



Elèves directeurs d'hôpitaux

Promotion : **2024 - 2025**

Date du Jury : **Novembre 2025**

**Associations de secteur
psychiatrique : de la maîtrise des
risques à la transformation des
pratiques**

Mémoire de type « universitaire »

Marc BEFFA-GORSE

Remerciements

Je tiens à remercier l'Ecole des hautes études en santé publique et la filière des élèves-directrices et directeurs pour cet exercice fastidieux mais indispensable et en fin de compte, toujours enrichissant.

Le comité de direction du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud, en particulier Lazare Reyes, pour son regard bienveillant sur mes conclusions, Pierre-Alban Pillet et Sophie Guigue pour nos échanges sur ce sujet complexe et Jean-François Gicquel, mon maître de stage avec lequel j'ai pris un grand plaisir à collaborer.

Mes collègues directrices et directeurs qui m'ont aidé dans mes travaux, et en particulier Rachid Eddagni, mon pair de mémoire dont le regard et les conseils m'ont été précieux.

Mon épouse, qui en est à sa troisième relecture de mémoire et espère que j'en ai définitivement fini avec les études.

Sommaire

Avant-propos.....	1
Introduction	3
1 Associations de secteur et service public hospitalier en psychiatrie : influences, collaborations, frictions	5
1.1 Le rôle des associations dans le développement du modèle français de psychiatrie de secteur	5
1.1.1 De la réinsertion à la réhabilitation psychosociale	5
1.1.2 De la désinstitutionnalisation à la création de parcours territoriaux	7
1.1.3 Du travail au sein des établissements à la sociothérapie.....	9
1.2 Dedans, dehors, avec ou malgré, la longue recherche de la juste articulation avec le service public	11
1.2.1 Initiative publique ou privée, les sociétés de patronages face aux incertitudes	12
1.2.2 Les clubs thérapeutiques et les principes de la gestion publique, entre indépendance et collaboration.....	13
1.2.3 Défiance des autorités, concurrence du secteur du handicap et sanctuarisation législative	16
2 Les associations : un objet juridique mal identifié source de risques juridiques majeurs	19
2.1 Le mode de fonctionnement des associations de secteur, source de risque juridique.....	19
2.1.1 Le portrait-robot des associations de secteur : des entités au statut privé profondément imbriquées avec l'établissement	19
2.1.2 La problématique de la transparence	20
2.1.3 Les risques associés à la requalification en association transparente	22
2.1.4 Les risques déontologiques et de manque de visibilité sur les flux financiers	23
2.2 L'insécurité juridique des relations entre établissement et associations	24
2.2.1 Les associations de secteurs psychiatrique, associations transparentes par construction ?.....	24

2.2.2	Une forme d'irisation juridique, un statut changeant selon l'angle sous lequel on le regarde	25
2.2.3	Les relations avec l'administration : subvention, délégation de service public, marché public, mandat ?	28
2.2.4	La traçabilité des flux financiers, un exercice complexe	30
3	Réinterroger le rôle et l'organisation des associations de secteur	34
3.1	Sécuriser les associations de secteur, un exercice difficile	34
3.1.1	Eviter la qualification d'association transparente en distinguant de façon claire l'activité de l'association et celle de l'établissement	34
3.1.2	Limitier l'impact associé à une requalification	35
3.1.3	Maîtriser les risques juridiques et aller vers la bonne gestion	36
3.2	L'inscription des associations de secteur dans le projet d'établissement	36
3.2.1	La place des soignants dans la gouvernance des associations les éloigne des critères modernes de la démocratie sanitaire.....	37
3.2.2	Associations de secteur et associations d'usagers, des logiques orthogonales	38
3.2.3	La place et l'organisation de la sociothérapie au sein du dispositif psychiatrique est à réinterroger	40
3.3	Réinterroger l'organisation : internaliser ou externaliser ?	41
3.3.1	Réinternaliser les conditions d'une réussite	41
3.3.2	Externaliser l'appui social : la nécessité de s'entourer de partenaires.....	44
	Conclusion.....	47
	Bibliographie	49
	Liste des annexes.....	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

ARS : Agence Régionale de Santé

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

EPSM : Etablissement Public Spécialisé en Santé mentale

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

RNA : Registre National des Associations

Avant-propos

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre d'un audit réalisé en tant que mission de stage au profit de la direction des finances du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud, établissement public spécialisé en santé mentale sis à Villejuif et intervenant sur onze secteurs de psychiatrie adulte, répartis entre le sud des Hauts-de-Seine et l'ouest du Val-de-Marne et un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'ouest du Val-de-Marne représentant une population d'environ un million d'habitants. Sur les douze associations subventionnées par l'hôpital, six ont été présélectionnées sur la base de leur activité, de leur organisation et de la part du financement hospitalier dans leur activité et quatre ont été reçues dans le cadre d'entretiens rassemblant la direction des finances, la direction des affaires juridiques et des parcours et les bureaux des associations. Dix agents ont ainsi été entendus dans le cadre de cet audit. Une enquête auprès des associations de secteur psychiatrique et des établissements au sein desquels elles interviennent, identifiés grâce au registre national des associations (RNA), est venue soutenir les travaux réalisés en interne. Seize rapports de chambres régionales des comptes ont été analysés et le tableau de synthèse des observations et recommandations est annexé au présent mémoire. Les travaux réalisés feront l'objet d'une présentation en conseil de surveillance et en directoire en septembre.

Cet exercice a été particulièrement enrichissant pour la formation au futur métier de directeur à plusieurs égards. Premièrement, il s'agit d'un sujet pour lequel aucune solution juridique certaine n'est disponible. Il s'agit donc de naviguer dans l'incertitude, d'arbitrer entre plusieurs risques, de faire au mieux en veillant à bénéficier de l'analyse la plus exhaustive possible, ce qui constitue le quotidien de l'exercice hospitalier. Deuxièmement, ce sujet m'a mis aux prises avec les pratiques plus difficiles à faire évoluer au sein des établissements psychiatriques : celles qui bénéficient de la légitimité de théories profondément ancrées dans le paysage de la santé mentale. Faire évoluer ces organisations est susceptible de générer un sentiment d'atteinte à l'identité des soignants et à la légitimité de leurs pratiques.

Cet exercice est d'autant plus difficile que l'objet est politique. L'histoire de la législation montre que l'administration n'est pas parvenue à imposer sa volonté sur ce sujet face aux défenseurs de ces structures et à leurs soutiens parlementaires, laissant les directions d'établissement relativement sans aide sur le sujet. Ce mémoire a donc été l'occasion pour moi de prendre conscience de l'importance de l'histoire en psychiatrie et de la nécessité de la connaître pour manager avec subtilité et justesse les équipes qui fondent leur identité sur cette histoire.

Enfin, ce mémoire a été l'occasion pour moi de déployer une démarche innovante de recherche. Confronté à un phénomène complexe et à la nécessité de comprendre très concrètement les risques auxquels l'établissement s'exposerait en cas de contrôle des juridictions financières, j'ai fait face à la difficulté d'exploiter de façon simple et efficace les rapports des juridictions financières. J'ai constaté l'absence de moteur de recherche performant permettant de requêter de façon transversale, sur une thématique donnée, au sein de leurs contenus, à l'instar des solutions mises en œuvre par les éditeurs juridiques pour la jurisprudence. Après une phase d'étude au moyen d'un logiciel libre d'indexation et de fouille textuelle utilisé sur des rapports des chambres régionales des comptes de 2015 à 2019 mis à disposition sur data.gouv, j'ai candidaté auprès de l'Incubateur RELliANCE de la Direction Interministérielle du Numérique pour bénéficier de son accompagnement en vue du développement d'une solution grand public, renforcée par Albert, l'outil d'intelligence artificielle développé par la Direction. Les échanges se poursuivent à la date de rendu du mémoire.

Introduction

Les associations de secteur psychiatrique font partie du paysage courant des établissements spécialisés en santé mentale ou disposant d'une activité de psychiatrie de secteur. Ce vocable recouvre une variété d'organisations et d'activités différentes qui répondent, pour la quasi-totalité, aux critères suivants : elles regroupent les soignants et les patients ou anciens patients d'un secteur psychiatrique et organisent des activités à vocation thérapeutique ou du soutien social. Leur histoire accompagne et s'entrecroise avec celle de la psychiatrie publique et leur essor s'appuie sur les mêmes principes que ceux qui fondent l'organisation actuelle du secteur. Néanmoins, ces structures constituent une atypie juridique. Exerçant leur mission au sein même de l'établissement et pourtant indépendantes, la régularité de leur fonctionnement demeure une question irrésolue et les juridictions financières comme les décideurs hospitaliers sont en difficulté pour appréhender ces objets juridiquement insaisissables.

Il y a pourtant lieu, pour les directrices et directeurs d'hôpitaux, de s'en préoccuper. Sources de risques juridiques et financiers, elles constituent un point de vulnérabilité qui doit être analysé, tout particulièrement dans le contexte de la mise en application de la réforme de la responsabilité financière des gestionnaires publics. De surcroît, elles constituent également des espaces parallèles au sein desquels des activités thérapeutiques relevant proprement de la mission de l'hôpital sont organisées, sans nécessairement que celles-ci soient mises en cohérence avec le projet de soins, le projet d'établissement et la politique de partenariat entre patients et soignants.

L'existence de l'atypie juridique que constituent les associations de secteur psychiatrique ne s'explique que par le rôle historique qu'ont joué les théories à l'origine de leur existence dans la trajectoire de la psychiatrie française et par l'histoire singulière de leurs relations avec l'administration. Connaître cette histoire est donc indispensable au directeur d'hôpital qui ambitionne de modifier leur rôle. Pour ces raisons, ce mémoire rappelle les raisons historiques à l'origine de cette situation avant de présenter une analyse la plus exhaustive possible de la licéité de ces associations, au regard du droit en vigueur et des observations portées sur ces entités par les juridictions financières. Ayant pour ambition de proposer des solutions pratiques, il présente ensuite les mesures permettant de sécuriser les relations avec l'établissement dans la perspective d'accompagner les directrices et directeurs chargés de superviser la vie associative. Au-delà, il propose une évaluation de leur adéquation aux principes modernes de la démocratie sanitaire et de la réhabilitation

psychosociale et présente des pistes d'actions pour les directrices et directeurs qui envisagent de réinterroger leur place au sein de l'hôpital.

1 Associations de secteur et service public hospitalier en psychiatrie : influences, collaborations, frictions

1.1 Le rôle des associations dans le développement du modèle français de psychiatrie de secteur

Les associations de secteur psychiatrique ont exercé un rôle déterminant sur la place de la réhabilitation psychosociale au sein du processus de soin psychiatrique et la territorialisation des soins psychiatriques.

1.1.1 De la réinsertion à la réhabilitation psychosociale

A) De la réinsertion des « libérés » à celle des « aliénés guéris »

La conception de la psychiatrie qui prévaut au XIX^e siècle, en dépit de sa dimension carcérale, n'écarte pas la préoccupation pour le retour à la société de l'aliéné, vocable à l'époque en usage pour les patients des hôpitaux psychiatriques. Au moment où la prison devient un dispositif de réforme des individus, des préoccupations visant à créer les conditions d'un retour réussi à la vie citoyenne apparaissent. Le 1^{er} article des statuts de la Société pour le patronage des libérés¹, société pionnière de la démarche de réinsertion en France créée à l'initiative du ministère de l'intérieur, expose ainsi son ambition : « *La Société a pour but de ramener aux habitudes d'une vie honnête et laborieuse les libérés adultes de l'un et l'autre sexe qui, à la suite d'une enquête approfondie, lui paraissent susceptibles de revenir au bien.* ». Des organisations similaires existent à cette époque à l'international, notamment au Royaume-Uni². Changeant de nom pour *l'Aurore*, la Société pour le patronage des libérés se réorientera vers le secteur médico-social et en particulier le soutien aux personnes atteintes de pathologies psychiques à compter de 1953. Toujours existante, elle a désormais pour objet social « *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 privées d'une vie normale* ».

Signe du dynamisme de cette démarche, les sociétés de patronage des libérés se multiplient au cours du XIX^e siècle sous l'action de philanthropes. Le 21 juin 1894 au Congrès de Lyon, un Bureau central de patronage des libérés est créé³. La préoccupation naissante de l'administration et des philanthropes pour la réinsertion des personnes incarcérées ou internées sera à l'origine d'une forme de porosité entre les méthodes de réinsertion carcérales et les méthodes de réhabilitation psychiatriques. L'aboutissement de

¹ (Statuts de la société pour le patronage des libérés, 1875)

² (Société pour le patronage des libérés, 1878)

cette démarche est l'avènement de la réhabilitation psychosociale, concept intégratif qui décrit l'ensemble des actions ciblées à la fois sur l'individu et l'environnement, visant au développement de ses capacités et à l'adaptation de son cadre de vie en vue de permettre sa réinsertion scolaire, sociale ou professionnelle⁴.

B) Le rôle de l'appui social dans la réinsertion

A l'hôpital, les médecins Jean Pierre Falret et Jules Baillarger transposent cette approche au champ psychiatrique en initiant une démarche visant à poursuivre le suivi des malades après leur sortie de l'asile. En 1841, ils créent chacun leur société de patronage. Celles-ci se développent parallèlement avant de fusionner⁵. Ces sociétés étaient destinées à accompagner après leur sortie les personnes hospitalisées au sein des hôpitaux de la Pitié Salpêtrière et du Kremlin Bicêtre. Les discours prononcés lors de l'inauguration des bustes de Falret et Baillarger à la Pitié Salpêtrière en 1894, soit cinquante ans après la création des sociétés de patronage, donnent une vision particulièrement nette de leur objet social : *« la mission était de recueillir ces anciens malades, de les encourager, de les protéger et de les aider à trouver un travail suffisamment rémunérateur ; de les suivre ensuite, dans les différentes positions, pour écarter ou amortir les causes de rechutes, et intervenir si c'était encore nécessaire »*⁶.

L'impact des conditions de vie dans le processus de rétablissement est alors bien compris des médecins comme des pouvoirs publics, comme le démontrent les rapports de M. Honod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur en 1889. Les mots du préfet de la Seine M. Poubelle l'expriment explicitement : *« si les médecins aliénistes n'obtiennent pas souvent des résultats durables, c'est que leurs malades n'ont pas, pendant leur convalescence, tous les soins réclamés par leur état. Les causes d'ébranlement moral étant moins faciles à écarter que les causes physiques qui déterminent les maladies ordinaires, on prend moins de soin de les éloigner des aliénés convalescents avec lesquels on partage la vie quotidienne. »*⁷ Cette approche rencontrera un succès et sera à l'origine de la naissance de plusieurs sociétés de patronage. Poursuivie par les enfants du Docteur Falret, la fondation Falret existe encore aujourd'hui et intervient aujourd'hui dans plusieurs domaines : hébergement, logement et vie sociale, emploi, prévention, entraide, et préservation des droits. D'autres cas notables ont marqué l'histoire de ce phénomène tels que le legs du Baron Fortuné Marie Albert d'André qui permettra à l'Assistance publique de fournir un secours aux aliénés indigents à leur sortie jusqu'à la Seconde Guerre mondiale⁸.

⁴(Laura Bon & Nicolas Franck, 2018)

⁵(Charles Loiseau, 1871)

⁶(Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à l'hospice de la Salpêtrière, 1894)

⁷(Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à l'hospice de la Salpêtrière, 1894)

⁸(Philippe Versapuech, 2004)

1.1.2 De la désinstitutionnalisation à la création de parcours territoriaux

A) Le soutien aux aliénés convalescents aux sources de la réflexion sur l'extra-hospitalier

Le mouvement de désinstitutionnalisation est porté à la fin du XIXe siècle par une partie des aliénistes français afin, entre autres, de remédier à « l'encombrement », soit la croissance du nombre de patients internés et l'insuffisance des capacités d'accueil, qui conduisent régulièrement au transfert sans ménagement des patients internés dans les établissements des régions moins peuplées, parfois loin de leurs familles. Le Docteur Paul Kéraval promeut ainsi en 1889, lors du congrès international de l'Assistance publique, l'établissement d'une distinction entre aliénés « curables » pour qui une existence « hors de l'asile » est possible de ceux dont l'asile fermé constitue la « thérapeutique indispensable ». Il appelle ainsi à rechercher si « *lorsque l'aliénation mentale a survécu à une phase aiguë, il ne conviendrait pas d'éliminer de l'asile la folie passée à l'état chronique* »⁹.

