

Des gestions de tutelle qualifiées de difficiles : une négociation à construire entre tuteurs et majeurs souffrant de troubles psychiatriques

Jeannine Bachimont, Martine Bungener, Eric Hauet

DANS RECHERCHES FAMILIALES 2004/1 N°1 , PAGES 73 À 86
ÉDITIONS UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS FAMILIALES

ISSN 1763-718X

DOI 10.3917/rf.001.0073

Date de mise en ligne : 01/01/2011

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-recherches-familiales-2004-1-page-73?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Union nationale des associations familiales.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

DES GESTIONS DE TUTELLE QUALIFIÉES DE DIFFICILES : UNE NÉGOCIATION À CONSTRUIRE ENTRE TUTEURS ET MAJEURS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Jeannine Bachimont, Martine Bungener, Eric Hauet

Dans un précédent travail mené auprès de familles adhérentes à l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM) qui interrogeait les conditions de vie des personnes affectées de troubles mentaux vivant en milieu ordinaire et les perceptions de leur entourage sur les difficultés rencontrées, ainsi que sur l'aide qui leur était nécessaire^[1], nous avons montré que la famille était un acteur incontournable du déroulement de leur vie quotidienne. Dans la continuité de cette étude, nous avons cherché à savoir comment vivent ceux et celles pour lesquels l'entourage familial fait défaut, et qui leur procure alors le soutien nécessaire^[2].

Nous avons choisi comme voie d'accès à cette population deux associations tutélaires (Ariane Paris et Ariane Nord)^[3], spécialisées dans la gestion des mesures de protection juridique prononcées envers des personnes affectées de troubles mentaux, et avons fait l'hypothèse que, en l'absence d'une présence soutenue de la famille, les délégués à la tutelle pouvaient être un maillon essentiel de l'aide apportée. Notre démarche se fonde

[1] Martine BUNGENER, *Trajectoires brisées, familles captives : la maladie mentale à domicile*, Paris, Éditions Inserm, 1995.

[2] Jeannine BACHIMONT, Martine BUNGENER, Eric HAUET, *Les personnes adultes souffrant de troubles mentaux sous protection juridique : conditions de vie et rôle des délégués à la tutelle*, Rapport de recherche CERMES, Mire, convention de recherche 32/00, octobre 2002.

[3] Elles ont été créées à l'initiative et avec le soutien de l'UNAFAM. Bien que portant toutes les deux le nom de « Ariane », elles sont indépendantes l'une de l'autre. L'une est située dans le XX^e arrondissement de Paris, l'autre dans la région Nord-Pas-de-Calais.

sur une enquête auprès des délégués selon une approche par entretiens semi-directifs et par questionnaires^[4] – nous leur demandons de décrire les situations de vie, ainsi que leurs démarches et interventions concernant un échantillon aléatoire de majeurs dont ils avaient la charge. Les données obtenues reposent ainsi sur la représentation qu'a chaque délégué de son niveau de connaissance des caractéristiques médicales et sociales des personnes protégées, et sur sa perception des conditions dans lesquelles se déroule la vie quotidienne de chacune d'elles. Ce que nous donne à voir cette recherche, c'est donc l'activité du délégué à la tutelle en lien avec une connaissance située de la personne sous protection juridique, telle qu'elle se présente dans le cadre d'une relation singulière, non stéréotypée, dans une situation d'interaction entre deux personnes. Les données recueillies par questionnaires nous fournissent par ailleurs des informations figées à un temps T de l'interaction. Les entretiens permettent d'avoir une vision plus dynamique de l'interaction et de la mission que se donne chaque délégué.

En premier lieu, eu égard aux variables cliniques (troubles mentaux) et sociales (carence d'aide familiale) identifiées au départ du projet, il fallait préciser les caractéristiques de la population issue des réponses aux questionnaires. Puis, au travers de la description concrète des interventions, nous avons cherché à comprendre quelle était la mission assignée aux délégués à la tutelle, comment ils l'exerçaient, quelles étaient les difficultés rencontrées, les marges et limites des actions entreprises, notamment lors des situations de crises et d'urgence, dans le face à face avec la personne, l'entourage, et/ou les autres intervenants : « Jusqu'où peut-on aller ? (...) Doit-on faire ou non ? (...) Il y a ce qu'on peut faire et qu'on ne fait pas, et ce qu'on ne peut pas faire et qu'on fait ».

Cette recherche se présente d'abord comme une étude de cas qui ne peut être généralisée sans précautions, du fait, notamment, de l'hétérogénéité même du métier de délégué à la tutelle^[5]. Les professionnels rencontrés ici sont pour la plupart des travailleurs sociaux reconvertis et ils revendiquent de ce fait une représentation plus sociale de leur mission que ne le dictent les textes officiels (ils ou elles étaient antérieurement éducateurs spécialisés, conseillers en économie sociale et familiale, ou travailleurs sociaux). D'autres, moins nombreux, ont une formation initiale juridique et font ils prévaloir une conception plus proche de l'esprit des textes. La prédominance d'intervenants ayant une formation et une expérience professionnelle dans le travail social découle du projet mis en avant par les deux associations : ne pas se limiter à la seule vision juridique et administrative de chaque mesure de protection juridique, mais privilégier simultanément un accompagnement social personnalisé de la personne protégée.

Cependant, notre analyse porte sur une pratique qui va au-delà des deux associations étudiées, car on peut postuler qu'émerge aujourd'hui un nouveau segment du métier de délégué à la tutelle. Produit d'une dynamique de transformation, en réponse à une modifica-

[4] 19 délégués de tutelle ont été interviewés.

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 9 individus, nous ne disposons que du questionnaire individuel « QM ».

