

**UNIVERSITE RENE DESCARTES  
PARIS V**

**Faculté de Médecine Paris V**

Année 2005

N°

**THESE**

pour le

**DOCTORAT EN MEDECINE**

DIPLOME D'ETAT

Spécialité : PSYCHIATRIE

PAR

Béatrice BENATTAR

Née le 28 mai 1976 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le 17 janvier 2005.

**TITRE : Des clubs thérapeutiques aux clubs d'accueil et  
d'entraide : essai d'analyse historique et théorique de la place des  
clubs en psychiatrie.**

Président de Thèse : Monsieur le Professeur Jean-Pierre Olié  
Directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Jean-Charles Pascal

## *Je dédie cette thèse*

A mes parents et à ma soeur, qui m'ont soutenue et encouragée sans relâche depuis le début de ma vie, et dans toutes les étapes de ce travail

A ma grand-mère, qui aurait aimé partager avec moi l'aboutissement de ces études au cours desquelles elle fut à mes côtés

## *Mes remerciements*

Au Docteur Jean-Charles PASCAL, qui m'a dirigée dans ce travail, avec tant de compétences et de bienveillance et auprès de qui j'ai fait mes premiers pas en psychiatrie

Au Professeur Jean-Pierre OLIE, qui me fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse, et aux membres du jury

## *Mon immense gratitude et tout mon respect*

Au Docteur Patrice VAN AMERONGEN qui est à l'origine de ma vocation pour la psychiatrie et qui m'a guidée dans toutes les étapes de ma formation, jusqu'à la rédaction de cette thèse. Son sens de la rigueur et ses qualités morales sont un exemple

## *Ma reconnaissance et mes pensées amicales*

Aux adhérents et à l'équipe du CLUB DES PEUPLIERS, qui m'ont accueillie pendant un an, m'expliquant le fonctionnement du club et me permettant de saisir quelques fondements de la « fonction club »

Aux adhérents et à l'équipe du BOUFFADOU, pour leur accueil chaleureux et convivial

A l'UNAFAM de Bordeaux, à M. LABARDIN et aux adhérents des clubs DELORS, MOZART et GAMBETTA qui m'ont permis de visiter leurs institutions et ont accepté de réfléchir avec moi au concept de club

Au Docteur Jean OURY et à la clinique de La Borde, grâce auxquels les principes historiques de la psychothérapie institutionnelle sont sans cesse élaborés et remis en question, à la mesure de l'évolution du champ psychiatrique

Au Docteur Bernard ODIER et à l'équipe de la polyclinique du XIII<sup>e</sup>, qui m'ont transmis leur connaissance et leur vécu de l'histoire du secteur du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris

Au Docteur Clément BONNET et aux membres du Comité Editorial de la revue *Pratiques en Santé Mentale*, qui m'ont permis de découvrir la richesse de la réflexion et de l'activité de la Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine

Au Docteur Guy BAILLON qui m'a fait partager son enthousiasme pour les clubs et l'évolution de leur place dans le champ de la santé mentale, à travers le prisme de l'histoire de la psychiatrie du XX<sup>e</sup> siècle

Au Docteur Lise MAURER auprès de qui, à l'hôpital de jour de Bondy, j'ai approfondi mes connaissances à la fois théoriques et pratiques des soins au long cours aux patients psychotiques

A Martine DECOURT, qui m'a beaucoup appris par son attentif et généreux travail avec les patients

Au Docteur Frank DROGOUL, qui m'a ouvert les portes des groupes de travail de psychothérapie institutionnelle et qui m'a invitée à participer à l'association culturelle parisienne

Aux Docteurs Jean AYME, Philippe RAPPARD, Hélène CHAIGNEAU, dont les témoignages précieux m'ont aidé à appréhender la portée historique de la psychothérapie institutionnelle, et celle des clubs

### *Mes sentiments affectueux*

A Cécile et Manuel, sans qui je ne serais probablement jamais arrivée au bout de mes études

A Alexandre pour sa patience et son esprit rigoureux qui m'ont aidée à garder confiance, notamment lors des moments difficiles

A Olivier dont l'esprit curieux et créatif a nourri nos échanges tout au long de nos études

A mes amies très chères Laurence, Yaël, Eva, Johanne, Nathalie.

## **Table des matières**

<b>Introduction.....</b>	<b>6</b>
<b>I. Histoire des clubs.....</b>	<b>10</b>
<b>II. Le déclin des clubs.....</b>	<b>23</b>
<b>III. Une nouvelle approche : l'aide au handicap psychique.....</b>	<b>31</b>
<b>IV. Clubs ou structures approchantes à l'étranger.....</b>	<b>44</b>
<b>V. Etat des lieux des clubs en France aujourd'hui.....</b>	<b>49</b>
5.1. Club des Peupliers.....	56
5.2. Clubs UNAFAM de Bordeaux.....	59
5.3. Club du Bouffadou.....	62
5.4. Club de La Borde.....	63
<b>VI. La fonction thérapeutique des clubs en question.....</b>	<b>67</b>
1.1. Les clubs intra-hospitaliers.....	67
1.2. Les clubs extra-hospitaliers contemporains...	69
<b>VII. Discussion.....</b>	<b>77</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>88</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>91</b>

## **Introduction**

Entreprendre un travail de thèse de psychiatrie sur les clubs peut paraître anachronique à notre époque, où la psychiatrie évolue sur un versant de plus en plus scientifique et biologique.

Les clubs ont connu leur heure de gloire dans les années 1950 à 1970. Créés, en France, pendant la seconde guerre mondiale, en 1942 à Saint Alban, ils sont nés dans un contexte particulier. Patients et soignants se sont associés pour survivre à des conditions de vie très précaires dans les asiles. Ces structures ont permis de découvrir des capacités insoupçonnées de créativité, d'humanité et de prise de responsabilités chez des patients jusque là maintenus à l'hôpital psychiatrique dans un état de passivité et de chronicité majeures.

Riches de ces expériences pilotes et choqués par les similitudes entre les conditions de vie dans les asiles et un univers concentrationnaire, les psychiatres de l'après guerre ont entrepris, à travers le courant de psychothérapie institutionnelle, un travail d'humanisation des hôpitaux psychiatriques, dont l'un des éléments essentiels était les clubs thérapeutiques.

Patients et soignants se sont regroupés, dans le cadre d'associations loi 1901 (51), pour organiser la vie dans les services, pour réinvestir le produit de leur travail et pour animer des activités et développer la créativité des patients qui devenaient ainsi acteurs de leur vie et de leurs soins.

Les clubs étaient à l'époque surtout des dispositifs intra-hospitaliers, s'adressant à des patients qui vivaient pendant de longues périodes à l'hôpital.

Avec le développement de la politique de secteur, les durées de séjour à l'hôpital ont diminué, les « structures alternatives à l'hospitalisation » se sont développées pour répondre aux nouveaux besoins des patients à domicile, dans la société civile, dans une recherche d'autonomie.

Les clubs ont laissé place aux structures de secteur reconnues comme indispensables : hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques...

Les clubs ont également été remis en question par les autorités de tutelle qui ne reconnaissaient ni leurs compétences gestionnaires, ni leur utilité thérapeutique et qui, probablement, étaient réticentes en raison du caractère marginal du courant qui les a développés, courant très marqué par la psychanalyse et le marxisme.

On pourrait donc penser que les clubs n'ont actuellement un intérêt en psychiatrie, qu'à titre historique, témoins d'un mouvement sociopolitique lié à un contexte historique particulier.

Pourtant, aujourd'hui, les clubs ont été à nouveau découverts dans une toute autre dimension et vont probablement constituer une structure extra-hospitalière nécessaire dans les années à venir, pour faciliter la vie sociale des patients. Ils s'adressent en particulier aux patients réticents à s'engager dans une démarche d'accompagnement trop contraignante, le club dans sa définition demeurant un lieu de liberté, qui nécessite une démarche personnelle.

En effet, les associations de familles et d'usagers, de plus en plus actives et mobilisées, militent pour la réouverture de telles structures pour les patients et anciens patients, structures jugées utiles pour développer le lien social dans la cité, pour lutter contre l'isolement et pour stimuler les prises de responsabilités et les

capacités d'autonomie de personnes qui, après ou entre les périodes de crises, vivent avec un « handicap psychique » (le handicap psychique vient d'être reconnu dans le projet de révision de la loi sur le handicap de 1975 (53), présentée en première lecture à l'Assemblée Nationale en juin 2004) (100). La définition de ce handicap psychique insiste sur l'importance des troubles relationnels et sur les difficultés à l'adaptation sociale.

Les clubs actuels sont à la fois héritiers des premiers clubs thérapeutiques et pourtant, tout à fait différents car proposés, souvent sans vraie référence aux clubs thérapeutiques de l'époque, par les associations de familles et d'usagers dans une optique de socialisation et d'aide à la vie quotidienne.

Ils posent la question essentielle de l'articulation entre le champ sanitaire et le champ social, deux dimensions indissociables et complémentaires, cependant artificiellement scindées dans la réalité pratique.

Aujourd'hui plusieurs intervenants revendiquent le droit de créer et de gérer des clubs : des acteurs sanitaires, des acteurs sociaux et des associations d'usagers et de familles. Les autorités de tutelle responsables du financement et de la supervision sont également concernées.

Un des risques majeurs de cette diversité serait la prise de positions tranchées et opposées risquant de conduire à des conflits stériles et non constructifs, alors que le but ultime de tous ces acteurs, à travers l'idée des clubs, est identique : aider des sujets vulnérables psychologiquement à se réapproprier leur vie dans la cité, à améliorer leur qualité de vie et la richesse de leurs liens sociaux et familiaux.

Ce travail a pour ambition, en reprenant sur le plan historique les origines des clubs et en suivant leur évolution dans l'histoire de la psychiatrie française et internationale, d'aider tous les acteurs à réaliser que leur objectif est le même, et qu'un travail en partenariat permettrait de développer des structures complémentaires, indispensables et non concurrentes, tendant vers un objectif commun.

De plus, l'évolution actuelle de l'organisation des soins et de l'accompagnement dans la cité, impose des initiatives favorisant la complémentarité des pratiques, les échanges en réseau, et toutes les possibilités d'autonomie dans la liberté collective.

## **I. Histoire des clubs**

*« En France, l'histoire des clubs psychothérapeutiques dans les hôpitaux psychiatriques s'inscrit dans le vaste mouvement de psychothérapie collective , de type institutionnel destiné à revaloriser les malades, que les Docteurs Bernard, Bonnafé, Daumazon, Ey, Fouquet, Le Guillant, Sivadon, Tosquelles ont particulièrement prôné ». (77)*

L'histoire des clubs est articulée avec celle de la psychothérapie institutionnelle (P.T.I.). Les clubs en représentent l'essence. Les origines de ce courant se situent en Allemagne avec H. Simon et sa « thérapeutique plus active » ; elle s'inscrivait en réaction à la période de passivité et de pessimisme thérapeutique, qui dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, caractérisa l'ère nosologique de la psychiatrie. En 1929, H. Simon établissait trois principales caractéristiques néfastes de l'asile et des traitements qui y étaient administrés aux patients :

- le préjugé d'irresponsabilité
- l'inactivité
- l'ambiance défavorable

*« Il faut partir de ce principe, disait-il, que l'idée que les aliénés sont irresponsables de leurs actes et de leur état, doit être entièrement et catégoriquement révisée et considérée comme entièrement fausse » (84).*

Il proposait le développement des soins selon 3 axes :

- une plus grande liberté
- la responsabilisation des patients par une thérapeutique plus active

- la maîtrise psychothérapique du milieu, avec l'étude des résistances émanant du personnel et du milieu.

Il voulait « *à la fois soigner l'établissement et le malade (...) auquel il convient de rendre initiative et responsabilités en multipliant les occasions de travail et de créativité* » (84).

Son œuvre a été traduite en français pendant la seconde guerre mondiale, à l'arrivée de Tosquelles à Saint Alban.(84)

Ensuite, les anglo-saxons ont contribué au développement de ces nouvelles méthodes thérapeutiques avec la sociométrie de Moreno (1923-1926) qui a promu les techniques de groupe, analysant l'influence des patterns inconscients sur les patterns conscients régissant le fonctionnement des groupes (58, 59). S'attaquant aux symptômes, ces techniques impliquaient la pratique concomitante de la réintégration sociale au travers d'activités variées, allant de la rééducation professionnelle aux réunions multiples et à la réalisation de clubs sociaux thérapeutiques « à gouvernement autonome organisé », selon la formule de Bierer (1938) (10,11), qui étaient les précurseurs des clubs thérapeutiques de la P.T.I. *Ce « club social thérapeutique » finissait par intégrer l'ergothérapie, la socialthérapie et l'hygiène mentale dans une institution thérapeutique à gouvernement autonome organisé* (78).

On peut également citer dans cette lignée les communautés thérapeutiques de M. Jones en Grande Bretagne. (12, 43)

Ainsi, ce sont les conceptions anglo-américaines qui ont fourni aux auteurs français l'occasion de dépasser la thérapeutique plus active développée par H. Simon.

*« Cette évolution parallèle de l'hygiène mentale et des psychothérapies de groupe, jointe à la nécessité d'utiliser l'hôpital psychiatrique comme instrument thérapeutique actif, a donc abouti à la constitution de ces clubs où les malades groupés autour des médecins organisent eux-mêmes leurs activités collectives dans le but d'une réadaptation sociale, (...) la notion de club a permis d'en engager le principe fondamental qui est l'exercice de l'initiative des malades »* (78).

Pendant la seconde guerre mondiale, l'expérience de Saint Alban a été fondatrice pour le courant de P.T.I. (15). Cet hôpital psychiatrique Lozérien a abrité F. Tosquelles, réfugié fuyant l'Espagne Franquiste et psychiatre militant aux idées novatrices, mais aussi de nombreux résistants, psychiatres et artistes, dont L. Bonnafé, P. Balvet, A. Chaurand, le célèbre poète surréaliste P. Eluard et le philosophe Canghillem. Pendant quelques années, ils se sont réunis au sein d'une association, « la Société du Gévaudan », qui a été un riche moment d'élaboration autour de la question psychiatrique. Devant la nécessité de survie et le mouvement de résistance, les relations au sein de l'hôpital entre les patients et les soignants se sont réorganisées dans un élan commun et ont permis de découvrir des compétences et des qualités relationnelles jusque là oubliées chez les patients internés et « chronicisés » depuis des années. C'est ainsi qu'a été créé le club Paul Balvet, selon un modèle très proche des collectivités anarchistes de la révolution espagnole de 1936, modèle apporté par F. Tosquelles (34). De nombreux psychiatres sont passés dans ce lieu « phare » (J.Oury, F. Fanon...) et c'est dans l'après guerre que se développera avec succès le courant de P.T.I. (formule proposée seulement en 1952 par Daumezon et Koechlin dans un article des Annales de Psychiatrie Portugaises) (26), courant qui s'est constitué devant une

volonté déterminée de réformer la psychiatrie et les lieux de soins. Il s'est développé sous l'influence de deux mouvements révolutionnaires, le marxisme et la pensée freudienne qui ont laissé envisager une meilleure compréhension de la maladie mentale (5).

Plusieurs facteurs étaient réunis après la libération pour impulser des changements radicaux (41) :

- les asiles sont à moitié vides, une grande partie des patients dans les asiles sont morts de faim (le chiffre de 40 000 est retenu en France)

- les français ont subi l'occupation

- de nouvelles thérapeutiques sont apparues (insulinothérapie, sismothérapie.)

- des hypothèses sur les origines de la maladie mentale peuvent être proposées, en partie par certaines approches psychanalytiques

- les psychiatres ont acquis certaines pratiques de groupe

- les relations médecins–personnel soignant sont différentes. C'est à cette époque, en 1949, que G. Le Guillant et G. Daumezon organisent des stages de formation pour les soignants, dans le cadre des C.E.M.E.A (centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active) (31).

De la convergence de tous ces facteurs est donc né un grand mouvement réformateur de la psychiatrie d'après guerre, en fonction des connaissances scientifiques de l'époque : la psychothérapie institutionnelle.

F. Tosquelles résume l'analyse sociologique de l'Hôpital Psychiatrique (H.P.), faite par Daumezon dans l'Evolution Psychiatrique en 1947 (88) : « *l'H.P. est un monde clos, isolant, maudit, autarcique où les échanges sont limités, il s'agit d'un microcosme providence qui tend à subvenir à tous les besoins, (...) s'y créent des divisions en castes rigoureusement étanches liées entre elles par des relations*

*officielles de subordination* ». La P.T.I. se propose de soigner l'établissement, l'hôpital psychiatrique, préalable pour pouvoir soigner les patients. Souvenons nous qu'à l'époque, la coopération avec les familles n'existe pas et que les neuroleptiques ne sont pas encore apparus. P. Rappard analysait en 1955 (78) que *«le cadre traditionnel de l'hôpital psychiatrique s'est avéré peu propre à assurer à lui seul la pratique des psychothérapies collectives qui ont dû s'exercer dans une structure plus globale, plus souple à l'intérieur de l'hôpital : le club des malades* ».

La P.T.I. revendique un bouleversement des relations sociales à l'H.P., avec une transformation complète des rapports hiérarchiques, une attention portée aux compétences et à la parole des sujets-malades : les malades sont responsabilisés en tant que sujets dans leurs soins. Ils le sont aussi dans l'attention à porter à l'ensemble de l'établissement et de ses résidents : *« la tâche, la responsabilité de guérir appartient aux malades, autant qu'aux infirmiers et aux médecins* ». *« En effet, tandis que la notion traditionnelle de l'assistance (...) maintenait les malades mentaux dans un état de dépendance en faisant de leur travail la propriété de l'établissement qui par ailleurs organisait leurs loisirs, l'évolution des psychothérapies collectives posait comme principe fondamental de leur efficacité l'exercice nécessaire de l'initiative personnelle des malades* » (78).

Elle s'appuie, pour permettre de décrire une clinique des activités, sur l'étude de la psychopathologie de la vie quotidienne (27, 28).

Elle emprunte également beaucoup aux outils de la psychothérapie collective ou psychothérapie de groupe, dont le but est ainsi de faire naître des activités de groupe dont la structure asilaire se trouvera entre parenthèses, et selon laquelle la tâche du psychothérapeute, par opposition avec la technique psychanalytique, se

développe dans l'activité réelle et concrète du malade et non dans le monde du fantasme (29). Pour traiter les difficultés liées au transfert, elle a recours à un instrument essentiel : les réunions, qui selon ce courant, sont *«le lieu où le médecin joue son rôle de psychothérapeute (...)»* (76). Cependant, nous verrons plus loin que la place de la psychanalyse, au sein de l'institution, a été développée très différemment par plusieurs groupes, au sein même du mouvement de P.T.I.