Selon les minutes de ce congrès, cet appel avait déjà été formulé quelques années plus tôt par le Docteur Yves Jules Donnet, médecin et homme politique qui s'était d'ores et déjà inquiété de la fragilité des sociétés de patronage issues de la charité privée¹⁰ et prônait donc que « *dans chaque département, principalement dans ceux où se trouvent un ou plusieurs asiles d'aliénés, il fût institué une commission de patronage des aliénés indigents sortis guéris* ». Il envisage celle-ci comme fonctionnant en lien étroit avec le médecin de l'asile : « *Les médecins d'asile seraient autorisés à communiquer aux médecins des sociétés de patronage, les renseignements utiles aux malades sortis guéris, ils aviseraient même le président de ces sociétés de la sortie des malades qui pourraient avoir besoin de leur aide et de leur protection* » et propose un financement mixte, via les subventions de l'Etat, des collectivités et des particuliers. On retrouve ici au coude à coude les prémices d'une organisation territoriale de la psychiatrie extrahospitalière et la nécessité d'un rôle actif d'associations de soutien aux aliénés guéris et convalescents.

B) La difficile conciliation du suivi extra-hospitalier et de la rupture avec la vie asilaire

Le congrès de psychiatrie de 1900 entérine la notion de sortie graduelle et la nécessité d'une offre d'accueil ouverte sur le territoire. Portée par des médecins tels qu'Auguste Marie, la notion de parcours gradué s'accompagne du besoin de proposer des solutions d'accompagnement au patient à l'extérieur de l'asile. Au-delà du parcours de soins, l'idée

⁹ (Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, 1889)

¹⁰ En 1889, selon le Docteur Magnan, plusieurs sociétés de ce type sont déjà à l'œuvre en Ecosse et en France. En France on peut citer celles de Quimper, de Paris, de Meurthe et-Moselle, de Bailleul

d'un appui social à destination des patients psychiatriques en dehors des cas de sortie d'hospitalisation est portée avec vigueur par les médecins partisans de la désaliénisation. Les sociétés de patronage jouent ici déjà un rôle reconnu quoi qu'insuffisant, comme l'illustrent les minutes du congrès international d'assistance publique de 1900 : « *Actuellement, c'est le brusque retour à la vie commune qui expose l'aliénée sortante à toutes les chances d'accidents sexuels ou autres, l'administration et les médecins s'en lavent les mains et la malade guérie hors l'asile cesse d'espérer tout secours ou appui, car je ne compte pas les 5 jours à l'asile Fessard*¹¹ *et les secours des sociétés de patronage sont encore peu de chose*¹² ». En effet le déploiement de ces sociétés de patronage n'est pas massif. Les rapports d'évaluation des premières sociétés de patronage¹³ montre un recours peu élevé aux secours de ces sociétés, en particulier pour les femmes. Au-delà des taux de guérison très faibles, l'hypothèse d'une volonté de rompre avec les stigmates associés à la vie intra-asilaire pour ceux qui en sortent est avancée par certains médecins. Certains, comme Edouard Toulouse, à qui l'on doit la mise en place, à partir de 1920, des premières structures de consultations ouvertes armées par les médecins des services d'hospitalisation, pointent du doigt ce qu'ils considèrent comme un risque d'assistanat. Certains patients retournent ainsi, selon lui, à l'asile où ils ont été traités « *lorsque le besoin économique s'en fait sentir* ».

Enfin, d'un point de vue territorial, le phénomène des sociétés de patronage demeure un phénomène urbain, résultant notamment de la pénurie d'emploi et de la plus grande fragilité du tissu familial, les familles des zones rurales reprenant plus fréquemment leurs proches internés. En se préoccupant du sort des patients psychiatriques dans leur vie quotidienne, après et entre les séjours à l'asile, les sociétés de patronage posent ainsi les bases d'une forme de continuité du suivi social des patients psychiatriques d'un territoire.

C) L'aboutissement de la sectorisation entre 1945 et 1960

Au sortir de la Seconde Guerre mondiale, le mouvement de désinstitutionnalisation s'accélère en réaction au drame constitué par la mort de faim et de froid de près de 45 000 patients dans les asiles. La création de lieux de soins alternatifs, à l'initiative d'associations militantes, constitue alors un moyen de contournement de l'inertie du système asilaire. Ces associations telles que l'Elan retrouvé à l'hôpital de Ville Evrard ou l'ASM 13, dans le treizième arrondissement parisien, se développent, créent des hôpitaux de jour pour patients chroniques, œuvrent à l'information du grand public et militent pour le bien-être des patients hospitalisés.

Sous l'impulsion de plusieurs médecins psychiatres d'établissements publics, les sociétés de Croix Marine sont fondées en 1947, dans la région de Clermont-Ferrand et du Centre.

¹¹ L'asile Fessard était une section ouverte.

¹² (Antoine Ritti, 1900)

¹³ (Philippe Versapuech, 2004)

Elles revendiquent la filiation de la Ligue Française d'Hygiène Mentale d'Edouard Toulouse¹⁴. Créées et animées par des psychiatres publics, elles ont pour rôle de développer la sociothérapie et les activités extrahospitalières et ambitionnent de parvenir à la plus grande couverture territoriale possible. Elles joueront un rôle majeur auprès des pouvoirs publics dans le cadre de l'élaboration de la circulaire de 1960 organisant la sectorisation de la psychiatrie publique.

1.1.3 Du travail au sein des établissements à la sociothérapie

A) La réappropriation par les patients du fruit de leur travail grâce aux clubs thérapeutiques à partir de 1958

La sociothérapie est issue de deux mouvements coïncidents. D'une part, un mouvement d'inspiration marxiste visant à la restitution des fruits de leur travail aux patients hospitalisés dans les asiles psychiatriques¹⁵. Ces produits étaient antérieurement versés aux établissements eux-mêmes en rétribution des frais de leur hospitalisation¹⁶, à l'exception d'une faible rémunération appelée « pécule ». D'autre part, l'émergence de la psychothérapie institutionnelle, approche théorique qui promeut le concept de l'institution soignante et l'importance des relations soignants-soignés dans le rétablissement.

Les activités de groupe et le travail collectif jouent dans cette approche un rôle déterminant pour le rétablissement. L'émanation de cette nouvelle approche est celle du club thérapeutique, inspiré d'expériences américaines, notamment dans le domaine de la prise en charge de la tuberculose.

Ces espaces rassemblent des soignants et des soignés autour d'activités sociales. Ils se distinguent des sociétés de patronage par le rôle actif des soignés en vue de leur réhabilitation, dans une logique distincte de la charité qui prévalait dans les sociétés de patronage. Le club vise notamment à transformer le travail dans les établissements psychiatriques qui, selon les mots de Philippe Rappart, auteur d'une thèse importante sur les aspects médico-juridiques des clubs thérapeutiques et récemment décédé, constitue avant tout « *une nécessité économique* » et dont « *[la] rémunération naturellement faible n'a pratiquement pas de valeur thérapeutique* »¹⁷. La « socialthérapie » se développe donc en parallèle de l'ergothérapie, qui prend alors une place croissante au sein des établissements, et des approches thérapeutiques de groupe. Dans cette approche le travail constitue une activité thérapeutique par le lien qu'il crée entre le malade et les autres,

¹⁴ Vocabulaire apparu pour la première fois aux Etats-Unis en 1843, ce concept traitant de façon unifiée les différents acteurs qui influencent l'état psychiatrique des individus, l'hygiène mentale est l'ancêtre de la santé mentale dans sa conception moderne.

¹⁵ (Gardet & Tétard, 2002)

¹⁶ La circulaire relative au travail des patients de 1958 rappelle avec précision la façon dont le système fonctionnait, les hôpitaux requéraient des prix de journée dérisoires mais faisait appel de façon importante au travail des malades.

¹⁷ (Philippe Rappart, 1955)

soignants comme soignés. Le travail permet au malade de trouver sa place au sein d'un collectif tout en s'en réappropriant les produits, versés au club et non plus, du moins plus exclusivement, à l'établissement.

B) La diversité des modèles de clubs thérapeutiques dans la deuxième moitié des années 1950

Philippe Rappart distingue trois modèles au sein de ces clubs, qu'il différencie selon leur architecture juridique, leur mode de distribution des produits du travail, et le degré d'autonomie vis-à-vis de l'administration.

Dans le premier cas, celui de l'Elan Retrouvé à Ville-Evrard, l'association finance des clubs ouverts aux malades et aux anciens malades dont les activités principales sont l'ergothérapie et la sociothérapie, en lien fonctionnel étroit avec le service de consultation de l'hôpital. L'association est ici garante d'une forme d'indépendance vis-à-vis de l'administration.

Ce modèle est également appliqué par l'association « Entraide psychosociale féminine d'Eure-et-Loir ». L'association tire ses revenus du travail des malades réalisé dans le cadre des ateliers d'ergothérapie et de sociothérapie et leur reverse l'essentiel des sommes ainsi récoltées sous forme de salaire. Elle réalise également des prêts à destination des malades et des secours financiers d'urgence. Le club Paul Balvet du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Alban, membre de la section lozérienne de la Ligue d'Hygiène mentale et précurseur des futures sociétés de Croix Marine fonctionne sur le modèle de l'« accord parfait » entre l'administration et l'association. L'association encadre les clubs qui organisent en leur sein des ateliers. En sus des ateliers d'ergothérapie et de sociothérapie dont les revenus sont versés pour moitié aux malades et pour moitié à l'association, l'établissement reverse l'intégralité des produits tirés du travail exécutés hors des ateliers par les patients à la Ligue qui assure la gestion du pécule en fournissant des contrats de travail aux patients. L'association relie le club à l'ensemble des initiatives d'hygiène mentale du territoire.

Le dernier modèle est celui de l'« Amicale des malades » de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan. Bien que l'hôpital confère un rôle important au travail dans la réhabilitation sociale, celui-ci est intégralement organisé et supervisé par l'administration qui veille à l'effectivité de son caractère thérapeutique. En parallèle existe une association de patients centrée principalement sur les loisirs et les activités récréatives. Il est considéré par Philippe Rappart comme le plus paternaliste des modèles étudiés.

C) La reconnaissance officielle des premières associations de secteur à partir de 1958

L'analyse des différents modèles amène Philippe Rappart à poser les bases théoriques de l'organisation juridique idéale des clubs. Tout d'abord il décrit ce que doivent être les principales missions de ces structures : l'ergothérapie et la sociothérapie auxquelles il

ajoute « *l'organisation des activités sociales à l'intérieur des établissements psychiatriques et la réalisation de l'entraide et de la protection sociale des inadaptés psychiques dans le milieu social* ». Il affirme également que « *les clubs, en effet, ne peuvent avoir une efficacité réelle que s'ils font partie de la structure même de l'hôpital psychiatrique, tout en gardant une parfaite autonomie de gestion* », ce que leur permet la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

Les préconisations issues de la thèse de Philippe Rappart seront pour beaucoup reprises dans le premier texte officiel entérinant la place de la sociothérapie et confiant explicitement son organisation aux associations : la circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, signée par le ministre de la Santé publique et de la Population d'alors, Félix Houphouët-Boigny. Cette circulaire entérine la restitution des fruits de leur travail aux patients hospitalisés. Le développement des clubs s'inscrit donc dans les orientations d'ores et déjà promues lors des journées nationales de la psychiatrie de 1945 : importance de l'ouverture vers la cité et place des activités de réhabilitation psychosociale. Le psychiatre catalan Francesc Tosquelles imagine le développement d'ateliers thérapeutiques visant à terme à se substituer au travail commencé par les associations et prévoit alors que les associations joueront un rôle central comme lieu de sociabilisation et pont vers l'extérieur¹⁸.

Les clubs, soutenus par les associations de secteur, auront donc une importance déterminante sur l'orientation prise par les pouvoirs publics dès la fin des années 1950. Néanmoins, on trouve d'ores et déjà ici le souhait paradoxal aux sources des difficultés juridiques que nous retrouvons aujourd'hui, celui d'une indépendance totale à l'égard de l'administration tout en demeurant au cœur de l'établissement et en bénéficiant de ses moyens.

1.2 Dedans, dehors, avec ou malgré, la longue recherche de la juste articulation avec le service public

Si les associations de secteur ont exercé une influence déterminante sur la construction du modèle français de psychiatrie de secteur, elles ont néanmoins fait l'objet d'un soutien variable des pouvoirs publics durant leur histoire. Elles sont aujourd'hui remises en question par l'Administration mais bénéficient d'un réel appui politique.

¹⁸ (Gardet & Tétard, 2002)

1.2.1 Initiative publique ou privée, les sociétés de patronages face aux incertitudes

A) L'initiative privée dans les sociétés de patronage, gage d'indépendance vis-à-vis de l'Administration

La question de l'articulation avec l'Administration est source de conflits dès le XIXe siècle, les médecins aliénistes, très présents dans les établissements revendiquent un rôle décisionnel central voire exclusif face aux administratifs, et un long débat a lieu sur la personne, médecin ou administratif, à qui confier la direction des asiles. Jean Pierre Falret, fondateur éponyme de l'association précitée évoque ainsi en ces termes son point de vue sur le rôle de l'administration : « *Dans un asile d'aliéné, j'ai beau chercher les fonctions d'un directeur et d'un médecin, je ne trouve que celles d'un médecin* »¹⁹. Cette vision influe sur sa démarche et le conduit à privilégier la voie associative pour développer son projet. La même recherche d'indépendance par rapport au pouvoir administratif se retrouvera dans les futures associations de secteur.

B) La carence de l'action publique à l'origine du développement de l'action philanthropique

La création des premières sociétés de patronage des aliénés guéris est donc animée par le sentiment de la nécessité d'une initiative privée²⁰ pour suppléer l'absence d'initiative de la part des personnes publiques, en particulier des collectivités, soulignée par d'autres acteurs de l'époque. Ainsi, soucieux de voir émerger une assistance sociale efficace pour les aliénés indigents. Le psychiatre Auguste Marie appelle en 1900 les communes et les conseils généraux à s'emparer du sujet et à développer un réel soutien social des patients psychiatriques. Les sociétés sont ainsi perçues comme un complément important et une assistance utile pour les patients guéris, toutefois l'implication de l'Administration demeure perçue comme indispensable et le rôle des sociétés de patronage, seulement complémentaire²¹.

C) La difficile émancipation du soutien financier public

Dans ce contexte, les sociétés de patronage se développent sans que leur action change réellement d'échelle et l'ampleur de leur action demeure limitée par leur financement et par les soutiens qu'elles obtiennent, lesquels dépendent notamment de leur statut. Celui-ci varie selon les territoires. Certains asiles créent eux-mêmes des sociétés de patronage sous la forme de simples prolongements de l'administration de l'établissement ; d'autres les créent sous forme d'associations, dotées d'un conseil d'administration, dans le sillage

¹⁹ (Lion Murard, François Fourquet, Lucien Bonnafé ; Georges Daumézou, Philippe Paumelle, Jean Oury, Philippe Rappart, Paul Sivadon, Horace Torrubia, François Tosquelles, 1975)

²⁰ (Charles Loiseau, 1871)

²¹ (Antoine Ritti, 1900)

de la loi du 1^{er} juillet 1901 qui instaure la liberté d'association à but non lucratif. La nature confessionnelle ou laïque de ces associations demeure un point de crispation au tournant du XXe siècle. L'œuvre Falret, à la création de laquelle a contribué l'abbé Christophe, aumônier de la Pitié Salpêtrière, s'est ainsi vu refuser une subvention du conseil général de la Seine du fait de son caractère religieux. Une deuxième société de patronage laïque sera ainsi créée à l'initiative du conseil général sous la direction du Docteur Legrain en 1896²².