L'exploitation des données a été faite sur 309 questionnaires « QD ».

[5] Gilles SÉRAPHIN, « Les délégués à la tutelle, lorsqu'une même dénomination recouvre une forte hétérogénéité de statuts, de références et de pratiques », *Réalités familiales*, Paris, UNAF, n° 61, 2001, pp. 24-31.

tion profonde des populations à protéger et de leurs besoins, ce segment professionnel marque progressivement une des « nouvelles professions de l'intervention sociale »^[6]. Participant du processus, une nouvelle légitimité de l'activité de ces professionnels émerge. 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. L'évolution de la pratique de ces délégués doit être considérée dorénavant dans une problématique 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 ». La mission de délégué à la tutelle, qui a pour objectif premier « d'assurer la protection des personnes inaptes et de leurs biens »^[7] se situe ainsi de plus en plus à l'articulation entre les domaines social, juridique et médical. Visant la protection stricto sensu des personnes, elle contribue à exercer sur elles un contrôle social et économique, tout en poursuivant de fait, compte tenu de leurs caractéristiques médico-sociales, un objectif d'éducation et de réinsertion, et ce, quel que soit le type de mesure^[8]. Elle permet simultanément de mettre en place un réseau médico-social d'aide personnalisée et adaptée à la singularité des besoins de chaque majeur sous protection.

En effet, la population de majeurs protégés n'est pas un groupe social homogène, mais présente de fortes disparités sociales, médicales et juridiques. Dans un souci de répondre efficacement aux divers besoins décelés en miroir des problèmes rencontrés, les délégués sont conduits à apporter un soutien personnalisé – ce qu'ils appellent un « accompagnement social » – qui, on va le voir, déborde largement la fonction classique de protection des biens et de la personne telle qu'elle est définie dans le Code civil. L'objectif recherché, et énoncé en tant que tel, est de parvenir à une évolution favorable de la situation de la personne accompagnée, c'est-à-dire non seulement d'obtenir un équilibre du 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. Malgré tous les moyens déployés, il arrive, pour certaines personnes sous protection, que les situations avancent avec peine ou même soient bloquées. Les délégués parlent alors de « mesures difficiles », voire considèrent que leur mission est en situation d'échec.

Le travail d'accompagnement, proche de la pratique des travailleurs sociaux, est au cœur du dispositif mis en place. Dans ces associations, c'est lui qui porte les espoirs d'une évolution favorable de la situation de la personne protégée. Pour Robert Castel, la « relation d'aide » ou « relation de service », est un type de technicité professionnelle située au cœur de la pratique du travail social, du fait de l'évolution de l'activité du travailleur social au cours de son histoire^[9] – à mettre en perspective avec le travail de délégué à la tutelle. Analysant le travail social, Michel Boutanquoi^[10], propose un cadre théorique de la représentation sociale de la « relation d'aide » dans le travail social, par les professionnels

[6] Lire, par exemple Jean-Noël CHOPART (sous la direction de), *Les mutations du travail social, Dynamique d'un champ professionnel*, Paris, Dunod, 2000 ; Marcel JEAGER, *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*, Paris, Dunod, 2000 ; Dossier, « À quoi sert le travail social ? », *Esprit*, Paris, n° 241, 1998.

[7] Art. 488 à 514 du Code civil.

[8] Dans les textes, seule la mise sous Tutelle aux Prestations Sociales « TPSA » prévoit cette action d'éducation et d'insertion.

[9] Robert CASTEL, « Du travail social à la gestion sociale du non-travail », in *Esprit : À quoi sert le travail social, op. cit.* pp. 28-47.

[10] Michel BOUTANQUOI, « Savoirs, pratique et changement », in Dominique FABLET (coord.), *Les interventions socio-éducatives, Actualité de la recherche*, Paris, L'Harmattan, 2002, pp. 115-127.

impliqués. Elle est dépendante : de la représentation de soi (qui explore l'identité individuelle) et du métier (qui renvoie à une identité sociale et professionnelle) ; de la représentation de l'objet de l'action, de la déviance, de l'inadaptation ; de la représentation de l'objet d'intervention, et des forces mobilisées qui l'accompagnent. De l'articulation entre chacun des différents niveaux, mais aussi des processus d'ajustement et de négociations entre les professionnels et les personnes concernées, résulte l'image que le professionnel a du sujet idéal *versus* du sujet difficile, et en corollaire, de la mission satisfaisante *versus* de la situation d'échec ; images externes que nous avons mobilisées pour conduire nos entretiens avec les délégués, et plus largement pour les questionnaires proposés.

La « relation d'aide » se construit au quotidien dans l'interaction entre le tuteur et la personne protégée. Or, les objectifs de l'un et de l'autre peuvent être différents et venir en opposition. C'est alors que les limites de la « relation d'aide » sont visibles, qu'une relation conflictuelle peut s'installer. Gestion courante, aide récurrente ou ponctuelle, protection et accompagnement de la personne majeure, s'opèrent dans le cadre de contacts qui, de l'avis même des délégués, varient fortement tant en nombre et en contenu qu'en qualité, selon les individus concernés. C'est ce que nous avons précisément cherché à comprendre au travers de la consigne duale d'entretien : « *Racontez un cas où, selon vous, la gestion de la mesure se déroule bien, et un autre où cela se passe mal* ». C'est également ce que nous avons voulu apprécier de façon plus quantitative à l'aide d'une batterie de questions concernant notamment les modalités et fréquences des contacts entre le délégué et la personne sous protection, mais également la rencontre de l'un comme de l'autre avec l'ensemble des autres intervenants. Une analyse complète de ces échanges exigerait d'avoir également le point de vue des personnes protégées et d'examiner les éléments de négociation, l'aptitude des professionnels à s'ajuster, ou non, aux personnes auxquelles l'aide s'adresse, et la capacité des « aidés » à mobiliser ou non les ressources qui leur sont offertes. Mais il s'agirait alors de répondre à une toute autre question que celle que nous souhaitons aborder ici, à savoir apprécier les spécificités qui engendrent ces gestions de tutelle qualifiées de difficiles.