Les clubs représentent un outil essentiel au sein de ce mouvement, comme le résume P. Rappard : *«les thérapeutiques de groupe visent à actualiser la sociabilité résiduelle ou latente par l'intervention des relations interindividuelles normales, elles appliquent aujourd'hui dans l'institution-club le principe de lutte contre le préjugé d'irresponsabilité des aliénés, club où les malades sont sans cesse poussés à se concevoir comme sujets actifs.»*(78).

On peut remarquer qu'à la même période, dans le champ de l'éducation, se développe le courant de la pédagogie institutionnelle, très proche dans ses fondements de la P.T.I., proposant une remise en question de la hiérarchie académique et la responsabilisation des élèves dans leur formation et dans l'organisation de la vie sociale dans leur établissement (70). A.S. Neil à Summerhill, F. Deligny et F. Oury ont joué un très grand rôle dans l'élaboration de ce courant, qui a eu une influence sur l'utilisation des méthodes de groupe dans la prise en charge des malades mentaux.

Pour atteindre ses objectifs, la P.T.I. propose d'articuler les techniques d'ambiance avec les techniques psychothérapeutiques.

Le club thérapeutique apparaît à plusieurs titres comme l'une des institutions primordiales et indispensables pour permettre cette articulation:

- il soigne l'ambiance dans l'hôpital, l'environnement et les relations sociales, en organisant les activités de travail, de loisirs et culturelles

- il permet une plus grande souplesse, par opposition à la rigidité structurelle habituelle dans les H.P. de l'époque. Cette souplesse était obtenue par un esprit démocratique et coopératif qui est à la base de son fonctionnement

- il est le fondement de nouveaux rapports entre les sujets vivant à l'H.P., personnel et patients, rapports basés sur la transversalité qui remplace le système pyramidal antérieur.

- il est administrativement indépendant de l'H.P. ; dans le cadre des associations loi 1901 et grâce à la circulaire du 04 février 1958, qui rend aux malades la propriété du produit de leur travail et encourage à « l' intervention d'une association dans l'organisation du travail thérapeutique » (21). On découvrira à travers les clubs que le maniement de l'argent par les malades est un puissant facteur de désaliénation. A l'époque, les soignants fondent des associations, les Comités Hospitaliers, qui constituent « une sorte d'interface entre la vie quotidienne (club thérapeutique, ergothérapie...) et l'administration hospitalière » (63). Ce comité passe une convention avec l'établissement de référence et crée en son sein un club thérapeutique, composé de soignants et de patients. La fédération des Sociétés de la Croix Marine, fondée en 1952, a joué un grand rôle dans le développement et le soutien de ces associations (86).

L'autonomie de gestion procurée par le statut associatif, avec gestion paritaire entre soignants et patients, permet un ajustement permanent des institutions à leur vocation thérapeutique ; en effet un club de malades peut devenir un instrument d'aliénation si n'est pas mis en place un dispositif démocratique qui remet constamment en question son fonctionnement et ses finalités.

On voit bien la place importante que la P.T.I. réserve aux clubs, à travers ce que souligne Tosquelles: « *club comme appareil permettant de faire éclater l'établissement classique et de faciliter qu'il survienne à sa place un ensemble de lieux institutionnels* » (88).

Il est important de préciser ce que les acteurs de la P.T.I. entendent par le terme « institution », le club étant une institution, car il n'a pas le même sens que dans la terminologie anglo-saxonne, où il se confond avec le terme établissement ou hôpital.

J. Chazaud (20) précise que « *les institutions diffèrent de l'établissement, elles ne sont pas chose instituée une fois pour toutes, établies par une loi ou une coutume ; mais elles sont un aménagement de moments d'activités qui n'auront de sens que d'instituer des médiations dans un projet psychothérapique global* ».

Pour Tosquelles, les institutions sont des « *gélifications des spontanités sociales élémentaires* » et « *tout rassemblement de patients à visée de communication sociale peut être considérée comme une institution* » (88). Pour soigner l'asile, il fallait créer de multiples institutions souples et spontanées qui permettent une circulation entre les personnes et entre les lieux.

Selon une lecture psychanalytique, les lieux de rencontre qui sont aussi surfaces projectives, doivent avoir un caractère instable, pour éviter la chronicisation et pour permettre un transfert non rigide (3).

Il est intéressant de noter que la P.T.I. est née avant l'apparition des neuroleptiques, en 1952. S'il est vrai que cette « révolution psychopharmacologique » a engendré un bouleversement radical du paysage de l'H.P., qu'elle a permis la disparition de certains symptômes, ses résultats ne se substituent en aucun cas au travail que propose la P.T.I. En effet, certains

psychiatres avaient bien repéré les limites du traitement psychotrope administré seul, sans travail préalable de désaliénation de l'H.P. P.C. Racamier, cité dans le rapport de 1964 sur la chronicité, établit que « *la chlorpromazine rouvre l'accès interpersonnel à des malades enkystés depuis longtemps dans l'autisme ; et souligne immédiatement que son action se combine nécessairement à l'action psychothérapique et sociothérapique qu'elle facilite* ». (13)

Dans un premier temps, la P.T.I. et les clubs se sont surtout développés au sein de l'établissement psychiatrique car les patients y étaient hospitalisés, souvent depuis plusieurs années, ayant rompu pour la plupart tout contact avec leurs proches. Leur vie et leur entourage se résumaient à l'hôpital, éloigné de la ville (66), et il s'agissait d'abord de rétablir une ambiance et des conditions de travail satisfaisantes dans l'établissement.

La circulaire qui paraîtra en 1960 (22) pour promouvoir l'ouverture vers l'extérieur et le développement du secteur est le résultat du travail important des psychiatres de l'époque et de la coopération efficace avec le ministère (E. Aujaleu et M.R. Mamelet) ; mais elle ne sera vraiment appliquée que plus tard, à partir des années 70.

Parallèlement, à partir des années 60, la P.T.I. va rencontrer des critiques et des scissions qui contribuent à son éclatement et à son affaiblissement.

Certaines critiques viendront de courants qui, selon une vision de la folie comme une « *mécanique du dedans et du dehors* », accuseront la P.T.I. de « *vouloir garder les fous dedans* » et ainsi, d'entretenir la chronicité.

On retrouve là une opposition entre la P.T.I. et la psychiatrie de secteur alors que pour de nombreux tenants de la première, la psychiatrie de secteur pourrait se définir comme « *la condition de possibilité d'exercice de la psychiatrie, tandis*

*que la P.T.I. en est la méthode organisatrice*», « ces deux faces sont profondément intriquées et constituent les deux faces complémentaires d'une seule praxis » (31). Ayant connu ses débuts à l'H.P. (lieu de la psychiatrie), la P.T.I. était vouée, du fait de l'évolution des maladies psychiatriques et des lieux de soins, à s'étendre à l'extra-hospitalier.

J.Ayme propose une image très parlante pour illustrer l'essence du secteur : la continuité . C'est le modèle topologique de la bande de Moebius caractérisée par le fait qu'on peut passer d'une face à l'autre sans franchir le bord. Pour lui cette opposition entre P.T.I. et secteur est un faux problème, mis en avant par certains professionnels qui, « selon une vision manichéenne et avec une naïveté écologique teintée d'antipsychiatrie, considèrent (...) la société comme une bonne mère et l'H.P. comme un lieu maudit ;(...) au lieu de réaliser que la continuité proposée par le secteur induit une nouvelle dialectique du dedans et du dehors » (5).

P. Rappard dans son article de 1955 proposait déjà une articulation entre intra-hospitalier et extra-hospitalier : « la sociabilité du malade devra être ensuite développée et entretenue par la multiplication des contacts sociaux que le club organise dans l'hôpital jusqu'à la sortie du malade. Le club qui déjà pouvait s'ouvrir sur l'extérieur, rejoint alors les organisations d'hygiène mentale et de post-cure. » (78)

Ainsi, certains secteurs réussirent à faire vivre cette continuité de façon efficace et thérapeutique, continuité entre le dedans et le dehors comme continuité entre la P.T.I. et la psychiatrie de secteur (7, 17).

Par exemple, dans le XIII<sup>è</sup> arrondissement de Paris, l'A.S.M.13 (Association Santé Mentale du XIII<sup>è</sup>) qui constitue la première expérience de secteur en France avant la circulaire de 1960, ouvrira quelques temps après le dispensaire et l'atelier

thérapeutique, un club extrahospitalier, le Club des Peupliers ; selon un « *projet de post-cure continue dans un registre apparemment non thérapeutique, pour répondre au problème des loisirs des patients et à celui du soutien après la sortie* » (16). Ce n'est que dans un troisième temps que sera ouvert l'hôpital du secteur, à Soisy sur Seine.

Les clubs extra-hospitaliers sont des outils de soin qui s'approchent des clubs intra-hospitaliers, mais qui comportent des articulations différentes avec leur environnement. Quand les clubs intra-hospitaliers assuraient une remise en circulation et une réanimation de la vie asilaire, par une dialectique des échanges, et à l'aide d'une remise en question du système hiérarchique, les clubs extra-hospitaliers, eux, tissaient les liens avec l'entourage et la cité. Dès les débuts de la P.T.I., on trouvait des clubs extra-hospitaliers, comme celui de l'Elan, qui s'inscrivaient plutôt dans le courant d'hygiène mentale, de prophylaxie et de post-cure (80).

Nous reviendrons plus tard sur cette question fondamentale.

Des scissions internes au courant de P.T.I. vont se dessiner progressivement au cours de l'histoire du mouvement. Elles concernent surtout deux points : la place accordée à la psychanalyse avec le rôle réservé aux infirmiers dans la psychothérapie, et l'appartenance politique.

Selon Tosquelles, la P.T.I. repose sur deux jambes, la jambe politique et la jambe psychanalytique. Les divergences théoriques et pratiques, avec une tendance à privilégier l'une ou l'autre jambe contribuent au développement de différents courants (5).

Nous pouvons rappeler la déclaration du parti communiste qui, en 1949, condamne la psychanalyse comme « idéologie réactionnaire, doctrine mystifiante ». Certains psychiatres, faisant partie des fondateurs de la P.T.I., la signèrent (L.Bonnafé, L. Le Guillant, S. Follin). Ils divergeaient du reste du mouvement de P.T.I., car ils refusaient de se référer aux théories psychanalytiques (ne reconnaissant pas les concepts d'inconscient ni de transfert), et proposaient une action concrète favorisant la réadaptation du sujet dans son milieu. La mort de Staline en 1953 va permettre une atténuation progressive de ces divergences autour de la psychanalyse.

D'autres équipes s'appuient surtout sur la jambe sociale, aménageant un appareil thérapeutique centré sur une visée rééducative et réadaptative . Elles n'ont ni rejet ni méfiance à l'égard de la psychanalyse mais la destinent à la relation duelle. On peut citer dans ce courant P. Sivadon qui a fondé le premier C.T.R.S. (centre de traitement et de réadaptation sociale) à Ville-Evrard en 1948. S'y développeront de multiples clubs éphémères ou permanents, associés au club de post-cure de l'Elan, tous coiffés par une association loi 1901, l'Elan retrouvé (85, 92). De cette école, est issu le mouvement actuel de promotion des structures intermédiaires.

D'autres s'appuient aussi sur la jambe psychanalytique, avec au sein de ce groupe plusieurs mouvements. Les psychanalystes freudiens, parmi lesquels l'école du XIII<sup>e</sup> (R. Diatkine, S. Lebovici) se réfèrent à la cure analytique classique, à travers une relation duelle. Ils n'envisagent donc pas d'extension de l'interprétation psychanalytique à un groupe ou à une institution. P.C. Racamier se montre plus modéré, et affirme qu'on ne peut isoler la psychanalyse de la vie quotidienne (74,75). Mais selon sa conception, les infirmiers doivent s'adresser au moi des malades et ne pas intervenir dans la psychanalyse. En fait, cette école est

restée très attachée aux théories freudiennes de psychologie du moi, et est restée réticente vis-à-vis de l'apport théorique de Lacan dont l'impact fut majeur pour un autre courant analytique de P.T.I., représenté par F.Tosquelles et J.Oury. Ce courant propose une théorisation psychanalytique de l'institution. Ainsi, l'analyse et l'interprétation des « transferts et contre-transferts institutionnels » amènent à la construction des espaces et des lieux thérapeutiques. Ce courant étaye ses élaborations sur les phénomènes de groupe en institution sur plusieurs autres disciplines (phénoménologie, anthropologie structurale, linguistique...). J. Oury crée la clinique de La Borde en 1953. *« Ce lieu a été et est encore le lieu le plus actif dans l'élaboration de la théorico-pratique psychiatrique référée à la P.T.I. »* (31). Les rencontres de Sèvres réunissant des psychiatres animés par une volonté de changement ont lieu en 1957 et 1958. Elles s'interrompent suite à un conflit autour de la question de la place des infirmiers dans la psychothérapie, et les deux tendances décrites plus haut vont développer, chacune dans leur style, une théorico-pratique référée à la fois à la psychanalyse et à l'institution. Il faut remarquer que cette discorde survient après le départ de J. Lacan de la Société Psychanalytique de Paris, en 1953.

## **II. Le déclin des clubs**

Après cette période de mise en place et d'enthousiasme, au cours de laquelle les clubs sont apparus comme un outil essentiel pour la désaliénation des relations sociales au sein de l'établissement psychiatrique et pour la qualité des soins apportés aux patients, on se serait attendu à leur développement rapide. Une prise en compte par les autorités de tutelle et une éventuelle manifestation de satisfaction de l'entourage de la personne malade allait de soi.

Pendant cette période de développement de la P.T.I., lors des années 1960-1980, on trouvait des clubs dans de nombreux services (1, 48), avec souvent une antenne intra-hospitalière et une antenne extra-hospitalière.

L'intérêt de ces institutions était, pour les équipes soignantes, abordé selon deux grands axes, associant soins et assistance, comme l'avait souhaité la ligue d'hygiène mentale (80).

Le premier axe, psychanalytique, élabore l'accession des patients psychotiques à la position de sujet au travers de la prise de responsabilités et la participation à une dialectique d'échanges, la médiation se faisant par l'inscription symbolique de la loi .

Le second axe, social, lutte contre l'aliénation sociale puissante, induite par la structure asilaire et les rapports hiérarchiques qui s'y déploient, et contre un système clos, en ménageant des ouvertures sur l'extérieur.

Parallèlement, les psychiatres en collaboration avec les autorités ministérielles, travaillent sur deux projets de loi qui marqueront les orientations fondamentales de ce siècle dans le champ de la psychiatrie.

En premier lieu, la loi du 30 juin 1975, loi d'orientation en faveur des personnes handicapées, met l'accent sur l'accès au travail pour les handicapés (emplois protégés dans les ateliers protégés et les Centres d'Aide par le Travail- C.A.T.) (53). Elle insiste aussi sur l'importance d'une compensation financière, proposant l'attribution de ressources (allocation adultes handicapés- A.A.H.- et création des Commissions Techniques d'Orientation et de Reclassement Professionnel - C.O.T.O.R.E.P.). Enfin, elle recommande le développement de structures d'hébergement (création des maisons d'accueil spécialisée - M.A.S- et des foyers à double tarification- F.D.T.-). Cette loi autorise un transfert de compétences du secteur social aux collectivités locales, habilitées à ouvrir ce type de structures. Le cadre associatif est le seul à réaliser une passerelle entre le domaine sanitaire et le domaine social.

Il est important de noter que cette loi s'applique à toutes les formes de handicap (moteur, sensoriel, déficience intellectuelle, troubles mentaux...), de façon globale, sans accorder une place spécifique aux difficultés liées aux troubles psychiques dans le champ social et dans la vie quotidienne.

De nombreux psychiatres à l'époque ont vivement critiqué le qualificatif « handicapé » appliqué aux patients psychiatriques, pour la plupart psychotiques, le jugeant inadapté, pénalisant, susceptible d'entraîner une nouvelle forme de chronicité, de stigmatisation, de discrimination. Les psychiatres ont anticipé les difficultés à évaluer et à quantifier ce handicap étant donnée l'absence de critères objectifs et la fluctuation des troubles (6).

La spécificité du « handicap » consécutif aux psychoses mérite une étude approfondie, qui n'a pas été réalisée avec la loi de 1975, loi qui est pourtant toujours utilisée, pour les personnes malades, depuis sa mise en application. La profonde modification à venir, à la suite de la révision de cette loi en cours, doit en principe prendre en compte la réalité quotidienne comme l'élément central pour l'organisation de la vie des personnes et des institutions sanitaires et sociales (100).

Nous pouvons remarquer qu'aucune place n'est accordée dans la loi de 1975 à la promotion de structures d'accompagnement, de soutien, d'accueil dans la cité, qui ne font pas référence au travail.

A travers ce texte, on voit qu'à l'époque, la question centrale de la réadaptation, réhabilitation, resocialisation trouvait sa réponse quasi exclusive dans l'accès au travail. Son fondement pourrait se résumer ainsi : « aménager des conditions pour permettre un travail (plus ou moins protégé) et ainsi accéder à un statut social », ce qui est rarement possible pour les malades psychiques.

L'autre texte légal essentiel est, dans le cadre de la sectorisation, l'arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, qui définit les structures extra-hospitalières nécessaires dans le cadre du secteur. (30) Il reconnaît six structures avec hébergement et six structures sans hébergement.

Parmi celles sans hébergement, on retrouve les centres de consultations (centres médico-psychologiques), les centres d'accueil ouverts 24h/24h, les services d'hospitalisation à domicile, les ateliers thérapeutiques, les hôpitaux de jour et les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (C.A.T.T.P.)

Quelques précisions sur les structures les plus proches des clubs, par l'accès à des activités variées dans un contexte collectif et social, nous permettront d'en saisir la spécificité.

Les hôpitaux de jour ont un caractère très nettement médicalisé avec des possibilités de consultations médicales, de dispensation de médicaments. Ce sont des établissements à prix de journée, qui sont fréquentés sur indication médicale, avec un projet thérapeutique défini.

Les C.A.T.T.P. proposent une participation sur indication de l'équipe soignante. Les soignants (infirmiers, infirmières) sont présents pour animer des activités de groupe et de soutien, permettant de maintenir et favoriser l'insertion dans le tissu social, l'autonomie et les relations interpersonnelles. Cependant, il s'agit d'une formule assez souple, et d'un secteur à l'autre, les C.A.T.T.P. peuvent être organisés très différemment. Ainsi, certaines structures, classées dans la rubrique C.A.T.T.P., sont en fait très proches d'un club.

On remarque immédiatement que dans cet arrêté les clubs ont été « oubliés ».

Pourquoi de telles institutions, qui s'étaient montrées si porteuses d'espoir quelques années plus tôt, n'ont-elles pas trouvé leur place dans la liste des structures extra-hospitalières sans hébergement?

