

Délégués de tutelle auprès de personnes souffrant d'atteintes psychiques et mentales

Nouvelles tâches ou fonction d'accompagnement méconnue ?

Martine Bungener, Janine Bachimont et Eric Hauet*

Les trajectoires médicales et sociales de malades souffrant d'atteintes psychiques ou mentales graves et chroniques ont considérablement évolué au cours des dernières décennies. Ceci résulte de l'influence conjointe, d'une part, des avancées thérapeutiques et de l'apparition de spécialités pharmaceutiques efficaces au moins sur les symptômes, et, d'autre part, des politiques de réduction du nombre de lits hospitaliers, de rejet des hospitalisations de longue durée, et de retour précoce ou de maintien à domicile. Ainsi, l'hôpital psychiatrique, resserré sur ses fonctions de soins, n'est plus qu'exceptionnellement un lieu de vie pour ces malades, lesquels vivent pour la plupart dans la cité.

On a pu cependant mesurer, dans un précédent travail réalisé auprès des familles adhérentes de l'Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), les difficultés inhérentes au bon déroulement de leur vie quotidienne en milieu ordinaire, l'aide qu'il était nécessaire de leur prodiguer et, le cas échéant, l'implication forte de l'entourage familial qui dispense ces aides multiformes (Bungener M., 1995). Mais ce constat posait en contrepoint une interrogation forte concernant, parmi les personnes atteintes par ces pathologies, toutes celles qui ne peuvent ou ne souhaitent pas bénéficier de l'appui de leurs familles. Parmi les fonctions assurées par les familles (le plus souvent les parents ou au moins un d'entre eux), on pouvait remarquer le poids important du temps occupé par les tâches administratives, l'obtention et la gestion des ressources, les problèmes de logement. Par ailleurs, nombre de ces familles assuraient ces tâches dans le cadre d'une mesure de protection juridique des majeurs considérés comme « incapables » : curatelle ou tutelle (*cf.* annexe). Si tous les malades assistés largement par leurs familles n'étaient pas placés sous tutelle ou curatelle, la proportion élevée de ceux qui l'étaient ¹, suggérait qu'un certain nombre des personnes atteintes par ces pathologies et vivant loin ou en dehors de leur parentèle, étaient susceptibles de « bénéficier » de telles mesures. Les

* Martine Bungener, économiste, directrice du CERMES.

Janine Bachimont, sociologue, CERMES.

Eric Hauet, économiste et statisticien, CERMES.

1 36 % bénéficient d'une mesure confiée dans 58 % des cas à un membre de la famille, soit 21 % de la population.

approcher permettrait d'apprécier comment ces personnes, sans ou hors famille, vivaient au quotidien avec leur maladie, et de tenter de comprendre le rôle joué auprès d'elles par des tuteurs dont la mission n'a, en théorie, rien à voir avec les manifestations éventuelles d'une quelconque maladie autres qu'une incapacité à gérer ses biens et ressources propres. De ce fait, en cherchant à savoir comment on vit aujourd'hui avec une pathologie mentale grave et chronique, comment s'organisent les prises en charge et quels sont les acteurs impliqués, nous avons été conduits à rencontrer un groupe professionnel dont l'activité est en pleine mutation, et surtout qui pose de grandes interrogations sur les contours de ses missions et sur la transformation de son rôle et de ses fonctions. Ce questionnement participe de l'évolution spécifique du rôle des délégués de tutelle confrontés à des individus souffrant de troubles psychiatriques et de leurs expériences, mais ne s'y réduit pas.

C'est la rencontre de ces deux populations qui a fait l'objet du travail de recherche dont nous voulons rendre compte (Bachimont J. *et al.*, 2002). Pour cet article nous nous centrerons plus précisément sur les tâches accomplies par les délégués de tutelle auprès de ces personnes étiquetées, pour la plupart, comme étant des malades mentaux, ou ayant souffert de maladies mentales, puisque c'est à ce titre que leurs mesures de protection ont été données en gestion aux deux associations tutélaires qui ont servi de cadre et de terrain à notre enquête.

La loi et la jurisprudence ne donnent pas un contour explicite à la mission du délégué, ce qui lui permet de s'adapter aux situations individuelles (Pécaut-Rivolier L., 2004). Cependant, certaines tâches sont communes à tous les délégués – quels que soient les personnes concernées et le type de mesure prononcée – et relèvent de leur mission traditionnelle telle qu'inscrite dans le Code civil, alors que d'autres, plus spécifiques aux personnes étudiées, confèrent un rôle particulier à ces délégués par rapport au reste de la profession. Il est, alors, opportun de se pencher sur cette spécificité pour tenter d'apprécier, comme cela est annoncé par certains commentateurs, dans quelle mesure elle préfigure une évolution possible de l'ensemble de la profession.

■ L'enquête

La démarche retenue s'est fondée sur la collecte et le recueil de données inédites auprès de deux associations tutélaires spécialisées dans la gestion de mesures de protection juridique d'adultes souffrant ou ayant souffert d'atteintes psychiques. Elles ont été créées à l'initiative et avec le soutien de l'UNAFAM, mais, bien que portant tous les deux le nom d'Ariane, elles sont totalement indépendantes. L'une, Ariane Paris, est située dans le XX^e arrondissement, et l'autre, Ariane Nord, se trouve dans la région Nord-Pas-de-Calais (voir encadré).

Encadré : Méthodologie

• Le terrain

Ariane Paris a été créée en 1993, est centralisée sur une section, et compte quatre délégués dont un responsable. Elle gérait 79 mesures au 1^{er} octobre 1999 dont 57 curatelles renforcées et 16 tutelles, 46 étant des mesures d'État, et 114 en octobre 2002 dont 24 tutelles et 72 curatelles renforcées, 80 étant des mesures d'État.

Ariane Nord, plus ancienne, est répartie sur huit délégations localisées respectivement à Dunkerque, Roubaix, Mons-en-Barœuil, Denain, Anzin, Douai, Lille-Ouest et Lille-Est. Chacune d'elles couvre une zone géographique définie et traite entre 250 et 350 mesures. Ensemble, au 31 août 2002, elles administraient 2 217 dossiers de majeurs dont 1 341 mesures d'État (441 tutelles et 900 curatelles dont 790 curatelles renforcées), 102 mesures non financées (dont 64 sauvegardes) et 774 TPS. On compte 735 doubles mesures. Les huit délégations employaient au total 46,4 délégués (en équivalent temps plein), dont huit responsables (soit un par délégation).

