

associations de malfaiteurs ou associations de bienfaisance

Samuel Bouloudnine. Christian Védie. Jean-Jacques Astruc.

Dans trois semaines nous fêterons le centenaire de la loi sur les associations. Au cours de ce siècle leur liste s'est allongée encore plus que l'espérance de vie des français, et si les centenaires se comptent en milliers, les associations se comptent en centaines de milliers voire en millions.

Or si la psychiatrie est attachée aux associations libres, leur liberté est-elle encore possible en ces temps de judiciarisation massive ? Et leur forme est-elle adaptée à l'évolution sociale.

Nous ne ferons que citer les associations pléthoriques, où un conseil d'administration souvent béotien gère des fonds publics sans la rigidité à défaut de la rigueur tutélaire. Les associations gérant le sanitaire et le social ne témoignent-elles pas de la carence du public comme l'école privée témoigne de celle de l'enseignement public ?

Mais c'est plus sur la place de l'engagement que nous voudrions traiter la question. Les aliénistes, puis les psychiatres, ont toujours été considérés comme des experts, dont l'avis est écouté, parfois décisif ; c'est dire qu'à notre sens, l'évolution des textes, avec notamment les circulaires sur l'humanisation des hôpitaux psychiatriques, et Dieu sait que ce mot peut nous faire réfléchir au siècle de l'anthropomorphisme victorieux, l'évolution des textes donc, n'a pu se faire qu'après l'engagement des psychiatres au côté des patients et de ce qu'ils vivaient.

Les associations qui œuvrent dans le champ psychiatrique sont régies pour l'essentiel par la loi de 1901, certaines sont déclarées d'utilité publique. Leur financement n'est assuré que très marginalement par les cotisations des adhérents ou la vente de publications, il provient surtout des subventions de l'état, des régions, des départements ou des collectivités locales, des organismes d'assurance maladie, des CAF ou de fondations privées, et enfin des hôpitaux de leur aire d'action.

Toutes ces associations prennent, à des titres divers, des initiatives en faveur de la sensibilisation, l'information et la prévention. Elles le font naturellement grâce au dynamisme à l'engagement et à l'intégration de leurs membres, aux liens qu'elles entretiennent avec les tutelles, les élus et leurs partenaires...elles peuvent organiser des rencontres, conférences, événements culturels. La Ligue Française d'Hygiène Mentale fondée en 1920 par Edouard Toulouse, par exemple, en avait fait dès l'origine un de ses buts : il s'agissait d' " intéresser l'opinion à ces problèmes et de gagner la sympathie du public aux psychopathies ". Citons encore la fédération des associations des croix marines, et dans un registre différent l'UNAFAM.

Très tôt elles ont participé à la réflexion sur la place et le rôle de l'hôpital dans le traitement des malades mentaux, sur la nécessité de diversifier les structures de soin et d'assistance, elles ont permis parfois leur création et leur expérimentation avec l'appui des pouvoirs publics.

Ainsi la Ligue Française D'Hygiène Mentale, que nous avons déjà citée, a contribué à l'ouverture d'un service d'hospitalisation libre en 1922 à l'hôpital Sainte-Anne de Paris.

40 ans plus tard, se dégageait l'idée qu'une même équipe médico-sociale devrait prendre en charge l'ensemble des besoins psychiatriques d'une population. (Travaux du groupe de Sèvres avec Daumézon, rapport de Duchêne au congrès de Tours). A cette époque, sur

l'initiative de Ph. Paumelle et sous l'égide de "l'Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme" (référence qui permettait de faire bénéficier la psychiatrie des dispositions législatives et financières prises par le gouvernement Mendès-France), fut entreprise, dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, une expérience de pratique de secteur avec la création d'institutions légères (hôpital de jour, hôpital de nuit, foyer de postcure, soins à domicile), puis par celle d'un plein temps hospitalier.

On le sait, cette réalisation ne fut longtemps qu'une vitrine et la circulaire du 15 mars 1960 devait rester lettre morte pendant plus de 10 ans malgré quelques réalisations partielles, (l'idée de secteur avait déjà cessé de plaire aux pouvoirs publics).