Quelques hypothèses peuvent être proposées.

En premier lieu, le courant de P.T.I. est à cette époque affaibli par des scissions, des discordes internes, et par de vives critiques venant d'autres écoles.

Les critiques les plus souvent avancées portent sur la place qu'elle accordait au travail, avec les questions de salaire ou « ersatz de salaire », le pécule, considéré

par ses détracteurs comme un conditionnement des patients au travail et comme un agent d'exploitation.

La notion de rendement est aussi critiquée. En effet, certains ateliers perdaient de vue leur vocation soignante et devenaient des ateliers de production quantitative, comme certains ateliers de sous-traitance. Dans ces ateliers, échanges et créativité disparaissaient progressivement, en oubliant les fondements du travail thérapeutique, définis par Tosquelles: «*les travaux doivent être chargés de sens, mais pas trop utiles* » (3).

Ensuite, la P.T.I. a été critiquée sur le plan de son approche sociothérapique de groupe, accusée d'oublier l'individu au profit du groupe. De vifs débats parmi les psychanalystes ont eu lieu quant à l'authenticité de la « psychothérapie » institutionnelle dans ce courant : les analystes freudiens insistaient sur le caractère, à part, et qu'il faut préserver, de la relation duelle, et dénonçaient certains développements théoriques dans une conception lacanienne qui voudraient «*ériger l'institution entière en un vaste et mouvant bureau de psychanalyste* » (3).

Le développement de la vie sociale à l'intérieur de l'asile a été qualifié de facteur de chronicisation. Pierre Loo répondait à Lucien Bonnafé dans les Annales Medico psychologiques en 1956: «*la P.T.I. fait le lit d'un parasitisme névrotique, nouvelle forme de chronicisation, car l'atmosphère ouatée, obligatoirement paternaliste (...) est un climat cher à leur infantilisme affectif* ». (56)

Sur le plan médical, certains médecins ont qualifié ce courant de « dirigisme d'inspiration sociocratique », lui reprochant un manque de preuves scientifiques de son efficacité. Dans l'article cité plus haut, P.Loo s'interroge ironiquement: «*je n'ai pas conscience que la sociothérapie, la ludothérapie et la raphiathérapie modifient la proportion de guérisons* ». (56)

Les sociologues, eux, ont dénoncé le leurre de l'adaptation à une structure de soins comme témoin d'une adaptation à la société globale, qualifiant, comme Le Guillant l'avait déjà fait, l'univers hospitalier de « société artificielle » (33). Le Guillant disait, aux journées de Bonneval de 1952, « *l'H.P. n'est ni un village ni une usine et il n'a que faire de singer leurs institutions (...), le malade n'est pas membre de cette fausse communauté imposée, factice, éphémère. Il doit certes participer à des groupes mais à des groupes humains réels auxquels il appartenait et continue d'appartenir : sa famille et ses amis, son village et son pays, son syndicat ou son parti* » (87).

On pourrait résumer les contradictions qui animent la P.T.I. et l'activité «club » et sont la cible des critiques diverses, par la phrase de Dutrenit : « *la P.T.I., à cheval sur la psychanalyse et la sociologie, est un melting pot dans lequel ni le psychanalyste, ni le sociologue ne peuvent se retrouver* ». (35)

Toutes ces critiques ont certes affaibli le courant de P.T.I. mais certains lieux ont su résister, en défendre les principes jusqu'à aujourd'hui. La clinique de La Borde à Cour Cheverny dirigée par Jean Oury en est l'exemple phare (57, 71), mais d'autres établissements privés et certains secteurs psychiatriques parviennent à maintenir des outils essentiels comme les clubs. Ces institutions sont soutenues par une élaboration approfondie, d'inspiration psychanalytique, le plus souvent lacanienne, dans une perspective d'ouverture vers l'extérieur avec des articulations entre les clubs intra et extra-hospitaliers. (32, 49)

Les clubs, en tant qu'associations financées en partie par des fonds publics, ont été jugés sur leur façon de gérer l'argent. Le fait que parmi les gestionnaires se trouvaient des patients psychotiques, occupant souvent des postes à

responsabilités, a probablement contribué à la méfiance des autorités. La Cour des Comptes, après le scandale des détournements de fonds de l'Association pour la Recherche contre le Cancer (A.R.C.), révélé seulement en 1996, a été beaucoup plus rétive à l'égard des associations et les clubs en ont probablement, en partie, fait les frais.

La place primordiale accordée à la réadaptation par le travail, avec la loi de 1975, aura certainement occulté la grande partie des patients qui n'ont pas eu accès au travail. Malgré tout, ces patients ont eux aussi besoin d'un accompagnement dans la vie sociale. Ces obstacles à la réadaptation par le travail ont été de plus majorés par le contexte social général (crise économique et impact du chômage).

La position des clubs est très marginale par rapport au dispositif sanitaire. En effet, il n'y a aucune présence médicale, l'adhésion se fait selon une démarche libre, sans recours à une indication médicale et le travail est surtout axé autour de l'autonomie dans la vie quotidienne. Ainsi, l'absence des clubs du dispositif sanitaire de l'arrêté de Mars 1986 serait peut être liée au caractère trop « social » et pas assez « soignant » de telles structures.

On peut ici rappeler que certains clubs ont pu exister dans le cadre d'associations loi 1901 pour la santé mentale et la psychiatrie, associations dépendantes ou pas de secteurs psychiatriques. C'est là tout le travail de la Fédération des Sociétés Croix Marine (aujourd'hui dénommée Fédération d'Aide à la Santé Mentale) qui depuis cinquante ans développe avec l'outil associatif des actions complémentaires aux soins dans le champ social. (46)

L'originalité même des clubs pourrait expliquer cet « oubli » : structures autogérées ou co-gérées avec les patients, où les habitudes hiérarchiques sont complètement bouleversées, où les patients expérimentent leur autonomie et leur parole de sujet, sans limite imposée de l'extérieur mais à travers un cadre légal qu'ils ont eux-mêmes contribué à établir. Tous ces caractères pourraient représenter une menace, un danger par rapport au système traditionnel, qui se serait alors « défendu » en faisant disparaître les clubs (34). Ces spécificités font également des clubs des structures par nature assez spontanées et éphémères, ce qui rend difficile leur officialisation dans un texte de loi.

Enfin, la tendance politique, très influencée par le marxisme, du courant de P.T.I., ainsi que la place importante que la P.T.I. ménage à la psychanalyse, ne sont certainement pas pour rien dans l'abandon progressif et la marginalisation des outils que ce courant avait créés ou découverts, et parmi ceux là, les clubs.

### **III. Une nouvelle approche : l'aide au handicap psychique**

L'évolution de la psychiatrie française ayant abouti à la situation actuelle est marquée par un souhait qui semble fondamental : réduire au maximum la place de l'hospitalisation à temps plein quand elle n'est pas indispensable.

Cet objectif trouve ses origines dans plusieurs courants qui se rejoignent sur ce point.

La critique a été abordée par les médecins des asiles, après la deuxième guerre mondiale, qui en ont dénoncé l'aspect concentrationnaire. La P.T.I. a largement travaillé à proposer un concept thérapeutique où l'hôpital devenait un lieu de soins (66).

Ensuite, la psychiatrie de secteur a veillé à établir les soins en fonction des ressources de l'environnement et de l'entourage en tentant de diminuer l'hospitalo-centrisme et en déployant un panel de structures de soins extra-hospitalières, complémentaires de l'hospitalisation et permettant de diversifier une offre de soins de mieux en mieux adaptée à chaque personne malade et au plus proche de son domicile.

C'est surtout à l'étranger, dans les pays anglo-saxons, que le mouvement de désinstitutionnalisation a pris son essor. Ce mouvement a été très puissant dans les années 70-80 aux Etats-Unis et en Grande Bretagne. Il prônait l'évacuation complète des structures hospitalières, idéologie fondée sur une condamnation de l'hôpital comme étant responsable de la chronicisation des sujets psychotiques et de leur maintien dans un état de dépendance.

Oubliant complètement la vocation première de l'hôpital comme un refuge, un lieu de protection et de mise à distance, les tenants de ce courant n'en voyaient

plus que les aspects négatifs et concluaient donc à la nécessité de sa fermeture (82).

Le courant antipsychiatrique, particulièrement important en Italie et en Angleterre, a développé une critique sociologique de la psychiatrie et du traitement des psychotiques. Pour les antipsychiatres, c'est la société, par son organisation et ses règles de fonctionnement, qui rend les gens « fous ». (9,25) Il faut que les patients puissent rester dans la société, et y trouver leur autonomie, et c'est à la société d'évoluer et de changer afin de les accueillir. Ce courant a lui aussi contribué à vider en partie les hôpitaux psychiatriques (73).

En France, ces deux mouvements ont eu une influence modeste mais qui, associée à la politique de secteur, a limité la place de l'H.P. dans les trajectoires de soins, place qui est réservée au traitement spécifique de la crise. De ce fait, on a assisté à la disparition, pour une grande partie, du travail de réanimation et d'humanisation de la vie intra-hospitalière qui avait été l'œuvre de la P.T.I. (entre autres à travers les clubs thérapeutiques).

L'amplification du mouvement d'abandon de l'H.P. s'est réalisée par la conjonction des éléments idéologiques cités précédemment et d'impératifs économiques et budgétaires. En effet, les séjours hospitaliers, souvent très prolongés à l'époque, s'avèrent beaucoup plus onéreux que les prises en charge à temps partiel.

Enfin, la prise en compte de la psychogenèse des troubles, de l'impact de l'entourage, de la famille, a permis d'associer ces derniers aux traitements. Le principe de l'isolement curatif du début du siècle a laissé la place à un travail avec les familles, à la création de nouveaux liens. Dans cet esprit, les services très

éloignés des lieux de vie ont été relocalisés dans les villes, près des familles. Les grands complexes hospitaliers ont été remplacés par des établissements plus petits, à taille humaine, et par des services sectorisés dans les hôpitaux généraux (66).

Pour toutes ces raisons, le paysage psychiatrique français a progressivement changé durant ces vingt dernières années, aboutissant à une réduction drastique du nombre de lits hospitaliers associée à une réduction significative des durées de séjour. L'ouverture parallèle prévue de structures d'accompagnement, à l'extérieur, s'est révélée jusqu'à aujourd'hui très largement insuffisante.

Toute cette évolution a conduit à une modification radicale de la situation et de la prise en charge au long cours des patients psychotiques. Ils doivent assurer leur nouvelle intégration dans la cité et au sein de leur entourage familial, souvent non préparé et épuisé par la longueur de l'évolution de la maladie. Ils découvrent (ou redécouvrent) ainsi, de nouveaux besoins.

En effet, la rupture de la relation de dépendance institutionnelle a permis de révéler les difficultés, liées aux troubles psychotiques, à faire face à la vie quotidienne.

Ces difficultés concernent à des degrés variables :

Les besoins élémentaires : l'hygiène (vestimentaire, alimentaire et corporelle), la gestion du quotidien (la vie à domicile, le ménage, la préparation des menus, des budgets..), les soins somatiques.

La vie relationnelle, allant de la dynamisation sociale et interpersonnelle, à la perception de soi.

Les activités de travail, de loisirs culturels et de détente.

Les psychiatres, réalisant ces difficultés, ont tenté d'y répondre par la promotion de «structures intermédiaires», que l'on peut définir comme se situant entre le dedans et le dehors de l'H.P., assurant une transition. Reverzy propose une définition des «structures intermédiaires» assez large : «*toute création d'un espace communautaire à petite échelle, insérée au maximum dans la vie sociale, et pouvant servir d'intermédiaire dans toutes les situations de rupture d'avec celle-ci*». (82)

Parmi ces structures intermédiaires, on retrouve toutes les structures de soutien à l'autonomie, allant des hôpitaux de jours, hôpitaux de nuit, foyers de post-cure, appartements thérapeutiques, associatifs et autres lieux d'hébergement (64,65).

C'est aussi pour tenter une approche thérapeutique de ces difficultés du quotidien que s'est mis en place le courant de réhabilitation psychosociale ou de réadaptation (47,81).

On distingue des nuances différenciant la réhabilitation, mot hérité de l'anglais et proposant une prise en charge globale selon «*l'enchaînement des actes par lesquels quelqu'un est rétabli dans ses droits et ses capacités, mais aussi pour permettre au sujet de pouvoir se prendre en main lui-même*» (45); de la réadaptation, qui est plus spécifiquement française, fondée sur l'outil-travail, dans la droite lignée de l'ergothérapie, donc associée aux soins (47).

Ces courants utilisent, en général, des méthodes de thérapie comportementale, réalisant des programmes d'apprentissage d'habiletés sociales dans une optique «rééducative».

Ils utilisent une grille de lecture calquée sur la classification de Wood et maintenant sur la C.I.F. (Classification Internationale du Fonctionnement et du

handicap) (23) ; qui définit les handicaps en degrés progressifs (déficience, incapacité, désavantage), et qui insiste sur la capacité positive que la personne doit développer plus que sur l'aspect déficitaire. Cette grille se veut quantitative, objective et reproductible pour permettre la définition d'objectifs adaptés à chaque personne.

L'ensemble de ce courant de réhabilitation a une orientation et une approche sociales des soins aux psychotiques.

Malgré le développement des structures « intermédiaires » et du courant de réhabilitation psychosociale, la répartition des structures d'aide et d'accompagnement à la vie quotidienne offerte aux patients psychotiques qui en ont besoin, est très inégale sur l'ensemble du territoire français. Il y a de nos jours un manque évident de ce type de structures, à la fois légères et permanentes (93).

Il semble que la raison majeure de ce manque se situe au niveau d'un clivage entre les missions du secteur sanitaire et les missions du secteur social. Ce clivage a empoisonné la mise en place des structures d'aide et d'accompagnement (43). Il est apparu progressivement au cours de la deuxième moitié du XX<sup>e</sup> siècle. Auparavant la psychiatrie avait à la fois vocation de soins et d'assistance au long cours.

La loi d'orientation sur le handicap du 30 Juin 1975 (53) entérine une répartition des tâches entre le sanitaire pour les soins, et le social pour l'accompagnement des personnes handicapées.

Mais cette séparation avait déjà été établie par la loi portant réforme hospitalière du 31 Décembre 1970 (52). Cette loi spécifiait les fonctions de

l'hôpital reconnu incompétent pour s'occuper du sort des enfants et adultes handicapés, enfants de l'aide sociale à l'enfance et personnes âgées. En effet, à cette époque, l'H.P. gérait de nombreux foyers et hospices qui ne relevaient pas des soins. Cette loi de 1970, reprise par la loi de 1975, jetait ainsi les bases d'un secteur social et médico-social autonome.

Parallèlement, de cette nouvelle répartition des missions découlait une modification des financements attribués, le sanitaire restant financé par la Sécurité Sociale et organisé selon une répartition à peu près équivalente d'une région à l'autre, grâce à la sectorisation. Le social, lui, était financé par le Conseil Général et les Collectivités Locales, et aucune planification opérationnelle n'a été envisagée. Malheureusement, toutes les collectivités départementales et communales ne se sont pas senties concernées. De ce fait, les structures ont été ouvertes souvent à l'initiative d'associations privées, sans coordination ni au niveau de la répartition départementale, ni à l'échelle nationale, et sans directive assurant une homogénéité des projets et des réalisations.

Cependant, cette séparation nette entre champs sanitaire et social a pu être dépassée dans le cadre du milieu associatif, et c'est ce que soutient la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine, comme le souligne C. Bonnet dans son préambule au Livre Blanc des partenaires en Santé Mentale : « *la fédération milite pour le dépassement de ce clivage pour que les sujets construisent leur itinéraire de vie au-delà des cloisonnements budgétaires affectés selon les deux législations* » (91).

Soulignons aussi que nous présentons une moyenne de la situation nationale mais que certaines équipes, de secteurs ou de cliniques privées, sont toujours parvenues à assurer une prise en charge globale, dans le champ des soins comme dans celui de l'accompagnement.

Globalement, c'est le manque qui frappe lorsqu'on regarde le paysage des offres en matière d'accueil et d'accompagnement pour les sujets fragilisés par un trouble psychotique et vivant hors de l'hôpital. La conséquence est un profond isolement de ces patients, vivant seuls ou dans leurs familles. Ce manque vécu par les patients et leur entourage, est à l'origine d'une grande souffrance, bouleversant des familles, mal préparées à être le seul soutien de leur proche malade.

De nombreuses familles se regroupent, depuis 1963, à l'UNAFAM (Union Nationale des Familles de Malades), pour défendre leurs droits et ceux des patients, pour proposer un soutien aux familles et pour promouvoir la création de structures. Cette association d'« usagers-familles » a aujourd'hui de plus en plus d'importance dans les lieux où se prennent les décisions en matière de santé mentale. Elle est représentée au ministère de la Santé et de la Protection Sociale, dans les conseils d'administration des établissements hospitaliers, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) et les C.O.T.O.R.E.P..

Dans le même mouvement, de plus en plus en vogue en France, de participation des usagers aux décisions les concernant, la FNAP Psy (Fédération Nationale des Associations d'(ex) Patients Psy) a été créée plus récemment, en 1993. Elle fédère de nombreuses associations d'usagers et représente la voix des « usagers-patients » (95).

La FNAP Psy et l'UNAFAM accordent une place centrale au soutien pour l'ouverture de structures d'accueil et d'accompagnement, objectif qu'elles élèvent au rang de priorité et d'urgence (89).

Récemment, un riche travail de collaboration entre les associations d'« usagers-patients » et d'« usagers-familles », les acteurs du champ sanitaire, et les élus, a été entrepris et soutient un vaste mouvement d'innovation en Santé Mentale.

Cette collaboration a donné lieu à l'écriture du « Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France », paru en juin 2001 (91) ; ce livre blanc marque un grand tournant dans l'histoire de l'action sociale auprès des patients psychotiques et dans l'organisation des articulations entre sanitaire et social.

Les partenaires de ce réseau Santé Mentale France sont pluridisciplinaires avec :

- Les associations d'usagers (patients et familles)
- Les associations de soignants (Fédération Croix marine, présidents de CME, syndicats de psychiatres...)
- Les associations de responsables du social dans la cité (élus, services sociaux, éducateurs, magistrats...)

Les grandes idées soutenues dans ce texte peuvent se résumer en trois points :

1. Besoin de faire exister la population de patients souffrant de troubles psychiques ; existence qui est officialisée en proposant un nom : population des «handicapés psychiques ».