• Recueil des données

Les données ont été recueillies au travers d'une approche qualitative par entretiens semi-directifs et quantitative par questionnaires.

Les entretiens

Dix-neuf délégués de tutelle ont été interviewés. Chaque entretien a duré environ 60 minutes. Nous avons choisi comme mode d'entrée la pratique professionnelle, et après avoir demandé à chaque délégué interviewé de retracer son parcours professionnel, nous leur avons proposé de nous parler de trois situations concrètes qui selon eux étaient : représentative de la profession, de sorte à faire ressortir la représentation de l'idéal de l'activité, pour la première ; problématique, de sorte à creuser en quoi cette situation était problématique, pour la seconde ; contrastée par rapport aux deux autres – soit dans les situations elles-mêmes, soit par rapport aux mesures ou aux situations de vie des majeurs dont ils devaient assurer la gestion, pour la troisième.

Les questionnaires

Au vu de la différence des effectifs de la population de chacune des deux associations, nous avons retenu le principe de la constitution d'un échantillon par tirage aléatoire au tiers des dossiers individuels pour Ariane Nord, à la moitié pour Ariane Paris. Ce tirage devait être réalisé par chaque association au niveau des dossiers de chaque délégué.

Nous leur demandions de répondre à des questions permettant de décrire les situations de vie, ainsi que leurs démarches et interventions. Deux questionnaires distincts, mais complémentaires ont été utilisés. L'un (QM), spécifique à la personne protégée, devant être rempli par cette dernière, l'autre (QD), devant être renseigné par le délégué. Les données quantitatives obtenues se répartissent ainsi :

- 260 questionnaires complets, c'est-à-dire comprenant « QD » et « QM » ;
- pour 49 individus nous n'avons pas de questionnaire individuel « QM » car seul le questionnaire délégué « QD » est rempli ;
- pour neuf individus nous ne disposons que du questionnaire individuel « QM ».

L'exploitation des données a été faite sur 309 questionnaires « QD ». Les résultats des questionnaires ont été analysés rubrique par rubrique, puis de façon synthétique dans le cadre d'une analyse factorielle.

L'ensemble des données collectées a permis de mettre en évidence quatre modes de gestion différenciés, auxquels correspondent quatre groupes de personnes aux caractéristiques distinctes :

- deux modes, que nous avons dénommés respectivement : « *une gestion acceptée et partagée* », et « *une gestion distante auprès d'un majeur pris en charge par ailleurs* », renvoient à une pratique « classique » de protection de la personne et des biens ;
- un troisième mode : « *une gestion contrôlée pour des personnes astreintes à un traitement médical* », recouvre une pratique spécifique novatrice propre à cette population de majeurs, en ce sens qu'elle nécessite d'assurer un contrôle efficace de la maladie et de ses symptômes les plus perturbant dans la vie quotidienne et de construire alors un lien fort avec les unités de soins ;
- un dernier mode : « *une gestion conflictuelle et non stabilisée* », renvoie également à une pratique inédite et particulière du délégué face à ces personnes confrontées à la maladie mentale, qui est fortement marquée par les symptômes dont ils souffrent. Cette tâche s'avère difficile à réaliser dans le cadre actuel de leur mission, en cas d'atteintes non stabilisées ou non contrôlées de la maladie.

Dans cet article, nous nous attacherons tout d'abord à décrire les tâches propres aux délégués confrontés à ces populations spécifiques, puis à comprendre ces modes de gestion dans leurs particularismes.

■ Prendre soin : des tâches inédites pour le délégué

Pour apprécier la nécessité d'opérer des tâches inédites, il importe de définir la mission traditionnelle des tuteurs professionnels. La mission que l'on trouve définie dans le Code civil concerne la tutelle pour les mineurs¹. Par extension elle est appliquée aux majeurs. Le texte du Code civil précise : « *Le tuteur prendra soin de la personne mineure et la représentera dans tous les actes civils, sauf les cas dans lesquels la loi ou l'usage autorise les mineurs à agir eux-mêmes. Il administrera ses biens en bon père de famille et répondra des dommages et intérêts qui pourraient résulter d'une mauvaise gestion* ».

Toutefois, d'après les textes officiels, cette mission consiste à : gérer les ressources et le patrimoine (quand il existe), surveiller les dépenses, organiser la mesure elle-même, assister la personne dans différentes décisions l'engageant sur un plan « humain » comme donner leur accord pour un mariage, un divorce. Mais pour bon nombre de professionnels, on l'a évoqué rapidement, la mission du tuteur ou du curateur ne se résume pas à cette

¹ Articles 450 à 475 du Code civil.

énonciation, mais passe par une protection adaptée aux besoins de la personne et par un accompagnement social ; dimensions que le Code civil ignore (Benjamin I., 1997 ; Verdier P., 1999). Cependant, protection adaptée et accompagnement sont susceptibles de prendre également une dimension médicale en cas d'existence d'une pathologie avérée, ce qui est le cas pour la population concernée ici. En effet, cette dernière possède des caractéristiques démographiques, sociales et médicales qui semblent appeler un accompagnement particulier qui prenne en compte les spécificités de chaque personne et, en premier lieu, les effets de la maladie mentale.

On retrouve, dans cette population, des caractères propres à la démographie des personnes souffrant de maladies mentales, déjà observés dans le cadre de l'enquête précitée conduite à l'UNAFAM, à savoir : plus d'hommes (58 %) que de femmes, d'un âge moyen proche de 44 ans, le plus souvent célibataires (moins de 12 % déclarent vivre en couple), quasiment toujours sans activité professionnelle (90 %) et largement en situation d'incapacité permanente de travailler. Par contre, leur origine sociale est différente, moins élevée dans l'échelle sociale : 50 % déclarent avoir ou avoir eu un père ouvrier. Leurs ressources financières sont faibles (pour 75 %, mensuellement inférieures à 760 euros, pour seulement 3 %, supérieures à 1 500 euros), et essentiellement composées d'allocations publiques parmi lesquelles l'AAH occupe une place prépondérante puisqu'elle est versée à 57 % de la population, 15 % disposent d'une pension d'invalidité, et 4 % du RMI. Par ailleurs, 22 % reçoivent une allocation logement.