- Certaines associations se consacrent spécifiquement à la formation des personnels soignants : le CEMEA fondé par Daumezon et Le Guillant avec sa revue "vie sociale et traitement", le GREPFA ou le GERART en sont de brillants exemples.
- D'autres centrent leur action sur un problème psychopathologique particulier : alcoolisme, toxicomanie...
- Ou bien sur l'aide à un public particulier : Fondation des étudiants de France, MGEN : cette mutuelle dont les membres sont de farouches défenseurs du service public, créa initialement ses propres institutions de soins, sans se préoccuper de les insérer dans le projet global d'une politique de santé.
- Les projets associatifs peuvent porter sur la réinsertion professionnelle.
- La création de structures de soin et de réinsertion, l'Elan retrouvé ...
- Citons enfin les associations liées aux secteurs de psychiatrie : elles gèrent des clubs thérapeutiques, la sociothérapie, des structures légères d'hébergement thérapeutique. Leurs membres sont essentiellement des soignants et leur financement est souvent assuré par des subventions hospitalières, parfois exclusivement hospitalières.

La diversité et la richesse du mouvement associatif ont souvent été soutenues par les pouvoirs publics. Demay, dans un rapport commandé par le ministère en 1982, les y incitait en tous cas, il précisait ainsi que: "l'importance du phénomène associatif est une caractéristique de notre époque ; elle exprime le souci des citoyens de s'organiser pour prendre en main les préoccupations qui leur paraissent essentielles, de façon consciente et active. Le service public de psychiatrie doit savoir se mettre à leur service, doit savoir entendre et comprendre leurs soucis et leurs buts, les aider dans le cadre de leurs options, leur proposer des orientations, des suggestions sans prétendre acquérir un poids ou une maîtrise excessifs".

Si nous voulions être critique sur l'évolution récente des associations relevant de la psychiatrie publique, nous pourrions dire la mise en sommeil, voire la disparition de certaines d'entre elles concernant les patients, au contraire de la création d'association gérant la formation des psychiatres, favorisant la défiscalisation des revenus d'expérimentation ou la "touristomanie scientifique". Plus que l'engagement au côté du patient, c'est la défense d'intérêts corporatistes qui vient au premier plan. Il n'y a qu'à voir les premières propositions sur les 35 heures concernant les PH et les réactions qu'elles entraînent pour comprendre que la dimension de réparation historique dans l'engagement des psychiatres est bien derrière nous.

A cela, le législateur et son bras armé, qu'il se nomme Cours régionale des comptes ou tribunaux, ont participé. Les notions de gestion de fait, d'abus de biens sociaux, de temps de travail associatif pris sur le temps de travail public viennent pointer l'artificialité de la séparation entre l'associatif et le public quand l'interface de ces deux notions est le patient.

Si nous prenons pour exemple notre hôpital, la disparition de l'association gérant à la fois la sociothérapie, les séjours thérapeutiques, les appartements associatifs entre autre, au 1^{er}

janvier du nouveau millénaire est symbolique. Mais, comment ne pas prendre en compte la véritable professionnalisation que les nouvelles règles imposaient, ne serait ce que celles de la comptabilité qui mobilisait presque un mi-temps d'infirmier. Et comment demander aux membres de l'association autant de leur temps personnel quand la limite entre le professionnel et l'associatif est aussi floue ?

L'engagement associatif n'est-il pas plus fécond quand il élargit l'horizon, quand il mobilise un certain désir ?

Nous continuerons en faisant semblant d'avoir de la suite dans les idées. A ce même congrès, il y a 6 ans, nous nous interrogeons sur la pertinence du maintien de notre association gérant deux lofts associatifs..

La diversification des lieux sociaux nous paraissait primordiale plutôt que leur concentration aux mains d'une équipe psychiatrique. Nous interrogeons aussi le problème de la juxtaposition de l'hébergement et des soins quand le psychiatre, sujet supposé savoir, devient celui qui sait ce qui est bon pour le patient, la garantie d'évoluer du même au semblable nous semblait loin d'être acquise.

6 ans plus tard, les patients bénéficiant de ces appartements ne sont plus du tout des patients ayant vécu une longue institutionnalisation, 6 ans plus tard, le turn-over est beaucoup plus important, 6 ans plus tard, l'évolution, de certains patients dans des structures si souples, nous interroge sur la rigidité du fonctionnement hospitalier.

La qualité des lieux créés, l'entraide, la fraternité parfois accentue l'inhumanité hospitalière, les dysfonctionnements, la fraternité mafieuse et autre exclusion. Même si nous persistons à penser que l'hébergement, fut-il thérapeutique, ne devrait pas revenir au thérapeute.