Toutefois, si 90% des sociétés se développent sous forme laïque et restent très rattachées à un établissement en particulier, elles ne voient souvent pas le soutien de l'administration se renforcer pour autant et continuent de trouver elles-mêmes leur financement. La vente de cartes postales, la réalisation de kermesses voire la revente de matériel inutilisés par les établissements fournissent une partie de leur financement, en parallèle des dons. D'autres sociétés font participer les patients eux-mêmes à leur financement, en percevant une partie de leur pécule lorsque ceux-ci travaillent au sein de l'établissement ou participent à une production gérée par l'asile, comme à Quimper. Certaines récupèrent le pécule des patients décédés durant leur internement. Un projet du Docteur Legrain de financer ces sociétés de patronage à travers une taxe sur les boissons alcoolisées, premières pourvoyeuses, selon lui, de patients, fera long feu...

1.2.2 Les clubs thérapeutiques et les principes de la gestion publique, entre indépendance et collaboration

- A) Être pleinement indépendant en demeurant pleinement intégré à l'établissement, la formule introuvable

Les fondateurs des clubs thérapeutiques sont marqués par la même défiance des autorités médicales à l'égard des cadres administratifs, défiance qui les orientent vers le statut associatif. Philippe Rappart détaille dans sa thèse les principes de fonctionnement des clubs et appelle à la modification de la réglementation relative au travail des malades dans les établissements afin de faciliter leur développement. Il fait sien les propos d'Henri Ey appelant à ce que les associations conservent un maximum d'indépendance dans leur organisation tout en prônant leur financement par les subventions issues de l'établissement afin qu'elles soient dégagées des impératifs de rentabilité. La conciliation de l'indépendance et de la présence au cœur des établissements, nonobstant l'appui financier, s'avère toutefois un exercice complexe.

²² (Philippe Versapuech, 2004)

B) Les risques de « gestion occulte » et les craintes de l'Administration

Les psychiatres à l'origine des clubs soutenus par les associations de secteurs sont loin d'ignorer les problématiques juridiques et les risques de « comptabilité occulte » que posent les organisations qu'ils envisagent. Ces organisations doivent, selon les mots de Fransesc Tosquelles au Symposium de Bonneval en 1952, permettre « *une large liberté du maniement des fonds incompatibles avec les organisations traditionnelles des hôpitaux* »²³. Ces problématiques sont même à l'origine des craintes des autorités sur ces clubs thérapeutiques, craintes que la Commission [ministérielle] des Maladies Mentales adressera à George Daumézon lors de la présentation d'un rapport sur les clubs et le travail en établissement.

Ces fondateurs regroupés au sein de ce qui deviendra la Fédération des sociétés de Croix Marine vont ainsi rechercher une structure juridique adéquate, un débat sur la création d'associations en application de la loi du 1^{er} juillet 1901 composées exclusivement de malades sera engagé. La répartition des bénéfices du travail entre les membres étant incompatible avec les statuts associatifs et des craintes étant citées concernant la responsabilité des administrateurs de l'association, Le fait de ne donner aux malades qu'un rôle consultatif dans l'association sera retenu. Le bureau sera composé de soignants, médecins et infirmiers.

La Cour des comptes va très vite connaître des difficultés avec ces nouveaux venus dans le paysage juridique et administratif, et va condamner leurs pratiques. George Daumézon, lors de la II^e Assemblée fédérale des sociétés de Croix Marine en 1952 rappelle ainsi qu'une décision de la Cour interdit à une association exerçant au sein de l'établissement parisien Maison Blanche de gérer des fonds propres à l'établissement. Selon lui, « *Cette association, qui à ce moment-là ne respectait malheureusement pas les formes comptables, aurait dû verser le produit du travail des malades à l'établissement.* » Ce dernier souligne d'ailleurs que « *la Cour des Comptes, qui vit dans la phobie des gestions occultes, fut du reste assez ennuyée d'avoir entravé des initiatives intéressantes* »²⁴. Face à cette décision, les associations évoluent alors en partie dans le but de contourner la rigidité des règles de la comptabilité publique.

La Cour des comptes recommandera aux pouvoirs publics la création de régies d'avances pour ces structures, solution que les fondateurs jugeront trop rigides. Ceux-ci se méfient également du contrôle de l'administration sur l'activité des clubs, en particulier dans les cas où de jeunes psychiatres souhaitant monter de telles structures n'auraient pas le poids et l'expérience suffisants pour imposer l'indépendance de l'association. Afin que l'objet de

²³ (Philippe Rappard, 1955)

²⁴ Bien que citée dans plusieurs travaux historiques, l'arrêt correspondant de la Cour des comptes demeure malheureusement introuvable dans les arrêts publiés entre 1951 et 1952

l'association échappe au contrôle de l'administration, il préconise ainsi l'agrément des statuts par la Fédération des sociétés de Croix Marine à laquelle serait affiliée l'association. La Fédération des sociétés de Croix Marine va œuvrer à faire valider cette articulation baroque auprès des pouvoirs publics. Le succès de cette action, associé au développement des assurances maladies qui réduira la nécessité financière de recourir au travail des malades, conduira à l'élaboration de la circulaire du 4 février 1958.

C) La consécration du rôle des associations par la circulaire du 4 février 1958

Cette circulaire est la première émanation d'une reconnaissance officielle confiée à ces associations. Elle affirme la valeur thérapeutique du travail et distingue deux modes d'organisation au sein des établissements : le travail en régie, correspondant au travail en établissement coordonné par celui-ci, et le travail « à façon » qui est organisé avec des tiers, en particulier des associations, dans le cadre d'une architecture complexe, à savoir que l'association fournit les matières premières et le matériel aux établissements qui reverse les objets produits à l'association contre le versement d'une somme destinée à couvrir leurs coûts de production. Elle modernise la gestion du pécule afin de donner prépondérance à la dimension thérapeutique de la rémunération et de mieux protéger les droits du malade. Elle fixe des normes comptables rattachant directement les productions des malades, dans les deux modes de travaux, à l'activité thérapeutique de l'hôpital et non à son fonctionnement général. Enfin, elle instaure un fond de solidarité pour fournir une aide matérielle aux malades sortant des hôpitaux, alimentés le cas échéant, par les excédents de production des ateliers médicaux et dont la gestion peut éventuellement, être confiée à une association de loi 1901.

Citant expressément les associations, elle appelle à leur développement sans les généraliser et souligne leurs rôles possibles : recherche de débouchés pour les productions des ateliers médicaux, organisation du travail à façon, gestion du fonds de solidarité, organisation de la vie sociale et culturelle dans l'établissement. Une convention doit obligatoirement être conclue avec l'association.

D) La validation d'un contrôle poussé de l'établissement sur l'activité associative

La circulaire reconnaît que ces associations, bien que pouvant se constituer librement, seront dans la plupart des cas créées à l'initiative de l'équipe administrative ou de personnes travaillant dans l'établissement. Elle précise « *qu'il y a intérêt à ce que, dans la généralité des cas, elle ne soit pas sans aucun lien avec l'administration hospitalière et avec le médecin ; normalement ce lien nécessaire doit se concrétiser dans une certaine représentation, de fait plutôt que de droit, de l'équipe médico-administrative au sein du conseil d'administration de l'association ; mais cette disposition ne saurait faire l'objet d'une obligation absolue.* » Concernant l'aide financière apportée par l'établissement, la circulaire prévoit que celle-ci se présente sous trois formes :

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

La circulaire prévoit un contrôle, l'association devant rapporter la preuve que la somme allouée a été employée suivant la volonté exprimée par l'établissement et inscrite dans ses statuts. Les fondements juridiques de la relation particulière que ces associations vont entretenir avec l'établissement sont posés, sans que les difficultés juridiques associées ne soient parfaitement résolues comme l'illustrera le regard porté par les chambres régionales des comptes sur leur existence²⁵.

1.2.3 Défiance des autorités, concurrence du secteur du handicap et sanctuarisation législative

- A) La remise en question des principes de la psychothérapie institutionnelle par les nouvelles revendications en matière de représentation des patients

Les clubs poursuivent donc leur évolution suivant un modèle favorisant leur autonomie. Autonomie juridique, via le statut associatif ; autonomie financière, d'autres financeurs tels que le conseil général, la commune ou les adhérents via les cotisations, pouvant intervenir en complément de l'établissement ; autonomie gestionnaire, la trésorerie étant souvent assurée par un membre du personnel et un patient élu ; autonomie dans l'organisation des activités, choisies en principe conjointement entre membres du personnel et patients. Cette autonomie est sensée favoriser une plus grande autonomisation des patients, leur permettre de s'habituer au collectif et de faciliter l'articulation avec l'extérieur, la mobilisation de personnes ressources ou encore le contact avec les familles.

Le modèle des clubs est toutefois remis en question par l'émergence des mouvements de représentation des usagers et l'apparition d'associations de familles et d'usagers, à l'origine de clubs « sociaux » ou « d'entraide ». Les partisans de la psychothérapie institutionnelle entretiennent une relation ambiguë avec ces clubs auxquels ils ne reconnaissent pas toujours la dimension « thérapeutique ». En effet l'absence de regard médical sur leur organisation et de participation soignante à leur fonctionnement est incompatible, selon eux, avec cette expression, en cohérence avec les principes de l'unité de l'approche thérapeutique en psychiatrie. De la même façon, les expériences de clubs complètement autogérés sont considérées par les partisans de la psychothérapie institutionnelle comme des échecs. Sans opposer complètement les deux approches, l'émergence d'une nouvelle conception de la représentation questionne en effet la façon dont les clubs thérapeutiques fonctionnent. Une forme de scission entre les associations d'usagers et de familles et les professionnels semble alors se dessiner.

²⁵ (Ministre de la Santé publique et de la population, 1958)

B) Le désintérêt des pouvoirs publics pour la psychothérapie institutionnelle

En parallèle de cette évolution, l'appui apporté par les pouvoirs publics aux clubs thérapeutiques perd en vitesse pour plusieurs raisons. En premier lieu, la décroissance de l'influence de la psychanalyse au sein de la psychiatrie affecte également la psychothérapie institutionnelle qui en tire certains de ses principes.

En deuxième lieu, les clubs sont en partie accusés d'entretenir une forme de chronicisation des patients en maintenant un lien avec le patient guéri. En effet, s'ils se défendent d'entretenir cette chronicisation. Ils se revendiquent comme un point d'ancrage dans la vie des individus affecté par la pathologie ayant vocation à poursuivre leur accompagnement dans la vie sociale.

En troisième lieu selon les partisans de la psychothérapie institutionnelle, ces derniers font les frais d'une méfiance de l'administration résultante, selon eux, d'une hostilité à l'égard de leur « esprit de liberté » et de leur caractère « subversif »²⁶.

En dernier lieu, ils font l'objet d'un manque de confiance vis-à-vis de leur compétence gestionnaire. En particulier, le renforcement de la défiance de la Cour des comptes à l'égard des associations à l'issue du scandale des détournements de fonds de l'Association pour la Recherche contre le Cancer (A.R.C.) en 1996 s'accroît²⁷. L'absence des clubs au sein des équipements en santé mentale listés par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement sera la marque de la défiance de l'Administration et en particulier des chambres régionales des comptes vis-à-vis de ces structures et sera interprété par ces dernières comme une remise en question de la circulaire de 1958²⁸. Les craintes associées à la qualification de gestion de fait au sein des directions hospitalières vont limiter le soutien apporté à ces associations par les établissements.

C) La sanctuarisation législative des associations de secteur

Si certains partisans de la psychothérapie institutionnelle sont défavorables à l'inscription dans la loi du rôle des clubs, jugée contraire à leur principe d'indépendance, le besoin d'une protection juridique de leur mode de fonctionnement va néanmoins conduire leurs promoteurs, lors du vote de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé au Sénat²⁹, à faire sanctuariser leur existence grâce à l'appui des sénatrices et sénateurs Louis de Brossia, Valérie Létard, Annick Bocandé, Alain Vasselle, Serge Franchis et Jacqueline Gourault. Lors de l'examen de l'amendement déposé par les parlementaires, le ministre de la Santé Bernard Kouchner, peu favorable à

²⁶ (Marie-Odile Supligeau, 2007)

²⁷ (Béatrice Benattar, 2005)

²⁸ (Clément Bonnet & Corinne Launay, 2024)

²⁹ (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, 2002)

cette évolution législative, alertera sur la défiance portée par la Cour des comptes à l'égard de ces structures et se prononcera contre ce qu'il qualifie avec elle de « démembrement de la personne publique ». Il s'en remettra finalement à la sagesse du Parlement.

Lors de l'examen de la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, le projet présenté par le gouvernement écartera initialement cette disposition. Les députés Denys Robillard et Chantal Guittet réintroduiront le texte par amendement. Ils souligneront à cette occasion l'importance des clubs thérapeutiques, dont ils évaluent le nombre à deux cents, pour l'essentiel membres de la Fédération des sociétés de Croix Marine, tout en reconnaissant les craintes de la Cour des comptes quant à la gestion de fait et aux activités illicites. Le gouvernement se rangera du côté des parlementaires³⁰.

C'est donc conscient du besoin d'apporter une protection juridique à ces associations que leurs partisans vont œuvrer à leur sanctuarisation législative. Ainsi, depuis 2016, l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique dispose : *« L'établissement peut conclure avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique qu'elle définit. La convention précise notamment les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements et de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Elle détermine les modalités de contrôle médical de son exécution. »*

Les modalités de fonctionnement qui organisent l'existence de ces associations sont ainsi fixées mais les difficultés juridiques associées à leur existence ne sont pas résolues pour autant.

³⁰ (LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, 2016)

2 Les associations : un objet juridique mal identifié source de risques juridiques majeurs

La trajectoire historique singulière des associations de secteur justifie ainsi leur positionnement atypique au sein du service public hospitalier. Protégées par leur poids historique et par le soutien du monde politique, elles sont néanmoins scrutées de près par les juridictions financières qui craignent les dérives financières auxquelles leur fonctionnement les expose. Revendiquant à la fois leur intégration au sein de l'établissement et l'autonomie vis-à-vis de l'administration de l'hôpital, elles combinent des caractéristiques qui interrogent sur la nature du régime juridique à leur appliquer.

2.1 Le mode de fonctionnement des associations de secteur, source de risque juridique

Le mode de fonctionnement des associations de secteur psychiatrique suppose, par construction, une forte imbrication avec l'activité hospitalière, imbrication aux sources des risques juridiques associés à ces structures.

2.1.1 Le portrait-robot des associations de secteur : des entités au statut privé profondément imbriquées avec l'établissement

L'audit réalisé au sein du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud, l'enquête réalisée dans le cadre de ce mémoire et celle réalisée en 2024 par Clément Bonnet et Corinne Launay ainsi que l'analyse des rapports des chambres régionales des comptes fournissent des informations similaires et permettent de tracer un portrait-type des associations de secteur, portrait qui servira de base pour l'analyse des risques juridiques associés.

A) Une variété d'activités centrées autour de la prévention, de l'appui social et de la vie collective

Les associations de secteur réalisent un vaste champ d'activités désignées par une variété de vocables. L'essentiel des activités rentrent dans trois catégories. D'abord, les actions en faveur de la santé mentale des patients : activités thérapeutiques, actions en faveur de la déstigmatisation. Ensuite, des actions d'appui social : en particulier la réalisation de prêts, l'appui à l'insertion professionnelle, l'intermédiation locative, et des activités à dimension culturelle ou d'entraide telles que : sorties au cinéma, au théâtre, chantiers, ateliers, tenue de cafétaria. Enfin, certaines associations rajoutent à ces activités la formation des soignants ou d'autres bénévoles et parfois des activités de recherche.

- B) Une gouvernance principalement soignante, comprenant parfois la participation de personnels de direction

Pour la majorité des associations ayant répondu au questionnaire (cinq sur sept) les soignants sont membres du bureau et des organes dirigeants. Dans certains établissements, les membres des équipes de direction ou les chefs de pôles occupent des fonctions de direction au sein de ces associations. Les professionnels soignants sont le plus souvent mis à disposition à titre gratuit (quatre cas sur sept pour les établissements ayant répondu à l'enquête et la quasi-totalité des cas rencontrés au sein des rapports des chambres régionales des comptes), le volume d'équivalent temps plein (ETP) mis à disposition allant de moins d'un ETP à plus d'une dizaine dans les cas les plus importants.