Une analyse en composantes multiples des données recueillies par les questionnaires nous a permis d'identifier, au terme de ce travail, quatre modes de gestion de la protection, correspondant à quatre types de situations de vie ou groupes d'individus^[11]. Trois d'entre eux, que nous avons respectivement appelés : mode de gestion 1 : *une gestion du délégué plus distante pour des personnes prises en charge par ailleurs* ; mode de gestion 3 : *une gestion contrôlée de personnes astreintes à un traitement médical* ; mode de gestion 4 : *une gestion stabilisée, acceptée et négociée*, bien que caractérisés par des différences notables sur les situations de vie en lien avec les missions du délégué, sont considérés favorablement par ce dernier. Ils sont cependant assortis de conditions d'intervention plus ou moins difficiles et exigent un investissement variable selon l'amplitude des besoins identifiés. Cette perception positive permet de postuler que la mission est accomplie en conformité avec la représentation que l'intervenant en a. Par contre, le mode de gestion 2, que nous avons appelé « *une gestion conflictuelle et non stabilisée* », et qui fait plus particulièrement l'objet de cet article, renvoie à un modèle où la relation entre le délégué et la personne sous protection est décrite comme conflictuelle, et où le travail d'accompagnement n'aboutit pas comme souhaité. Il évoque, au travers des questionnaires individuels, des situations de vie problématiques correspondant à un groupe

[11] Jeannine BACHIMONT et al., *Les personnes adultes souffrant de troubles mentaux...*, op. cit., pp. 98-104.

d'individus considérés comme plus « difficiles ». Leurs symptômes d'atteinte mentale, leurs troubles comportementaux ou relationnels, sont rapportés comme plus intenses ou moins contrôlés que pour les autres groupes, et leurs contacts avec autrui comme particulièrement difficiles. Selon ses propres dires, le tuteur ne parvient à les encadrer ou à les accompagner qu'au prix de conflits fréquents et d'un investissement relationnel et en temps souvent très important. Cette information obtenue au travers des questionnaires est conforme aux données d'entretiens.

À notre demande d'évoquer une situation dans laquelle la gestion de la mesure était « difficile », l'exemple donné par les délégués interrogés s'est toujours fondé sur la narration de difficultés relationnelles et comportementales de la personne sous protection, associées ou non à une pathologie mentale clairement étiquetée. Ces troubles de la relation qu'ils n'arrivent pas à surmonter les conduisent à une situation en impasse, ingérable, où il n'est plus possible d'avancer, malgré les méthodes déployées depuis le début de l'application de la mesure.

Pourtant, dans les deux associations, le groupe de personnes pour lesquelles la gestion de la mesure est étiquetée si difficile ne se présente pas comme une population particulière au sein de l'ensemble des majeurs sous tutelle. Semblable aux autres, il semble ne présenter qu'une exacerbation légère des caractéristiques de tous. Après une description rapide de ces caractéristiques, nous présenterons ici les éléments constitutifs des missions « difficiles », car on peut faire l'hypothèse que la confrontation des délégués de tutelle avec une population constituée de personnes « difficiles » ira en croissant dans les années à venir.

◀ Les majeurs sous tutelle des deux associations Ariane : une population aux caractéristiques socio-démographiques et médicales particulières

Dans son ensemble, la population de majeurs sous mesure de protection juridique des deux associations auprès desquelles nous avons réalisé notre enquête présente des caractéristiques particulières retracées dans les tableaux suivants^[12].

Elle est en majorité masculine (58 %), d'âges diversifiés (compris entre 21 ans et 91 ans avec un âge moyen de 44 ans), largement issue d'un milieu ouvrier (50% déclarent avoir ou avoir eu un père ouvrier), célibataire (moins de 12 % déclarent vivre en couple), quasiment toujours sans activité professionnelle (90 %), et dans une forte proportion en incapacité permanente de travailler (40 %).

Ses ressources financières (*tableau I*) sont faibles (pour seulement 3 %, supérieures à 1 500 euros), et essentiellement composées d'allocations publiques, parmi lesquelles l'AAH occupe une place prépondérante ; 22 % disposent de l'allocation logement. Pension d'invalidité et RMI sont faiblement représentés.

En ce qui concerne l'habitat (*tableau II*), nous avons construit un indicateur synthétique à partir des trois dimensions suivantes : 1) la personne vit en institution ou en milieu ordinaire ; 2) dans ce dernier cas, elle dispose d'un habitat personnel ou pas ; 3) elle vit seule ou non, et si oui, avec qui ? Nous avons obtenu les résultats suivants : vivre seule dans un logement indépendant (46 %), situé en zone urbaine (96 %), est la situation prépon-

[12] Nous n'avons repris ici que quelques données essentielles. Pour l'ensemble des données se reporter à Jeannine BACHIMONT et al., *Les personnes adultes souffrant de troubles mentaux...*, op. cit., pp. 29-43.