On voit tout de suite réapparaître les critiques des équipes psychiatriques sur ce qualificatif de « handicapé » appliqué à des patients toujours en soins et toujours en évolution. Nous reviendrons plus tard sur cette discussion fondamentale, mais

on peut dès à présent avancer le commentaire de l'UNAFAM sur le choix de ce terme : « *le handicap psychique doit être accepté non comme une stigmatisation définitive mais comme créateur de droits expressément et utilement prévus par des textes, pendant une durée déterminée* ». Ce document définit le handicap psychique dans son originalité par rapport aux autres formes de handicap et notamment au handicap mental. Ainsi, dans le handicap psychique :

- les capacités intellectuelles restent vives
- les soins sont très importants
- il y a une grande variabilité des manifestations de la maladie
- les sujets ne demandent rien (importance du déni) et il faut gérer cette « non demande », concept qui gagnerait à être élaboré de façon plus précise.

2. Besoin de reconnaître la situation d'isolement dans laquelle vivent souvent ces sujets dans la cité, isolement lié à de graves troubles des capacités relationnelles non compensés par un accueil dans la société encore trop frileuse. Les auteurs appellent à reconstruire du lien et à offrir aux sujets un minimum de lien social.

3. Nécessité de développer le partenariat entre tous les acteurs, à travers la diffusion des conseils de secteur associant les représentants des « usagers-patients », les représentants des « usagers-familles », les soignants, les responsables de la vie dans la cité.

La conclusion du texte du Livre Blanc est consacrée aux clubs : clubs pour « *maintenir un lien social, lieu de référence à caractère permanent* » ; il faut

*«officialiser l'intérêt de ces actions qui, pour des personnes non averties, pourraient paraître dérisoires mais qui, en réalité, sont essentielles car elles permettent de rompre l'isolement exceptionnel que provoquent les maladies psychiques»* (91). Selon ce modèle, les clubs seraient en relation avec tous les intervenants (secteur, foyer, appartement, famille, travail...) et ils permettraient l'accueil et l'orientation des personnes vers les services disponibles, si cela est nécessaire. Le club serait ainsi au carrefour entre les soins et la vie quotidienne dans ses différentes dimensions.

Le lien entre un patient et le club s'établit sans contrainte autre que contractuelle, le passage en C.O.T.O.R.E.P. n'est pas nécessaire, du moins au début. Les activités proposées s'orientent plus vers le maintien d'un lien social que vers celui d'une activité (par opposition avec l'activité professionnelle souvent difficile, voire illusoire chez ces personnes). Les activités les plus fréquentes sont les activités culturelles, sportives et de la vie sociale. Enfin, les clubs sont spécifiquement adaptés pour gérer les situations dans la durée, avec souplesse et possibilité d'adaptation.

Dans la même dynamique de partenariat, les associations d'usagers sont parvenues à sensibiliser les élus locaux et les pouvoirs publics sur les difficultés liées à la vie quotidienne chez les patients souffrant de troubles psychiques. Après le congrès de l'UNAFAM de Juin 2000, sera mise en place une mission parlementaire sur le handicap psychique, mission qui aboutira en Mars 2002 au rapport Charzat, intitulé : « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches » (19).

Ce rapport reprend l'histoire du mouvement récent qui a conduit de la psychiatrie à la Santé Mentale, avec :

- le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France

- les nouveautés politiques en faveur des personnes handicapées : la loi rénovant l'action sociale et médicosociale du 2 Janvier 2002 (54), la réforme de la loi de 1975 en faveur des personnes handicapées (sur lesquelles nous reviendrons plus en détail)

- l'évolution de la politique en Santé Mentale avec le Rapport Piel et Roelandt de Juin 2001, « De la psychiatrie vers la Santé Mentale », qui développe la notion de réseau et insiste sur le rôle à donner aux usagers et aux élus locaux. (69)

- la loi relative aux droits des malades du 4 Mars 2002. (55) Cette loi encourage le partenariat associatif, comme le faisait la circulaire de 1958.

Le rapport Charzat définit ensuite le handicap psychique, reprenant ce qui avait été développé dans le Livre Blanc. Il reprend l'idée de Chapireau sur la conception actuelle de l'aide aux handicapés : « *l'action a cessé de porter sur la solidarité et sur l'action publique et s'est déplacée vers les droits de la personne et vers l'action de groupes militants* » (18). Il demande une loi pour ouvrir les droits à compensation du handicap. Les caractéristiques retenues pour le handicap psychique sont les suivantes :

- stigmatisation

- souffrance et non demande

- fragilité

- isolement

- variabilité et imprévisibilité

- durabilité et évolutivité.

La place accordée aux clubs est là encore centrale ; clubs comme « *moyen simple et efficace de lutter contre l'isolement des personnes et de veiller sur elles* », comme « *lieux conviviaux et d'activités collectives* » (19).

Enfin, ce rapport établit que le « *secteur psychiatrique ne doit pas être seul pour les activités de réinsertion* », et demande la création de réseaux associant tous les acteurs du sanitaire et du social avec une décentralisation vers les départements et les communes, « *pour une action de proximité qui laisse toute sa place de citoyen à la personne handicapée* » (19).

Le récent rapport d'étape du plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, élaboré par J.C. Pascal, V. Kovess et P. Clery-Melin (24), propose le développement de programmes d'aide et d'accompagnement destinés aux personnes handicapées psychiques, parmi lesquels les clubs et prévoit de demander à l'UNAFAM sa contribution à un document sur la fonction et l'organisation des clubs.

Au niveau législatif, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 sera actualisée en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, au niveau de l'action sociale et médico-sociale, le dépassement du clivage entre le sanitaire et le social s'opère à travers les décrets de 1996 (60) qui permettent aux établissements hospitaliers d'ouvrir des établissements sociaux. Le décroisement est encouragé par la loi du 2 Janvier 2002 (54) de rénovation de l'action sociale et médico-sociale qui offre par l'un de ses articles (312-7) une véritable boîte à outils pour lancer des passerelles (possibilité de créer des groupes de coopération entre structures et des conventions).

Ensuite, la rénovation de la loi en faveur des handicapés à proprement parler est actuellement en cours. M.A. Montchamp, Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, a présenté, le 1er Juin 2004, à l'Assemblée Nationale son projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. (100). Ce projet affirme la reconnaissance de tous les handicaps, avec une nouvelle définition spécifique du handicap psychique et cognitif.

Grâce à un travail de collaboration avec tous les partenaires du Livre Blanc, dans cette loi à paraître, un décret est prévu, concernant la promotion et la diffusion des clubs dans tout le territoire.

Dans son discours au congrès de l'UNAFAM du 18 Juin 2004, M.A. Montchamp soutient les clubs comme « *structures souples et ouvertes, s'ancrant grâce à l'implication des élus locaux, dans le tissu social de proximité ; parce qu'ils permettent un partenariat des professionnels et des familles, parce qu'ils reposent sur un décloisonnement du sanitaire et du social* » (100).

## IV. Clubs ou structures approchantes à l'étranger

La première fois qu'a été utilisé le terme club en psychiatrie semble se situer en Angleterre avec les « clubs sociaux thérapeutiques » de J. Bierer (10). L'idée, née en 1938, qu'il a développée, était celle d'une thérapie sociale grâce aux clubs. Ces clubs étaient répandus en Grande Bretagne dans les années 1940-1950, leurs principes de fonctionnement étaient basés sur la sociométrie de Moreno et sur les théories d'H. Simon, que nous avons présentées dans la première partie (58,84). Cependant, il semble que cette structure ait été rapidement abandonnée en Grande Bretagne.

Un des facteurs qui complique le recueil des informations sur les clubs dans les autres pays tient au manque de spécificité du terme club lui-même.

En effet, l'histoire du terme club nous informe sur « *la diversité des réalités que recouvre ce vocable* » (61). Son emploi remonte au XVIII<sup>e</sup>. siècle, en Grande Bretagne. C'est un mot qui a d'abord désigné une « extrémité noueuse, une masse, un agrégat », pour ensuite s'étendre à l'action d'agréger, de regrouper, puis à la notion de regroupement, d'association. Il a été utilisé en France au XVIII<sup>e</sup>. siècle pour signifier « réunions consacrées à des entretiens philosophiques et politiques ». Ainsi, pendant la révolution Française, le célèbre Club des Jacobins et d'autres clubs moins connus ont été à l'origine des plus grandes journées révolutionnaires. On trouve d'ailleurs peut-être ici une des raisons du choix du terme club par les fondateurs du courant de P.T.I. qui se définissaient comme des acteurs de la « révolution psychiatrique ».

Plus tard, ce terme a correspondu à des « cercles privés où l'on était coopté par des parrains et par des élections, et où l'on devait obéir à certains usages ».

Aujourd'hui, le mot club désigne « toute association groupant des membres ayant des activités collectives, des intérêts communs (sport, jeux...) ».

Ce bref panorama historique de la définition du mot club montre bien comment il peut être employé pour désigner tout groupe, pouvant fonctionner de manière variée et avoir des objectifs très différents.

Ainsi, en recherchant les clubs ou les structures approchantes qui existent à l'étranger, on trouve à la fois des structures qui fonctionnent comme un club tel que nous les avons décrits mais qui sont nommées différemment, et des structures appelées clubs mais qui sont assez éloignées des clubs français.

Nous devons avant tout souligner que ces structures ont un développement encore très timide, très réduit par rapport à l'ensemble de l'appareil de soins psychiatriques. En règle générale, ces institutions font plutôt partie du champ social et sont développées dans la sphère associative. Les associations de familles jouent un rôle important dans leur promotion.

On ne retrouve dans aucun pays un développement du concept « club » équivalent à celui qui a été élaboré par le courant de P.T.I., développement à la fois psychiatrique, psychanalytique, social et politique avec une articulation entre les clubs intra et extra-hospitaliers.

Nous avons recherché, dans une série d'articles de *l'Information Psychiatrique* sur la psychiatrie européenne, les différentes structures qui peuvent correspondre à nos clubs.

Au premier plan, dans la plupart des pays d'Europe, une place de plus en plus importante est occupée par les associations d'usagers (« usagers-familles » surtout), qui militent activement pour le déploiement de structures d'hébergement, d'accueil, de travail et de loisirs adaptées aux difficultés spécifiques de la

population des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces structures sont encore peu nombreuses partout en Europe.

Nous pouvons ici souligner l'exception italienne. En effet, sous l'influence majeure du courant antipsychiatrique, la loi 180 (1978) a entraîné la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques, mais parallèlement un réel effort d'accueil des patients dans la cité a été réalisé, malheureusement très inégalement d'une région à l'autre. Les coopératives italiennes sont une formule développée (on en comptait 2000 en 1994). Elles permettent une intégration authentique, par l'intermédiaire du travail, dans la communauté (19).

En Espagne, on retrouve parmi les structures médico-sociales des structures appelées « clubs de loisirs » ouvertes aux personnes handicapées psychiques (42).

En Autriche, il existe pour les patients et leurs proches des « groupes d'entraide » et des « Sociétés d'aide psycho-sociale ». La plus grande de ces Sociétés s'appelle Pro Mente Osterreich, son travail est de favoriser l'insertion professionnelle ainsi que la réalisation structurée de loisirs communs (40).

En Suisse, les « groupes d'entraide » sont des associations de personnes souffrant de troubles psychiques et de leurs familles, qui ont été créées pour défendre les droits des patients au sein de la société et encourager le développement de nouvelles techniques de soins (68). Il s'agit donc plutôt d'associations d'usagers à vocation militante et représentative. On ne retrouve pas en Suisse de structure qui se rapproche des clubs. G. Langlois présente (97) une formule d'accompagnement social qui se met en place en Suisse, à un degré encore très modeste (6 accompagnants seulement). Le service d'accompagnement du Relais propose un accompagnement personnalisé par un bénévole (l'accompagnant) qui soutient une personne souffrant de troubles psychiques

(l'accompagné) dans une relation amicale, à l'aide d'activités sociales et de loisirs. L'accent est plutôt mis dans cette formule sur le compagnonnage et pas du tout sur la dynamique de groupe ni sur les possibilités d'entraide et de solidarité entre personnes malades.

Un autre modèle de clubs développé à travers le monde (300 clubs) est celui des « Clubhouse ». Le premier est le Club *Fontain house* créé à New York en 1948, à partir de l'initiative spontanée de patients organisant un groupe d'entraide et de soutien (99). Le club développe un modèle social de réinsertion des malades mentaux en opposition radicale avec le modèle médical de l'époque. Il influencera de façon significative l'élaboration des grands principes de réhabilitation psychosociale. A partir des années 1970, ce modèle centré autour de l'idée d'un club géré par les membres eux-mêmes en partenariat avec des professionnels va se disséminer à travers les Etats-Unis, puis dans les années 1980 à travers le monde. Ce concept a été à l'origine de la création en 1993 de *l'International Center for Clubhouse development*, à New York. Ce modèle de Clubhouse s'articule autour du concept de club et de la valeur travail. L'idée originale du club est que tous les membres du groupe doivent contribuer à son fonctionnement, c'est-à-dire doivent travailler au club. Les membres peuvent se faire aider d'une équipe de professionnels. Le travail est la valeur centrale des clubhouse, ce qui marque la différence essentielle avec nos clubs. En effet, le fonctionnement du club lui-même est organisé en modules appelés « unités de travail », co-gérées par des membres et des professionnels : on trouve une unité accueil, secrétariat, comptabilité... Les missions de ces clubs sont plus larges que les missions des clubs en France. Outre l'organisation des loisirs et le soutien des membres, les clubhouse proposent des aides au logement, des programmes d'éducation et des

opportunités de réinsertion par l'emploi. Ainsi, l'une des originalités du modèle clubhouse est leur programme « emplois de transition ». Le club prend contrat avec des entreprises et administrations de sa localité, et des emplois rémunérés, dont le niveau de difficulté est adapté, sont proposés aux membres du club pour une durée déterminée. Le contrat signé entre le club et les entreprises stipule que le travail doit être effectué. Ainsi, si la personne employée rencontre un problème (rechute...), elle peut être remplacée par un autre membre ou par un professionnel du club. Les clubs qu'espèrent développer les associations d'utilisateurs (FNAP Psy) se calquent sur ce modèle, qui existe aussi en Angleterre (36,39).

Nous pouvons enfin citer certaines associations locales à l'étranger, qui ont ouvert des clubs d'accueil, d'accompagnement et de loisirs, destinés aux personnes souffrant de troubles psychiques. On trouve ce type de clubs sociaux par exemple en Irlande, fondés par l'association M.H.I. (Mental Health Ireland) (96) ou aux Etats-Unis, notamment dans le Maine, fondés par l'association M.o.C.o. (98).

## V. Etat des lieux des clubs en France aujourd'hui

Nous avons montré comment le développement des clubs s'est déployé à travers l'histoire de la psychiatrie du XX<sup>e</sup> Siècle, en France et dans une moindre mesure à l'étranger.

Initialement, les tenants de la P.T.I. ont eu recours, selon l'expression de J. Oury, à cet « opérateur collectif » qu'est le club thérapeutique, pour réformer la vie dans les H.P. (62) Il s'agissait alors essentiellement de clubs intra-hospitaliers. Les clubs constituaient une « *vraie société avec ses lois et son histoire, faisant le contre-poids au caractère oppressif de la structure hospitalière* » (4).

Ensuite, est survenue à partir de 1960, la politique de secteur avec la volonté d'ouverture sur l'extérieur, sur la cité, et la volonté de réintégration des patients dans leur environnement naturel, dans leurs familles, voire dans le monde du travail. Certains secteurs ont été en mesure de conserver cet outil-club parmi les structures extra-hospitalières, comme le Club des Peupliers dans le XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris, ou dans le cadre un peu différent des clubs de post-cure comme le club de l'Elan (85, 92). Il est important de noter ici que cette distinction entre club intra et extra-hospitalier n'est pas aussi tranchée dans les faits. En effet, d'autres secteurs, encore très attachés aux principes de la P.T.I., ont voulu garder à la fois un club dans le service hospitalier qui s'articule avec un ou plusieurs clubs extra-hospitaliers dans une perspective de continuité. Nous pouvons citer parmi eux les secteurs de Landerneau ou d'Angers (32,49).

Nous devons également saluer ici le dynamisme de certaines cliniques psychiatriques privées institutionnelles, comme les cliniques de La Borde ou de Chailles, où les clubs occupent une place essentielle dans la vie de l'établissement.

A l'exception de ces quelques lieux, les clubs thérapeutiques ont disparu du champ psychiatrique.

Pourtant, aujourd'hui, on parle à nouveau des clubs. Ils ne sont plus appelés « clubs thérapeutiques » et ne sont plus implantés dans les services, ni même en lien organique primaire avec le secteur psychiatrique. On les nomme « clubs d'entraide mutuelle », « clubs d'accueil et d'entraide », ou « clubs de loisirs spécialisés ». Ils s'adressent à des personnes fragilisées par une maladie psychiatrique, « handicapés psychiques », personnes vivant dans un grand isolement, majoré par une tendance spontanée à l'inactivité. Ce sont souvent des personnes malades qui ne demandent rien, qui ne veulent rien et qui se déclarent non malades. Cependant, elles viennent au club pour voir, parfois à la demande d'un autre malade, et renouent ainsi des liens sociaux.

Ce sont les associations d' « usagers-familles » (UNAFAM ) et d' « usagers-patients » (fédérées à la FNAP Psy) qui oeuvrent et militent pour que de tels clubs se mettent en place.

Nous essaierons, dans un premier temps, de présenter le fonctionnement-type d'un club, selon des principes et des outils communs quelle qu'en soit la nature, intra ou extra-hospitalier, thérapeutique ou social.

Ensuite, nous analyserons, à travers des exemples précis, quelles sont les spécificités de chaque type de club.

Les grands principes fondateurs sont communs à tous les clubs et font leur originalité, par rapport aux autres structures de soutien psychiatriques.

Le premier principe est la liberté, liberté d'adhérer ou non, liberté de participer ou non aux activités proposées, liberté de venir juste pour être ensemble. On ne

vient pas au club sur prescription médicale, c'est l'assistante sociale, l'infirmier, un ami, une association, la famille, ...qui peuvent conseiller d'aller au club. Le passage par la C.O.T.O.R.E.P. n'est pas obligatoire. On est libre de venir voir et de partir, ou bien de devenir membre, en payant sa cotisation, voire même de prendre des responsabilités, chacun à son rythme. D'ailleurs, le reflet de cette liberté de participation est le décalage très fréquent entre un grand nombre d'adhérents et un nombre plus restreint de participants présents régulièrement aux réunions.

L'adhésion est à ce moment là une action librement consentie, qui engage le désir de la personne. Cette liberté offre également l'occasion à l'adhérent d'évoluer dans son mode de fréquentation du club, d'une nécessité initiale de plaquer au cadre vers un assouplissement progressif (37). Cette liberté favorise l'implication personnelle et minimise les effets intrusifs et persécutifs de l'obligation. C'est peut être une des raisons qui explique la fréquentation régulière du club par des patients qui ne demandent rien et qui sont souvent dans le déni de la maladie.