- C) Un soutien financier variable de l'établissement et des montants souvent importants

Le soutien financier accordé à ces associations varie de quelques milliers à quelques centaines de milliers d'euros dans les cas les plus importants. Le montant annuel moyen des subventions versées pour les établissements audités par les chambres régionales des comptes analysés dans le cadre de ce rapport s'élève à 91 000 euros. Dans de nombreux cas, les subventions de l'établissement constituent la quasi-totalité des revenus de l'association. D'autres situations peuvent être rencontrées : les cas pour lesquels les activités s'autofinancent en partie – par exemple par les loyers dans le cadre de la gestion locative, des prêts aux patients, ou par la vente de produits aux patients – et les situations dans lesquelles les associations perçoivent des subventions d'autres partenaires, le plus souvent collectivités territoriales ou fondations privées.

- D) Des relations plus ou moins formalisées

Les directions le plus souvent en charge du suivi de ces associations sont les directions juridiques ou des usagers. Si les relations entre l'établissement et l'association ne font pas toujours l'objet d'une convention, les associations transmettent, dans la quasi-totalité des cas, leurs procès-verbaux d'assemblée générale, leurs statuts, leurs rapports financiers et leurs rapports d'activité. Un dialogue associant généralement des représentants du pôle et parfois de la direction est organisé, le plus souvent sur une base annuelle ou infra-annuelle. Néanmoins, dans la quasi-totalité des cas audités par les chambres régionales des comptes, les relations et en particulier les modalités du soutien matériel et financier étaient insuffisamment formalisées aux yeux des chambres régionales des comptes.

2.1.2 La problématique de la transparence

La problématique du statut de ces structures est donc aussi ancienne que leur existence, ou *a minima* que celle des clubs thérapeutiques. La cohabitation de deux exigences, l'autonomie la plus complète vis-à-vis de l'administration d'une part et le lien direct avec

l'équipe et l'activité thérapeutique d'autre part est difficile voire irréalisable dans des conditions juridiquement satisfaisantes. En particulier, la proximité de ces associations avec l'administration les expose au risque d'être qualifiées d'associations transparentes.

A) La théorie de la transparence, aux sources des risques juridiques qui pèsent sur ces associations

La transparence, selon la doctrine est « *une technique employée par le juge qui va rendre transparente une institution qui se présente à lui dans un rapport juridique et dont la présence entraîne l'application d'une certaine règle. Le juge, sans s'interroger sur la validité de cette institution, va l'écarter, en quelque sorte passer à travers, et relever la présence derrière elle d'une autre institution, le conduisant à appliquer une autre règle que celle à laquelle il aurait fait appel au vu de l'institution transparente* »³¹. Cette méthode vise notamment, pour le juge administratif, à empêcher la personne publique d'utiliser un instrument du droit privé pour se soustraire au droit public. Dans le cas présent, cette méthode qui pourrait conduire le juge à écarter le statut de l'association pour considérer ses actions comme indissociables de celles de l'hôpital et à ce titre comme étant soumis aux mêmes règles, notamment en matière de gestion comptable et financière.

B) La technique du faisceau d'indices, source d'insécurité pour les gestionnaires publics

Les critères permettant de qualifier une association transparente ont été listés par l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 mars 2007 « Commune de Boulogne-Billancourt »³². Quatre indices principaux permettent ainsi d'identifier la transparence : création publique ; contrôle public ; ressources publiques ; mission de service public. La méthode du faisceau d'indices utilisée par le juge n'est pas toujours d'application aisée : une association dont la création a résulté d'une initiative privée a ainsi été considérée comme transparente par la cour administrative d'appel de Marseille dans l'arrêt Commune de Nice du 10 mars 2011³³, la présence des autres indices ayant été identifiée.

Les conclusions du commissaire du gouvernement Frédéric Salvage sur l'arrêt Commune de Nice³⁴ exposent ainsi la façon dont le Conseil d'Etat manie ces critères : « *un critère, objectif, semble impératif : l'objet. Un autre, toujours objectif, est facultatif : la création. Les deux autres sont soumis à appréciation, donc subjectifs, et feront la différence : le financement et le contrôle* ». Cette technique de qualification conduit le décideur hospitalier à n'être jamais certain de la situation dans laquelle il se trouve, le degré de contrôle l'exposant à un risque de requalification étant en particulier difficile à déterminer. Cette

³¹ (Jean-Marie Aubry, 1988)

³² (Commune de Boulogne Billancourt, 2007)

³³ (Commune de Nice, 2011)

³⁴ (Conclusion de M. Frédéric SALVAGE sur l'arrêt commune de Nice, cour administrative d'appel de Marseille du 10 mars 2011, 2011)

qualification dont la risque a été expressément pointé par une chambre régionale des comptes³⁵ emporte néanmoins des conséquences importantes.

2.1.3 Les risques associés à la requalification en association transparente

A) L'infraction de gestion de fait

L'un des risques majeurs résultant de la qualification d'association transparente est celui de la gestion de fait, infraction que la Cour des comptes désignait et sanctionnait notamment sous l'ancien vocable de « gestion occulte ». Depuis l'entrée en vigueur de l'ordonnance du 23 mars 2022 au 1^{er} janvier 2023, la gestion de fait est désormais une infraction en tant que telle, sanctionnée par les juridictions financières.

L'article L. 131-15 du code des juridictions financières rend passible des sanctions prévues au titre de la gestion de fait « *toute personne qui, sans avoir la qualité de comptable public ou sans agir sous contrôle et pour le compte d'un comptable public, s'ingère dans le recouvrement de recettes affectées ou destinées à un organisme public* ». Les deniers privés réglementés, soit les « *fonds ou valeurs n'appartenant pas aux organismes publics, mais que les comptables publics sont exclusivement chargés d'exécuter en vertu de la réglementation en vigueur* » sont également concernés. L'article L. 131-18 du même code prévoit une amende d'un montant maximum égal à six mois de la rémunération annuelle du comptable de fait. Le texte précise que « *la juridiction, pour fixer le montant de l'amende, tient compte de l'importance et de la durée de la détention ou du maniement des deniers, des circonstances dans lesquelles l'immixtion dans les fonctions de comptable public s'est produite, ainsi que du comportement et de la situation matérielle du comptable de fait.* »

Si le contexte est ainsi pris en compte, les condamnations pour gestion de fait dans le cadre d'association transparentes au titre du nouveau régime de responsabilité financière des gestionnaires publics ne sont pas exceptionnelles. Dans l'arrêt du 19 septembre 2024 « Commune de Felleries »³⁶ la chambre du contentieux de la Cour des comptes a sanctionné l'ordonnateur, en l'occurrence le maire et trois conseillers municipaux pour gestion de fait, dans un cas de perception de recettes par une association transparente.

B) La requalification des actes de l'association

La qualification d'association transparente est également susceptible d'engendrer une requalification des contrats passés par l'association. Les conventions salariales, quoi que probablement exceptionnelles dans les associations de secteur psychiatriques, sont ainsi susceptibles d'être requalifiées en contrat de droit public, entraînant pour l'administration, employeuse de fait, l'ensemble des obligations qui s'imposent à elle à l'égard de ses propres agents.

³⁵ (Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire, 2019)

³⁶ (Commune de Felleries, 2024)

Le risque de requalification des contrats de prestation de matériel ou de service est davantage problématique car plus fréquent. Les contrats passés par l'administration pour subvenir à ses besoins étant en principe soumis au droit de la commande publique, ceux-ci doivent notamment respecter les règles relatives à l'égalité d'accès à la commande publique³⁷. Le contournement des règles de la commande publique, outre le risque d'annulation par le juge administratif des contrats concernés, peut exposer l'ordonnateur à se rendre coupable de délits pénaux tel le délit de favoritisme, sanctionné à l'article 432-14 du code pénal.

2.1.4 Les risques déontologiques et de manque de visibilité sur les flux financiers

A) Les risques déontologiques et d'irrégularité comptable

Les risques propres aux associations transparentes ne sont pas les seuls auxquels s'expose l'administration. Le manque de visibilité sur les opérations financières qui se déroulent dans ces associations majore les risques déontologiques, en l'absence de suivi des procédures et règles de la comptabilité publique qui vise à éviter leur survenance. Une chambre régionale des comptes a ainsi eu à demander l'application de la convention qui prévoyait la certification des comptes de l'association³⁸. Le risque de malversation financière, en particulier lié à manipulation d'espèces est souligné dans plusieurs rapports, et les chambres sont souvent amenées à inviter les établissements à réaliser un contrôle plus approfondi de la régularité de la comptabilité des structures avec lesquelles ils conventionnent³⁹.

B) La traçabilité des flux financiers

Même en l'absence de détournement à des fins personnelles, il semble néanmoins évident que les flux doivent être tracés avec attention au regard de certaines dérives. Une chambre régionale des comptes a ainsi souligné des cas où une association a réalisé plusieurs achats pour le compte de l'hôpital, a reversé à son profit des subventions versées par des tiers, a remboursé des avances faites par l'établissement et au total, a davantage versé à l'établissement qu'elle n'a reçu de subvention. L'entreprise de clarification des rôles respectifs de l'hôpital et de l'association à la suite du contrôle de la chambre ne semble toujours pas parfaitement achevée...⁴⁰

³⁷ (Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire, 2019)

³⁸ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020)

³⁹ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025) (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018)

⁴⁰ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

2.2 L'insécurité juridique des relations entre établissement et associations

Cette situation d'incertitude quant à la nature même des associations de secteur psychiatrique suscite une grande insécurité pour les établissements qui soutiennent ces structures.

2.2.1 Les associations de secteurs psychiatrique, associations transparentes par construction ?

A) Des associations dont le rôle n'est pas contesté par pouvoirs publics

Les établissements sont laissés dans une situation difficile. Malgré les risques juridiques associés à leur fonctionnement, ces structures constituent des partenaires reconnus de l'activité psychiatrique extra-hospitalière, dont le rôle est rappelé par les institutions de contrôle telle que l'Inspection Générale des Affaires Sociales, rappelant ainsi leur implantation ancienne dans le paysage psychiatrique et leur utilité⁴¹. Le gouvernement leur a confié un rôle défini en 1958. Le législateur les a ensuite explicitement sanctuarisées en 2002 puis à nouveau en 2016, affirmant leur importance dans le paysage des soins psychiatriques français. Leur existence au sein de l'hôpital est le plus souvent un fait historique qui s'impose aux directions d'établissement.

B) L'exigence de contrôle : un facteur d'exposition au risque de requalification

Parallèlement à cette reconnaissance, les conditions même de fonctionnement semblent exposer naturellement les établissements à la qualification d'association transparente et aux risques associés. Selon l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique, non seulement la mise à disposition de moyens matériels et humains par l'établissement est prévue mais le contrôle médical fait également partie des obligations qu'il est nécessaire d'inscrire dans la convention.

Plus généralement, la circulaire du Premier ministre du 29 septembre 2015 souligne la possibilité d'un contrôle étendu de la personne publique sur les objectifs des associations qu'elle subventionne ainsi que sur le contrôle de la réalisation de leurs obligations contractuelles. Comment donc assurer le contrôle de l'action réalisée par une association et pour laquelle celle-ci est subventionnée sans exercer sur elle un contrôle répondant aux critères retenus par le juge pour la qualification d'association transparente ?

⁴¹ (Alain Lopez, Gaëlle Turan-Pelletier, 2017)

C) Le traitement réservé par les chambres régionales des comptes

Dans un rapport portant sur un centre hospitalier spécialisé⁴² au sein duquel des associations organisant des activités de sociothérapie au sein des locaux de l'hôpital bénéficient de personnels mis à disposition à titre gratuit, une chambre n'a pas relevé les risques de transparence considérant que l'association était à assimiler à un prestataire externe. Cette position n'apparaît donc pas incompatible avec le contrôle médical prévu par l'article 3221-4-1 A, contrôle dont la chambre rappelle qu'il s'impose à l'établissement.

Un autre rapport portant sur une situation similaire met en exergue les principales critiques adressées par les chambres : « *La chambre ne remettait pas en cause l'utilité des activités de sociothérapie mais les modalités de leur mise en œuvre, celles-ci conduisant à des relations « établissement – association » non respectueuses de la réglementation (mises à disposition de temps de travail non remboursées par l'association, remboursement des frais de missions par l'association, facturation à des patients d'activité relevant du périmètre du soin couvert par la dotation de l'établissement, ...* »⁴³.

La traçabilité des subventions en nature et le caractère onéreux des mises à disposition constitue les principaux points systématiquement relevés par les chambres régionales des comptes lors des contrôles. Par ailleurs, concernant les contrats passés par ces associations, le risque de contournement des règles de la commande publique a été relevé dans certains contrôles⁴⁴. Les chambres ont parfois souligné que l'acquisition de matériels à destination des activités associatives devraient être réalisées dans le cadre de la commande publique⁴⁵. Certains établissements ont ainsi internalisé à la suite de ces recommandations l'acquisition des matériels nécessaires aux activités de l'association⁴⁶. Le risque de gestion de fait lié au caractère potentiellement public des deniers concernés n'est quasiment jamais pointé par les chambres régionales des comptes.

2.2.2 Une forme d'irisation juridique, un statut changeant selon l'angle sous lequel on le regarde

A) Un regard différencié selon les sujets traités et une priorité donnée à la traçabilité des flux

Les chambres régionales des comptes semblent ainsi adapter leur regard selon l'objet traité et prioriser la traçabilité des flux et la protection des deniers publics à la clarification du statut de ces associations. De nombreux rapports semblent éluder la question de la transparence et concentrer leurs observations et recommandations sur le contrôle de la

⁴² (Chambre régionale des comptes Occitanie, 2023)

⁴³ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020)

⁴⁴ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2025), (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018)

⁴⁵ (Chambre régionale des comptes Normandie, 2016)

⁴⁶ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

régularité des opérations, le respect des principes de la commande publique, la traçabilité des flux, notamment concernant les mises à disposition, et enfin le respect des conventions. La composition de l'association, la part majoritaire des subventions ou encore le degré de contrôle de l'administration sur l'association correspondante ne sont abordés dans quasiment aucun des rapports analysés.

Une enquête publiée 2024 dans la revue *Information Psychiatrique*, revue fortement influencée par la psychothérapie institutionnelle, évoquant le traitement réservé par les chambres régionales des comptes à ces associations, souligne que sur sept établissements autorisés en psychiatrie audités entre 2018 et 2019, seuls deux ont fait l'objet de recommandations portant sur les associations et invitant à la réinternalisation des activités⁴⁷. Les risques propres à la transparence seraient écartés par les chambres régionales des comptes au profit d'une gestion saine des activités.

Un cas intéressant illustre ce propos : un établissement accueillait en son sein plusieurs associations particulièrement actives au sein de ses différents secteurs. A la suite d'une consultation juridique réalisée auprès d'un avocat fin 2010, celui-ci a mis en exergue le risque suivant : « *l'analyse conduite dans le cadre de la présente consultation met indéniablement en exergue de multiples irrégularités liées à l'existence d'associations n'ayant aucune autonomie par rapport à l'établissement [...] il est nécessaire de repenser les activités de ces associations et de se diriger vers une autonomie financière de plus en plus accrue.* ». Aucune conséquence n'a été tirée par l'établissement de cette consultation, néanmoins, la chambre régionale des comptes n'a pas sanctionné cette inaction et a considéré que l'article L. 3221-2 du code de la santé publique, actuel article L. 3221-4-1 A autorisait explicitement ces organisations. La chambre semble ainsi valider, contrairement aux conclusions de l'analyse juridique commandée par l'établissement, un mode de fonctionnement impliquant une quasi-absence de distinction des activités de l'association avec celles de l'hôpital.

B) Les conditions fixées par les chambres régionales des comptes

Les chambres régionales des comptes semblent toutefois fixer des conditions. L'une d'entre elles a précisé, de façon intéressante, que ces associations « *sont dirigées par des agents de l'hôpital ne faisant pas partie de l'équipe de direction.* » semblant ainsi mentionner qu'il s'agit de l'une des conditions de leur inscription dans le dispositif prévu par la loi.