Tableau I – Ressources financières

Population	Effectifs	% Population
Ressources < 760 Euros	233	75
Ressources >1 500 euros	10	3
AAH	179	57
Allocation logement	70	22
Pension d'invalidité	47	15
RMI	12	4

Tableau II – Habitat

Population	Effectifs	% Population
Vivre seul(e) dans un habitat personnel	145	46
Vivre avec quelqu'un dans un habitat personnel	71	23
Vivre en institution	65	21
SDF	2	< 1
Cohabitation avec amis	32	10
Vivre en couple	23	7
Cohabiter avec un membre de la famille	17	5

dérante. 23 % vivent avec au moins une autre personne dans leur propre logement. 21 % vivent en institution. Enfin, 2 personnes sont déclarées SDF. La cohabitation concerne plus souvent les amis (10 %), que la vie en couple (7 %). Très peu cohabitent avec un membre de la famille (5 %). Les plus âgées sont plus nombreux en institution.

L'état morbide se caractérise par une forte prévalence de troubles mentaux (90 %), 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 fréquemment mentionnés (38 % des personnes concernées par une pathologie mentale), et les états dépressifs concernent un tiers de la population. Sur l'ensemble des troubles ou problèmes rapportés, 47 % sont d'ordre « psychiatrique isolé », 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^[13]. De plus, une très forte proportion suit un traitement médical (71 %), soit 80 % des personnes identifiées comme présentant des troubles psychiatriques ; 36 % de l'ensemble de ces dernières suivent une psychothérapie.

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

◀ Les composantes du mode de « gestion conflictuelle et non stabilisée » : des gestions difficiles au quotidien

Quelle que soit sa situation médicale ou sociale, le délégué à la tutelle est nommé pour assurer la protection des biens et de la personne. Sa mission, telle que décrite dans le Code civil et selon les injonctions du juge des tutelles, est principalement axée sur la gestion des ressources et, le cas échéant, du patrimoine, et sur la nécessité d'assurer des conditions de vie décentes en ce qui concerne le logement et les actes de la vie quotidienne. Les actions visent tout à la fois à protéger la personne contre des agents extérieurs et parfois contre elle-même. Les moyens à mettre en œuvre peuvent être de nature économique, sociale, juridique, psychologique ou médicale.

L'évaluation initiale, par le délégué, de la situation de vie de la personne, et de son état morbide, va lui permettre de définir des besoins et donc les moyens à déployer. La perception des besoins et le dispositif d'aide s'élaborent progressivement dans le temps et dans l'interaction des rencontres. Mêlant des constats instantanés et des décisions immédiates à des phases d'apprentissage et d'adaptation réciproques, ce processus repose sur des éléments objectifs (médicaux et sociaux) et sur des dimensions subjectives, voire affectives. La population de personnes prises en charge dans le cadre des deux associations Ariane, cumule, on l'a vu, les difficultés d'ordre social, médical et financier. Toutefois, toutes ne relèvent pas du mode de « *gestion conflictuelle et non stabilisée* », lequel, comme on souhaite le démontrer ici, se caractérise par une accumulation de difficultés non ou mal résolues. Ce sont donc tout à la fois un ensemble de caractéristiques de la personne, mais aussi les modalités mêmes de mise en œuvre de la mesure, et notamment des lacunes du réseau d'encadrement médico-social, qui font ou fabriquent une gestion « difficile ». Ainsi, on y retrouvera plus fréquemment associés : des manifestations problématiques des troubles mentaux, ou comportementaux, non contrôlés (parce que les personnes n'ont pas de suivi médical efficace, voire pas de traitement du tout, qu'elles le refusent ou qu'elles s'avèrent peu observantes), la coexistence d'autres pathologies, une multitude de problèmes matériels (ressources, logement, conditions de vie), une plus grande faiblesse des liens sociaux ; le tout prenant place dans un climat conflictuel. Dans les entretiens, lorsqu'on a demandé d'évoquer une gestion difficile, l'exemple proposé a toujours été articulé à une relation conflictuelle avec le majeur, que celui-ci souffre de troubles mentaux étiquetés ou non. Si les réponses aux questionnaires qualifient majoritairement les relations de bonnes (83 %) ; 17 %, par symétrie, apparaissent comme « conflictuelles », « distantes », ou « agressives ». Dans ce cas, c'est la nature même de la relation qui s'impose par rapport aux difficultés personnelles ou matérielles. Il apparaît ainsi, *a contrario*, que la maladie mentale n'est pas en soi source de difficultés insurmontables, mais qu'elle exige un déplacement sensible des préoccupations par rapport à la définition plus strictement juridique de la mission. En effet, disposant des moyens d'un suivi médical correct, et d'un réseau médico-social qui fonctionne avec une bonne coordination entre les différents intervenants, les délégués estiment acquies les conditions d'une collaboration de la personne et considèrent qu'ils peuvent alors avancer favorablement. Il n'en reste pas moins que la dimension médicale des problèmes rencontrés est incontournable et souvent fondatrice de leur situation et qu'elle doit de ce fait être discutée en premier.