Un autre principe fondamental du club est la souplesse de fonctionnement. Il y a un règlement intérieur basé sur le respect de la structure et des autres personnes, mais il n'y a aucune rigidité formelle dans les modalités de participation, ce qui permet de prendre en compte la dynamique à la fois du groupe et des personnes individuellement en respectant la créativité de chacun.

Les textes de l'UNAFAM présentant les clubs de Bordeaux insistent bien sur ce point : « *La diversité des situations et des évolutions multiples qui peuvent avoir pour cadre chaque club, interdisent d'en figer le fonctionnement par des règles stables et précises( ...)* Il est préférable, pour tous ceux qui sont concernés par la vie des clubs, (...) d'utiliser dans leurs relations avec les adhérents la médiation

*du règlement intérieur de chaque club, révisable avec les adhérents en fonction des évolutions (...) » (90). Le Club des Peupliers, quant à lui, propose «un cadre institutionnel stable et clairement établi, dont le sens est connu et respecté par tous, à l'intérieur duquel tout peut être discuté ».(37)*

Un troisième grand principe des clubs se décline autour de l'autonomie : autonomie du club par rapport aux tutelles, qui permet aux patients d'accéder eux-mêmes à une autonomie, au sein du club, puis étendue au champ plus général de leur vie quotidienne. En effet, dès les débuts des clubs, le statut associatif leur procurait une indépendance par rapport à l'établissement hospitalier et aux autorités gestionnaires. Il fallait créer des sociétés qui s'inscrivaient à l'intérieur d'un établissement mais qui dépendaient d'un autre organisme : les comités hospitaliers. (63)

Cette autonomie se situe à plusieurs niveaux :

-autonomie financière et gestionnaire relative : en général, les fonds viennent de subventions diverses en fonction de leur secteur de rattachement (secteur psychiatrique, associations privées, Conseil Général...), et des cotisations des membres. Ils sont gérés par une équipe de trésoriers, en général un animateur et un patient, élus, qui répartissent les différents budgets en fonction des besoins dans une relative liberté.

-autonomie dans le choix des activités et leur organisation : les activités sont choisies conjointement par les adhérents et les membres du personnel et elles changent souvent.

-autonomie par rapport au règlement général, puisque le règlement intérieur du club est spécifique et voté par les adhérents eux-mêmes.

- autonomie relative par rapport aux soins : en effet, dans les clubs sociaux mais aussi dans les clubs dépendant d'une structure sanitaire, la position discrète de suppléance qu'occupent les animateurs est très spécifique et démarquée par rapport aux soins (72).

Enfin, à travers le club, lui-même autonome à tous ces niveaux, les adhérents peuvent évoluer vers une plus grande autonomie dans leur vie sociale et personnelle. L'esprit d'initiative qu'ils y développent, et leur engagement dans certaines activités, leur donne des outils pour évoluer dans la société avec le minimum de dépendance possible.

Dans un club, les adhérents sont mobilisés, en tant que sujets, et sont amenés à prendre des responsabilités dans la vie du groupe. Ils participent à la rédaction du règlement, au choix des activités, selon leurs attentes. Ils participent également à l'élaboration du budget, ce qui permet une confrontation signifiante et formatrice des désirs à la réalité.

Pour finir, les objectifs essentiels visés par ces institutions-clubs pourraient se résumer en deux points centraux : développement du lien social à travers un groupe et ouverture sur la cité, sur l'environnement.

Selon ces principes et pour atteindre ces objectifs, on peut décrire quelques outils incontournables et qui ont fait leurs preuves, utilisés dans les clubs, même si le principe même des clubs veut que leurs outils soient toujours revus, recréés, réinventés.

Ainsi, un club fonctionne toujours selon les fondements d'une association loi 1901, avec des statuts et instances précis. Le bureau réunit des adhérents élus par tous les membres et qui occupent les postes de trésorier, secrétaire, vice-président et président. Des animateurs et des membres extérieurs interviennent selon des modalités variées d'un club à l'autre.

La vie du bureau se joue autour des élections des représentants, et autour des réunions régulières des instances que sont le Conseil d'Administration, et l'Assemblée Générale. D'autres réunions sont exceptionnelles, convoquées autour d'un sujet précis.

Les responsabilités du bureau se situent au niveau du choix et de l'organisation des activités, de la gestion du budget (restauration, sorties et voyages), et des situations exceptionnelles de la vie du club.

Les activités proposées peuvent être très variées, et ne sont pas fixées à priori, puisque régulièrement choisies et votées par le bureau. Cependant, certaines activités, qui présentent un intérêt à plusieurs niveaux, sont organisées de façon à peu près constante, dans tous les clubs.

La rédaction d'un journal, de rythme de parution variable, assure la liberté d'expression sur des sujets variés (allant de sujets très personnels, à des considérations générales sur des sujets d'actualité). Le journal permet aussi, par l'inscription du nom de l'auteur associée à l'article, la restitution d'une identité de sujet. Le journal, enfin, permet une ouverture sur l'extérieur, par sa diffusion dans le quartier ou dans les familles.

La plupart des clubs disposent d'un local de réunion, parfois loué, parfois prêté par une association ou un secteur. Le club est en général ouvert plusieurs jours par

semaine et souvent pendant des périodes où les autres structures sont fermées : le soir, le week-end ou les jours fériés.

La vie associative du club s'organise presque toujours autour d'un bar sans alcool, offrant l'occasion de discuter autour d'un verre, situation de rencontre par excellence, très bonne occasion de renouer avec la vie sociale et de rompre l'isolement dont souffrent fréquemment les patients. Le bar fonctionne pendant les heures d'ouverture du club et les adhérents viennent juste pour discuter, être ensemble. Le terme choisi pour désigner ces temps, essentiels, d'accueil sans activité précise est « les amicales ». Le bar est aussi l'enjeu d'échanges matériels : achats, dépenses, circulation d'argent. Le bar est géré par les patients. Cette autogestion leur permet de prendre des responsabilités vis à vis du groupe, et de s'inscrire dans un réseau d'échanges (83).

Très souvent, les clubs organisent des repas qui représentent plusieurs intérêts thérapeutiques ou de soutien pour les patients. D'abord, ils permettent de partager un repas équilibré dans un environnement convivial. Ensuite, chaque étape de la chaîne aboutissant à la confection du repas (menu, budget, évaluation des quantités en fonction du nombre, courses, cuisine, diététique, hygiène, partage) est une occasion de s'entraîner, de faire avec les autres et peut-être d'apprendre pour faire ailleurs qu'au club.

Enfin, les différentes sorties, activités artistiques et culturelles sont à la fois un vecteur de développement personnel avec accession à une dimension créative et une ouverture sur l'extérieur, la ville et les autres associations.

Essayons maintenant de saisir, au-delà de cette apparente harmonie, ce qui différencie les clubs issus de tel ou tel courant. Les différences sont surtout

significatives entre les clubs sanitaires et les clubs sociaux, bien que dans l'avenir, ces différences doivent devenir des complémentarités afin de créer un véritable réseau pour une offre de soins et d'accompagnement modulable.

#### 1. Club extra-hospitalier rattaché à un secteur psychiatrique : exemple du club des Peupliers

Ce club fut créé en 1960, à l'initiative de P. Paumelle dans le cadre de la mise en place du secteur du XIII<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Ce fut la troisième structure créée, après le dispensaire et l'atelier thérapeutique. Deux problèmes étaient à l'origine de sa création : celui des loisirs des patients suivis et celui du soutien des malades après la fin des traitements hospitaliers. Le Club des Peupliers est une association loi 1901 qui a été créée et déclarée à la préfecture de Paris par un groupe de malades et d'anciens malades, en juillet 1960, en référence au décret du 4 Février 1958 (21) avec l'aide de l'association Santé Mentale du XIII<sup>e</sup> (A.S.M.13). Celle-ci prêtait un local, allouait une subvention annuelle et mettait à disposition une conseillère technique. Le club fait donc partie du champ sanitaire. Aujourd'hui, l'équipe est constituée de quatre psychologues travaillant à temps partiel. Il a été décidé au club depuis sa création que le recrutement des animateurs se ferait en dehors des équipes thérapeutiques. En effet, dès 1960, la conseillère technique n'appartenait à aucune autre équipe de soins et on observait la réapparition de comportements pathologiques dès qu'une personne connue ailleurs en tant que soignant intervenait au club. C'est devant ce constat qu'a été décidée la démedicalisation du club.

Actuellement, le financement vient de la cotisation des adhérents (20 euros par an et par personne), d'une subvention du secteur (4000 euros par an), des recettes du bar, et de la participation financière des adhérents pour certaines sorties.

Sur le plan institutionnel, le club est un ensemble où s'inscrivent plusieurs instances de décision et d'organisation, dont le support est constitué par les statuts et le règlement intérieur du club. Les quatre instances essentielles sont : l'Assemblée Générale (réunion annuelle, avec élection des membres du bureau), le Conseil d'Administration (réunion trimestrielle où est établi le programme des activités), les réunions de synthèse hebdomadaires entre les membres de l'équipe et enfin, les réunions avec la directrice du dispensaire. C'est le rapport dialectique entre ces quatre instances qui détermine le fonctionnement du club. La directrice du dispensaire assume la position de responsable administrative du club, tout en permettant à cette structure de fonctionner d'une manière autonome et relativement indépendante.

Le Conseil d'administration du club est composé d'un collège « adhérents » (7 patients), qui constitue le bureau, et d'un collège « extérieur » (7 personnes extérieures dont 2 animateurs présents à titre consultatif). Le conseil se réunit tous les 3 mois, en 2 temps : un pré-conseil où tous les adhérents sont consultés et proposent leurs idées d'activités, et le conseil proprement dit, qui réunit le collège des adhérents et le collège extérieur pour entériner les décisions par un système de vote.

L'adhésion est proposée aux personnes fréquentant le club mais on peut aussi venir au club sans être adhérent. Pour être adhérent, il faut payer une cotisation, qui offre des tarifs réduits pour les activités payantes (repas, sorties...), mais l'adhésion marque aussi un engagement personnel et une participation à la vie du

club. On comptait, en 2000, 50 adhérents et 10 non adhérents avec une file active sur l'année de 97 patients. Tous les adhérents sont ou ont été suivis en psychiatrie, en majorité pour des troubles psychotiques. Le club n'est pas sectorisé (il n'est pas obligatoire d'habiter dans le 13<sup>e</sup> arrondissement pour y participer), et aucune obligation de soins, par ailleurs, n'est exigée. Il n'y a pas de sélection des patients à l'entrée, toute personne souhaitant venir voir, participer ou adhérer peut le faire en fonction de ses attentes et de ses possibilités. La seule obligation est le respect des autres membres et du règlement intérieur.

Le but de l'association selon l'article 2 de ses statuts est l'«entraide matérielle et morale de ses membres, l'organisation de diverses activités culturelles et de loisirs». Le programme d'activités est élaboré collectivement par tous les adhérents tous les 3 mois, il est envoyé à 130 personnes environ (toutes celles qui sont venues une fois au club). Certaines personnes restent en lien avec le club uniquement par ce courrier. Un local est prêté par le dispensaire et partagé avec le C.A.T.T.P., le club est ouvert trois demi-journées par semaine (lundi après midi, mercredi de 17h à 20h, samedi après midi). Certaines activités proposées sont fixes : ateliers journal, peinture (auto-géré depuis que l'animatrice est partie), cuisine (plusieurs repas sont préparés au club chaque mois), bar autogéré, réunions amicales au club et sorties régulières (musée, cinéma, restaurant...). Enfin, toute nouvelle idée d'activité proposée par un adhérent ou un stagiaire peut être étudiée. Ce club est fédéré depuis longtemps à la Fédération Croix Marine et depuis quelques années à la FNAP Psy.

## 2. Clubs sociaux fondés par l'UNAFAM : exemple des clubs de Bordeaux , clubs Mozart, Delors et Gambetta.

Ces clubs, beaucoup plus récents, sont associés à des S.A.V.S. (services d'accompagnement à la vie sociale) dans le cadre de l'association gestionnaire Espoir 33. Cette association, fondée en 1988 par l'UNAFAM avec un soutien local et départemental, a une vocation purement sociale. Elle propose un accompagnement vers la réinsertion, à des patients suivis en psychiatrie. Ses principes fondateurs sont :

- Restaurer et soutenir la position de sujet des personnes handicapées psychiques et leurs capacités à gérer de façon autonome et responsable leur vie quotidienne.
- Ecouter les désirs, les souhaits des personnes accompagnées
- Aider à la mise en projet de ces attentes en confrontation avec les possibilités qu'offre la réalité de leurs capacités et de leur environnement socio-économique.
- Reconnaître leur fragilité et s'assurer du suivi spécialisé qui se situe ailleurs, dans le domaine de l'intimité de chacun.

Les difficultés essentielles repérées par Espoir 33 sont : la fragilité des patients, leur isolement et leur inactivité.

Ainsi, les services d'accompagnement à la vie sociale (S.A.V.S.), prévus dans la loi du 2 Janvier 2002 (54), assurent une aide à l'autonomie et à l'insertion sociale dans la vie quotidienne, pour des patients psychiatriques stabilisés en situation de handicap social. Ils établissent un contrat d'accompagnement, autour d'objectifs concernant le logement, les courses, l'alimentation, le budget... Les animateurs de ces structures sont des acteurs sociaux, et leur démarquage par rapport à la psychiatrie est, selon eux, un facteur de succès de leur action.

A côté des S.A.V.S. et dans le même esprit de différenciation par rapport aux soins, ont été créés les clubs de loisirs spécialisés. Leurs trois objectifs centraux sont : entretenir le lien social par les loisirs et les activités en commun, inciter à une forte participation des adhérents dans la gestion, respecter une fréquentation et une participation selon le désir de chacun.

L'équipe d'animateurs est constituée, pour deux clubs sur trois, à la fois de travailleurs sociaux et d'infirmiers psychiatriques. Le troisième club, Mozart, qui est le premier à avoir été créé, est animé exclusivement par des travailleurs sociaux.

Le financement est assuré par les cotisations des membres, une subvention de l'association Espoir 33 et une subvention du Conseil Général. Les clubs ne sont pas déclarés en leur nom propre comme des associations, mais ils fonctionnent selon le modèle associatif et ils sont hébergés par l'association Espoir 33, déclarée association loi 1901. Plusieurs instances assurent le fonctionnement des clubs. Le conseil de la vie sociale se réunit une fois par an, il regroupe des usagers (le président et le vice-président sont des usagers élus), des membres du personnel et des administrateurs de l'association gestionnaire Espoir 33. Il a une mission consultative, en ce qui concerne les orientations de la structure. Le conseil des adhérents, composé des adhérents, de l'équipe et de quelques administrateurs de l'association gestionnaire se réunit une fois par mois, pour faire un bilan des activités réalisées et du budget. La réunion des adhérents a lieu toutes les semaines, entre adhérents et animateurs de chaque club. Y sont décidés le choix et la programmation des activités. On compte également une réunion de coordination hebdomadaire de l'équipe et une réunion mensuelle du comité technique composé du président d'Espoir 33, de deux conseillers techniques, des travailleurs sociaux,

d'un médecin chef de secteur et d'un cadre infirmier. Il décide des admissions et des exclusions. Chacun des trois clubs compte environ quarante à cinquante adhérents.

La procédure d'adhésion est très codifiée et vise à susciter un véritable engagement personnel. On effectue d'abord une pré-inscription. La condition pour y prétendre est de fournir une attestation de suivi psychiatrique, avec les coordonnées du référent soignant. Aucune orientation C.O.T.O.R.E.P. n'est exigée, mais il faut que les personnes aient le statut « handicapé », reconnu par la C.O.T.O.R.E.P, et qu'elles n'aient pas d'activité professionnelle. Ensuite, le candidat est visiteur pendant un mois, puis s'il maintient sa candidature et que le comité technique donne un avis favorable, il devient postulant pendant deux mois. Le candidat doit alors soumettre au comité technique une lettre de candidature. Il peut être admis comme membre actif, avec un contrat de rencontres hebdomadaires. Il s'engage à donner de ses nouvelles à un rythme régulier. Dans un second temps, s'il se sent plus à l'aise et qu'il aspire à une contrainte moindre, il peut devenir membre associé. Il vient alors selon sa convenance. Les trois clubs sont ouverts tous les jours (sauf le lundi pour Mozart et Delors) même le week-end, et sont ouverts plusieurs soirs par semaine. Des rencontres sont régulièrement organisées entre les trois clubs, autour d'un thème (une fête, un tournoi de jeux de société...), ce qui permet une articulation entre les structures et une ouverture vers d'autres groupes.

### 3. Club associé à un C.A.T.T.P. : le Bouffadou.

Fondé en 2002, le Club du Bouffadou est un club rattaché au champ sanitaire. Il est né d'une volonté d'innovation commune de l'équipe d'un C.A.T.T.P. parisien et de ses patients. Les patients voulaient créer un lieu qui soit moins marqué par les soins psychiatriques que le C.A.T.T.P. et qui soit plus ouvert sur la cité. C'est ce à quoi tente de répondre le Bouffadou, terme qui désigne « le bâton creux dans lequel on souffle pour ranimer le feu ». Ce club est considéré par l'administration de l'hôpital du secteur ( Maison Blanche), comme une activité du C.A.T.T.P., les six infirmiers qui l'animent sont les infirmiers du C.A.T.T.P. On compte également une psychologue et un psychiatre à temps partiel.

L'Amicale du Bouffadou est une association loi 1901 créée pour permettre au club de fonctionner de manière autonome. Tous les patients et les soignants qui le désirent peuvent être adhérents. La cotisation s'élève à 20 euros par an. En tant qu'adhérents, les patients peuvent être élus lors de l'Assemblée Générale annuelle à tous les postes à responsabilité, au même titre que les soignants.

L'administration de l'hôpital a participé à l'ouverture du club en achetant un local dans Paris, mais elle ne donne aucune subvention régulière pour son fonctionnement. Le Bouffadou réussit à mener ses activités avec, comme seuls moyens financiers, les cotisations des membres et les recettes du bar sans alcool géré par les patients.

Le Bouffadou est ouvert tous les après-midi sauf le week-end, il compte 120 adhérents. Certaines activités ont lieu régulièrement, comme le chant, les arts graphiques ou le yoga. Les animateurs de ces ateliers sont souvent des artistes bénévoles. Une fois par mois, le Bouffadou organise une soirée à thème, qui est

l'occasion d'inviter des spécialistes, mais aussi l'entourage ou les amis. Le choix des activités et des thèmes pour les soirées se fait collégialement entre patients et soignants, lors des « Commissions du Bouffadou » qui ont lieu tous les quinze jours.

Le Bouffadou est un espace passerelle vers l'extérieur. Un des moyens qu'il utilise est le partenariat associatif. En effet, son statut associatif lui permet de s'inscrire à des tarifs privilégiés et de participer aux activités organisées par d'autres associations (les jardins ouvriers, le théâtre de l'Odéon...). Le Bouffadou est affilié à la Fédération Croix Marine.