Une autre a notamment appelé l'établissement à contrôler que ses agents ne soient pas majoritaires dans les organes dirigeants de ces associations tout en y assurant une présence leur permettant de contrôler leur activité⁴⁸. Elle appelle à un contrôle approfondi

⁴⁷ (Clément Bonnet & Corinne Launay, 2024)

⁴⁸ (Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire, 2019)

de leurs activités afin de s'assurer que les flux soient tracés et que les conventions correspondent à l'objectif fixé par la loi. Elle souligne que l'acquisition du matériel dédié aux activités thérapeutiques devrait être réalisée dans le cadre de la commande publique, en utilisant des dispositifs tels que la carte achat ou les régies⁴⁹. De façon intéressante, une chambre régionale des comptes a exclu les associations intervenant au profit de structures médico-sociales, considérant que seuls les établissements de santé étaient concernés par la mesure⁵⁰. Lors d'un contrôle réalisé en 2019 auprès d'un établissement des Pays-de-la-Loire, une chambre a entrepris de décrire précisément les conditions selon lesquelles ces associations pourraient échapper à la qualification d'associations transparentes et apparaît ainsi dessiner une forme de régime *ad hoc* aux caractéristiques particulièrement atypiques⁵¹, mêlant régime de droit public (respect des règles de la commande publique) de droit privé (caractère onéreux des mises à disposition) et recommandations visant à prévenir les risques de qualification d'association transparente (participation des professionnels aux instances dirigeantes).

C) Un objet juridique complexe semblant obéir à un régime *ad hoc*

Une forme d'atypie juridique apparaît ici. Aux yeux des chambres régionales des comptes, ces associations dont le fonctionnement se confond avec celui de l'hôpital apparaissent avoir plusieurs visages, selon l'angle sous lequel on les observe. Ils doivent ainsi se comporter comme des organismes de droit public en matière de règles relatives à la commande publique, mais sont considérés au regard des règles relatives à la mise à disposition d'agents publics comme des organismes de droit privé. De même, l'octroi de subventions d'équilibre pour des activités relevant pourtant des soins psychiatriques peuvent être pointées comme irrégulières car constituant des libéralités consenties à un organisme distinct de l'administration⁵².

Si les établissements sont invités à contrôler de manière approfondie leur activité pour éviter toute malversation, les fonds que ces structures manipulent ne constituent pas des deniers publics et leur gestion par les responsables de l'association ne semble pas exposer ces derniers aux risques relatifs à la gestion de fait, même dans les cas où la chambre a estimé que l'association en charge de secours hospitaliers se comportait dans les faits comme une régie⁵³.

Parallèlement au statut de l'association, la nature de ses relations avec l'établissement est également source d'incertitudes.

⁴⁹ (Chambre régionale des comptes Normandie, 2016)

⁵⁰ (Chambre régionale des comptes Normandie, 2016)

⁵¹ (Brigitte De Lard-Huchet, 2024)

⁵² (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

⁵³ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

2.2.3 Les relations avec l'administration : subvention, délégation de service public, marché public, mandat ?

Si le risque associé à la transparence apparaît écarté au regard du traitement réservé à ces structures par les chambres régionales des comptes, la nature des relations avec l'association n'est pas pour autant clarifiée. Les associations réalisent des activités thérapeutiques. Elles gèrent des appartements communautaires, assurent des prêts aux patient, elles reçoivent dans ce contexte un appui via des subventions en numéraire et des mises à disposition de locaux, de matériel et de personnel, fréquemment à titre gratuit. Le plus souvent, ces subventions sont formalisées au moyen du formulaire cerfa n°12156*06 instauré par le décret n° 2016-1971 du 28 décembre 2016. Si la subvention constitue donc la forme majoritaire des relations entre l'établissement et les associations, le risque de requalification en d'autres formes de relations contractuelles n'est pas exclu.

A) La requalification de la subvention en contrat soumis au code de la commande publique

L'article 59 de la loi du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire précise une condition spécifique concernant les subventions : *« Ces actions, projets ou activités sont initiés, définis et mis en œuvre par les organismes de droit privé bénéficiaires. Ces contributions ne peuvent constituer la rémunération de prestations individualisées répondant aux besoins des autorités ou organismes qui les accordent. »*

La circulaire du 29 septembre 2015 a ainsi cherché à distinguer clairement les marchés publics défini par l'article L. 111-1 du code de la commande publique comme *« un contrat conclu par un ou plusieurs acheteurs soumis au présent code avec un ou plusieurs opérateurs économiques, pour répondre à leurs besoins en matière de travaux, de fournitures ou de services, en contrepartie d'un prix ou de tout équivalent »*, des subventions accordées à un organisme. Le marché, contrairement à la subvention, est donc un cas dans lesquels l'administration commande une prestation précise pour une durée déterminée. L'article L. 1100-1 du code de la commande publique prévoit désormais expressément que ne sont pas soumis au code, les contrats ayant pour objet des subventions.

Afin de distinguer la subvention fournie par l'administration du prix que celle-ci paierait dans le cadre d'un marché de service, la définition des prestations et le lien entre la subvention et l'opération réalisée joue un rôle déterminant.

Selon le Conseil d'Etat, en lui-même, le fait qu'une association soit financée à 100% par une personne publique n'apparaît pas – sous réserve de l'application de la théorie de la transparence – avoir pour conséquence de la soumettre aux règles de la commande publique, en l'absence de lien direct entre les opérations réalisées et les subventions. En revanche, la réalisation d'activités précises et déterminées semble pouvoir rentrer dans ce

cadre⁵⁴. Dans le cas qui nous occupe, la requalification de la prestation en marché public n'est pas nécessairement à exclure. La requalification en contrat de concession de service, contrat par lequel l'administration conclut à titre onéreux la gestion d'un service à un cocontractant qui supporte le risque lié à l'exploitation dudit service, est également théoriquement possible.

Néanmoins, il apparaît compliqué de considérer qu'un tel contrat pourrait être soumis aux règles de la commande publique. La jurisprudence européenne relative à l'exception « in-house », désormais codifiée au sein des articles L. 3211-1 et suivants du code de la commande publique relatifs à la quasi-régie prévoit l'exclusion des règles relatives à la commande publique pour les contrats de prestations passé par une administration avec une entité sur laquelle elle exerce un contrôle « analogue à ses propres services »⁵⁵.

Par ailleurs, la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union Européenne a défini en 2020 les critères lui permettant de qualifier une activité d'économique, condition pour soumettre celle-ci aux règles européennes relatives à la concurrence. En particulier, elle considère que constitue un indice écartant la qualification d'opérateur économique « *la poursuite [...] d'un objectif social, la mise en œuvre [...] du principe de solidarité, l'absence de tout but lucratif de l'activité exercée et le contrôle de celle-ci par l'État* »⁵⁶. Ces caractéristiques semblent pouvoir correspondre aux associations de secteur psychiatrique, l'application des règles de la commande publique aux relations entre celles-ci et l'administration serait alors exclue.

B) La théorie du mandat

La théorie du mandat, hypothèse dans lequel le texte législatif permet à une administration de confier une de ses missions à une personne morale pourrait être une piste permettant de qualifier les relations entre l'établissement et l'association de secteur, l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique précisant les modalités précises de fonctionnement de cette association. En effet, les conclusions du rapporteur Lecoq sur la décision du Conseil d'Etat 17 février 2023⁵⁷ traitant du cas des comités d'œuvre sociale dans la fonction publique laissent penser que le législateur peut autoriser explicitement l'octroi par l'administration d'un mandat de gestion d'une mission à une personne morale définie, en dehors du cadre de la commande publique. La personne morale agit dans ce cas au nom et pour le compte de l'Administration. Toutefois, il n'est pas certain que ce cas puisse être applicable aux associations étudiées ici, l'article L. 733-1 du code général de la fonction

⁵⁴ (Comité pour le développement industriel et agricole du Choletais – CODIAC, 1990)

⁵⁵ (Direction des affaires juridiques du ministère de l'Economie, 2019)

⁵⁶ (Commission européenne / Dôvera zdravotná poisťovňa a.s., République slovaque, Union zdravotná poisťovňa a.s., 2020)

⁵⁷ (Conclusions de M. Mathieu LE COQ, Rapporteur public sur la décision du 17 février 2023 M. Badosz Mme Paulmier-Dupuy, 2023)

publique qui concerne la gestion des œuvres sociales présentant une rédaction différente qui semble évoquer le cas où l'administration se délesterait complètement d'une mission au profit exclusif du mandataire. Le cas défini par l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique apparaît davantage renvoyer aux conditions de contrôle de l'emploi de subventions dans le cadre d'un partenariat plus large que définir les conditions d'un mandat.

2.2.4 La traçabilité des flux financiers, un exercice complexe

A) La traçabilité des subventions en nature

La majorité des ressources de ces structures étant apportée par les établissements, les chambres régionales des comptes sont particulièrement vigilantes à la traçabilité des ressources matérielles et humaines mises à disposition des associations.

a) Les mises à disposition de locaux

La question de la mise à disposition des locaux ne pose pas de difficultés particulières. Certains hôpitaux ont conclu une convention d'occupation du domaine public avec l'association concernée avant de renoncer à l'encaissement de la redevance. Ce point ne pose pas de difficulté juridique particulière dans la mesure où depuis l'entrée en vigueur de la loi du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures, l'avant-dernier alinéa de l'article L. 2125-1 du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P) prévoit la faculté pour les personnes publiques propriétaires ou gestionnaires de délivrer gratuitement des autorisations d'occupation ou d'utilisation du domaine public aux associations à but non lucratif qui concourent à la satisfaction d'un intérêt général, lequel ne serait en l'espèce pas difficile à démontrer. Il n'y a en effet pas grande cohérence à percevoir une redevance lorsque des soignants de l'hôpital réalisent une activité thérapeutique dans les locaux hospitaliers au profit des patients hospitalisés.

b) Les subventions en numéraire et les mises à disposition de matériel

Les subventions en numéraire et les mises à disposition de matériel sont également légales à condition qu'elles soient tracées et fassent l'objet, pour les montants supérieurs à 23 000 euros, d'une convention.

Les mises à disposition de matériel s'apparentent à des subventions. L'article 59 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire définit la notion de subvention de la manière suivante : « Constituent des subventions, au sens de la présente loi, les contributions facultatives de toute nature, valorisées dans l'acte d'attribution, décidées par les autorités administratives et les organismes chargés de la gestion d'un service public industriel et commercial, justifiées par un intérêt général et destinées à la réalisation d'une action ou d'un projet d'investissement, à la contribution au développement d'activités ou au financement global de l'activité de l'organisme de droit privé

bénéficiaire.[...] » La circulaire du Premier ministre du 29 septembre 2015 prévoit que « *les contributions en nature, le plus souvent effectuées par une autorité publique à titre gratuit, ne sont cependant pas dépourvues de toute valeur et peuvent utilement faire l'objet d'une valorisation qui s'inscrit dans une démarche de transparence de l'utilisation des fonds publics* ». Une chambre régionale des comptes, dans le cas d'une association de secteur, a ainsi rappelé que le seuil des 23 000 € à partir duquel une convention entre les parties est nécessaire s'apprécie en prenant en compte les aides en nature⁵⁸.

c) *Les mises à disposition de personnel*

La question des personnels est plus problématique et les chambres régionales des comptes ont eu des appréciations différenciées de la situation.

L'une d'entre elles a considéré, lors d'un contrôle en 2020, que les associations de droit privé ne faisaient pas partie des organismes d'accueil des fonctionnaires mis à disposition précisés à l'article 49 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986⁵⁹. Sous réserve qu'il y ait en l'espèce lieu de considérer que les activités de l'association de secteur puissent être considérées comme des missions de service public confiées par l'établissement, cette interprétation semble contestable. L'article en question prévoit ainsi la possibilité de mise à disposition des fonctionnaires « *auprès des organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes* ». A la suite de la codification opérée par l'ordonnance n°2021-1574 du 24 novembre 2021, la même disposition est désormais portée par l'article L. 512-8 du code général de la fonction publique auquel renvoie l'article L. 512-16 ajoutant, pour la fonction publique hospitalière, les entreprises liées à l'employeur en vertu d'un contrat soumis au code de la commande publique ou d'un contrat de délégation de service public.

L'article L. 512-17 du code général de la fonction publique prévoit que la mise à disposition donne lieu à remboursement, il exclut explicitement les organismes de droit privé, tels que les associations, des conditions de dérogation à cette disposition. L'article 2 du décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition précise qu'une convention doit fixer les modalités de mise à disposition et de remboursement.

La mise à disposition des agents auprès des associations de secteur semble possible dès lors que ceux-ci participent directement aux missions de service public confiées à ces organismes, ce qui par ailleurs, suppose en principe que cette mission ait été explicitement

⁵⁸(Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

⁵⁹(Chambre régionale des comptes Hauts-de-France, 2021)

confiée, que cette mise à disposition fasse l'objet d'une convention et donne lieu à un remboursement.

Assurer leur mise à disposition à titre onéreux risque d'engendrer des charges importantes pour l'association. L'essentiel des rapports souligne la nécessité d'une part que les mises à disposition soient réalisées à titre onéreux, contrairement au cas le plus fréquemment observé à ce jour⁶⁰ et d'autre part qu'elles soient tracées dans la convention mentionnée à l'article L3221-4-1 A⁶¹. Ces situations concernent le plus souvent le personnel soignant infirmier, ergothérapeute etc. qui participent à des activités de sociothérapie. Ce point demeure problématique : si la traçabilité des ressources humaines est nécessaire, la mise à disposition à titre onéreux ne fait pas entièrement sens dans la mesure où ces structures mettent en œuvre des activités indissociables des soins psychiatriques. Une piste envisagée consiste à faire évoluer les subventions des associations en proportion de leurs charges, solutions qui soulève d'autres difficultés juridiques.

B) L'interdiction des subventions d'équilibre

La traçabilité des subventions dans les formes prévues par la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations⁶² et la formulation d'une demande de subvention par l'association constitue un point important pour les chambres régionales des comptes. Comme rappelé précédemment, une chambre régionale des comptes a souligné l'irrégularité d'une subvention non sollicitée, considérant que cette subvention, au surplus subvention d'équilibre non prévue par les textes, accordée à une association en charge de la gestion des appartements communautaires s'apparentait à une libéralité irrégulière⁶³. L'interdiction des libéralités de la part de l'Administration a valeur constitutionnelle⁶⁴.

Par ailleurs il est à rappeler que dans l'hypothèse où les relations entre l'établissement et l'association pourraient être qualifiées de concession de service, l'octroi de subventions d'équilibre est proscrit car contrevenant au principe selon lequel le contractant supporte le risque lié à l'exploitation de son activité, critère distinguant le marché public de la concession. En effet, le versement d'une subvention est dès lors incompatible avec la qualification de concession lorsqu'il fait disparaître ce risque, quand bien même la participation financière demeurerait limitée dans son montant⁶⁵.

⁶⁰ Voir annexe résultats de l'enquête

⁶¹; (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020), (Chambre régionale des comptes Occitanie, 2023a)

⁶² (Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, 2000)

⁶⁴ (Décision constitutionnelle - Loi autorisant le Gouvernement à prendre diverses mesures d'ordre économique et social, 1986)

⁶⁵(Société Avenance enseignement et santé, 2009)

Néanmoins, ces structures, dont l'activité est quasiment indissociable du service public hospitalier vont nécessairement devoir voir leurs frais couverts par les hôpitaux, qui mettent à disposition leurs personnels, décident de leur orientation thérapeutique et organisent, l'achat des équipements et matériaux nécessaires aux activités.

Lors d'un contrôle⁶⁶, une chambre régionale des comptes a relevé que le Conseil d'Etat a semblé reconnaître implicitement que dans un cas comparable, dès lors que l'association exerçait une mission d'intérêt communal, la commune pouvait assumer le déficit de cette association (arrêt du Conseil d'Etat du 15 avril 1996, n°150307). Elle a néanmoins pointé l'argumentation contradictoire du centre hospitalier estimant que celui-ci avait précisément cherché à distinguer les missions de l'association et du centre hospitalier.