En ce qui concerne l'état de santé, il s'agit bien d'une population marquée par une forte prévalence de troubles mentaux (88,5 %), momentanés ou chroniques, qui peuvent être parfois associés à l'alcoolisme. Les psychoses (qu'il s'agisse de schizophrénie ou de psychose maniaco-dépressive) sont les diagnostics les plus fréquents (38 % des personnes concernées), et les états dépressifs atteignent un tiers de la population. Sur l'ensemble des troubles ou problèmes rapportés, 47 % sont d'ordre « psychiatriques isolés », 10 % « psychiatriques associés à l'alcoolisme », 31 % « psychiatriques associés à d'autres troubles » plus ou moins précisés. L'alcool est énoncé comme problème essentiel dans 22 % des cas ; des troubles autres que psychiatriques, alcooliques ou comportementaux, qu'ils soient physiques ou sociaux, sont évoqués pour 15 % des situations ¹. Comme dans l'enquête UNAFAM, une très forte proportion est sous traitement médical (71 % au total, soit 80 % des personnes présentant des troubles psychiatriques) ; 36 % de l'ensemble de ces dernières suivent une psychothérapie.

¹ Il peut s'agir par exemple de maladies organiques, de handicap physique, ou de comportements à risques comme la prostitution ou la toxicomanie.

À côté de la démographie et de l'état de santé, la situation vis-à-vis du logement et les conditions d'isolement constituent le troisième ensemble de variables susceptibles d'intervenir de façon déterminante sur la tâche des délégués. La situation la plus fréquente est la suivante : vivre seul dans un logement indépendant (46 %), situé en zone urbaine (96 %). Toutefois, 23 % vivent avec au moins une autre personne dans leur propre logement. La cohabitation concerne plus souvent les amis (10 %) que la vie en couple (7,5 %). Très peu cohabitent avec un membre de la famille (5 %). Enfin, 21 % sont en institution, ce sont plus souvent les plus âgés. Seules deux personnes sont déclarées sans domicile fixe (SDF) au moment de l'enquête.

Face à ce tableau de vie, les données recueillies nous ont amenés à un double constat. Tout d'abord, elles nous ont permis de vérifier qu'un certain nombre de tâches traditionnelles s'imposent mais qu'elles doivent parfois s'adapter aux exigences particulières de cette population. En second lieu, si la dimension sanitaire de la prise en charge des personnes ne relève pas, *a priori*, de la mission des délégués, elle la détermine fortement et met en forme la plupart de leurs modalités concrètes d'intervention auprès d'elles. Nous traiterons successivement de ces deux aspects.

Des interventions traditionnelles sous contrainte

La gestion des ressources financières est une des missions essentielles des délégués, mais nous avons constaté qu'ils tentaient d'y associer le plus possible les personnes sous protection, et cela même lorsqu'ils assuraient seuls cette tâche ; les entretiens en témoignent.

Bien que, sur cette question, des positions personnelles différentes soient repérables, la philosophie des deux associations est de faire en sorte que le « *majeur reste acteur* ». Participer à la gestion de son budget est ainsi un des pans que celles-ci assignent à leur mission d'accompagnement et du projet éducatif qui va avec. Cet objectif est néanmoins compliqué et peut s'avérer problématique lorsque le type de mesure (notamment les curatelles qui imposent d'associer le majeur aux décisions), l'état du patrimoine, les dettes, les effets négatifs de la maladie mentale (prodigalité), des conflits familiaux, et éventuellement des pressions de toutes sortes exercées à l'encontre du délégué, s'entrechoquent.

La faiblesse avérée des revenus de cette population constitue, par ailleurs, un contexte contraignant de gestion qui ne se limite pas à la seule « gestion en chambre » des biens et des sources de revenus. Le délégué doit assurer un contrôle des dépenses courantes de sorte à ce qu'elles soient compatibles avec les revenus disponibles. Si le délégué assure directement la *quasi-totalité* des dépenses courantes « incontournables » (par exemple : logement, impôts, assurances, quittance d'eau d'électricité et de gaz), en s'inscrivant dans la réglementation propre au type de mesure concernée, délégué et majeur doivent se mettre d'accord sur un montant hebdomadaire, ou

mensuel, destiné à couvrir les dépenses courantes. L'acceptation du budget est un travail en soi qui détermine le bon déroulement de la gestion de la mesure. Mais, rien n'est jamais acquis. Plusieurs situations peuvent à tout moment mettre l'équilibre du budget négocié en danger : les achats intempestifs et non prévus pouvant conduire à de nouvelles dettes, mais aussi les manifestations de la maladie, notamment lorsqu'il s'agit de personnes maniaco-dépressives pour lesquelles gestions de l'argent et des troubles sont intimement liées.

Enfin, si assurer le paiement du loyer fait partie des tâches classiques, ce n'est toutefois pas le seul travail relatif à l'habitat. Pour près d'un tiers des cas, les délégués ont également à prendre en charge ou à gérer des difficultés diverses, qu'il s'agisse des locaux eux-mêmes (dégradations, manque d'entretien, 13 %) ou des relations délicates ou conflictuelles avec le propriétaire, le bailleur (7 %), ou le voisinage (17 %).

Faire face aux manifestations de la maladie

La gestion de la situation médicale apparaît comme une des composantes inéluctables de l'accompagnement, même si elle n'est pas explicitement prévue dans les textes qui régissent l'activité du délégué. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une implication dans la gestion courante des soins, ni dans l'administration d'un traitement (très peu de délégués le sont), mais d'une gestion implicite des effets de la maladie sur les comportements des personnes et de leurs conséquences dans la vie quotidienne. Cependant, pour ce faire, les délégués déplorent fréquemment leur manque d'information sur la situation médicale des personnes. Leur niveau d'information ne leur semble suffisant que pour la moitié d'entre elles, et ils disent souvent ne pas avoir de contacts réguliers avec les soignants. Leurs réponses n'en font état que pour un tiers de la population. De plus, lorsqu'elles existent, leurs relations avec les équipes médicales hospitalières sont fréquemment décrites comme fluctuantes.