#### 4. Club intra-hospitalier : le club de La Borde.

La clinique de La Borde, à Cour Cheverny fut fondée en 1953 par son Directeur J. Oury . Elle accueille depuis plus de cinquante ans des patients, les « pensionnaires », pour la plupart psychotiques, pour des séjours en général prolongés.

Les soins qu'elle propose sont tous basés sur les principes de la thérapie institutionnelle. Ainsi, dès l'ouverture de la clinique, la notion de club y a été élaborée et instituée.

J. Oury insiste sur l'idée que « *le club est partout* », il le conçoit plus comme une fonction diffuse, la « fonction club », que comme une structure de soins localisée. Cette « fonction club » travaille la dimension de gestion collective de l'établissement tant du point de vue économique, que politique ou thérapeutique. Elle traverse les différentes structures de l'établissement en créant des passerelles.

Sur le plan pratique, la clinique est divisée en quatre secteurs, où les pensionnaires vivent, et le club établit un lien entre tous les secteurs, permettant l'organisation de la vie quotidienne.

Le Secrétariat du Club (pensionnaires et moniteurs élus ou nommés) se réunit dans un local, « la Serre », où il assure une permanence quotidienne. Il met à jour la grille hebdomadaire d'activités, qui sert à faire la feuille de jour (programme de la journée, édité chaque jour). Il s'occupe aussi de la rédaction, de l'impression et de la distribution du journal hebdomadaire « les nouvelles labordiennes », dans lequel tout le monde peut écrire. Il gère la comptabilité du bar et des différents ateliers.

Une fois par semaine a lieu la « journée club » : le matin, le secrétariat se réunit pour discuter et proposer des ordres du jour (thèmes de discussion pour la réunion générale du club). Ensuite, les moniteurs se retrouvent pour échanger autour de sujets variés. Enfin, la réunion générale du club qui regroupe tous les pensionnaires se déroule l'après-midi. C'est au cours de cette réunion que sont discutés les ordres du jour, qui peuvent concerner n'importe quel aspect de la vie quotidienne (ateliers, organisation des responsabilités, incident institutionnel ...). Le vendredi a lieu la réunion d'accueil, dite également Assemblée Générale, on y parle des événements de la semaine écoulée, des projets, des départs, des arrivées, des problèmes... Sont présents des personnes du secrétariat du club, du comité hospitalier, les pensionnaires, les moniteurs, J. Oury et les autres médecins. C'est lors de cette réunion, qu'est renouvelé le Secrétariat du club, à une fréquence variable. Les Assemblées Générales sont un espace permanent d'analyse et de questionnement de l'institution.

Le club permet que tout le monde ait droit à la parole. Il constitue en quelque sorte la « vertèbre » de la clinique, tout est décidé et discuté dans son cadre.

Toute personne vivant ou travaillant à La Borde est, de fait, membre du club. Les 80 patients suivis à la clinique en Hôpital de jour sont également membres du club.

Le club de la Borde est une association de type loi 1901 qui dépend du Comité Hospitalier, lui-même association loi 1901 affiliée à la Fédération de la Croix Marine, et constitué de membres du personnel et de pensionnaires, élus ou désignés en Assemblée générale. Il permet de légaliser l'existence du club et de lui garantir son autonomie par rapport à la clinique. Il est le seul habilité à recevoir les subventions. Les relations entre le Comité Hospitalier et la clinique font l'objet d'une convention : la clinique met à la disposition du Comité Hospitalier des espaces, des locaux, des membres du personnel pour les permanences du club ainsi qu'une subvention mensuelle. Le Comité redistribue cette subvention entre le club et une caisse de solidarité, institution paritaire à laquelle peuvent s'adresser les pensionnaires en cas de grande difficulté financière. La gestion du Club est autonome, complètement distincte de celle de la clinique pour les décisions et la répartition du budget.

En plus de la subvention mensuelle attribuée par la clinique via le Comité Hospitalier, le club dispose de revenus que lui procurent la vente des produits des ateliers, le bénéfice de certaines activités (bar, poulailler...) et les cotisations de ses adhérents.

Le club permet d'enrichir et de dynamiser la vie dans la clinique. Dans son cadre, les pensionnaires participent aux tâches quotidiennes : ménage, vaisselle, service de table, transport des pensionnaires et des visiteurs (chauffés), standard, accueil des nouveaux arrivants, aide à la lingerie, à la cuisine, à la pharmacie. Ils assurent le fonctionnement du bar, de la boutique et la vente du tabac. Le club organise également plus de quarante ateliers, regroupés en cartels ; toute proposition d'un nouvel atelier est présentée au club et discutée en réunion. Le club est un partenaire d'échanges avec d'autres associations, associations culturelles, associations sportives...et travaille à développer les relations extérieures, au cours de voyages, de rencontres sportives, d'expositions, de spectacles...

## **VI. La fonction thérapeutique des clubs en question.**

### 1. Les clubs intra-hospitaliers

A l'époque de leur création, les clubs s'inscrivaient surtout dans une entreprise de désaliénation, ils offraient l'occasion aux patients de se réapproprier une partie de leur existence à l'H.P.

Depuis la circulaire de 1958 (21), le produit du travail des patients leur appartenait et ils avaient le droit de s'associer dans le cadre légal des associations loi 1901. Les comités hospitaliers de gestion et d'orientation formaient une interface entre l'administration hospitalière et les membres d'un club intra-hospitalier.

Le rôle des clubs était alors de gérer les activités d'ergothérapie, de loisirs et de sociothérapie au sein de l'hôpital.

*« Le rôle des médecins dans l'H.P sera, par le moyen du club, de multiplier les structures afin de donner aux malades des occasions prégnantes d'identification et de transfert et de provoquer entre eux , et entre eux et le personnel, des relations interindividuelles. Seule une atmosphère de liberté permettra le développement de ces relations interhumaines normales qui sont le pivot des psychothérapies collectives ».(29)*

Les clubs étaient également le lieu d'un réseau d'échanges, notamment de marchandises et d'argent.

Une activité centrale du club était organisée autour du bar, lieu de rencontres géré par les patients. Ils étaient ainsi impliqués dans l'ensemble des étapes permettant d'aboutir à un service de bar, depuis le choix et l'achat des

marchandises, en passant par la préparation des produits jusqu'à la définition des prix de vente et la vente elle-même. Le travail de trésorerie et de gestion réalisé par les patients avec l'aide des soignants, permettait un réinvestissement des bénéfices du bar au profit de tous, par la constitution d'un fond de solidarité (48).

P.Rappard affirmait que la « *mentalité morbide est essentiellement asociale, (...) les aliénés n'arrivent jamais spontanément à constituer en fait quoi que ce soit qui ressemble à une mentalité collective, cependant ils demeurent capables d'acquérir une néosociabilité* »(79). Le club apparaît comme le moyen de « *retrouver une conscience collective dans un nous-sujet, le club, c'est à dire un organisme humain actif greffé sur l'organisation passive et plus ou moins obligatoirement rigide de l'hôpital psychiatrique.* » (79)

Les clubs, dès le début, ont aussi été utiles pour améliorer l'ambiance hospitalière, dès lors que celle-ci a été prise en compte comme un facteur soignant primordial, à côté des soins pharmacologiques et psychothérapeutiques. Pour J. Oury, le travail autour de l'ambiance est fondamental, il parle de l'atmosphère, des entours, de l'ambiance comme « *un cas particulier, un dérivé du Grand Autre* » (61). L'ambiance au sein des services hospitaliers devient plus conviviale. Le club organise des manifestations festives fréquentes : veillées, kermesses, fêtes, rencontres...(62).

Dans les H.P., l'ambiance est également modifiée par le bouleversement hiérarchique induit par les clubs : ce n'est plus le médecin seul avec l'administration qui décide, mais les patients eux aussi sont représentés et prennent part aux décisions.

Le travail autour de la question de l'ambiance par l'utilisation d'outils comme les clubs a largement contribué à certaines modifications symptomatiques. P.

Paumelle, en 1952, dans sa thèse intitulée : « Essai de traitement collectif du quartier d'agités » (67), étudie toutes les traditions asilaires qui concourent à la persistance de cette symptomatologie (regroupement des patients entre eux, contention, système de répression...). Les grandes réformes amorcées avec la P.T.I., associées aux découvertes en pharmacologie, ont permis la disparition quasi complète de certains tableaux cliniques très répandus au début du siècle (agitation, gâtisme...).

## 2. Les clubs extra-hospitaliers contemporains

Cette distinction entre clubs intra et extra-hospitaliers est nécessaire puisque aujourd'hui, les enjeux sont tout à fait différents de ceux de l'après guerre. Cependant, on peut dire que toutes les vertus des clubs que nous allons détailler dans ce chapitre étaient présentes dès leur naissance.

En tant que structure extra-hospitalière, le club trouve une place essentielle dans la continuité des soins établie par le secteur (7). Le club est un outil de prévention qui permet d'éviter des soins plus lourds (hospitalisations...) par le soutien et le suivi continus qu'il propose, reposant sur l'adhésion du patient. Souligné dès 1967 par l'équipe de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), « *le club tend à promouvoir un meilleur niveau de sociabilité chez les anciens malades et à prévenir d'éventuelles rechutes* »(2). A l'époque déjà, le club extra-hospitalier est « *au carrefour de l'assistance psychiatrique moderne, (...) représentant une borne de santé mentale dans la cité* » (2).

La qualité de l'ambiance qui règne dans les clubs est essentielle, que les clubs soient intra ou extra-hospitaliers. C'est ce qui leur permet d'assurer leur fonction

d'accueil assez spécifique (76). Le club «  *vise à organiser un milieu susceptible d'accrocher les différents niveaux de sociabilité résiduelle ou latente des malades et à créer une atmosphère d'humanité où le sujet modifiera sa façon d'être dans la maladie* » (78) .

Participent à la création de cette ambiance de bonne qualité :

- Les propositions d'activités variées, et pour certaines, à l'initiative des patients eux mêmes. Ces activités parviennent à mobiliser, à libérer leur créativité jusque là étouffée.
- Des occasions de rencontres multiples, informelles, autour d'un verre au bar, dans un groupe de discussions...
- Une grande liberté de circulation des sujets, permise par l'établissement des instances du club dans lesquelles les patients s'inscrivent volontairement. Il n'y a pas de règlement figé et imposé de l'extérieur comme dans les autres structures psychiatriques. Les patients intègrent la loi, en saisissent le sens puisqu'ils peuvent participer à sa définition. J.Oury propose une formule pour décrire «  *ce qui est en rapport avec la liberté de circulation* ». «  *C'est programmer des possibilités de hasard. S'il y a une liberté de circulation, il y a un degré de possibilité de plus pour qu'il y ait du hasard, c'est-à-dire une rencontre* »(61).

Comme cela avait déjà été observé à l'époque des clubs intra-hospitaliers, la qualité de l'ambiance associée à une prise en considération des patients en tant que sujets, avec la création d'occasions multiples pour qu'ils expriment leur esprit d'initiative, permet de voir apparaître des changements symptomatiques. Il est très fréquent qu'au sein du club les patients quittent leur mode habituel d'expression, leur statut de « malade », et qu'ils laissent s'exprimer leur « partie saine ».

Le club offre une scène pour que les personnes puissent exprimer leurs désirs. Les lieux privilégiés pour entendre et accueillir ces désirs sont les réunions multiples, sur des thèmes variés (activités, incidents institutionnels, règlement, organisation...). Au cours des réunions, chacun peut prendre la parole, parole qui s'inscrit dans un réseau symbolique lié à la structure du club, et qui prend sens, parole qui est entendue et reconnue par d'autres. Les mots redeviennent signifiants pour un sujet, lorsqu'ils sont appliqués dans sa vie sociale. Ces réunions sont aussi un lieu privilégié de « psychothérapie ». J. Oury s'appuie sur les concepts de transfert et de désir inconscient : « *un club n'a de sens que pris dans une théorisation, dans une mise en acte de concepts fondamentaux, en particulier du transfert. Qui dit transfert dit désir inconscient* » (61). La parole de chacun est authentiquement prise en compte grâce au fonctionnement démocratique. Les décisions importantes concernant les activités, les sorties, les problèmes institutionnels..., sont votées, ce qui permet à chacun d'exprimer son avis et également que chaque avis soit pris en compte.

Enfin, l'ambiance que nous avons décrite plus haut, offre un contexte favorable et propice à l'expression libre de désirs variés.

Les patients, dans une structure comme le club, sont sollicités en tant que sujets, ils sont acteurs de leur vie et de leurs soins, attitude bien différente de la position de passivité qu'ils adoptent souvent face à la prescription médicale.

Le système pyramidal hiérarchique est remplacé par une structure horizontale « polycentrique », soutenue par de multiples axes pour que les personnes puissent prendre des responsabilités, le tout étant recentré par les instances du club (secrétariat, trésorerie...) (62)

*« Pour que les malades reprennent possession d'eux mêmes, il est nécessaire qu'ils soient encadrés par une organisation qui stimule leur initiative intérieure. Le club est le secours accessoire qui déclenche la prise de possession par elle-même de leur sociabilité à l'état naissant. » (78)*

La libre initiative des membres adhérents du club est soutenue et encouragée. Dans un club, les patients adhèrent et participent librement. Ils ne viennent pas sur prescription, n'ont pas de compte à rendre à leur médecin ni à leur équipe soignante, sont libres de choisir de devenir membres et aussi de quitter le club. La seule obligation qu'ils ont à respecter est l'engagement moral dans leurs relations avec les autres adhérents : assumer les responsabilités pour lesquelles ils se sont engagés.

Ces sujets sont acteurs à part entière dans un réseau d'échanges de marchandises, de langage, de projets. Ils renouent avec le lien social. La réalisation de leurs désirs est toujours confrontée aux impératifs de la réalité (matériel nécessaire, budget, désir des autres membres...). Cette confrontation est en elle-même thérapeutique, puisqu'elle permet aux patients d'adapter leurs désirs à la réalité, ce qui représente toujours une difficulté pour eux. Ils peuvent, s'ils le veulent, être les représentants d'une idée, chargés d'une mission par les autres membres du groupe, et ils sont donc amenés à assurer une responsabilité vis-à-vis du groupe, puis d'eux-mêmes. Cette possibilité de s'engager à assumer une responsabilité envers d'autres personnes qui comptent sur vous et vous font confiance est une occasion qui prend beaucoup de sens pour des patients qui bien souvent ont été jugés irresponsables pendant de nombreuses années : c'est le « préjugé d'irresponsabilité » que critiquait H. Simon, dès 1923. (84)

La position de sujet est portée par des mécanismes de soutien du narcissisme, de reprise de confiance en soi, grâce aux activités, qui permettent la découverte ou la redécouverte de capacités et qui procurent la satisfaction de réalisations abouties (61).

L'inscription des patients au sein d'un groupe est intéressante à plusieurs titres.

Le groupe offre l'occasion de développer des capacités relationnelles, d'expérimenter le tissage de multiples modalités de rapports aux autres : entraide, solidarité, amitié, découverte qu'on peut aider d'autres personnes malades, échanges d'expériences autour de la maladie, des médicaments ou relations complètement indépendantes de la maladie. On retrouve là combien les patients entre eux peuvent s'aider à surmonter des épreuves de la maladie.

Parmi toutes les modalités relationnelles, le club est aussi un espace où l'on rencontre et où l'on vit des conflits. Ces conflits sont repris et élaborés, dépassés grâce à la structure du club et grâce à la circulation de la parole possible en son sein. Le club serait un lieu où l'on peut apprendre à gérer les conflits. P. Rappard cite le sociologue Dupréel, à propos de ce qui fait la consistance d'un groupe social : *« c'est moins encore l'absence de rapports sociaux négatifs que la force des rapports complémentaires qui les compriment »*; *« le club assurera ainsi l'existence de rapports complémentaires puissants dans la vie du malade à l'hôpital »*. (78)

Ces personnes en situation d'isolement et de difficultés relationnelles développent donc plus aisément leurs capacités relationnelles au sein du club. Nous pouvons proposer quelques hypothèses explicatives.

Tout d'abord, les difficultés de contact sont moins insurmontables avec d'autres personnes qui ont elles-aussi souffert de troubles psychologiques. Les patients disent souvent qu'au club : *« on rencontre des gens qui comprendront et respecteront la fragilité de chacun »* (2).

Ensuite, le club propose un cadre propice à la rencontre, avec un système d'inscription symbolique de la loi à travers les instances organisatrices. Ce réseau institutionnel offre des occasions d'être avec les autres, d'être par rapport aux autres et d'avoir accès à la parole. Cette structure suscite l'engagement.

Enfin, le club est un lieu accueillant, convivial, qui, dans un esprit ouvert et tolérant, invite à exprimer ses désirs, à exister en tant que sujet et ainsi à se rencontrer.

On peut ajouter ici que cet esprit de liberté et de spontanéité est permis du fait de l'absence de regard soignant, soulignée souvent par les patients. Pourtant, la présence soignante est indispensable. Elle assure une fonction de suppléance, une permanence pour que le club puisse résister aux aléas des rechutes et des effractions pathologiques, dont les répercussions sociales sont parfois sévères. R. Amiel et A. Laroche résument bien la position des soignants au sein d'un club en disant : *« nous entrevoyons toujours le désir d'ailleurs ambivalent de la présence médicale et la nécessité thérapeutique. (...) nous devons l'utiliser puisque nous sommes placés au club, à ce carrefour de l'histoire des malades, pour leur permettre de reprendre pied définitivement dans une vie sociale dite normale »* (2). P.C. Racamier définit la présence institutionnelle la mieux adaptée à l'économie psychotique comme : *« une forme de présence diffuse qui reste disponible en sachant ne pas s'imposer »* (76).

La situation de groupe est, à plusieurs titres propice à l'accueil des personnes psychotiques.

Le groupe procure des occasions d'interventions psychothérapeutiques, par des mécanismes d'identification, de fantasmes, de projection, de transfert. Il offre une scène où se rejouent les conflits. Ce matériel peut donner lieu à interprétation dans un autre temps (29).

Le groupe représente un contexte très adapté pour entrer en relation avec les personnes psychotiques, car il permet de déjouer les relations duelles trop intenses alternant entre lien d'amour symbiotique et retournement en persécution par un objet qui devient trop menaçant. Le groupe permet que s'articule une constellation transférentielle, basée sur un transfert multiréférentiel chez les patients psychotiques (62). J. Oury dégagera au fil de son séminaire mensuel à Saint Anne la notion de *Collectif*, pour lui donner peu à peu la dimension d'une catégorie. Selon lui, le *Collectif* est un opérateur, une machine abstraite qui élabore la loi du groupe, en tenant compte des aliénations psychopathologiques et sociales (31).