Ainsi, la gestion des appartements communautaires avait quitté le périmètre de son activité et que l'établissement ne pouvait donc pas en assumer le déficit. Néanmoins, comme les observations de certaines chambres le laissent entendre⁶⁷ la situation dans laquelle une activité thérapeutique relevant du projet de soins du service serait financée par des sources extérieures et en particulier les cotisations des patients ne serait pas particulièrement souhaitable. Si des activités périphériques peuvent utilement bénéficier de ressources extérieures, les activités faisant directement partie des soins psychiatriques doivent en principe être financées par l'hôpital. Le financement exclusif par des subventions hospitalières, bien que source de risques juridiques, n'est pas en tant que tel incohérent avec le sens du dispositif.

L'analyse des rapports d'observations des chambres régionales des comptes révèle ainsi une situation ambiguë. Si la traçabilité de l'ensemble des subventions, la valorisation des dons matériels ou des locaux prêtés, l'établissement de conventions respectant les dispositions de l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique et l'exigence de remboursement des mises à disposition sont régulièrement exigés, le respect des règles relatives à la commande publique ne ressort pas comme une exigence systématique. Par ailleurs, la problématique de la transparence et les risques de gestion de fait sont globalement éludés par les chambres régionales des comptes. Enfin, il semble préférable que les associations bénéficient de subventions en cohérence avec les charges associées à la démarche thérapeutique qu'elles mettent en œuvre, ce qui n'interdit pas qu'elles recherchent leur autonomie financière en mobilisant des partenaires externes.

⁶⁶ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

⁶⁷(Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2020)

3 Réinterroger le rôle et l'organisation des associations de secteur

Le régime ainsi dessiné par les observations des chambres régionales des comptes apparaît non seulement incertain mais complexe à mettre en œuvre sans accroître inutilement la bureaucratie associée aux activités des associations de secteur. Dans ce contexte, les établissements sont face à un choix : faire face à l'incertitude en sécurisant le mieux possible leurs relations au regard des attentes des juridictions financières ou mettre fin à l'existence de ces associations, en internalisant complètement leur activité au sein de l'établissement ou à l'inverse, en la confiant à des partenaires externes.

3.1 Sécuriser les associations de secteur, un exercice difficile

Au sein du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud, une démarche en trois temps a été proposée permettant de respecter le principe d'autonomie cher aux associations de secteur, de limiter les risques de requalification et d'assurer la plus grande sécurisation juridique des activités réalisées par les associations au regard de l'analyse des rapports des chambres régionales des comptes.

3.1.1 Eviter la qualification d'association transparente en distinguant de façon claire l'activité de l'association et celle de l'établissement

- A) Formaliser le contrôle médical prévu à l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique

Afin d'assurer à la fois le respect de la logique d'autonomie des associations de secteur et de limiter les risques de requalification des actes réalisés par l'association, en particulier concernant les risques associés à la gestion de fait, nous avons souhaité redéfinir les relations entre l'association et l'établissement en nous fondant sur plusieurs principes. Premièrement, nous avons veillé à la formalisation du contrôle médical sur l'activité conformément aux dispositions de l'article L. 3221-4-1 A du code de la santé publique au sein d'un document annexé à une convention dressant le bilan des actions thérapeutiques de l'association pour l'année passée et définissant son projet thérapeutique pour l'année à venir.

- B) Assurer l'autonomie des instances dirigeantes de l'association au regard des organes dirigeants de l'établissement

Deuxièmement, nous avons veillé à la formalisation de l'autonomie des instances gouvernantes de l'association (bureau, conseil d'administration) par rapport à l'établissement, associée à l'interdiction pour les membres du personnel de direction de détenir un poste au sein de ces instances. Compte tenu de l'autonomie propre à ces

structures, il apparaît nécessaire de dissocier le rôle de l'équipe soignante impliquée dans l'association et le rôle de l'hôpital en tant qu'institution, représentée notamment par le ou la cheffe d'établissement. Cette distinction considérée par les soignants comme indispensable à l'efficacité de la démarche thérapeutique et à l'autonomisation des patients invite à regarder la présence soignante au sein des institutions gouvernantes comme distincte de celle de l'établissement, sous réserve que l'établissement lui-même respecte l'autonomie du service et veille à n'en pas saper les fondements.

En l'espèce, s'il est fréquent que des patients soient membres de l'association et parfois membres du bureau, celui-ci comporte systématiquement et parfois exclusivement des soignants et la présidence de l'association est régulièrement assurée par le ou la cheffe de service ou de pôle. Il est probablement préférable que les chefs de pôle, et à plus forte raison les membres du directoire, n'assurent pas directement la présidence des associations de secteur. Les associations sont invitées à intégrer les patients au sein de leurs instances dirigeantes. Les professionnels sont invités à bien distinguer, dans leur planning, les activités organisées par les associations et celles organisées par l'établissement. Ce point constitue politiquement la partie la plus délicate de l'exercice du métier de directeur.

C) Tracer l'ensemble des subventions

Troisièmement, l'ensemble des ressources mises à disposition sont valorisées et tracées dans les conventions d'octroi des subventions. Les subventions en numéraire comme en nature sont valorisées et identifiées au sein du formulaire dédié. Les personnels exercent leurs fonctions en tant que bénévoles au sein de ces associations. Néanmoins, ceux qui, sur leur temps de travail, réalisent des activités ou exercent des fonctions au profit de l'association de secteur bénéficient de conventions de mise à disposition réalisées à titre onéreux. Enfin, dans le cadre de leur autonomisation, il est précisé aux associations que les subventions n'ont aucun caractère systématique ou reconductible. Si leur montant peut être fixé pour rester en cohérence avec les charges imposées aux associations, elles n'ont pas vocation à les couvrir entièrement. Les associations sont invitées à rechercher des partenaires financiers externes.

3.1.2 Limiter l'impact associé à une requalification

A) Aucun contrat de travail ne doit être signé par l'association

La requalification en association transparente emporte des conséquences importantes qui peuvent être particulièrement problématiques pour l'institution. Parmi ces conséquences figure la requalification des contrats de salariat passés par ces associations en contrat de droit public, avec reconstitution des carrières et avantages associés. L'embauche de salariés par les associations de secteur, le cas échéant, constituera un point d'attention

majeur pour les responsables du suivi de ces structures. En particulier, l'embauche d'intervenants ponctuels pour du temps partiel est à surveiller⁶⁸.

B) Les principes de la commande publique doivent idéalement être respectés

Un processus permettant le respect des règles de la commande publique pour l'acquisition de prestations servant à des activités thérapeutiques est recommandé. Il est proposé que les associations soient invitées à solliciter au moins trois devis pour les achats du quotidien. Elles peuvent solliciter la cellule des marchés de l'établissement pour un accompagnement pour les achats de plus grande importance. Elles ont également la possibilité de solliciter directement le service des achats pour l'acquisition de prestations. Les matériaux sont distribués aux associations sous forme de subventions en nature et tracés dans le formulaire associé.

3.1.3 Maîtriser les risques juridiques et aller vers la bonne gestion

La fiabilisation des comptes des associations est une des priorités de l'établissement. Afin d'éviter les malversations financières, il a été proposé aux associations de recourir à un expert-comptable et de faire certifier leurs comptes. De la même façon, il a été proposé aux membres dirigeants des associations de bénéficier d'une formation à la gestion hospitalière afin d'assurer la conformité de leurs activités avec les règles de la gestion associative. Les associations sont également incitées à vérifier leur couverture par une assurance en responsabilité civile.

Réduire les risques n'est toutefois que partiellement satisfaisant, au regard de l'insécurité juridique dans laquelle les incertitudes sur le statut des associations plongent les directions concernées. De plus, réduire les risques impose des mécanismes de gestion complexe et conduit à réintroduire les contraintes bureaucratiques que le statut associatif visait précisément, dans la conception des initiateurs de la démarche, à éviter. La question de la place des associations au sein de l'établissement doit donc être posée plus largement par les directions.

3.2 L'inscription des associations de secteur dans le projet d'établissement

La question de l'intégration des associations de secteur au sein du projet des établissements psychiatriques doit être questionnée. La place que doit désormais avoir la démocratie sanitaire et le principe d'autodétermination des personnes atteintes de handicap psychique dans le projet d'établissement vient heurter certaines conceptions et pratiques des associations de secteur psychiatrique.

⁶⁸ (Clément Bonnet & Corinne Launay, 2024)

3.2.1 La place des soignants dans la gouvernance des associations les éloigne des critères modernes de la démocratie sanitaire

A) L'actualité de la représentation des patients dans la vie des services

La préoccupation des pouvoirs publics pour éviter que ces associations se révèlent de nouveaux vecteurs du paternalisme médical et hospitalier est ancienne. La circulaire de 1958 précise « Il y aura avantage, dans tous les cas, à s'efforcer d'intéresser les familles des malades et les anciens malades à la vie même de ces associations, ainsi d'ailleurs, bien entendu, que toutes les personnalités ou organismes qui, dans le ressort de l'établissement, sont susceptibles de leur apporter un appui sous une forme quelconque. » Cet enjeu est aujourd'hui d'une criante actualité, comme la traduit l'évolution du référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁶⁹ qui apporte une attention particulière la prise en compte de la dignité du patient et la place donnée à celui-ci dans la prise des décisions qui le concernent.

B) La difficulté des associations à répondre aux critères moderne de la représentation des patients

Les associations de secteurs psychiatriques, pourtant tournées vers la déstigmatisation, n'ont pas toujours réussi à pleinement s'approprier cette transformation. Ainsi la chambre régionale des comptes de Normandie a pu pointer l'absence de participation des patients et des tiers au sein de l'association d'un établissement public de santé mentale (EPSM) en dépit de la possibilité ouverte par la loi⁷⁰.

De façon générale, les institutions portent aujourd'hui une attention plus forte à la présence de patients et de tiers au fonctionnement des associations et à la présence d'un projet thérapeutique. Le comité hospitalier du centre hospitalier de Montfavet a par exemple changé de nom pour « *L'Optimist', association pour la réhabilitation psychosociale de patients* » après avoir essuyé un refus de subvention de la part de la direction régionale de la cohésion sociale pour les appartements communautaires, le nom « comité hospitalier » étant trop associé à l'hôpital⁷¹.

Si les associations cherchent à s'ouvrir à la société civile et à mieux inclure les patients dans leur fonctionnement, ce mouvement reste, de l'aveu même des partisans du mouvement associatif, à parfaire. Une étude conduite en 2024 sur les associations des secteurs parisiens révèle que les patients ne sont membres des associations que dans un tiers des cas⁷².

⁶⁹ (Haute Autorité de Santé, 2021)

⁷⁰ (Chambre régionale des comptes Normandie, 2016)

⁷¹ (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2023)

⁷² (Clément Bonnet & Corinne Launay, 2024)

C) La crainte, au sein des associations, d'une exclusion des soignants

Les partisans de la présence soignante au sein des clubs thérapeutiques se défendent de cette critique, revendiquant cette présence par nécessité de préserver la dimension proprement thérapeutique des activités sociales.

Beaucoup font l'effort d'associer le patient à l'ensemble des décisions. Une association du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud a ainsi instauré un binôme patient-soignant pour chacun des postes du bureau.

La complète autogestion de ces associations est un idéal que les partisans des clubs thérapeutiques traditionnels considèrent néanmoins difficilement atteignable. Également, la crainte d'un remplacement du parrainage soignant par le parrainage des familles, via les associations, est exprimée. De façon plus générale, il semble que les associations de secteur psychiatrique ne revendiquent pas une conception moderne de l'autodétermination mais plutôt la possibilité pour le patient de faire partie d'une communauté d'entraide incluant les soignants, communauté support d'une relation thérapeutique qui se poursuit au-delà de son parcours hospitalier.

La poursuite de cet accompagnement dans la vie quotidienne du patient peut elle-même être questionnée. Elle s'appuie néanmoins sur un fondement historique de la psychiatrie post-Seconde Guerre mondiale, celui de l'unité des différents modes de soins psychiatriques.

3.2.2 Associations de secteur et associations d'usagers, des logiques orthogonales

A) La reconnaissance du handicap psychique entérine une logique orthogonale aux principes de la psychothérapie institutionnelle

L'orientation prise à l'issue des journées psychiatriques nationales de 1945 est à l'origine de la verticalisation de la filière psychiatrique qui demeure aujourd'hui « *La psychiatrie, l'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum* »⁷³. Ce principe d'unité se place en opposition à la scission entre les secteurs sanitaire et médico-social qui intervient à partir de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. L'essor législatif de la notion de handicap qui intervient par la loi promulguée le même jour, la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, bouleverse également le monde de l'assistance aux patients psychiatriques.

⁷³ (Philippe Rappard, 1955)

Certains psychiatres de l'époque rejettent ainsi la notion d'handicap psychique comme stigmatisante et chronicisante, alors que celle-ci est revendiquée comme créatrice de droits et nécessaire à une reconnaissance comme citoyen par les associations d'usagers, au-delà du champ des soins. Du côté des secteurs psychiatriques néanmoins, la peur de voir le regard médical exclu de l'accompagnement extra-hospitalier des patients par le transfert vers le secteur social des fonctions portées par les clubs thérapeutiques est notamment aux sources de ces réticences⁷⁴. Le secteur associatif « privé », entendu comme les structures médico-sociales créées à l'initiative des associations de familles, est critiqué comme étant un simple palliatif de la défaillance des pouvoirs publics dont il est réputé avoir adopté les modes de fonctionnement et de gestion, s'éloignant ainsi de la dimension militante des clubs.

B) La tentative de synthèse au sein des groupes d'entraide mutuelle (GEM)

Une alternative est créée par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : les groupes d'entraide mutuelle (GEM), structure qui ne satisfait pas réellement les partisans de la psychothérapie institutionnelle. Leur cahier des charges, prévu par l'arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, encadre leur mode de fonctionnement tout en les excluant de la liste des structures sociales et médico-sociales à proprement parler.

Ils peuvent être soutenus par les collectivités territoriales et les agences régionales de santé (ARS). Leur financement s'élevait à 45,1 M€ au total en 2018 pour les quelques 560 GEM existants ou reconnus sur le territoire en 2021⁷⁵. Tout en conservant la souplesse d'organisation, le statut associatif et la nature libre de la participation (non conditionnée à une reconnaissance officielle du handicap) propres aux associations de secteur, ils se distinguent nettement des associations de secteur psychiatrique par l'accent mis sur l'autodétermination. Si un GEM peut être parrainé par une association, notamment d'usagers ou de familles, l'arrêté exclut explicitement les professionnels de santé des instances dirigeantes.

Combinant la démarche d'entraide propre aux clubs et la revendication à l'autodétermination qui prévaut désormais au sein du secteur médico-social ces groupes constituent une nouvelle voie pour l'insertion par le collectif. Correctement articulés avec les partenaires du territoire dans un respect de leur pleine autonomie, le développement de ces structures est à encourager. L'hôpital peut ainsi motiver les patients experts et les médiateurs de santé pairs exerçant à temps partiel à s'investir en tant qu'animateurs

⁷⁴ (Marie-Odile Supligeau, 2007)

⁷⁵ (CNSA, 2021)

salariés ou bénévoles d'un GEM. Sans appropriation du projet, il n'est pas interdit à la direction de l'hôpital d'appuyer la demande de soutien auprès d'une association, d'une collectivité territoriale ou de l'ARS pour faciliter la constitution de la structure.

3.2.3 La place et l'organisation de la sociothérapie au sein du dispositif psychiatrique est à réinterroger

A) Bien que son bénéfice ne soit pas remis en question, la justification du positionnement de la sociothérapie au sein de la filière psychiatrique est questionnable

Historiquement, la sociothérapie visait notamment à transformer les activités professionnelles exercées à l'intérieur de l'hôpital pour leur conférer une nature thérapeutique, en s'appuyant sur la dimension collective de ces activités. Le club est ainsi le lieu où le patient s'exerce, à petite échelle, aux rapports sociaux qu'il devra entretenir dans la société. Le club s'inscrivait également dans une démarche de restitution aux personnes soignées des revenus issus de leur travail.