Par contre, il revient au délégué la difficile responsabilité d'affronter, souvent seul, au moins dans un premier temps, les situations d'urgence ou de crises et cela dans une proportion, certes faible, mais non négligeable. Leur intervention dans le domaine médical semble ainsi plutôt résulter de la survenue de crises pour lesquelles ils apparaissent immédiatement concernés dans la majorité des cas. Ils font ainsi état, dans leur pratique quotidienne, de situations d'urgence ou de crise de nature psychiatrique pour 59 personnes (19 %) ou médicale pour 47 personnes (15 %), et mentionnent également des situations d'urgence sociale pour 71 d'entre elles (22,5 %). Impliqués en première ligne pour 55 % des situations de crises sociales, les délégués le sont encore plus lorsqu'il s'agit de crises de nature psychiatrique (59 %) ou médicale (57,5 %).

Pour une large fraction de la population dont ils ont la charge, l'existence d'autres pathologies ou handicaps associés ont un effet notable sur leur activité. Comme pour la maladie mentale, le plus souvent ils ne sont pas confrontés à des difficultés relevant de la gestion proprement médicale de ces troubles morbides, mais plutôt au fait de leurs conséquences et répercussions dans la vie et les comportements quotidiens.

Enfin, les délégués s'avèrent peu impliqués dans les procédures d'hospitalisation. Responsables des conditions quotidiennes de vie de la personne, ils devraient, en toute logique, être impliqués lors des épisodes d'hospitalisation. Leur accord en cas de décision d'hospitalisation ne semble explicitement exigé que dans 12 % des situations, et ils apparaissent impliqués dans à peine quatre décisions de sortie sur dix. Lors des décisions de sorties, alors que le médecin hospitalier n'agit quasiment jamais sans l'accord des personnes hospitalisées, dans la majorité des cas, les délégués ne sont pas consultés. Cette non-implication peut aller jusqu'au fait de ne même pas les avertir. Outre que ceci leur apparaît comme la manifestation d'un dysfonctionnement dans les relations entre les équipes hospitalières et les services de tutelles, c'est également prendre le risque d'induire une rupture dans la prise en charge de la personne, rupture qui peut être préjudiciable.

L'autonomie des personnes protégées dans la vie quotidienne est une variable importante de l'activité des délégués. Elle n'est pas sans rapport avec l'état de santé et la maîtrise médicale des symptômes de la pathologie mentale. Plus de la moitié des personnes sous protection sont présentées comme étant indépendantes ou *quasi* autonomes dans leur vie quotidienne. Un tiers d'entre elles est décrit comme partiellement dépendant. Environ une personne sur dix est considérée comme étant très dépendante. Toutefois, l'existence de problèmes psychiatriques mentionnés explicitement comme « problème majeur » – ce qui est le cas pour 65 % de la population –, apparaît pratiquement indépendante du niveau d'autonomie déclaré par les délégués.

Répondre aux besoins d'aide dans la vie quotidienne, est présenté par les délégués comme étant largement de leur ressort, quel que soit le niveau d'autonomie déclaré, mais avec une intensité plus forte pour les personnes partiellement dépendantes, lesquelles vivent, en majorité, en milieu ordinaire. En cas de besoin, le délégué prodigue ainsi lui-même une aide dans pratiquement la moitié des situations et près de six fois sur dix lorsque la personne vit en milieu ordinaire. Mais, comme on peut s'y attendre, son intervention est nettement moins fréquente auprès des personnes qui vivent en institution même si on y retrouve en plus grand nombre des personnes totalement dépendantes.

Dans la population particulière que nous venons de présenter, délégués et équipes médicales de secteur, bien que sans relations véritablement codifiées, sont – de fait – les deux pivots qui soutiennent les majeurs sous mesure de protection dans leur vie quotidienne et leur fournissent les aides requises. L'entourage familial – bien que plus présent que nos premières

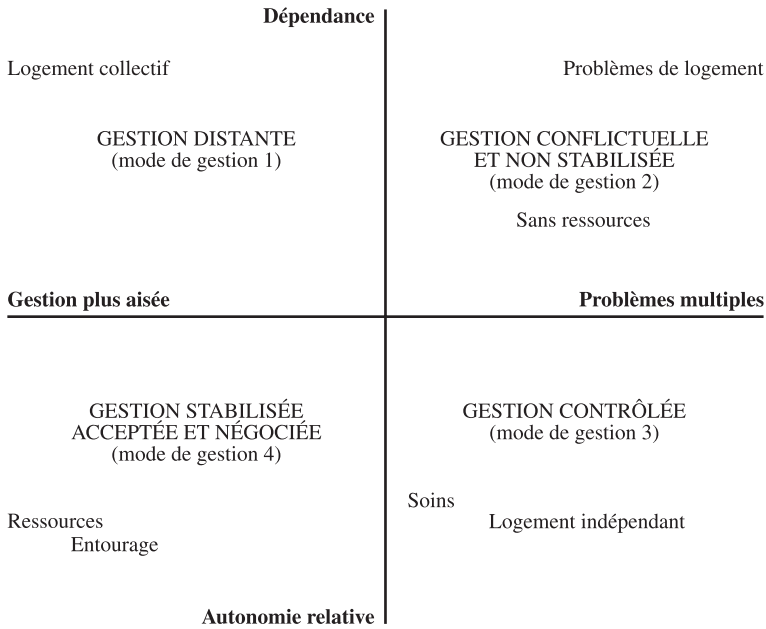
hypothèses de travail le formulaient – reste peu impliqué, sauf à l'évidence lorsqu'un membre de la famille héberge la personne, ce qui, par ailleurs, est parfois source de difficultés supplémentaires pour les délégués. Peu de personnels rémunérés sont mobilisés du fait, sans doute, de contraintes de ressources prégnantes.

■ Deux modes de gestion traditionnels, deux modes spécifiques, plus ou moins problématiques

Ce que les questionnaires remplis par les délégués nous donnent à voir, ce sont, au final, les résultats produits peu à peu au fil du déroulement de la relation d'aide, qu'il s'agisse de la gestion du budget, de la maintenance de bonnes conditions de logement, de l'insertion sociale, etc. Au travers de multiples modalités de rencontres et de formes d'interventions, il s'agit, dans le cadre de la relation de protection, de construire progressivement un partenariat avec la personne protégée et d'atteindre, si possible, un état d'équilibre, ce qu'on pourrait définir de façon résumée comme une situation potentiellement conflictuelle en quête de stabilisation. Du fait qu'ils ont, d'une façon ou d'une autre, sur le plan financier ou dans une configuration plus matérielle, à voir ensemble pratiquement tous les aspects de la vie quotidienne, la qualité de la relation établie entre les deux protagonistes principaux est déterminante dans les conditions d'exercice du délégué. Or, interrogés sur ce point précis, du point de vue des délégués, la nature des relations qu'ils entretiennent avec la personne protégée leur apparaît bonne dans 83 % des cas (soit 249 personnes). Ils la décrivent comme « conflictuelle », ou comme une « relation distante » dans 8 % des cas. Enfin, l'adjectif « agressive » n'est employé que pour deux personnes.