Le groupe propose une scène où le sujet peut reprendre une place de citoyen, impliqué dans son environnement, place qui se joue d'abord au sein de la petite société du club, et qui peut dans un second temps se déployer à une plus grande échelle, dans la cité, dans la société.

L'utilisation des médiations, artistiques, culturelles, de loisir et des actes de la vie quotidienne permet d'atteindre divers objectifs, à l'intérieur du réseau club. Ces médiations sont des occasions de rencontres : l'objet ou l'activité font fonction de tiers. On retrouve ici l'« objet transitionnel » élaboré par Winnicott dans son ouvrage « Jeu et réalité » (94).

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'accomplissement d'activités artistiques, l'organisation de sorties culturelles sont, des occasions de reprendre confiance en soi par la découverte de capacités, de créativité, de talents.

Ces activités sont aussi des voies d'ouverture sur l'extérieur, atout essentiel des clubs. Les loisirs et les événements culturels peuvent se partager dans les deux sens : le club peut organiser des expositions, des représentations théâtrales... , le club peut prévoir des sorties au musée, à la bibliothèque, dans des lieux culturels.

Dans le même ordre d'idées, les activités organisées au club sont un moyen d'échanger autour des traditions culturelles de chacun. Dans les années cinquante, F. Fanon, qui avait travaillé en France à Saint Alban puis avec l'équipe du XIII<sup>e</sup>, a entrepris un travail de rénovation et d'humanisation de l'asile de Blida en Algérie. En voulant créer un club pour un service d'hommes, il a réalisé que la formule européenne du club ne correspondait pas aux attentes de ses patients. Il a alors imaginé un club sur le modèle du café maure : ce club a, lui, rempli toutes les fonctions des clubs traditionnels français (38). On voit bien comme toutes ces médiations porteuses d'ouvertures pour les patients sont intimement liées avec leur culture d'origine, et comme elles peuvent être exploitées dans une dynamique d'échanges et de découvertes des différentes traditions de chacun.

Enfin, dans un but plus pragmatique de réapprentissage, les activités peuvent représenter un moyen de confirmer ou d'expérimenter des habiletés quotidiennes (repas, courses...), pour les utiliser à domicile.

## VII. Discussion

Après cette présentation de certains types de clubs existant en France à l'heure actuelle, on pourrait s'étonner de l'apparente hétérogénéité des différentes structures appelées «clubs».

Finalement, ce que désigne le vocable «club» renvoie toujours à une institution, quelle qu'en soit la forme, qui s'adresse à des patients psychiatriques, le plus souvent souffrant de troubles psychotiques, et dont le but commun serait l'accueil, l'accompagnement et la lutte contre l'isolement social.

Une des questions le plus souvent posées autour de la notion de club est la question du rattachement de ce type d'institution au champ des soins psychiatriques ou au champ de l'accompagnement social.

Pourquoi cette question est-elle centrale dans la discussion autour des clubs ?

Avant tout, les clubs ont été l'un des pôles les plus élaborés par les psychiatres du courant de P.T.I., comme moyen de réformer «l'asile» après guerre. Les résistances quant au transfert de la responsabilité des clubs aux acteurs sociaux, qu'émettent certains psychiatres encore très convaincus de la vitalité de ce courant, invitent à une certaine prudence. La plus profonde de ces résistances est l'idée que la partie des soins non médicalisés à proprement parler, l'assistance, fait autant partie des soins et mérite autant de recherche et de moyens que les soins strictement médicaux. Ainsi, P. Delion observe que « *progressivement, nous voyons tout ce qui concerne la prise en charge de la chronicité être transféré du champ sanitaire vers le médico-social.* » Pour lui, « *ce qui avait pu changer en quelques décennies grâce au travail intensif des soignants appuyés sur la fonction médicale, risque d'être défait très vite, malgré les bonnes volontés de tous les*

*acteurs de ce champ médico-social, par la pauvreté voire l'absence en son sein, d'une pensée médicale.* » (31). Ce que ces psychiatres redoutent est un retrait complet de toute présence médicale ou soignante dans les clubs, associé à un abandon de tout espoir d'évolution pour les patients, lié à l'absence de travail d'élaboration psychique, individuel et à travers le groupe constitué au club.

Transférer la responsabilité des clubs au secteur social reviendrait à une démission de leur responsabilité soignante par rapport aux patients.

Pourtant plusieurs éléments de réalité contribuent à soutenir le mouvement de transfert de l'outil club vers le champ social.

En premier lieu, les réductions en personnel soignant dans tous les secteurs psychiatriques rendent de plus en plus difficiles leur participation aux projets d'accompagnement comme les clubs. (72) De plus, la formation actuelle des infirmiers n'est plus spécifiquement psychiatrique et n'encourage pas à l'engagement dans ce type de travail. Un tel engagement est toujours associé à une certaine forme de militantisme. Les débats qui ont animé le courant de P.T.I. nous le montrent bien. Il semble qu'actuellement cette fibre militante ne soit plus tellement développée parmi les équipes psychiatriques.

Ensuite, les associations d'usagers (patients et familles) qui représentent la «voix des patients» revendiquent cette double prise en charge. Elles recherchent un autre regard que le regard soignant, elles demandent à ce que les soins n'envahissent pas tous les champs de l'existence des patients. C'est dans le même esprit que les «usagers» militent pour que soit reconnu leur statut de «handicapé psychique», alors que certains psychiatres le condamnent car stigmatisant et obstacle potentiel à une évolution. Pour les usagers, ce statut de « handicapé

psychique » n'est qu'un moyen d'être reconnu par la société, et ainsi que leurs difficultés spécifiques soient mieux identifiées, leurs droits mieux définis et respectés. Ce statut se veut moteur d'une évolution sur un autre plan que celui des soins.

Ainsi G. Baillon écrit à propos de la distinction entre le champ psychiatrique et le champ social : *« la réalité de la souffrance psychique nous paraît la même dans le cadre du soin à l'égard d'un trouble que dans le cadre de l'aide au handicap pour la même personne ; d'autant que nous avons peu à peu compris que le handicap, qui nous paraissait mis à distance du soin par les dispositions administratives, était constamment lié au trouble. » (...)* Enfin, plus subtilement mais plus fondamentalement, *il paraît justifié d'être attentif aux fonctionnements psychiques qui sont à l'œuvre dans le soin et à ceux qui le sont dans l'action sociale chez une personne qui est malade, qui souffre ; cette personne va arriver grâce à l'une ou l'autre de ces interventions à s'approprier sa vie pour accéder à une place sociale grâce à un nouage de liens avec d'autres personnes. Les deux acteurs pour avancer sur ce terrain avec le patient, vont s'appuyer de la même façon : sur des processus de reconnaissance narcissique et sur leur consolidation, sur des processus d'identification, et enfin sur un déclic transférentiel qui fait naître le désir et permet à la personne de s'investir dans un nouvel échange ; nous observons un même fonctionnement psychique, le même résultat, mais avec des outils différents, l'un psychothérapique, l'autre social ; cela nous oblige à douter de la pertinence de la séparation soins-aide au handicap. »(8).*

En effet, cette distinction ne semble pas pertinente si elle fige un clivage hermétique entre différents acteurs qui, s'occupant des mêmes patients, ne communiquent pas entre eux. Cette configuration avec une division étanche des

deux champs était en place depuis la loi de 1975 mais va être maintenant modifiée avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (54) et le projet de loi de 2004 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (100). Nous nous acheminons aujourd'hui vers une répartition des tâches entre sanitaire et social, avec tout un travail de collaboration et de partenariat. La forme que prendra ce partenariat pourra être encore précisée et adaptée en fonction de l'évolution des besoins. On peut déjà insister sur l'importance du travail en commun des équipes soignantes (infirmiers, médecins, psychologues...) avec les équipes sociales (éducateurs, assistantes sociales...), et peut-être même encourager la constitution d'équipes mixtes soignants-intervenants sociaux pour animer les clubs et soutenir la politique de partenariat, en rejetant toute idée de « dépossession ». Ainsi, « *la prévention et les soins s'inscriraient dans une perspective de continuité, selon le vœu de P. Delion, perspective la plus adaptée aux prises en charge psychothérapeutiques.* » (31).

En tout cas, les intervenants sociaux, les éducateurs travaillant dans les clubs, doivent être formés à la problématique des patients psychotiques, et aux interrelations entre psychopathologie et vie quotidienne. Finalement, l'ouverture et la souplesse qui font la spécificité du club devraient s'appliquer aussi aux membres de l'équipe, qui pourront assurer leur fonction dans un club, dès l'instant qu'ils seront suffisamment motivés et formés quelque soit leur statut. On retrouve là une distinction essentielle dans la pensée de J. Oury, distinction entre la notion de fonction et le bloc « statut- rôle ». « *Elle sous entend une critique du présumé de la hiérarchie statutaire (...) à la recherche d'une hiérarchie subjectale* ». (31)

Cette question du clivage entre le sanitaire et le social, devrait être dépassée aujourd'hui, notamment par l'intermédiaire des clubs, mais il nous paraît important de souligner que ce vœu est encore assez loin d'être réalisé. Nous prendrons pour exemple les positions assez radicales adoptées par chaque acteur autour de la proposition de titre pour la notion de club dans la loi à venir. Le qualificatif de « thérapeutique » est complètement rejeté par les acteurs sociaux et par les usagers. Pourtant, il renvoie à un moment de l'histoire de la psychiatrie d'une richesse extrême, et est associé à une théorisation très porteuse. Pour ces raisons, nous nous interrogeons sur l'utilité de l'abandonner. Garder l'expression « club thérapeutique », en y associant peut être un autre qualificatif plus moderne et plus social, nous paraîtrait un compromis favorable dans un esprit de collaboration. Enfin, nous avons bien montré que les clubs intra et extra-hospitaliers ne visent pas exactement les mêmes objectifs, mais l'un comme l'autre restent utiles. Ainsi, une autre formule pourrait participer à la collaboration sanitaire-social, et à la continuité soins-prévention : nous pourrions proposer l'ouverture de clubs intra-hospitaliers qui se prolongeraient par des clubs sociaux en ville.

Nous voudrions maintenant revenir sur les avantages, pour les clubs, liés au statut associatif. Le club lui-même est structuré, organisé selon un modèle associatif, parfois déclaré au Journal Officiel au titre d'association loi 1901, parfois fonctionnant comme une association mais non déclaré officiellement à ce titre et émanant toujours d'une association plus large, elle même déclarée au Journal Officiel. C'est à ces deux niveaux que l'outil associatif opère.

Tout d'abord, il procure par son cadre légal et reconnu une indépendance économique et administrative au club, par rapport aux structures gestionnaires (hôpital, secteur...). Son statut officiel autorise ses membres, dans le cadre du club à manipuler l'argent dans une relative liberté et autonomie. Une partie des fonds du club provient des cotisations de ses membres ; cette caisse est à la fois le témoin d'une inscription personnelle, libre et volontaire des adhérents dans une collectivité, à travers la participation à un fond commun partagé. C'est aussi ce qui permet une autonomie financière partielle pour le club : les rapports de gestion de cet argent sont à rendre aux adhérents et à eux seuls. C'est le statut associatif qui autorise la constitution de cette caisse de cotisations des membres : hors association, tout recueil d'argent est interdit.

Au sein de l'association, les « soignés » peuvent évoluer, comme l'écrit C. Bonnet, d'une « *position d'adhérents-participants, à une position de militants-usagers, à une position de citoyens* ». (14). L'inscription dans une association est un moyen de lutter contre l'individualisme, une occasion d'articuler individu et groupe. C'est aussi pour l'individu, l'opportunité de prendre officiellement des responsabilités dans le cadre du groupe, de « *s'initier aux mécanismes d'élections, de représentation (...)* Le système associatif fabrique du lien social » (14).

L'association est aussi l'occasion de prendre conscience de l'impact d'une action individuelle sur une collectivité, « *l'association est une certaine école de civisme et de participation citoyenne où les adhérents font apprentissage de rôles sociaux mis en jeu dans une société démocratique* » (14).

A une échelle plus grande, l'association loi 1901 est le cadre à travers lequel peuvent se développer le plus efficacement les politiques de partenariat entre le sanitaire et le social. Elle constitue un champ d'action qui dépasse l'établissement

strict et qui permet la réalisation d'entreprises innovantes, parmi lesquelles les clubs. « *Le champ associatif est un espace de rencontres et d'articulation entre différents professionnels, (...) les associations offrent une possibilité de participation à des bénévoles, aux familles. L'organisation associative est un des meilleurs vecteurs pour passer de la psychiatrie à la santé mentale, des soins à l'insertion* ». (14). Enfin, le partenariat associatif qui permet de mobiliser les proches et les relais sociaux évite ainsi les risques d'exclusion. Il est un vecteur de changement des représentations de la maladie mentale.

Ce travail nous a permis de réaliser la place prise aujourd'hui par les associations d'usagers, qui participent à part entière, en tant que partenaire, aux prises de décisions en matière de psychiatrie et de santé mentale. C'est très certainement sous l'influence anglo-saxonne que se sont développés ces associations. Aux origines de ce mouvement des «usagers», on retrouve tout le courant de médiatisation de la santé, d'accès à l'information pour tous. Les associations militent pour que soit reconnue leur parité avec les professionnels dans les choix politiques en psychiatrie, pour que soit respecté leur droit à l'information, pour qu'ils puissent prendre eux-mêmes en main leur destin et enfin, pour « lutter contre le pouvoir médical ». P. Rappard résume les origines de leur essor et leurs objectifs : « *l'harmonisation des législations européennes et la notion de handicap favorisent l'autonomie d'associations où cohabitent l'action militante, la défense des droits, l'auto aide, la mise en place de réseaux alternatifs à la psychiatrie* »(80).

Ces associations prennent un sens particulier quand on les met face à la question des clubs. En effet, les clubs eux-aussi sont des associations qui

soutiennent autonomie et initiative des patients. Cependant, les soignants étaient à l'origine des clubs « thérapeutiques » de la P.T.I. et aujourd'hui les clubs « sociaux » sont bien souvent créés par les associations d' « usagers-familles ». Le travail des équipes soignantes avec ces associations est amené à se développer (24) mais il peut s'avérer parfois délicat. En effet, cette collaboration est assez récente et il y a encore quelques années, les relations entre les équipes psychiatriques et les familles étaient plutôt marquées par le rejet et la disqualification réciproques. On connaît d'autre part toute la complexité des interactions relationnelles familiales dans le cadre des troubles psychiques, complexité qui peut retentir sur les options prises dans ce travail commun. P Rappard résumait à la Séance de la Société médico-psychologique du 25 octobre 2004 sa perception de la position des associations d'usagers par rapport au corps psychiatrique : « *ils veulent le savoir psychiatrique sans le pouvoir psychiatrique* ».

Il n'y a pas dans les clubs de vocation militante ni de volonté de défense des droits de leurs membres devant des autorités ou les équipes soignantes. Il est intéressant de remarquer que la FNAP Psy soutient le développement des clubs et en a même créé quelques uns, mais selon leur modèle associatif, les clubs devraient être autogérés et ils devraient pouvoir faire appel à des « *personnes ressources* », soignant mis à leur disposition selon leurs besoins. Certaines expériences de clubs complètement autogérés ont existé, et ont été des échecs. Cette formule interroge la place qu'occupent les animateurs (soignants ou acteurs sociaux) dans une telle institution.

Les animateurs doivent trouver leur position, pour éviter à la fois deux écueils. D'une part, leur présence est indispensable pour la survie des clubs, pour limiter les conséquences néfastes que pourraient avoir certaines manifestations

pathologiques au sein de la collectivité. Ainsi, le risque peut être une prise de pouvoir de type « caïdat » par un patient qui s'identifierait massivement au club, et aux fonctions qu'il peut avoir occupées. Ceci conduirait à un règne totalitaire sur le club, étouffant ainsi la parole d'autres patients eux-mêmes inhibés par d'autres types de difficultés. Le rôle des animateurs apparaît alors essentiel pour assurer une fonction de suppléance, qui permet que ce type de manifestations ne prenne pas trop d'ampleur et qui soutient la fonction régulatrice des instances du club, selon une logique démocratique dont le principe même est de s'opposer à ce genre de dérive totalitaire. La fonction de suppléance s'exerce aussi pour assurer la permanence du club et de son fonctionnement, lorsque pendant certaines périodes, les patients, du fait de leur fragilité ou à l'occasion d'une rechute, ne parviennent pas à assumer seuls leurs responsabilités au sein du club. D'un autre côté, l'écueil inverse serait que le club ne soit qu'une mascarade, qu'une pseudo démocratie où l'on ferait jouer un jeu aux patients, leur faisant croire qu'ils ont des responsabilités alors que tout est contrôlé en amont, dans un esprit paternaliste. Ainsi, pour éviter ces deux écueils, le trop permissif oubliant la réalité des difficultés des patients, comme le trop paternaliste aliénant à son tour, il est indispensable que les animateurs reçoivent une formation adaptée et qu'ils aient des lieux spécifiques d'échanges, pour en permanence élaborer leur fonction et leur implication. C'est la place qu'occupaient les associations culturelles qui réunissaient les soignants autour des questions que soulevaient leurs pratiques professionnelles, dans tous les lieux engagés dans le processus d'institutionnalisation conduisant à la P.T.I. Ces associations culturelles constituent ainsi l'autre pôle associatif, lié aux clubs.

Une autre question est posée aujourd'hui à propos des clubs, question qui a été probablement en partie à l'origine de l'évolution moderne de la psychiatrie : comment quitter le club ? Comment éviter que le club ne redevienne un nouveau lieu de chronicisation ? En effet, le besoin de soutien et d'accompagnement est un besoin très prolongé, voire durable toute la vie.