La sociothérapie actuelle n'est plus entièrement cette démarche. Son action principale porte sur la réinsertion par la médiation du travail manuel, le développement de la sensorialité et le renforcement des compétences relationnelles grâce aux activités collectives.

Plus généralement, les activités organisées par les clubs et associations de secteurs constituent des lieux d'échanges contribuant au bien-être social et à la qualité de vie des patients. La question qui se pose n'est donc pas celle de leur utilité mais de leur positionnement et de leur fonctionnement. Ainsi, la dimension thérapeutique et la fonction de réinsertion d'une activité ne porte pas simplement sur sa nature (sortie au théâtre, atelier, etc.) mais sur son contexte et l'initiative du patient dans sa réalisation. Une activité thérapeutique à but de réinsertion proposée et accompagnée par des soignants, et réalisée avec d'autres patients a des chances de davantage ressembler à un évènement parmi d'autres au sein du parcours de soin qu'à un réel exercice d'autonomie.

Ainsi si les efforts des soignants pour parvenir à une réelle autonomisation sont sincères, ils risquent d'être entravés par la persistance du cadre hospitalier qu'ils incarnent. Si la réhabilitation psychosociale implique les professionnels soignants dans la démarche de récupération ou d'apprentissage de capacités relationnelles, celle-ci doit s'accompagner d'une démarche de réinsertion qui vise le plus possible à permettre à l'individu de trouver des appuis et de construire des liens sociaux en dehors du cadre hospitalier pour parvenir à l'autonomie⁷⁶.

⁷⁶ (Laura Bon & Nicolas Franck, 2018)

- B) L'organisation de la psychothérapie au sein de l'établissement doit s'inscrire en cohérence avec le projet d'établissement

Cette critique de la conception thérapeutique à la base des associations de secteur psychiatrique, qui peut au demeurant être étendue à certaines structures extra-hospitalières tels que les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, est ancienne et les contre-arguments qui lui sont adressés le sont aussi. Il ne s'agit pas ici de rejouer le débat, déjà maintes fois synthétisé, entre les partisans de telle ou telle école⁷⁷, d'autant plus que des pistes de dépassement des oppositions parfois factices existent et que des écoles différentes peuvent conduire à des pratiques similaires⁷⁸. Néanmoins, et quoi que l'exercice s'avère souvent politiquement difficile, il n'est pas interdit à la directrice ou au directeur d'hôpital de faire valoir son opinion et de soutenir une pratique renouvelée de réinsertion sociale, par exemple en privilégiant la mobilisation de partenaires des secteurs sociaux, médico-sociaux et de la société civile appuyés par des équipes mobiles étoffées. A plus forte raison, le projet d'établissement a précisément vocation à donner une orientation concernant l'organisation des soins. A cet égard, il est intéressant de constater la diversité des organisations et des dispositifs pouvant coexister au sein d'un même établissement, dans des services pratiquant pourtant la même spécialité médicale. La cheffe ou le chef d'établissement peut œuvrer, en accord avec la commission médicale d'établissement et sa présidente ou son président, responsable du projet médical, à une plus grande cohérence des dispositifs de réinsertion. Une démarche volontariste en la matière, dans le respect des attributions de chacun, est souhaitable.

3.3 Réinterroger l'organisation : internaliser ou externaliser ?

Face à des contraintes juridiques importantes, à des questionnements sur leur capacité à permettre un réel exercice de la démocratie sanitaire et à la justification du positionnement certaines activités de psychothérapie et d'appui social au sein du secteur sanitaire, le scénario de la réinternalisation de certaines activités ou à l'inverse, de leur externalisation auprès d'autres organismes est à étudier.

3.3.1 Réinternaliser les conditions d'une réussite

- A) La réinternalisation permet de sécuriser une activité dont l'établissement est juridiquement responsable mais doit préserver la souplesse de fonctionnement du modèle associatif

Quelle que soit la modalité d'organisation ou de délégation d'une activité de soin, l'établissement demeure seul responsable de la sécurité des patients en application de

⁷⁷ (Béatrice Benattar, 2005)

⁷⁸ (Eugénie Cattin, 2017)

l'article L. 6122-3 alinéa 3 du code de la santé publique. La réinternalisation constitue ainsi le moyen le plus simple d'exercer un contrôle complet sur les modalités d'organisation des activités dont il est responsable. Trois points de vigilance s'imposent au décideur qui souhaite réinternaliser. D'abord, un tel mouvement ne doit pas conduire à déposséder les patients de leur capacité à participer aux décisions relatives aux activités thérapeutiques. Ensuite, la vitalité des initiatives soignantes ne doit pas être étouffée par un contrôle bureaucratique de leur activité. Enfin, il doit veiller à organiser les dépenses dans le respect des règles de la commande publique tout en conservant la souplesse nécessaire pour l'organisation de ces activités.

B) La nécessaire vigilance quant à la place des patients en cas de réinternalisation

Si la plupart des rapports d'observation des chambres régionales des comptes mentionnant les associations de secteur psychiatrique admettent leur existence, certaines ont explicitement appelé à la réinternalisation des activités au motif que celles-ci sont inhérentes à l'activité de soin⁷⁹. En effet, si les figures historiques à l'origine du mouvement de la psychothérapie institutionnelle plaident pour une distinction nette avec l'hôpital afin de préserver l'autonomie des patients, la nature thérapeutique des activités réalisées n'a jamais été remise en question. Certains établissements ont ainsi choisi de réinternaliser leurs activités de sociothérapie⁸⁰. L'internalisation de ces activités à l'inverse est pointée par les associations comme présentant un risque d'accroissement d'une bureaucratie qui étoufferait le processus de réhabilitation psychosociale. En effet, l'internalisation retire en principe le pouvoir décisionnel effectif aux membres de l'association.

Néanmoins, des solutions existent pour poursuivre la démarche d'autonomisation des patients au sein du cadre hospitalier, sous réserve de formaliser les modes de participation des patients à l'organisation des activités collectives. Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) se sont organisés pour permettre l'organisation d'activités thérapeutiques en groupe selon des modalités proches de l'ambition des clubs thérapeutiques. Ainsi, les entretiens conduits auprès des associations présentes au sein du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud ont révélé, dans certains cas, l'absence de distinction claire entre les activités portées par l'association et les activités réalisées au sein du CATTP du secteur concerné. L'organisation de réunions soignants-soignés portant sur l'organisation des activités collectives est un moyen de recréer en interne, les échanges collectifs que l'association a vocation à porter.

⁷⁹ (Chambre régionale des comptes Hauts-de-France, 2021), (Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018)

⁸⁰ (Chambre régionale des comptes Occitanie, 2023b)

C) Le respect de l'autonomie des soignants

De la même façon que pour les patients, la réinternalisation des activités thérapeutiques ne doit pas être synonyme d'un accroissement des pesanteurs administratives et d'une remise en question de l'autonomie des services dans l'organisation des activités. Ainsi les dispositifs de délégation de certaines compétences notamment gestionnaires à l'égard des pôles, et la possibilité d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion ouvrent des perspectives intéressantes pour préserver l'autonomie des soignants dans la définition des actions autrefois prises en charge par les associations. Cette voie a notamment été choisie par un centre hospitalier à la suite de recommandations d'une chambre régionale des comptes l'invitant, en l'absence de possibilité de rationaliser ses relations avec les associations, à mettre fin à leur fonctionnement⁸¹.

D) Le respect des règles de la commande publique

Le deuxième point de friction porte sur le respect des règles relatives à la commande publique. Ainsi, les associations ne recourent pas à ce jour aux marchés conclus par les centrales d'achats auquel le groupe hospitalier est adhérent pour l'organisation de voyages ou de sorties thérapeutiques ou encore la réalisation d'acquisition de faibles montants. Ce point est à l'origine de risques juridiques déjà évoqués.

Le déploiement de la carte achat au sein du groupement, déjà généralisé à l'ensemble des services constitue une réponse au besoin de souplesse dans l'organisation des activités thérapeutiques tout en permettant d'assurer le suivi budgétaire et le contrôle des dépenses. Introduite au sein du secteur public à partir de 2004 et aujourd'hui encadrée par le décret n° 2023-209 du 27 mars 2023 relatif à l'exécution de la dépense publique par carte d'achat, ce dispositif permet aux agents habilités de réaliser des achats, dans la limite d'un seuil défini, au moyen de cartes de paiement classiques ; la banque émettrice de la carte assure le paiement, inscrit la dépense sur un relevé d'opérations bancaires transmis à l'émetteur et fait l'objet d'un remboursement périodique par l'ordonnateur, en l'espèce l'établissement. Ce dispositif présente l'avantage d'éviter la multiplication des régies et de limiter la charge administrative associée à la réalisation des dépenses de faibles montant. Utilement, la carte permet par ailleurs d'organiser l'équité des budgets thérapeutiques entre secteurs, équité que remettent en question les subventions données aux associations lorsqu'elles ne font pas l'objet d'un suivi adéquat. Déployé avec succès pour les dépenses de psychothérapie dans d'autres établissements psychiatriques franciliens, un tel dispositif nécessite toutefois un contrôle resserré de son utilisation afin d'éviter les dérives frauduleuses ou l'absence de maîtrise des dépenses⁸².

⁸¹(Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire, 2018)

⁸²(Marion Monerrat, 2016)

3.3.2 Externaliser l'appui social : la nécessité de s'entourer de partenaires

A) La nécessité d'un partenariat rapproché avec les services du conseil départemental pour les secours financiers

Une des activités des associations de secteur porte sur l'appui financier d'urgence pour des situations particulières (rupture de droits, nécessité de transport imprévu). L'une des associations de secteur du groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud exerce cette activité dans le cadre d'une convention passée avec l'établissement. Les assistants sociaux des services, également membres de l'association, instruisent les dossiers et après approbation du dossier par la direction des finances, réalisent des prêts ou plus exceptionnellement des dons aux patients. L'intérêt de disposer d'une organisation permettant l'octroi de secours d'urgence est notamment d'éviter qu'une situation d'urgence sociale puisse être à l'origine d'une réhospitalisation. Les soignants sont parfois les premiers recours des patients faisant face à une difficulté particulière.

Le conventionnement avec le conseil départemental, administration compétente en la matière, pour la mise en place d'une organisation facilitant l'octroi d'aides financières urgentes aux patients du groupement, prévoyant la sanctuarisation d'une partie de l'enveloppe départementale et la mise en place d'un processus d'instruction accélérée pour les patients du groupe hospitalier pourrait constituer une piste intéressante pour assurer la pérennité de cette activité en cas de réinternalisation.

Le service *administration+*, dispositif en cours de développement par l'incubateur *beta.gouv*, appuyé par la direction interministérielle du numérique, constitue une piste intéressante pour accélérer la gestion des situations complexes mêlant problématiques de santé et de précarité. Cette solution gagnerait à être testée au sein du groupe hospitalier.

B) La gestion des appartements thérapeutiques : l'intérêt du recours aux partenaires associatifs extérieurs

Le groupe hospitalier Fondation Vallée Paul Guiraud gère un certain nombre d'appartements de coordination thérapeutique qui constituent l'un des outils à la main des soignants pour mettre en œuvre le processus de réhabilitation psychosociale. La durée de séjour au sein de ces appartements est limitée afin de permettre leur rotation. En parallèle de ce dispositif prévu à l'alinéa 9° de l'article L. 312-1 code de l'action sociale et des familles, le groupe hospitalier a externalisé auprès de la fondation Elan Retrouvé l'activité d'intermédiation locative et de gestion des logements associatifs qui était auparavant assurée par le groupement. D'autres établissements ont fait des choix similaires en confiant cette activité, autrefois opérée par des associations de secteur psychiatrique, à des associations extérieures, davantage professionnalisées. L'ARS d'Île-de-France a par

exemple subventionné un coordinateur de logement inclusif afin de professionnaliser une activité assurée par les associations⁸³.

Si la gestion par les soignants des appartements est le résultat de l'implication précoce de la psychiatrie dans le maintien au sein du logement des patients, le degré d'implication que nécessite la gestion locative risque de fragiliser les organisations qui ne sont pas suffisamment professionnalisées⁸⁴. Ce point plaide pour leur externalisation. Un établissement a par exemple, dans le cadre d'une externalisation d'une activité de gestion des logements antérieurement exercée par une association de secteur, conclu une convention avec une association exploitant une résidence sociale dans des locaux sous bail emphytéotique signé avec l'office public d'habitation à loyers modérés de son département. Un partenariat a également été conclu avec un partenaire associatif gérant une maison des adolescents pour le soutien aux parents des patients pédopsychiatriques.

C) Les fonctions d'appui social doivent être professionnalisées et exercées en partenariat avec les acteurs du territoire.

Mettre en place un appui social professionnalisé, d'une part implique davantage de ressources que ce que peuvent fournir des soignants travaillant à temps plein et d'autre part nécessite de nouer des partenariats étroits avec les acteurs du territoire. Il est d'ailleurs intéressant de constater que les associations se spécialisant dans l'appui social semblent davantage se tourner vers la société civile et s'émanciper des établissements, par exemple en investissant des locaux situés à l'extérieur, que celles qui organisent des activités thérapeutiques⁸⁵.

Les gains de l'externalisation de l'appui social apparaissent ici évidents, sous réserve de constituer des partenariats solides et de collaborer étroitement. Le recours à des partenaires associatifs spécialisés dans ces fonctions par exemple en matière d'insertion professionnelle, peut constituer une opportunité pour améliorer la qualité du service proposé aux patients. Un établissement a par exemple remplacé un dispositif fonctionnant sur la mise à disposition de personnels soignants au profit d'un partenaire associatif par un simple envoi en mission au titre des missions relatives à la psychiatrie de liaison⁸⁶. Le cadre de gouvernance du projet territorial de santé mentale peut servir à l'organisation de ces coopérations.

⁸³ (Clément Bonnet & Corinne Launay, 2024)

⁸⁴ (Martine Barres, 2016)

⁸⁵ (Clément Bonnet & Corinne Launay, 2024)

⁸⁶ (Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire, 2017)

Conclusion

Figures historiques de la transformation de la psychiatrie au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, les associations de secteur ont été le visage d'une humanisation des rapports entre soignants et soignés au sein des hôpitaux psychiatriques. Le succès auprès des pouvoirs publics de la théorie à l'origine de leur apparition a donné lieu à un régime juridique particulièrement atypique, à la gestion particulièrement complexe pour les établissements. De plus, certaines peinent à s'adapter aux nouvelles exigences relatives à la représentation des patients.

Les établissements spécialisés en santé mentale soutiennent pour la plupart leur développement, et elles constituent des partenaires appréciés du soin, œuvrant quotidiennement pour l'autonomisation des patients. Conscientes des limites de leur approche, certaines œuvrent d'ailleurs d'ores et déjà à se transformer pour davantage s'ouvrir vers l'extérieur et mieux représenter les patients. Néanmoins, au-delà des risques juridiques associés à leur fonctionnement particulier, profondément imbriqué avec les services auxquels elles se rattachent, la question de l'organisation optimale des activités qu'elles conduisent doit être posée. Le principe d'unité de la filière psychiatrique ne doit pas conduire à ce que l'hôpital prenne à sa charge des activités qui constituent le cœur de compétence de ses partenaires. Le sens du projet territorial de santé mentale est de rassembler les acteurs du territoire pour permettre la participation de tous à la fluidité des parcours psychiatriques.

Loin de recréer des cloisonnements, un tel travail de coopération doit permettre de mettre en œuvre une réelle démarche de réinsertion, au sein de la cité, en dehors du cadre hospitalier. Cela implique que l'hôpital soit un partenaire fiable et réactif pour les acteurs de la réinsertion et que les freins administratifs soient levés. La remise en question du rôle des associations de secteur ne doit pas conduire à la déliquescence des travaux qu'elles ont entrepris pour favoriser la déstigmatisation de la pathologie mentale et œuvrer au développement des capacités sociales à travers la médiation du collectif. Le projet de soins doit assurer la pérennité de ces démarches, qu'elles soient animées en interne ou par des partenaires extérieurs. Il est maintenant nécessaire d'impulser ces changements.