■ Affronter les effets de troubles mentaux mal contrôlés

L'atteinte mentale qui touche les populations étudiées n'est certes pas un élément dont il faut minimiser les conséquences pour les tuteurs. « *Pour moi, c'est la maladie mentale le plus difficile ; c'est difficile de travailler avec quelqu'un qui a des troubles mentaux* », nous dit l'un deux, « *c'est l'étrangeté, la violence qu'ils nous renvoient* ». Cependant, les données recueillies montrent, pour la plupart, que ces personnes sont suivies médicalement (71 % au total et 80 % de celles ayant des troubles psychiatriques identifiés par le tuteur), et leurs troubles psychiatriques semblent relativement contrôlés sur le plan médical. On constate donc que 20 % des personnes caractérisées comme souffrant de troubles psychiatriques, n'auraient, aux dires des délégués, aucun traitement médical ; d'autres, sous traitement médical, sont par ailleurs décrites comme ne le suivant pas. On ne s'étonnera donc pas de les retrouver en plus grand nombre parmi les mesures présentées comme difficiles à gérer. Si, dans le meilleur des cas, les délégués qui viennent du travail social ont une certaine expérience du secteur psychiatrique institutionnalisé, ils n'ont reçu aucune formation spécifique pour gérer la maladie mentale dans le face à face en milieu ordinaire^[14]. Par ailleurs, peu d'informations médicales (voire aucune) leur sont transmises par le juge lorsque leur est confiée une nouvelle mesure. Les associations tutélaires ne savent souvent rien de l'histoire de la personne dont elles vont devoir gérer l'existence, sauf à en faire volontairement la démarche. C'est au fur et à mesure de la relation que l'histoire, notamment médicale, de la personne apparaît. On a là l'illustration stricte, parfois jusqu'à la caricature, d'un cloisonnement institutionnel entre les domaines médical, juridique et social ; c'est au délégué de décroisonner sur le terrain. Cependant, globalement, ils déclarent n'intervenir que peu sur les aspects médicaux, et décrivent des contacts souvent distants avec les équipes soignantes. Ce constat ne doit pourtant pas conduire à sous-estimer l'impact du suivi médical quant au déroulement de la gestion de la mesure. Bien au contraire, il en constitue une dimension essentielle qui configure le cadre des différents modes de gestion envisagés. En effet, pour le mode de gestion 1 : « *gestion plus distante pour des personnes prises en charge par ailleurs* », la dimension soignante est le plus souvent incluse dans les structures d'hébergement et de prise en charge. L'efficacité du suivi médical établi contribue non seulement à spécifier le mode de gestion 3 : « *gestion contrôlée de personnes astreintes à un traitement médical* », mais est une condition nécessaire pour que se mette en place le mode de gestion 4 : « *gestion stabilisée, acceptée et négociée* ». Par défaut, se révèle alors le mode de gestion 2 : « *gestion conflictuelle et non stabilisée* », dans lequel se retrouvent les gestions considérées comme « difficiles » par les délégués que nous évoquons plus particulièrement ici.

Le risque d'une gestion « difficile » est ainsi largement accru lorsque se surajoutent d'autres troubles à l'atteinte mentale déclarée, une autre pathologie ou un handicap. Les cas signalés comme tels sont deux fois plus nombreux dans le groupe relevant d'une gestion difficile que dans la population générale. Ces autres troubles ont souvent à voir avec un problème d'alcoolisme, ou sont identifiés comme ayant une composante sociale (toxicomanie, prostitution, etc.). Ils sont aussi plus nombreux à se voir associé le diagnostic

[14] Dans l'une des deux associations, dans le cadre de la formation permanente, une formation à la psychiatrie est conseillée, mais elle n'est pas obligatoire. Une formation *ad hoc* des délégués à la tutelle serait envisagée dans la réforme en cours sur les mesures de protection juridiques.

« maniaco-dépressif ». Le cumul de tels troubles induit des difficultés supplémentaires dans l'activité des délégués, qu'ils imputent alors essentiellement à des problèmes sociaux et comportementaux. Ils signalent par ailleurs qu'ils ne sont pas les seuls à éprouver des difficultés avec ces personnes dont les symptômes d'inadaptation sont multiples, puisque ce sont aussi plus souvent pour elles qu'ils disent avoir essuyé des refus d'intervention médicale urgente ou non. Ils signalent également à leur sujet une moindre fréquence, voire une absence, de contacts réguliers avec une équipe soignante. Des situations d'urgence ou de crises surviennent pour 22 % de la population suivie pour les urgences sociales, 19 % pour les urgences psychiatriques et 15 % pour les urgences médicales. Elles sont mentionnées essentiellement dans les mesures « difficiles » à gérer. Il apparaît, en effet, que si les tâches effectives des délégués restent éloignées des activités de suivi médical, ce sont néanmoins les premiers à être appelés lors de situations de crises. Il leur est ainsi laissé la difficile responsabilité d'affronter, souvent seuls, au moins dans un premier temps, les manifestations pathologiques exacerbées en cas de crise. De plus, bien que peu souvent directement impliqués dans le suivi médical, les délégués y sont cependant confrontés presque à tout instant et lors de chacune de leurs interventions, puisque les conditions même du suivi médical déterminent leur contexte d'action, à commencer par la gestion des ressources, clé de voûte de leur travail et mode d'entrée du déroulement de la mesure de protection juridique.

■ Une gestion conflictuelle des ressources

Le niveau moyen de ressources de la population sous protection est faible, mais estimé suffisant par les délégués pour assurer les besoins de la vie quotidienne pour 8 personnes sur 10. Suffisance ne veut sans doute pas dire ici aisance, mais suggère qu'un équilibre entre ressources et dépenses a pu être trouvé, lequel résulte souvent d'un contrôle sourcilieux des unes et des autres. Au délégué de faire en sorte de trouver les ressources nécessaires, en faisant appel notamment aux allocations publiques (dont nous avons vu qu'elles constituaient une part très importante des ressources) et/ou de peser suffisamment sur les dépenses. Or, le niveau moyen des ressources, mesurable dans les gestions difficiles qui nous intéressent ici, apparaît particulièrement faible et globalement insuffisant, ce que confirme l'indication qu'il n'y a en outre pratiquement pas de patrimoine à gérer.