On a vu ainsi, au long de l'exploitation des questionnaires, se dessiner un groupe pour lequel toutes les relations impliquant autrui semblent difficiles. Les individus présentent des troubles comportementaux et relationnels, souvent peu ou pas pris en charge médicalement et que le délégué ne parvient pas, sinon à contrôler, du moins à encadrer ou à accompagner, le mettant, selon ses propres dires, en situation d'échec. Celui-ci se met alors peu à peu à distance, espaçant parfois le plus possible les contacts avec la personne. Il n'attend du reste aucun effet positif de la mise sous protection juridique, et une révision possible de la mesure est moins souvent envisagée dans ce groupe que pour le reste de la population.

Qu'en est-il pour le reste de la population pour lequel la relation de gestion est qualifiée de satisfaisante ? Que recouvre-t-elle au quotidien compte tenu des particularités de chacun ? L'analyse factorielle réalisée sur l'ensemble des données collectées a permis d'identifier, outre la gestion de ce groupe particulier, trois autres modalités de gestion différenciées. Deux oppositions structurent le plan factoriel obtenu (*cf.* figure).



Un premier axe horizontal oppose à droite, des situations où le délégué doit faire face à de multiples problèmes posés par le majeur (en particulier, en matière de logement ou de vie quotidienne) à des situations, à gauche, où, au contraire, la gestion ne pose pas de problèmes particuliers (ressources suffisantes, pas de problèmes occasionnés dans la vie quotidienne). Un second axe vertical oppose, vers le haut, des personnes sans traitement médical particulier mais très dépendantes notamment sur le plan physique ou dans la vie quotidienne, à d'autres, situées en bas, moins dépendantes mais traitées, soit médicalement, soit psychologiquement. On remarquera ici que ce n'est pas le type de pathologie qui apparaît déterminant mais le fait d'être traité ou non.

Si l'on regarde les diagonales, le plan factoriel montre également deux autres types d'opposition. Pour la première, on trouve d'un côté, des personnes vivant en institution, en logement collectif ou dans la famille (quart gauche en haut), et de l'autre, des personnes vivant en ménage, de façon indépendante (quart droit en bas). Et pour la seconde, on a d'un côté, des personnes disposant d'un patrimoine et de ressources suffisantes (quart gauche en bas), et de l'autre, des personnes ne disposant pas de patrimoine ni de ressources suffisantes (quart droit en haut). La combinaison de ces oppositions permet de discerner quatre formes distinctes d'intervention des délégués adaptées à la configuration spécifique des besoins de quatre groupes particuliers, que nous avons présentées précédemment et que nous allons décrire ci-après.

Chacun de ces modes de gestion est assorti de conditions d'interventions différentes, plus ou moins difficiles, et exige un investissement variable selon l'amplitude des besoins identifiés. Dans les quatre situations, le mode d'entrée est toujours celui d'une protection juridique et administrative de la personne, *via* une gestion des ressources et du patrimoine. Cependant, les modes 1 et 4 correspondent par bien des aspects à la conception proposée dans le Code civil, c'est-à-dire que la nature de la mission des délégués est relativement bien codifiée et directement liée au type de mesure à gérer. Pour les modes 2 et 3, d'autres activités viennent s'ajouter très clairement. Elles opèrent un glissement d'une mission relevant d'un modèle juridique administratif *stricto sensu* vers une fonction plus médico-sociale plus ou moins difficile à obtenir ou à stabiliser.

Une gestion distante pour des personnes prises en charge par ailleurs (mode 1)

Ce mode de gestion est essentiellement administratif ; c'est du reste ainsi que les délégués le qualifient dans les entretiens. Ils réalisent principalement les divers paiements et apportent de l'argent aux personnes sous forme d'espèces.

On y trouve des personnes le plus souvent très dépendantes, (physiquement ou pour assurer les gestes de la vie quotidienne), qui vivent en institution ou dans leur famille, notamment chez leurs parents – en ce cas, le domicile est d'ailleurs plutôt rural et l'origine sociale proche du monde agricole. Cela expliquant ceci, le délégué n'a pas – ou a moins – besoin de fournir d'aide humaine ou d'accompagnement, que pour les autres modalités, dans la mesure où ces actions sont assurées soit par les institutions, soit par les familles – avec lesquelles, du reste, il a des contacts. Il voit d'ailleurs assez rarement la personne (espacement parfois supérieur à deux mois), mais gère la mesure à distance.

Les individus ne semblent pas, ou plus, astreints à un traitement médical, ou le délégué n'en a pas connaissance. Certaines travaillent (sans doute en milieu protégé), dans le cadre de leur vie en institution. Elles sont incluses dans des groupes d'âges différents (à la fois des personnes de moins de 30 ans et des personnes de 60 ans et plus), et enfin, elles sont plutôt indifférentes envers leur mise sous protection.

Une gestion stabilisée, acceptée et négociée (mode 4)

L'activité principale du délégué porte ici essentiellement sur la gestion des ressources. Son importance tient au fait qu'il l'assure seul, conjointement avec la personne, ou avec la famille. Dans ce dernier cas, la gestion du patrimoine demande paradoxalement un temps plus important, car elle est source de discussions, voire de conflits. C'est peut-être fortuit, mais les cas

où les relations avec les intervenants (notamment la famille) sont mauvaises semblent alors un peu plus fréquents que dans les autres situations. Les soins sont gérés, soit par un soignant, soit conjointement avec le délégué. Il n'est jamais constaté de refus d'intervention d'un médecin.