Bibliographie

- Alain Lopez, Gaëlle Turan-Pelletier. (2017). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. Inspection Générale des Affaires Sociales. https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf
- Antoine Ritti. (1900). *XIIIe CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE - COMPTES-RENDUS - SECTION DE PSYCHIATRIE*. XIIIe CONGRES INTERNATIONAL DE MEDECINE, PARIS.
https://dn790000.ca.archive.org/0/items/BIUSante_90240x08/BIUSante_90240x08.pdf
- Béatrice Benattar. (2005). *Des clubs thérapeutiques aux clubs d'accueil et d'entraide : Essai d'analyse historique et théorique de la place des clubs en psychiatrie*. [Université René Descartes].
[https://www.psychanalyse.com/pdf/ESSAI%20D%20ANALYSE%20HISTORIQUE%20ET%20THEORIQUE%20DE%20LA%20PLACE%20DES%20CLUBS%20EN%20PSYCHIATRIE%20\(97%20pages%20-%20705%20Ko\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/ESSAI%20D%20ANALYSE%20HISTORIQUE%20ET%20THEORIQUE%20DE%20LA%20PLACE%20DES%20CLUBS%20EN%20PSYCHIATRIE%20(97%20pages%20-%20705%20Ko).pdf)
- Brigitte De Lard-Huchet. (2024, juin). *Associations en psychiatrie, une atypie juridiques des établissements de santé mentale*. <https://portal.issn.org/resource/ISSN-L/0397-4626>
- Chambre régionale des comptes Hauts-de-France. (2021). *ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE L'AGGLOMÉRATION LILLOISE* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Hauts-de-France.
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-04/HFR202108.pdf>
- Chambre régionale des comptes Normandie. (2016). *ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE (EPSM) DE CAEN* [Rapport d'observations définitives].

Chambre régionale des comptes Normandie.

<https://www.ccomptes.fr/fr/documents/33564>

Chambre régionale des comptes Occitanie. (2023a). *CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DU GERS* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Occitanie. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-12/OCR2023-78.pdf>

Chambre régionale des comptes Occitanie. (2023b). *CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ LÉON-JEAN GRÉGORY DE THUIR* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Occitanie. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-06/OCR2023-29.pdf>

Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire. (2017). *ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ MENTALE DE LA SARTHE* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-12/ROD-2017-241-EPSM-Sarthe.pdf>

Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire. (2018). *Cesame—Centre de santé mentale angevin (Maine-et-Loire)* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/cesame-centre-de-sante-mentale-angevin-maine-et-loire>

Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire. (2019). *CENTRE HOSPITALIER GEORGE DAUMEZON* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Pays-de-la-Loire. <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/48541>

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2018). *CENTRE HOSPITALIER DE MONTPELLIER* [Rapport d'observations définitives]. Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/PAR2018-1581.pdf>

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2020). *CENTRE HOSPITALIER BUECH-DURANCE* [Rapport d'observations définitives]. Chambre

régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/PAR2020-1141.pdf>

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2023). *CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE MONTFAVET* [Rapport d'observations définitives].

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/PAR2020-296.pdf>

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2025). *CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE-LES-BAINS* [Rapport d'observations définitives].

Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-01/PAR2024-1045.pdf>

Charles Loiseau. (1871, décembre 18). *Eloge à Jean Pierre Falret*. Société médico-psychoogique.

https://ia600604.us.archive.org/4/items/BIUSante_90945x30x08/BIUSante_90945x30x08.pdf

Clément Bonnet & Corinne Launay. (2024). Actualités des associations des secteurs psychiatriques parisiens. *L'information psychiatrique*, Volume 100(2), 119-125. Cairn.info. <https://doi.org/10.1684/ipe.2024.2686>

CNSA. (2021). *Bilan d'activité des groupes d'entraide mutuelle (GEM)*. CNSA. https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2024-04/PUB-bilan_gem_2021_vf.pdf

Comité pour le développement industriel et agricole du Choletais – CODIAC: Audience sur N°88224 sur Section, Conseil d'Etat (1990).

Commission européenne / Dôvera zdravotná poisťovňa a.s., République slovaque, Union zdravotná poisťovňa a.s.: Audience sur 2020/C 271/03 sur Grande chambre, Cour de justice de l'Union Européenne (2020). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:62018CA0262>

Commune de Boulogne Billancourt: Audience sur N° 281796 sur 7ème et 2ème sous-sections réunies, Conseil d'Etat (2007).

Commune de Fellerries: Audience sur N° S-2024-1311 sur Chambre du contentieux, Cour des Comptes Affaire n°12 (2024). <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-10/20241010-arret-S2024-1311-Commune-Fellerries.pdf>

Commune de Nice: Audience sur N° 09MA00119, Cour administratif d'appel de Marseille
(2011).

Conclusion de M. Frédéric SALVAGE sur l'arrêt commune de Nice, cour administrative d'appel de Marseille du 10 mars 2011, Cour administrative d'appel de Marseille
(2011).

Conclusions de M. Mathieu LE COQ, Rapporteur public sur la décision du 17 février 2023 M. Bandosz Mme Paulmier-Dupuy: Audience sur N°s 460846 et 460850 sur 1 ère et 4ème chambres réunies, Conseil d'Etat Séance du 25 janvier 2023 (2023).

Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889. (1889). Congrès international d'assistance tenu du 28 juillet au 4 août 1889, Paris.
<https://archive.org/details/congrsinternati00wormgoog/page/n7/mode/2up>

Décision constitutionnelle - Loi autorisant le Gouvernement à prendre diverses mesures d'ordre économique et social: Audience sur n° 86-207, Conseil Constitutionnel
(1986).

Direction des affaires juridiques du ministère de l'Economie. (2019). *Fiche « Contrats entre entités du secteur public »*.
https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/daj/marches_publics/conseil_acheteurs/fiches-techniques/champs-application/contrats-entre-entites-secteur-public-2019-2.pdf?v=1580282644

Eugénie Cattin. (2017). D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *Médecine humaine et pathologie*.
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01878976>

Gardet, M., & Tétard, F. (2002). *La psychiatrie « associative » en mouvement* [Report, Société Croix-Marine]. <https://univ-paris8.hal.science/hal-02965582>

Haute Autorité de Santé, H. A. S. (2021). *Manuel et référentiel de la certification des établissements pour la qualité des soins* [Guide méthodologique]. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3219174/fr/manuel-et-referentiel-de-la-certification-des-etablissements-pour-la-qualite-des-soins

Inauguration des bustes de Baillarger et de Falret à l'hospice de la Salpêtrière. (1894).

Extrait des Annales médico psychologiques Septembre-Octobre 1894.

<https://ia800202.us.archive.org/23/items/b30589332/b30589332.pdf>

Jean-Marie Aubry. (1988). La théorie des institutions “transparentes” en droit administratif (CE 11 mai 1987, Divier c. Association pour l'information municipale). *Revue du droit public et de la science politique en France et à l'étranger*, 265.

Laura Bon & Nicolas Franck. (2018). Réhabilitation psychosociale : Outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN, Volume 16(1)*, 7-16. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>

Lion Murard, François Fourquet, Lucien Bonnafé ; Georges Daumézon, Philippe Paumelle, Jean Oury, Philippe Rappart, Paul Sivadon, Horace Torrubia, François Tosquelles. (1975). *Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ?* (Recherches).

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations (Loi No. n° 2000-321). (2000). <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000215117/2020-10-15/>

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, sous-amendements no 2494 et no 2476, Assemblée Nationale, Code de la santé publique (2016). <https://www.assemblee-nationale.fr/14/cr/2014-2015/20150204.asp>

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Amendement n° 378 rectifié ter, Sénat SEANCE DU 6 FEVRIER 2002, Code de la Santé Publique (2002). <https://www.senat.fr/seances/s200202/s20020206/sc20020206014.html>

Marie-Odile Supligeau. (2007). Clubs thérapeutiques et « groupes d'entraide mutuelle » : Héritage ou rupture ? *VST - Vie sociale et traitements*, n° 95(3), 54-63. Cairn.info. <https://doi.org/10.3917/vst.095.0054>

Marion Monterrat. (2016). *La carte achat, un outil de modernisation de la fonction achat ? L'Exemple de Ville Evrard.* <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/aah/monterrat.pdf>

- Martine Barres. (2016). *L'action de la psychiatrie pour l'accès et le maintien dans le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques en IDF*. Agence Régionale de Santé d'Île-de-France.
- Ministre de la Santé publique et de la population. (1958). *CIRCULAIRE DU 4 FEVRIER 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques (non parue au Journal officiel)* [Circulaire].
<http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/libre/1958.htm>
- Philippe Rappard. (1955). *Les clubs psychothérapiques, étude médico-juridique*. NAKALA - <https://nakala.fr> (Huma-Num - CNRS). <https://doi.org/10.34847/NKL.F4BF3083>
- Philippe Versapuech. (2004). Histoires de la guérison psychiatrique I. L'assistance aux aliénés sortis guéris de l'asile (1840-1900). *Chimères*, 54(1), 137-152.
<https://doi.org/10.3406/chime.2004.1357>
- Société Avenance enseignement et santé: Audience sur n°298641*, Conseil d'Etat (2009).
<https://conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2009-06-05/298641>
- Société pour le patronage des libérés. (1878). *Compte rendu de l'année 1878*. Archives de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire.
<https://data.decalog.net/enap1/Liens/fonds/F9C120.pdf>
- Statuts de la société pour le patronage des libérés*. (1875). Archive de l'Ecole Nationale d'Administration Pénitentiaire.
<https://data.decalog.net/enap1/Liens/fonds/F9C120.PDF>

Liste des annexes

Annexe 1 : Résultats anonymisés de l'enquête destinée aux associations de secteur psychiatrique

Annexe 2 : Résultats anonymisés de l'enquête destinée aux services de direction des établissements accueillant des associations de secteur

Annexe 3 : Tableau d'analyse des rapports des chambres régionales et territoriales des comptes

[illegible]

10	Interne-vous simples d'un ou de plusieurs secteurs hospitaliers (techniques)	Agents de qualité	Quelles activités interne-vous en oeuvre (autres que le poste habituel) ?	Précisez si vous le souhaitez, les autres activités que vous effectuez en cours ou au sein de votre établissement	Ponts - Préférer si vous le souhaitez, les autres activités que vous mettez en oeuvre au sein de votre projet (techniques)	Intégrer-vous des professionnels hospitaliers au sein de l'établissement ?	Quelle est le mode d'intégration des professionnels hospitaliers ?	Quels sont les profils des professionnels ?	Si vous le souhaitez, précisez le rôle de ces professionnels (en particulier les équivalents temps plein)	Si vous le souhaitez, précisez l'effectif de professionnels (en particulier les équivalents temps plein)	Chargé ou présent sur le terrain ?	Recevez-vous des visiteurs ?	Quelle part représentez-vous dans votre établissement ?	Recevez-vous des visiteurs ?	Précisez, si vous le souhaitez, les personnes hospitalières, les personnes extérieures, les personnes associées	Avez-vous signé une charte de préférence les éléments à privilégier à l'égard d'un collaborateur externe ?	L'articulation avec l'établissement	Quel appétition finale vous de la qualité de relations avec l'établissement	
1	Non	Adultes, enfants et adolescents								0	0	Oui	Montre	Oui		Oui	Oui	Oui à une période inférieure	
2	Oui exclusivement ou 2 quasi exclusivement	Adultes	Socio-thérapie, activités culturelles, séjours, activités thérapeutiques non professionnelles de soins	VENTE DE PRODUITS DIVERS POUR FINANCER les soins	Bureau (président, trésorier, directeur conseil d'administration, directeur exécutif) Membres	Mise à disposition à l'établissement	Secrétaires, agents sociaux, infirmiers, socio-éducateurs, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, etc.) Professionnels paramédicaux (infirmiers, psychologues, etc.) Adjointes/Autres :	1 ETP demandé	0	Oui	Montre	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui à une période inférieure		
3	Oui exclusivement ou 3 quasi exclusivement	Adultes	Appui à l'accès au logement, formation des professionnels, recherche, autre	Bureau (président, trésorier, directeur conseil d'administration, directeur exécutif) Membres	Mise à disposition à l'établissement	Secrétaires, agents sociaux, infirmiers, socio-éducateurs, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, etc.) Professionnels paramédicaux (infirmiers, psychologues, etc.) Adjointes/Autres :	1 ETP demandé	0	Oui	Montre	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui à une période inférieure			
4	Oui exclusivement ou 4 quasi exclusivement	Adultes	Prêts, secours financiers ou matériels, formation des professionnels de soins, recherche, autre	Bureau (président, trésorier, directeur conseil d'administration, directeur exécutif) Membres	Mise à disposition à l'établissement	Secrétaires, agents sociaux, infirmiers, socio-éducateurs, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, etc.) Professionnels paramédicaux (infirmiers, psychologues, etc.) Adjointes/Autres :	1 ETP demandé	0	Oui	Montre	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui à une période inférieure				
5	Oui exclusivement ou 5 quasi exclusivement	Adultes	Activités thérapeutiques conduites par des professionnels de soins, activités culturelles, séjours, activités thérapeutiques non professionnelles de soins, recherche, autre	Bureau (président, trésorier, directeur conseil d'administration, directeur exécutif) Membres	Mise à disposition à l'établissement	Secrétaires, agents sociaux, infirmiers, socio-éducateurs, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, etc.) Professionnels paramédicaux (infirmiers, psychologues, etc.) Adjointes/Autres :	1 ETP demandé	0	Oui	Montre	Oui	Oui	Oui	Oui à une période inférieure					
6	Oui exclusivement ou 6 quasi exclusivement	Adultes	Activités thérapeutiques conduites par des professionnels de soins, activités culturelles, séjours, activités thérapeutiques non professionnelles de soins, recherche, autre	Bureau (président, trésorier, directeur conseil d'administration, directeur exécutif) Membres	Mise à disposition à l'établissement	Secrétaires, agents sociaux, infirmiers, socio-éducateurs, assistants sociaux, éducateurs spécialisés, etc.) Professionnels paramédicaux (infirmiers, psychologues, etc.) Adjointes/Autres :	1 ETP demandé	0	Oui	Montre	Oui	Oui	Oui	Oui à une période inférieure					
7																			

[illegible]

BEFFA-GORSE	MARC	Novembre 2025
ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2024-2025		
Associations de secteur psychiatrique : de la maîtrise des risques à la transformation des pratiques		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
Résumé : Les associations de secteur psychiatrique font partie du paysage courant des établissements spécialisés en santé mentale ou disposant d'une activité de psychiatrie de secteur. Ce vocable recouvre une variété d'organisations et d'activités différentes qui répondent, pour la quasi-totalité aux critères suivants : elles regroupent les soignants et les patients ou anciens patients d'un secteur psychiatrique et organisent des activités à vocation thérapeutique ou du soutien social. Leur histoire accompagne et s'entrecroise avec celle de la psychiatrie publique et leur essor s'appuie sur les mêmes principes que ceux qui fondent l'organisation actuelle du secteur. Néanmoins, ces structures constituent une atypie juridique. Exerçant leur mission au sein même de l'établissement et pourtant indépendantes, la régularité de leur fonctionnement demeure une question irrésolue et les juridictions financières comme les décideurs hospitaliers sont en difficulté pour appréhender ces objets juridiquement insaisissables. Ce mémoire rappelle les raisons historiques à l'origine de cette situation avant de présenter une analyse la plus exhaustive possible de la licéité de ces associations, au regard du droit en vigueur et des observations portées sur ces entités par les juridictions financières. Ayant pour ambition de proposer des solutions pratiques, il présente ensuite les mesures permettant de sécuriser les relations avec l'établissement dans la perspective d'accompagner les directrices et directeurs chargés de superviser la vie associative. Au-delà, il propose une évaluation de leur adéquation aux principes modernes de la démocratie sanitaire et de la réhabilitation psychosociale et présente des pistes d'actions pour les directrices et directeurs qui envisagent de réinterroger leur place au sein de l'hôpital.		
Mots clés : Psychiatrie, associations, contrôle interne, subventions		
<i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i>		