En effet sur le fond les critiques restent les mêmes. L'actualité ne nous fournit-elle pas quelques similitudes entre ces appartements associatifs et la "loft association". Nombreux sont ceux qui parmi nous aiment le loft. Mais qui oserait s'aventurer dans une pareille galère, aux règles si particulières : premièrement tout le monde ne peut pas s'inscrire, pour être accepté il faut faire preuve de potentiel et adhérer au but commun : la quête de normalité.

Une fois admis le plus dur n'est pas fait ! Votre cas est régulièrement réexaminé, seuls les meilleurs, c'est à dire les plus modulables resteront. Tout le monde ne peut pas devenir normal !

Il faut pouvoir vivre avec des gars qu'on connaît à peine, ou pour lesquels on n'a pas d'affinités particulières, pouvoir rester cloîtrés sous le regard de l'équipe qui veille sur vous. Il est parfois impossible de disposer de son argent et il est formellement interdit de recevoir de la visite.

Cette dépendance crée un pragmatisme joyeux si caractéristique de la "loft association". Mais là, au moins, on peut baiser : nos appartements associatifs seraient-ils une loft story sans love story ?

Que penser d'une dimension psychothérapeutique parfois mise à mal par les problèmes posés dans l'hébergement thérapeutique ? Cela n'est pas sans évoquer le confessionnal de certaines émissions où le confessionnal devient confessionnel, certains finissant par interpréter ce qu'ils pensent qu'on attend d'eux.

Chez nous les erreurs de casting de la production semblent moins dirigées: certains patients sont cependant nommés pour être exclus, et le vote de l'équipe pour une éventuelle infirmation peut poser quelques difficultés. Nous avons été ainsi amenés à exclure 2 patients sans préavis, à la suite de problèmes inter-individuels : dans la foulée ils se sont retrouvés hospitalisés dans la même unité.

De même l'espace privé garanti par le CSAA (conseil supérieur des appartements associatifs), n'est pas privé d'un droit de visite quand seul le regard peut nous rassurer.

Même si les feux de l'actualité nous ont entraînés vers un parallèle osé, nous ne pouvons que nous interroger sur le devenir de ces structures associatives.

Il y a 6 ans, tous les secteurs de l'hôpital disposaient d'appartements associatifs, aujourd'hui seul le nôtre en compte encore.

Serait ce l'ABS (abus de biens sociaux) qui freine toute initiative, ou la difficulté dans l'évolution actuelle de la psychiatrie de retrouver inventivité et dynamisme.

Il nous semble que dans notre hôpital, moins que gestion de fait et autres arguties juridiques, c'est la pente financière que prenait l'association intersectorielle qui l'a condamnée.

L'avenir nous dira si la lourdeur hospitalière peut s'atténuer.

Mais la question princeps nous semble bien être autour d'un statut associatif.

Notre titre provocant voulait illustrer les 2 risques majeurs : d'une part le regard juridique et suspicieux sur une association dévoyée, d'autre part le style « le père Noël est une ordure », avec le danger « dites nous ce que vous voulez nous le ferons pour vous ». Une autre question se situe autour du risque zéro promu par l'accréditation et la démarche qualité, et cela est évidemment souhaitable, mais comme dans toutes les évidences il faut nuancer et parfois inverser la proposition : risque zéro pour qui ? Le patient ou le soignant ?

On devine qu'on tend de plus en plus vers le risque zéro pour le psychiatre, le soignant, l'hôpital, l'association. Cela majore parfois les risques encourus par les patients.

L'engagement au côté du patient tient souvent à une prise de risque, certes calculée, mais ne tendant pas vers zéro. On pourrait dire qu'une psychiatrie sans risque serait risquée pour le patient, quand le risque zéro devient degré zéro.

Même si, comme disait Flaubert, la bêtise c'est de conclure, ne pourrions nous pas interroger en forme de conclusion la place que le patient aurait retrouvée dans la société. Si nous n'en voulons rien savoir, cette resocialisation ne passera-t-elle pas par des chemins de traverse, des quais de gare et autres impasses.

Notre engagement dans la dimension hébergement thérapeutique ne serait alors que la pire des choses à l'exception de toutes les autres. Il est des retards qui donnent parfois de l'avance. Mais comme le dit Marguerite Yourcenar dans les mémoires d'Hadrien : « c'est avoir tort que d'avoir raison trop tôt ».