que l'Etat se désengage de ses missions de service public?
- Comment cela est-il perçu par les associations?
- Est ce une chance ou bien est ce une contrainte?
- Quel est le devenir des associations mais aussi peut-être en même temps quel est le devenir des infirmiers ?
- Comment lutter contre le désengagement de l'Etat?
- Quelles nouvelles stratégies peut-on imaginer pour y faire face? .

### **3<sup>ème</sup> partie Associations service public et usagers A Moro**

Les trois dernières décennies ont sans doute marqué, dans un contexte économique encore plutôt favorable, l'âge d'or du secteur associatif en psychiatrie. Les équipes psychiatriques se sont développées, les sources de financement étaient possibles, elles ont créé de nouveaux modes de fonctionnement.

L'associatif dans le système de santé se caractérise par le volontariat, la motivation, à certains égards le dévouement. Grâce aux associations, le malade a pu s'extraire de l'hôpital parfois encore asilaire, recouvrer un lieu de parole, d'interactivité, d'interrelation avec les équipes soignantes, avec le retour à vie en société.

On sait bien que les associations ne sont pas seulement un moyen pratique et économique de substitutions aux soins hospitaliers mais qu'elles sont indispensables en terme de soins. Les patients au sein des associations sont avant tout des malades psychotiques ; le travail et l'énergie dispensés pour que ces patients psychotiques se stabilisent sont cependant difficilement quantifiables et souvent impossibles à évaluer en terme financier.

L'accès aux soins, et surtout la continuité des soins, aux malades mentaux est de plus en plus difficile surtout dans les grandes agglomérations. Actuellement la grande crainte du devenir des associations est la dépendance liée à leur financement sachant que les contraintes budgétaires sont de plus en plus importantes ; le secteur associatif voit ainsi son espace se réduire.

Chaque association dans le domaine sanitaire et social a su s'adapter en fonction des problèmes, des demandes qu'elles rencontraient sur le terrain. Il serait intéressant de trouver une ligne directrice concernant le rôle gestionnaire et le rôle administratif : les « soignants comptables » ont parfois beaucoup de difficulté à assurer la gestion de l'associatif. Un contrôle de l'administration tant au niveau comptable qu'au niveau administratif est de plus en plus fréquent dans de nombreuses associations, ce contrôle n'enlève rien à l'indépendance morale et financière nécessaire à la vie de chaque association. à titre d'exemple LA CLÉ à ROUEN a signé une convention avec le Centre Hospitalier spécialisé de SOTTEVILLE : le C.H.S. donne les moyens matériels (siège social), les moyens financiers (subvention de fonctionnement), les moyens en personnels : un coordonnateur, un temps de secrétariat, un contrat d'objectif : gérer 80 logements, 120 patients. En retour, l'association est tenue de remettre un rapport d'activité, un compte de résultat, un bilan financier.

Ce fonctionnement très professionnel doit se développer.

Le devenir du rôle associatif sera étroitement lié au devenir de la psychiatrie : budget accréditation, taux directeur, P.M.S.I. sont les maîtres mots qui actuellement président à la destinée des malades mentaux, la logique économique se met en marche, il faut organiser, évaluer, répartir. C'est pourquoi l'associatif doit plus encore développer son rôle dans la qualité de la prestation au service du malade mental grâce à sa souplesse de fonctionnement, sa capacité à prendre rapidement des décisions, à prendre des initiatives.

Pour se conformer à la réforme hospitalière qui a introduit la représentation des usagers dans les conseils d'administration, les patients doivent de plus en plus participer en tant que membres actifs au sein des assemblées générales ; si de nombreuses associations écartent encore cette participation ; il devient nécessaire de réfléchir à la mise en place de leur représentation. Le devenir des associations dépend du devenir de leur financement mais aussi de la qualité des soins et des multiples services apportés aux patients par les équipes soignantes.