On retrouve dans ce groupe des personnes d'origine sociale plus aisée, qui ont suffisamment de ressources et, généralement, possèdent un patrimoine (même d'un niveau peu élevé). Le refus de dépenses, ainsi que la survenue de problèmes dans la vie quotidienne sont beaucoup plus rares que pour les personnes correspondant au mode de gestion 2, que nous allons voir après. Les personnes concernées montrent également moins de rupture de leurs relations sociales : elles restent généralement en contact régulier avec leur famille, lorsqu'elles en ont une, et ont des activités sociales ou culturelles ; ce qui peut expliquer que le délégué à moins besoin de s'investir dans un processus d'accompagnement.

Une gestion conflictuelle et non stabilisée (mode 2)

La caractéristique de ce mode de gestion tient à une accumulation de difficultés non ou mal résolues pour la même personne (Bachimont J. *et al.*, 2003). Le délégué est ici confronté plus souvent que pour les autres groupes à des situations d'urgence sociale. Ce sont tout à la fois l'ensemble des caractéristiques de la personne, mais aussi les modalités de la mise en œuvre de la mesure et, notamment, des lacunes du réseau d'encadrement médico-social, qui fabriquent ce mode de gestion. L'accumulation des difficultés se traduit par une part importante du temps de travail occupée à tenter de juguler des aspects sociaux et médicaux non résolus.

On retrouve, dans ce mode de gestion, des personnes qui ne vivent pas en institution, mais qui sont peu autonomes car elles présentent des manifestations relevant de problèmes d'ordre social ou comportemental non contrôlés ; ceci parce qu'elles n'ont pas de suivi médical efficace, voire pas de traitement du tout, qu'elles le refusent ou qu'elles s'avèrent peu observantes. Certaines personnes, bien qu'ayant des troubles psychiques avérés, n'ont jamais été hospitalisées. Elles vivent seules avec difficulté. Leur niveau de ressources est particulièrement faible et insuffisant et elles n'ont pas de patrimoine. Le délégué réussit occasionnellement à dégager un excédent de ressources sur les dépenses, mais il doit souvent refuser les dépenses qui lui sont demandées. De ce fait, la relation est très conflictuelle avec le majeur, voire agressive dans quelques cas. D'une manière générale, celui-ci est révolté par sa mise sous protection juridique. Le délégué est également confronté à des problèmes d'entretien du logement (des dégradations sont évoquées) qui, pourtant, ne paraît pas vétuste. Il doit se rendre souvent au domicile pour régler un problème (parfois chaque semaine), mais cette périodicité rapprochée des visites est apparemment, dans un certain nombre de cas, estimée par lui encore insuffisante par rapport aux besoins.

Une gestion contrôlée de personnes astreintes à un traitement médical (mode 3)

Cette modalité fait apparaître l'importance d'un suivi médical scrupuleux. Elle se fonde sur une dimension d'exigence de traitement thérapeutique ; dimension qui identifie tout à la fois un groupe marqué par l'état médical et par une logique d'action des délégués, appuyée très fortement sur un suivi, même à distance, de l'observance au traitement, puisque c'est plutôt le malade qui gère lui-même les soins. Ce suivi de la composante thérapeutique apparaît bien comme un intermédiaire essentiel, non seulement pour la qualité de la relation, mais surtout pour permettre à la personne malade d'atteindre un équilibre de vie relativement satisfaisant. En général, le délégué est en contact avec l'équipe médicale et a assez d'informations.

On retrouve ici certaines des caractéristiques sociales et médicales évoquées pour le groupe précédent. Le délégué pointe souvent un problème de nature comportemental ou psychique, et ses relations avec les personnes sont qualifiées de bonnes, ou, à tout le moins, de distantes. La différence essentielle, quant à la gestion de la mesure, porte sur l'existence d'une prise en charge thérapeutique, médicamenteuse ou psychothérapeutique, qui abaisse fortement la conflictualité. Tout dépend aussi de l'observance du traitement car, lorsque celle-ci fait défaut, les problèmes relationnels avec le voisinage, avec le propriétaire, ou avec le délégué ressurgissent.

C'est dans ce groupe que les délégués ont aussi plus souvent à gérer des situations de crise ou d'urgence pour des raisons médicales ou psychologiques, et que, paradoxalement, ils font état de refus d'intervention d'un médecin.

La mise sous protection a pu être demandée par la personne elle-même ou par sa famille. La révision de la protection juridique est plus souvent envisagée par le délégué.

■ Conclusion

Au terme de ce travail, on peut considérer que l'activité des délégués à la tutelle face aux personnes souffrant d'atteintes psychiques ou mentales se distingue de la fonction traditionnellement dévolue aux tuteurs dans la mesure où elle s'enrichit d'interventions spécifiques qui participent d'une fonction d'accompagnement personnalisée. La dimension médicale n'en est qu'un aspect parmi d'autres plus directement liés aux conséquences individuelles et sociales de la maladie. Les résultats confortent ainsi l'opinion de divers auteurs pour lesquels c'est le « type » de majeur, plus que le type de mesure, qui influe sur la réalité du travail quotidien à effectuer (Bauer M., 1994 ; Benjamin I., 1997). On peut faire l'hypothèse que cette

nouvelle fonction marque la transformation du rôle des tuteurs vers une nouvelle profession de l'intervention sociale, ceci en réponse à une modification profonde des populations à protéger et de leurs besoins.

En effet, au travers de leur implication dans la vie quotidienne de malades mentaux telle que nous avons pu la décrire, une nouvelle légitimité de l'activité de ces professionnels émerge. Certes, elle s'inscrit spécifiquement dans le cadre de la politique de déshospitalisation des malades mentaux et de la promotion du secteur dans la prise en charge de la santé mentale. Mais l'évolution de la pratique de ces délégués doit également être considérée plus largement dans le processus de changement des caractéristiques sociales et morbides des populations pour lesquelles une demande de mise sous protection juridique est exprimée : paupérisation, voire exclusion, des populations socialement et/ou mentalement vulnérables ou « fragiles », en rupture avec les liens sociaux. Les troubles mentaux dont elles souffrent sont alors plus fréquemment la conséquence de la précarité de leur situation sociale et sont associés à des comportements à risque tels la prise de toxiques, une alcoolisation excessive... Il en résulte une marginalisation qui va de pair avec un isolement du monde social « ordinaire » – différent de celui qui est couramment décrit pour les maladies mentales catégorisées plus précocement par la médecine –, et qui relève d'une prise en charge plus sociale, ou plus médico-sociale que médicale, mais dont nombre de dimensions sont néanmoins superposables. Pour ces groupes socialement fragiles, ou vulnérables, la mission du délégué à la tutelle, qui, rappelons-le, a pour objectif premier d'assurer la protection des personnes « incapables » et de leurs biens, se situe ainsi de plus en plus à l'articulation entre les domaines social, juridique et médical. Visant la protection *stricto sensu* des personnes, la mesure juridique prononcée contribue à exercer sur elles un contrôle économique et social, mais, du fait de leur vulnérabilité même, elle est assortie d'un objectif d'éducation et de réinsertion, et ce, quel que soit le type de mesure. L'action du délégué permet ainsi de mettre en place un réseau médico-social d'aide personnalisée et adaptée à la singularité des besoins de chacun. L'objectif recherché, et énoncé en tant que tel par les délégués de tutelle que nous avons interrogés, est de parvenir à une évolution favorable de la situation de la personne accompagnée, c'est-à-dire non seulement d'obtenir un équilibre de son budget, mais aussi de tendre vers une autonomisation, un maintien des liens sociaux ou, selon les cas, leur reconstruction ; la phase la plus achevée du processus étant de parvenir à une demande de mainlevée. De cet objectif, émerge la notion *d'accompagnement social personnalisé*.