Souvent, le délégué gère seul le budget (45 % des situations), mais parfois aussi avec la personne (35 %). L'équilibre recherché est fréquemment obtenu au prix d'une mise à disposition très contrôlée des ressources, assortie d'un regard strict sur les dépenses envisagées. La résorption des dettes (souvent cause complémentaire de mise sous protection juridique) s'avère une opération compliquée qui prend la forme d'une course entre les démarches envers les créanciers et la recherche de ressources supplémentaires. Dans les entretiens, ce travail est très rarement évoqué comme une menace réelle pour la mission^[15], mais plutôt comme une activité administrative pour laquelle les tuteurs et curateurs ont quasiment les pleins pouvoirs – en tout cas ceux fixés par le cadre juridique –, et qui requiert seulement de mobiliser des moyens techniques *ad hoc* : « Nous sommes

[15] Seul 1 entretien sur les 20 qui ont été faits présente la gestion du budget comme étant particulièrement difficile et source d'une relation conflictuelle, voire d'agressivité.

mandatés pour cela en premier lieu et on fait avec, même si on gère de la misère ; ce ne sont que des aspects techniques ». Cependant, dans une telle configuration, la décision d'achats exceptionnels peut, du fait de l'absence de disponibilités financières, devenir très vite problématique. Elle se déroule autant que faire se peut sous les auspices de la négociation, sur un mode résigné ou orageux, ou encore cherchant à s'inscrire dans un projet éducatif visant à faire participer au maximum la personne. « *L'idée est non pas de faire pour eux, mais de faire avec eux.* » C'est précisément cette démarche qui est contredite et rendue impossible lors d'une pratique « difficile ». Pour le délégué, il semble bien que ce ne soit pas la gestion du budget en tant que telle qui soit problématique, mais les effets de la maladie mentale ou des troubles comportementaux sur les modalités pratiques de la gestion. Certaines pathologies, telles les psychoses maniaco-dépressives, engendrent en outre un comportement pathologique par rapport à l'argent qui vient encore compliquer sa tâche.

La perception de la situation est tout autre pour la personne protégée. La mise sous tutelle, qui prive l'individu d'un certain nombre de ses prérogatives sociales, trouve dans la manipulation contrainte de l'argent – le supprimer ou le donner sous conditions drastiques –, une dimension symbolique forte^[16], qui dépasse ici la seule gestion classique d'une situation financière précaire. Car, ce qui est en jeu, ce n'est pas seulement le manque de ressources, mais aussi et surtout le manque de discernement associé à la pathologie mentale, nourrissant les conflits qui peuvent émerger entre le délégué et la personne protégée autour de l'argent. Dans ces gestions « difficiles », les refus concernant les dépenses sont plus fréquents, car les demandes ne sont pas seulement disproportionnées par rapport aux ressources, mais sont plus souvent excessives en elles-mêmes et, par là, même injustifiables. Révoltées par leur mise sous protection juridique, les personnes n'acceptent pas cette mesure et signifient, au travers d'une mauvaise relation relative à la gestion financière, leur refus plus global de collaborer.

■ Préserver les conditions de logement

Les problèmes de logement de cette population sont souvent, au départ tout du moins, aussi prégnants que les aspects financiers. L'une des premières tâches du délégué est de s'assurer que la personne dont il va gérer la mesure vit dans des conditions de logement décentes, ou s'il doit éventuellement y remédier. Les lieux de vie effectifs, c'est-à-dire à la fois les caractéristiques de l'habitat, mais également la présence ou la disponibilité de membres de la famille ou d'amis proches, vont influencer sur les conditions concrètes de vie quotidienne des personnes sous protection et donc sur l'activité de gestion. Les conditions d'habitat peuvent avoir des conséquences à double sens, c'est-à-dire qu'elles peuvent tout à la fois créer ou engendrer des difficultés accrues (liées, par exemple, à la recherche même d'un logement, à la survenue de dégradations, aux conflits du majeur avec son entourage...) ou, au contraire, comme on le verra plus loin, la présence d'un encadrement favorable peut constituer un soutien sur lequel il cherchera à s'appuyer, une aide qu'il tentera de mobiliser, notamment pour répondre aux besoins des personnes les plus dépendantes.

[16] Sur ce sujet lire le dossier, « L'argent des autres », *Santé Mentale*, Paris, n° 54, janvier 2001 ; Richard GAILLARD, *Les délégués à la tutelle : imaginaires et réalités d'une pratique professionnelle*, Thèse de sociologie, Université Paris 7, 2002 et son article dans la présente revue.

Les réponses collectées montrent que les difficultés liées directement à l'habitat sont concentrées sur 30 % de la population. Sans surprise, elles prédominent dans les gestions « difficiles ». Des dégradations plus ou moins volontaires, un mauvais entretien, un manque d'hygiène récurrent, des tapages diurnes ou nocturnes, des conflits avec le voisinage, des situations de crise et d'urgence sont alors très souvent évoqués. Toutes ces situations à problème contribuent à exiger un investissement important en temps et en moyens, mais elles suscitent également souvent des dépenses indues. Observées à peu près à part égale quels que soient les lieux de vie, elles concernent plus souvent des personnes vivant seules par choix ou par contrainte. En cas de cohabitation toutefois, aux actions destructrices de la personne elle-même, viennent parfois s'imbriquer celles de sa famille ou de son entourage, et les moyens mis en œuvre pour tenter de pallier leurs effets néfastes concernent également des membres de l'entourage. Ainsi, les familles ou les amis chez ou avec lesquels vivent certaines personnes protégées peuvent être, dans certains cas, une aide pour le délégué, ou elles peuvent, dans d'autres situations, lui apparaître comme un fardeau supplémentaire. Alors, les difficultés affrontées et les mesures prises recouvrent de fait une dimension de conciliation entre les actions et points de vue du majeur et ceux des autres personnes de l'entourage, ou de résistance à leurs influences nocives.