Plusieurs pistes de réponses à cette question apparaissent. D'abord, la même structure peut remplir des missions différentes pour la même personne selon les étapes de son évolution, et peut l'accompagner vers une intégration dans une structure extérieure (emploi, participation à une association dans la ville...). Un facteur qui déjoue la chronicisation, est la possibilité, pour les patients, de prendre de plus en plus de responsabilités vis à vis des autres dans le club. Cette évolution est très mobilisatrice et porteuse. Le statut associatif est un axe essentiel d'ouverture sur l'extérieur. Il offre l'occasion à de nombreux acteurs d'intervenir (familles, bénévoles, élus.), et ainsi, il évite l'enfermement. Car si les institutions sont *«trop fermées dans un univers soignant, il y a menace d'aliénation, d'uniformisation, d'obstacle au changement»* (14). Les clubs cultivent des passerelles avec d'autres associations dans la cité, entretiennent des contacts avec l'environnement et les élus. Ce sont des structures souples, éphémères, qui doivent conserver leurs capacités d'adaptation aux besoins des patients en fonction du moment ; cette souplesse s'inscrit contre la chronicisation. Enfin, le club reste présent dans la vie de la personne comme un point d'ancrage, une structure de référence alors qu'elle évolue par ailleurs. Cette permanence du club n'est pas synonyme de chronicisation. Plutôt que la question «comment sort-on du club ? », il faudrait demander « comment le club s'aménage-t-il pour assurer

l'accompagnement et l'évolution de la personne vers une meilleure qualité de vie  
quotidienne et une meilleure insertion sociale ? »

## Conclusion

Le but de ce travail était de montrer l'intérêt de « revisiter » l'histoire pour interroger le concept de club à la lumière de la psychiatrie d'aujourd'hui. Les clubs ont eu une portée fondamentale hier, comme moyen de réanimer la vie asilaire, et sont aujourd'hui un espace où s'articulent le sanitaire et le social. Des caractéristiques communes de l'institution justifient aujourd'hui encore l'emploi du même terme « club » pour les qualifier. Ce terme désigne selon le Littré « *une réunion formée entre gens qui s'associent pour quelques buts communs* ». (50 )

Les différents clubs ont des objectifs communs : accompagnement et accueil de personnes psychotiques, soutien à la prise d'initiatives et de responsabilités au sein d'un groupe en favorisant les relations sociales et permettant ainsi à la fois de retrouver une autonomie et de rompre l'isolement.

L'organisation du club selon un modèle associatif - le club étant lui même une association loi 1901 ou étant une des structures abritées par une plus grande association - est un élément fondateur des clubs thérapeutiques d'hier comme des clubs d'accueil et d'entraide d'aujourd'hui .

Enfin, l'ambiance marquée par la convivialité et une grande liberté est un des axes qui définit le club par rapport aux autres structures dans le champ de la psychiatrie, dans le courant de P.T.I. comme dans les clubs sociaux actuels.

On peut se demander pourquoi le qualificatif associé à club a changé, pourquoi ce qui était «thérapeutique» hier devient aujourd'hui « d'accueil et d'entraide » ?

Certains pensent que ce n'est qu'une question de mots, que la dénomination n'a pas d'importance si on y fait la même chose. D'autres, au contraire, affirment que le choix des mots a une importance majeure. Les clubs sociaux auraient-ils une ambition moindre que les clubs thérapeutiques, auraient-ils abandonné tout idéal curatif pour les personnes psychotiques ? Ou alors, comme ils l'expliquent eux-mêmes, est-il nécessaire de ne pas se prétendre soignants, de se décaler du champ sanitaire pour permettre aux patients souffrant de troubles psychiques de s'épanouir en tant que personnes ?

Tous ces arguments sont à entendre et ce qui, après cette réflexion, reste à défendre pour que les clubs puissent toujours s'appeler ainsi, pourrait se résumer en quelques points :

- Soyons vigilants à ce que l'esprit de liberté spécifique aux clubs, par rapport à toute autorité administrative, soit préservé. L'idée que la création de clubs apparaisse comme officialisée dans une loi pourrait aller contre ce principe de liberté si nous n'y sommes pas attentifs.

- Veillons à ce que les clubs restent un lieu où l'on prend en compte les difficultés spécifiques des personnes et où un travail d'élaboration et d'accompagnement soit porteur d'une évolution. Pour cela, il faut pouvoir compter sur du personnel en nombre suffisant, qui ait accès à une formation spécifique et qui puisse s'appuyer sur une théorisation.

De toute façon, le développement des clubs doit prévoir, dans l'avenir, un bilan des réalisations et savoir s'adapter en fonction des résultats et de l'évolution. L'hétérogénéité des clubs que nous avons présentés dans ce travail ne doit pas être considérée comme un point faible. Le projet n'est pas une uniformisation mais au

contraire une complémentarité dans la diversité, un enrichissement réciproque et non une rivalité.

## **Bibliographie**

1. AIMEDIEU M., BENAC M., KARASZEWSKI G. Note sur le fonctionnement du club du 12<sup>e</sup> arrondissement de Paris. *Info. Psy.*, 1980, 56, 1, 89-92.
2. AMIEL R., LAROCHE A. Originalités d'un club thérapeutique au sein d'un organisme extra-hospitalier. *Info. Psy.*, 1967, 5, 737-739.
3. ARVEILLER J.P., BONNET C. *Au travail...* Toulouse : Erès, 1991- 219p.
4. AYME J., RAPPARD P., TORRUBIA H. Thérapeutique institutionnelle. *Encycl. Méd. Chir., Psychiatrie*, 6, 37-930-G-10, 1964, 10 p.
5. AYME J. Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. In : *Actualités de psychothérapie institutionnelle* / ed. par P. Delion. Vigneux : Matrice, 1994. – p.32-69.
6. AYME J. La loi de 1975 et les réactions syndicales. In : *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix- Marine/ Ed. par J.P. Arveiller. Ramonville Saint-Agne :Erès, 2002.- p.183-186.*
7. BAILLON G. La continuité dans le cadre du secteur. *Psych. Med.*, 1984, 16, 9,1535-1541.
8. BAILLON G. Quelles réponses aux personnes en souffrance psychique ? *Vie sociale*, 2003 , 3 , 19-33.
9. BASAGLIA F. La communauté thérapeutique base d'un service psychiatrique, réalités et perspectives. *Info. Psy.*, 1966, 42, 5, 413-428.
10. BIERER J. Clubs sociaux thérapeutiques. Publication de l'Institut de psychiatrie Sociale, Londres, 1948. Analyse de L. Marchand . *Ann. Med. Psych.*, 1950, 2, 707.
11. BIERER J. Les cliniques psychiatriques et les centres communautaires aujourd'hui et demain. *Info. Psy.*, 1965, 5, 431-438.
12. BLEANDONU G. La communauté thérapeutique britannique. *Info. Psy.*, 1967, 10, 1247-1266.
13. BONNAFE L., Le GUILLANT L., MIGNOT H. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ( LXII<sup>e</sup> session ; 1964 ; Marseille). Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. Paris : Masson, 1964.- 382p.
14. BONNET C. De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002. In : *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix- Marine/ Ed. par J.P. Arveiller. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2002.- p.249-254.*

15. BONNET, SOLIER, TUFFERY et Al. Le club des malades, lieu d'articulation des divers échanges entre les groupes à l'hôpital de Saint Alban. Rev. de Psychothérapie Institutionnelle, 1967, 5, 51-54.
16. BOURGERON J.P. et BOURGERON G . Le club des peupliers. Info. Psy., 1965, 7, 613-622.
17. CHAIGNEAU H. Ce qui suffit : réflexions surgies de la fréquentation au très long cours de quelques sujets schizophrènes. Info.Psy., 1959, 3, 437-446.
18. CHAPIREAU F., CONSTANT J, DURAND B. Le handicap mental chez l'enfant. Paris : ESF, 1997.-215p.
19. CHARZAT M., Parlementaire en mission. Rapport «pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches ». Mars 2002.-134p.
20. CHAZAUD J. Introduction à la thérapeutique institutionnelle. Paris : Privat ,1978. -226p.
21. *Circulaire et Arrêté du 4 février 1958* relatifs à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques. Bulletin Officiel de la Santé n°58/7 du 14 février 1958, p.1459.
22. *Circulaire n°3020 du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*. Bulletin du ministère français de la Santé Publique et de la Population n° 60-12bis.
23. *Classification Internationale du fonctionnement du handicap et de la santé*. O.M.S. 2001.- 304p.
24. CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.C. *Rapport d'étape du plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*. 15 septembre 2003.-106p.
25. COOPER D. Psychiatrie et anti-psychiatrie. Ltb. Grande Bretagne : Tavistock Pub., 1967. (traduction française en 1970, Seuil).- 187p.
26. DAUMEZON G., KOECHLIN P. Psychothérapie française institutionnelle contemporaine. Anais Portugueses Psiquiatria, 1952, 4, 4, 271-312.
27. DAUMEZON G., TOSQUELLES F., PAUMELLE P. Le fonctionnement thérapeutique. Encycl. Med.Chir ., psychiatrie, 37-930-A-20, 1955, 8p.
28. DAUMEZON G., TOSQUELLES F., PAUMELLE P. Organisation thérapeutique de l'hôpital psychiatrique, ergothérapie, sociothérapie. Encycl. Med.Chir ., psychiatrie, 37-930-A-10, 1955, 8p.
29. DAUMEZON G. Action individuelle de la psychothérapie collective. Evol. Psy.,1952, 3 , 475-506.

30. *Décret n° 86-602 du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.* Journal Officiel n°66 du 19 mars 1986, p. 4612-4613.
31. DELION P. Thérapeutiques institutionnelles. *Encycl. Med.Chir ., psychiatrie,6, 37-930-G-10, 2001, 19p.*
32. DENIS D., BUZARE A., ROBELET H.F. et Al. Un inter-club pour cultiver les passerelles. In : *Actualités de psychothérapie institutionnelle/ Ed. par P. Delion. Vigneux : Matrice, 1994. – p.202-229.*
33. DESPINOY M., BLEANDONU G. Réflexions critiques sur les clubs thérapeutiques. *Info. Psy., 1967, 10, 1283-1292.*
34. DROGOUL F. Club thérapeutique, aliénation sociale et pulsion de mort. *Institution, 1999, 24, 50-76.*
35. DUTRENIT J.M. *Sociologie, travail social et psychiatrie.* Paris : Ed. Etudes vivantes, 1981.-140 p.
36. Edition spéciale « clubs ». *Bulletin de liaison de la FNAP Psy, octobre 2004, 20p.*
37. *Enquête du club des Peupliers.* Paris, 1999, 27p.
38. FANON F., AZOULAY J. La socialthérapie dans un service d'hommes musulmans. *Info. Psy., 1954, 9, 349-361.*
39. FINKELSTEIN C. Les clubhouse. *Bulletin de liaison de la FNAP Psy, 2000 , 4 , 19.*
40. GUTIERREZ LOBOS, WALTER H., BERNER P. La psychiatrie en Autriche. *Info. Psy., 2001, 4, 380-386.*
41. *Histoire de la psychiatrie de secteur -2<sup>e</sup> ed. / ed. par F. FOURQUET et L. MURARD .* Paris : Recherche, 1980.- 338p.
42. INCHAUSPE J.A., MOLTO J. La psychiatrie en Espagne. *Info. Psy., 2000, 1, 67-82.*
43. JAEGER .M., BAUDURET F. *Rénover l'action sociale et médicosociale .* Paris : Dunod 2002.- 322p.
44. JONES M. La communauté thérapeutique et la formation sociale. *Info. Psy., 1970, 46, 4, 363-371.*
45. KAPSEMBELLIS W., BONNET C. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des patients psychotiques. *Encycl. Med.Chir ., psychiatrie, 6, 37-295-E-10, 2002 , 11p.*
46. LECARPENTIER M. Les associations et les clubs dans le plateau technique en psychiatrie. *Pratiques en santé mentale, 1999, 3, 59-62.*

47. LEGUAY D. Les pratiques françaises de réadaptation psychosociale. *Info. Psy.* , 2001, 3, 259-263.
48. LE ROUX M.F. Une étape dans l'évolution d'un service de psychiatrie : l'institution d'un club thérapeutique. -178p. Mémoire : psychiatrie : Angers : 1975.
49. LE ROUX M.F., LE FEUTEN J., CASTEL J.et Al. Le club, carrefour du collectif et de la singularité. In : *Actualités de psychothérapie institutionnelle/* Ed. par P. Delion. Vigneux : Matrice, 1994. p. 276-279.
50. Littré E. *Dictionnaire de la langue française*. 1873, Hachette, p.649.
51. *Loi du 1 juillet 1901* relative au contrat d'association. *Journal Officiel* n° 177 du 2 juillet 1901, p.4025-4027.
52. *Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme de loi hospitalière*. *Journal Officiel* n° 2 du 3 janvier 1971, p.67.
53. *Loi n° 75-534 du 30 juin 1975*. Loi d'orientation en faveur des personnes handicapées. *Journal Officiel* n° 151 du 4 juillet 1975, p.6596-6603 et rectificatifs des 18 juillet et 21 août 1975.
54. *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002*. Loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel* n° 2 du 3 janvier 2002, p.124.
55. *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002* relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* n° 54 du 5 mars 2002, p. 4118.
56. LOO P. Réponse à l'intervention de L. Bonnafé . *Ann. Med.Psychol.*, 1956, 4, 631-632.
57. MICHAUD G. *La Borde...un pari nécessaire*. Paris : Gauthiers-Villars, 1977.-120p.
58. MORENO J.L. *Fondements de la sociométrie*. Paris : P.U.F., 1970.-500p.
59. MORENO J.L. *Sociodynamic foundations of group psychotherapy*. Premier congrès mondial de psychiatrie, comptes rendus des séances. Paris : Hermann et Cie, 1950, 5, p.248-267.
60. *Ordonnance n° 96-346* portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel* n° 98 du 25 avril 1996, p. 6320-6324.
61. OURY J. Club et narcissisme originaire. *Institution*, 1999, 24, 25-31.
62. OURY J. *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle-2° ed*. Lecques : Ed. du champ social, 2001.-300p.
63. OURY J. Perspective historique de la notion de « comité hospitalier » dans la pragmatique psychiatrique. In : *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix-Marine/* Ed. par J.P. Arveiller. Ramonville Saint- Agne : Erès, 2002. – p. 169-178.

64. PASCAL J.C. Structures légères en psychiatrie : soins ou assistance ? *Info. Psy.*, 1979, 55, 4, 385-386.
65. PASCAL J.C., SIMONNOT A.L., FAUCHER L. et al. Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique de l'adulte. *Encycl. Med.Chir ., psychiatrie*, 6, 37-930-N-10, 2003, 10p.
66. PASCAL J.C. Architecture et théories du soin en psychiatrie. In : *Architecture et psychiatrie*. Paris : Le Moniteur, 2004, p.28-39.
67. PAUMELLE P. Essais de traitement collectif du quartier d'agités.- 114p. Thèse : psychiatrie :Paris :1952.
68. PETER D. La psychiatrie en Suisse. *Info. Psy.* , 2000, 10, 1161-1165.
69. PIEL E., ROELANDT J.L. Rapport de mission « De la Psychiatrie vers la Santé Mentale ». Juillet 2001, 92p.
70. POCHET C., OURY F. Qui c'est l'conseil ? Vigneux : Matrice, 1997.- 450p.
71. POLACK J.C., SABOURIN D. La Borde ou le droit à la folie. Paris : Calmann-Levy, 1976, 339p.
72. *Psychiatrie en devenir, les clubs*. Ed. par G.BAILLON. *Pratiques en santé mentale*, 2004, 3, 72p.
73. *Qu'est ce que la psychiatrie ?* / Ed. par F. BASAGLIA. Turin : G. Einaudi, 1973. (traduction française en 1977- PUF).-317p.
74. RACAMIER P.C. Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. *Evol. Psy.*, 1957, 1, 47-94.
75. RACAMIER P.C. Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique. *Evol.Psy.*, 1958, 2, 445-498.
76. RACAMIER P.C. Le psychanalyste sans divan. -3 e ed. Paris : Payot, 1993.-444p.
77. RAPPARD P. Les clubs psychothérapeutiques : étude médico-juridique.- 123p. Thèse : psychiatrie : Bordeaux : 1955.
78. RAPPARD P. Psychopathologie et clubs psychothérapeutiques. *Evol. Psy.*, 1955 , II , 349-357.
79. RAPPARD P. H. Ey et les clubs thérapeutiques : l'entraide psychosociale féminine d'Eure et Loir. *Pratiques en santé mentale*, 1999, 3, 5-10.
80. RAPPARD P. La Fédération et la Ligue ou Doussinet et Sivadon face aux clubs thérapeutiques. In : *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix-Marine/ Ed. par J.P. Arveiller*. Ramonville Saint- Agne : Erès, 2002. – p. 121-128.

81. *Réinsertion- réhabilitation, où en sont-ils ?* Ed. par D. LEGUAY. *Info. Psy.*, 1997, 73, 8, 753- 876.
82. REVERZY J.F. Nouvelles structures intermédiaires et mouvement de désinstitutionnalisation. *Encycl. Med.Chir ., psychiatrie*, 7, : 37-930-N-10, 1980, 6p.
83. SECHERESSE J.C. Clubs au quotidien contre vents et marées...*Institution*, 1999, 25, 58-68.
84. SIMON H. Une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique. Berlin : W.de Gruyter, 1929, traduction française à l'Hôpital psychiatrique de Saint Alban (1955).-223p.
85. SIVADON P., BAUME S. Le club de post-cure de l'Elan. *Ann. Med. Psychol.*, 1952, 4, 489-492.
86. TETARD F. La psychiatrie « associative » en mouvement, de la société d'hygiène mentale du centre à la Fédération des Sociétés de Croix-Marine (1947-1958).In : *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix- Marine/* Ed. par J.P. ARVEILLER. Ramonville Saint- Agne : Erès, 2002.- p.13-35.
87. TOSQUELLES F., SIVADON P., Le GUILLANT L. Symposium sur la psychothérapie collective. *Evol. Psy.*, 1952 , 531-576.
88. TOSQUELLES F. Education et psychothérapie institutionnelle. Mantes-la-Ville : Hiatus, 1984.-220p.
89. *Un plan d'urgence pour les personnes handicapées psychiques dans la cité, discours d'entrée de M. Cannevas, président de l'UNAFAM.* Un autre regard, revue de liaison trimestrielle de l'UNAFAM, 2003, n° 2-3, p.7-12.
90. UNAFAM . Rapport de la visite des structures de l'association Espoir 33 à Bordeaux. Document interne à l'UNAFAM, 22/03/04, 22p.
91. UNAFAM, FNAP psy et coll. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France.* Paris : Ed. de Santé, 2001, 64p.
92. VERBIZIER de J. Premiers pas hors les murs, du CTRS de Ville Evrard à l'Elan retrouvé au début de années cinquante. In : *Pour une psychiatrie sociale, Cinquante ans d'action de la Croix- Marine/* Ed. par J.P. ARVEILLER. Ramonville Saint- Agne :Erès, 2002.- p.133-144.
93. VIDON G., GOUTAL M. Lieux de vie lieux de soins. *Encycl. Med.Chir ., psychiatrie* , 6, 37-876-A-70, 1995, 4p.
94. WINICOTT D.W. *Jeu et réalité.* Paris : Gallimard, 1975 ( traduction française).-276p.
95. WOOLEY S. L'expérience des associations d'usagers aux Etats Unis et en France. *Info. Psy.*, 2002, 7, 698-702.
96. <http://www.mentalhealthireland.ie>

97. <http://www.rehab-infoweb.net>
98. <http://www.mocomaine.com>
99. <http://www.fountainhouse.org>
100. <http://www.handicap.gouv.fr>