La notion d'accompagnement personnalisée dans le cadre des mesures de protection juridique est ainsi mobilisée tout à la fois pour répondre à l'association aujourd'hui largement décrite entre troubles mentaux, pauvreté et exclusion (Maisondieu J., 1997 ; Sassolas M., 1997 ; Dodeman D., 1999), et par différents acteurs impliqués dans la prise en charge de la maladie mentale en vie ordinaire. C'est notamment la problématique des procédures

d'accompagnement mise en avant dans le Livre blanc édité sous l'égide de l'UNAFAM (UNAFAM, 2001) qui, à côté de la médicalisation, de l'hébergement, et du travail, fait explicitement mention de la protection juridique. « *Chacun sait que l'aide à une personne handicapée psychique demande plus de temps et de compétences que la simple aide pour contrôler la gestion des dépenses ou des biens* ». De ce fait, il faut notamment donner les moyens aux associations tutélaires d'accomplir correctement le travail d'accompagnement.

Associations tutélaires, professionnels de la tutelle, associations et professionnels de la santé mentale se sont ainsi retrouvés pour engager une lutte commune afin que la mission d'accompagnement soit reconnue, que des moyens soient alloués pour l'accomplir correctement, et que les professionnels qui l'exercent aient une reconnaissance statutaire. Mais ce débat précis s'inscrit aussi dans un mouvement plus large de réflexion sur les mesures de tutelle, né à la fin des années quatre-vingt-dix, et dans lequel on retrouve aussi les associations de malades ou de familles de malades mentaux et de handicapés mentaux, des professionnels du droit, et les pouvoirs publics ¹. Les enjeux en sont multiples mais les maîtres mots communs sont « liberté », « autonomie », « respect » de la personne mise sous protection juridique. C'est tout d'abord l'appellation « incapable majeur » qui est remise en question. Elle est remplacée par celle de « majeur protégé ». On l'aura compris, il ne s'agit pas d'un simple changement sémantique mais d'une transformation profonde du regard porté sur les personnes affectées par des troubles ou des handicaps mentaux. Le débat vise ainsi à alimenter une réforme en cours des articles du Code civil traitant de la protection juridique. Les modifications envisagées portent sur diverses dimensions : une dimension « humaniste », car il s'agit de « *prendre en compte le respect des principes de liberté et de dignité, en associant le majeur aux décisions qui le concerne, en limitant le recours aux régimes de protection, en évitant de laisser perdurer une mesure devenue inadaptée ou sans objet* » ; une dimension « familialiste », afin de « *revaloriser la place de la famille* » en lui redonnant sa position première dans la gestion de la mesure (Guigou E., 2000 ; Sassier M., 2000) ; enfin, une dimension « protectionniste » car ce ne seront plus « *les seuls biens de la personne qui seront protégés dans son intérêt, mais la personne elle-même* ». Il convient en outre de resituer l'ensemble dans un contexte où l'enjeu est aussi économique dans la mesure où, dans un souci de réduction des coûts, pour l'État et les organismes payeurs, le mode de financement est lui aussi en ligne de mire (Favard J., 2002).

Au-delà, ce qui est en jeu ce sont les compétences requises pour assurer cette nouvelle mission, et la formation même des délégués. Dans cette

¹ Les premières Assises nationales de la tutelle, qui ont eu lieu en décembre 1999, ont concrétisé publiquement ce mouvement. Elles se sont déroulées sous l'égide de l'Union nationale des associations familiales (UNAF).

perspective, le rapport d'enquête préalable à la réforme de la loi de 1968, mobilisant trois ministères, a établi un certain nombre de propositions. Celles-ci vont dans le sens de la reconnaissance d'un nouveau domaine d'activité : faire du métier de délégué une profession à part entière (ce qui rompt avec l'image d'une gestion des biens en « *bon père de famille* ») ; définir les compétences requises dans quatre domaines principaux que sont l'économie sociale et familiale, la gestion financière, le droit et la psychologie ; harmoniser les exigences de qualification, aujourd'hui formulées séparément selon le type de mesure et la population constituée de mineurs ou de majeurs (rapport ministériel, 1998). C'est ce que la profession souhaite mais c'est aussi et surtout ce qu'elle fait déjà au quotidien dans nombre de situations, notamment face à des personnes souffrant de troubles psychiques, sans que cela soit véritablement compris et pris en compte comme notre recherche a permis de le voir. Cet effet de visibilité est une des fonctions essentielles de la recherche en sciences sociales.