■ Des réseaux médicaux et sociaux lacunaires

Au-delà de la gestion des ressources et de la mise en place de conditions d'habitat décentes, répondre aux divers besoins d'aide dans la vie quotidienne est présenté par les délégués comme largement de leur ressort, quel que soit le niveau de dépendance perçue. Les réponses aux questionnaires font toutefois apparaître que leur implication dans des interventions d'aide est plus importante pour les personnes qu'ils définissent comme partiellement dépendantes et qui, pour la plupart, vivent en milieu ordinaire, (par opposition, aux personnes dépendantes qui vivent souvent en institution, ou aux individus autonomes). Face aux situations de très forte dépendance ou de grand dénuement social, les formes de réponse mises en place vont tendre à combiner autant que possible les interventions de l'équipe médicale de secteur, des équipes sociales, voire de la famille. Les délégués constituent alors le pivot légitime des différents intervenants, dans la mesure où ils sont fréquemment à l'origine des demandes d'intervention et du fait notamment qu'ils ont seuls la maîtrise des ressources financières nécessaires à la rétribution des divers professionnels. Le constat qu'ils établissent est cependant tout autre. Non seulement, ils peuvent se heurter à une faiblesse avérée, voire à l'absence de réseaux médico-sociaux susceptibles d'être mobilisés localement, mais, quand ils existent, ils déplorent une absence ou une trop faible régularité des contacts avec les professionnels, pour la majorité des situations décrites (70 %). Cela fonde leur sentiment d'isolement face aux gestions « difficiles », et accentue les difficultés qu'ils rencontrent pour mettre en place des stratégies plus collectives pour tenter d'y faire face. Ces constats renvoient à un phénomène bien connu en France : celui de logiques professionnelles dominantes cloisonnées et donc peu propices au travail coopératif à l'interface du médical et du social^[17].

[17] Martine BUNGENER, Marie-Ève JOEL, Philippe ROUSSEL, « Quel coût pour le médico-social ? », *Sciences Sociales et Santé*, Paris, vol. IV, n° 3-4, 1986.

En ce qui concerne l'entourage familial, les situations observées dans l'ensemble de la population ne sont pas aussi tranchées que nous le pensions au début de ce travail. En effet, alors que les familles sont moins absentes que nous ne le postulions au départ de notre recherche, elles sont plus souvent inexistantes auprès des personnes dont la gestion est « difficile ». Celles-ci apparaissent ainsi comme particulièrement emblématiques des questions posées à l'origine de notre étude. En effet, le mode de « *gestion conflictuelle et non stabilisée* » rassemble essentiellement des personnes fortement dénuées de liens sociaux, c'est-à-dire moins fréquemment en lien avec leur famille ou avec des amis, voire, totalement isolées. Plus souvent issues d'un milieu social défavorisé, on peut émettre l'hypothèse que leurs familles, lorsqu'elles existent, sont elles-mêmes socialement vulnérables, et ne disposent sans doute pas d'un potentiel suffisant de ressources, d'aide ou de support social susceptibles d'être proposés à leurs proches atteints de pathologie mentale. On peut sans doute même aller un peu plus loin et, à l'instar de ce qu'on avait pu observer en cas de chômage de longue durée et des conséquences sur l'entourage familial^[18], avancer que c'est l'équilibre même d'une famille entière, équilibre déjà précaire, qui peut être remis en cause en cas de survenue d'une pathologie mentale. Cela rend alors encore plus improbable une aide soutenue ou une intervention positive de l'entourage. Dans un tel contexte, seule l'implication du délégué permet d'assurer de fait l'étaiyage indispensable pour rétablir progressivement un nouvel équilibre de vie.

◀ Les outils de régulation d'une gestion « difficile »

84

Dans chacun de ces domaines, on l'a vu, le travail du délégué est d'autant plus compliqué qu'il y a une accumulation de difficultés à résoudre, les unes procédant à l'évidence des autres. Cet entremêlement constitue la trame de fond des gestions « difficiles », vis-à-vis desquelles le délégué se ressent en outre souvent très seul. Dans chacun des trois autres modes de gestion distingués, des solutions singulières sont repérables. Elles contribuent à contrôler au moins une des sources potentielles de difficultés (manifestations de la maladie mentale, hébergement, manque de ressources, ou isolement), et facilitent ainsi la prise en charge et la recherche de solution pour les autres formes de difficultés. Il s'agit en quelque sorte de casser cette logique d'entrelacement en stabilisant au moins un aspect, stabilisation qui ouvre un élément de négociation possible avec la personne.

Ainsi, dans le mode de gestion 3 : « *gestion contrôlée de personnes astreintes à un traitement médical* » et, dans une moindre mesure, le mode de gestion 4 : « *gestion stabilisée, acceptée et négociée* », l'existence d'une prise en charge thérapeutique, médicamenteuse ou psychothérapeutique, sans être toujours totalement efficace, abaisse fortement non seulement la conflictualité des relations entre le délégué et la personne, mais également avec son entourage. Elle lève de la sorte un certain nombre d'obstacles. Le suivi des aspects médicaux tend ainsi à devenir la préoccupation principale des délégués, surtout lorsqu'ils ont à gérer des situations de crise ou d'urgence pour des raisons médicales ou psychologiques. L'observance vis-à-vis du traitement est alors cruciale :

[18] Martine BUNGENER, Janine PIERRET, « De l'influence du chômage sur l'état de santé », in Françoise BOUCHAYER (éd.), *Trajectoires sociales et inégalités : recherches sur les conditions de vie*, Paris, MIRE/INSEE, éditions ERES, 1994.

c'est pour les personnes qui suivent leur traitement que se posent le moins de problèmes relationnels. La gestion est alors stabilisée, acceptée et négociée par la personne. Il faut dire par ailleurs, que dans un grand nombre de ces cas (mode de gestion 4), la mesure concerne des individus moins démunis socialement et plus socialisés que dans le mode de « *gestion conflictuelle et non stabilisée* ». Par exemple, ils ont suffisamment de ressources, ce qui fait que le refus de dépenses, ainsi que la survenue de problèmes dans la vie quotidienne, sont beaucoup plus rares ; ils présentent également moins de rupture de leurs relations sociales, car ils restent généralement en contact régulier avec leur famille lorsqu'ils en ont une, et beaucoup ont des activités sociales ou culturelles. Les soins sont alors gérés, soit par un soignant, soit par la personne elle-même avec l'aide du délégué qui, en ce cas, n'a jamais été confronté à un refus d'intervention d'un médecin.