Annexe : Différentes mesures de protection des majeurs

Mesures de protection relevant du Code civil – Articles 488 à 514

Type de mesure Juridiction	Demandeur	Les règles générales	Les effets	Rôle du mandaté
Sauvegarde de justice Articles 491 à 491-6 du Code civil	Médecin. Personne concernée. Toute personne y ayant intérêt.	Mesure de protection immédiate, mais provisoire dans l'attente d'une décision du juge des tutelles.	Le majeur conserve l'exercice de ses droits.	Le législateur veille à ce qu'il ne se fasse pas de tort. Les actes antérieurs ne peuvent être annulés.
Curatelle** Articles 508 à 514 du Code civil.	Personne concernée. Le conjoint. Les ascendants ; descendants, frères et sœurs. Le ministère public. Le juge des tutelles...	Mesure intermédiaire destinée aux personnes devant être assistées dans l'exercice de leurs droits. Existence de plusieurs degrés : curatelle simple (art. 510) ou renforcée (art. 512). Désignation d'un curateur.	Le majeur est en incapacité partielle d'exercer ses droits : il peut faire seul les actes d'administration. Mais il doit : – faire les actes de disposition avec le curateur ; – recevoir ses capitaux avec le curateur.	Le curateur : – a un rôle d'assistance et non de représentation ; – donne son consentement aux actes que le majeur ne peut faire seul.
Tutelle ** Articles 492 à 507 du Code civil.	<i>Idem</i> que ci-dessus, plus curateur.	Mesure de protection la plus élaborée et la plus complexe. Une tutelle est ouverte lorsqu'un majeur a besoin d'être représenté d'une manière continue dans les actes de la vie civile. Désignation d'un tuteur.	Le majeur est dans une situation d'incapacité complète d'exercer ses droits. Tous les actes passés par la personne sont nuls de droit. Exceptions : – reconnaissance d'enfant naturel ; – pas privé de plein droit de l'autorité parentale, mais ne peut avoir de charge tutélaire...	Le tuteur a le pouvoir : – de contrôle sur le conseil de famille ; – de prendre les mesures au jour le jour ; – de gérer le patrimoine ; – de représenter le majeur dans les actes de la vie civile et de signer tous les actes...

** Curatelle ou tutelle sont dites « d'État », lorsque aucun parent ou allié ne peut les assurer.

Mesure de protection régie par le Code de la sécurité sociale

Mesures/ Juridiction	Règles générales	Les effets	Rôle du mandaté
Tutelle aux prestations sociales adultes (TPSA) Texte du 18 octobre 1966, inscrit au Code de la sécurité sociale (art. L. 167-1 et suivants), décret d'application du 25 avril 1969.	Mesure de protection prononcée : – pour gérer les revenus sociaux ; – sur une durée déterminée. Elle inclut un projet d'éducation et d'insertion.	Le majeur perçoit les prestations sociales et les gère avec le tuteur.	Le tuteur est habilité à prendre toutes les mesures de nature à améliorer les conditions de vie de la personne. Il doit évaluer et développer ses capacités individuelles de sorte à tendre vers son insertion sociale et professionnelle.

L'article 488 du Code civil pose qu'à 18 ans on est capable de tous les actes de la vie civile. Diverses catégories de personnes, du fait d'un handicap, mental ou physique, de la survenue d'une maladie mentale ou en conséquence du vieillissement ou d'un contexte social particulier ne sont plus « capables » au regard de la loi. On peut leur nuire et elles peuvent agir en leur défaveur. À ce titre, le Code civil et le Code de la sécurité sociale ont prévu des systèmes de protection.

Bibliographie

- BACHIMONT J., BUNGENER M., HAUET E., (2002), « Les personnes adultes souffrant de troubles mentaux sous protection juridique – conditions de vie et rôle des délégués à la tutelle », MiRe, convention de recherche 32/00, *Rapport de recherche CERMES*.
- BACHIMONT J., BUNGENER M., HAUET E., (2004), « Des gestions de tutelle qualifiées de difficiles : une négociation à construire entre tuteurs et majeurs souffrant de troubles psychiatriques », *Recherches Familiales*, n° 1.
- BAUER M., FOSSIER T., (1994), *Les tutelles, protection juridique et sociale*, Paris, ESF.
- BENJAMIN I., MENARD F., ROBERT C., (1997.), « Fonctions tutélaires : évolution des pratiques et transformations de la professionnalité des délégués », DGAS, *FORS recherche sociale*, rapport ronéotypé.
- BUNGENER M., (1995), *Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile*, Paris, Éditions Inserm.
- DODEMAN D., (1999), « Déségrégation psychiatrique et liens sociaux : les pratiques de sociabilité des malades mentaux en milieu ordinaire », mémoire de maîtrise *Intervention sociale et développement*, université de Caen.
- FAVARD J., (2000), (sous la présidence de), Rapport définitif du groupe de travail interministériel de réforme de la protection juridique des majeurs.
- GUIGOU E, (2000), Préface, in Sassier M., Fossier T., Noguès H., Brovelli G., (sous la direction de), *L'avenir des tutelles : analyses, fondements et prospectives*, Paris, Dunod, p. XIII.
- MAISONDIEU J., (1997), *La fabrique des exclus*, Paris, Bayard.
- PÉCAUT-RIVOLIER L., (2004), « La protection des majeurs à l'épreuve de la pratique professionnelle », *Recherches familiales*, n° 1, p. 65-72.
- RAPPORT MINISTÉRIEL, (1998), ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, ministère de la Justice, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, *Rapport d'enquête sur le fonctionnement du dispositif de protection des majeurs*, Paris.
- SASSIER M., FOSSIER T., NOGUÈS H., BROVELLI G., (2000), (sous la direction de), *L'avenir des tutelles : analyses, fondements et prospectives*, Paris, Dunod.
- SASSOLAS M., (1997), (sous la direction de), *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social*, Ramonville saint Agne, Erès.
- UNAFAM, (2001), *Le livre blanc des partenaires de santé mentale en France : pour une association de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*.
- **Pour en savoir plus**
- SÉRAPHIN G., (2004), (sous la coordination de), « Les majeurs protégés », *Recherches familiales*, UNAF, n° 1, 163 p.
- SÉRAPHIN G., (2001), *Agir sous contrainte. Être « sous tutelle ou curatelle » dans la France contemporaine*. Paris, L'Harmattan, coll. « Le travail social ».
- CHOPART J.-N., (2000), (sous la direction de), *Les mutations du travail social. Dynamique d'un champ professionnel*, Paris, Dunod.
- EHRENBERG A., LOWELL A., (2001), *La maladie mentale en mutation, psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.
- GAILLARD R., (2002), « Les délégués à la tutelle. Imaginaires et réalités d'une pratique professionnelle », thèse de sociologie, université Paris 7.
- LIVINEC F., RAVAUD J-F., LETOURMY A., (2001), « Les protections juridiques des personnes en institution », in *Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID*, colloque scientifique de Montpellier, DREES, Série Études, n° 16, p. 155-166.