Par ailleurs, les personnes qui sont institutionnalisées ou qui demeurent dans leur famille, notamment chez leurs parents (mode de gestion 1), offrent, on le conçoit bien, moins de difficultés pour le délégué (contrairement à celles qui vivent dans un logement indépendant, notamment avec leurs conjoints et/ou des enfants). On peut comprendre que, d'une part, le délégué est alors fort peu confronté à des difficultés liées directement à l'habitat et que, d'autre part, les réponses à apporter aux difficultés autres – les problèmes sociaux ou médicaux – ne sont pas de son seul ressort. Il peut mobiliser les ressources de l'institution d'hébergement ou les compétences des co-habitants. Ainsi, pour un peu moins du quart de la population des personnes vivant en milieu ordinaire, la famille intervient effectivement. Elle est du reste proportionnellement plus impliquée (40 %) auprès des personnes totalement dépendantes. Cette situation d'hébergement dans la famille, chez un des parents le plus souvent, est, quoique dans une proportion nettement plus faible, assez semblable à celle qui avait pu être observée dans l'enquête UNAFAM. Là aussi, se retrouvaient dans leurs familles des personnes très dépendantes, dont l'autonomie de vie était réduite dans une proportion souvent similaire à celle de personnes en institution, et pour lesquelles l'entourage familial était la source d'aide quasi exclusive. Cette aide leur était parfois octroyée dans un climat de grande tension, voire de violence^[19]. Le délégué est, dans ces cas, une ressource supplémentaire d'aide à leur disposition.

Ainsi, c'est l'absence totale ou partielle de tels appuis qui crée les conditions même d'une gestion « difficile ». Ces phases peuvent survenir au tout début de la mise en route d'une mesure, ou lorsqu'une stabilisation de la situation n'arrive pas à se mettre en place, ou n'a pas pu être durablement obtenue. Pour tenter d'endiguer le processus d'induction et donc d'accumulation de problèmes plus ou moins emboîtés, les délégués sont alors conduits à opérer au travers d'une forme de bricolage empirique. Il s'agit pour eux de tenter d'apporter des réponses au moins partielles à certains problèmes, d'entrouvrir ainsi une voie de dialogue possible, et d'enclencher un processus dynamique permettant l'avènement d'un autre mode de gestion. Les modalités d'action à leur disposition sont en partie identifiées dans les entretiens. Il ne s'agit pas de recourir à des formes d'intervention spécifiques au mode de gestion « difficile », car toutes les « recettes » évoquées peuvent être mobilisées à un moment ou à un autre dans le cadre d'un accompagnement personnalisé, quel que soit le mode de gestion en cause. Mais, et c'est ce que le vocable « bricolage » veut indiquer ici, dans le cas de gestion « difficile », les délégués sont plus souvent conduits à les utiliser de façon extrême et surtout quasi simultanée. Ils peuvent ainsi tout à la fois :

[19] Martine BUNGENER, *op. cit.*, 1995, p. 107.

- intervenir à domicile plus fréquemment que la moyenne requise généralement, pour organiser ou assurer la vie quotidienne des personnes, et donc mobiliser une part plus importante de leur temps ; cependant la tentation inverse de prendre de la distance est toujours présente et signe un désinvestissement découragé ;
- apporter une aide personnelle particulière ponctuelle comme, par exemple, accompagner pour faire des achats alimentaires, de vêtements, de mobilier, ou faire des démarches administratives. Cela, soit parce que le délégué est le seul à pouvoir intervenir du fait de la nature de l'aide requise, soit du fait de la situation d'isolement de la personne et du manque d'autres intervenants à mobiliser, soit enfin parce que la personne refuse toute autre forme d'aide ;
- faire une demande d'hospitalisation « *le temps de se retourner* », lors des situations de crise ;
- jouer sur la nature des mesures et se référer à la juridiction *stricto sensu*. Ainsi, dans le cas d'une TPS ou d'une curatelle, l'acceptation par le majeur du budget constitue une tâche primordiale du délégué, mais elle peut être source de manifestations de résistances, voire de conflits. Dans les situations de mise sous tutelle, le délégué peut contrôler plus facilement la situation car, juridiquement parlant, il peut passer outre l'accord du majeur, et, pour des décisions importantes, se référer au juge. Dans les situations bloquées, il peut faire une demande de mise sous tutelle pour des personnes qui ne le sont pas, de façon à pouvoir agir seul ou avec le juge. Mais, inversement, il peut également considérer qu'il est préférable de demander un allègement de la mesure, voire une mainlevée, afin d'être dégagé d'un certain nombre d'interventions ou de responsabilités, partiellement ou totalement selon les cas ;
- la remise de l'argent de poche peut également être un moyen de pression pour rencontrer les personnes qu'ils définissent comme « fantômes » : « *il sera bien obligé de venir me voir* ».

On comprend alors le fort engagement en termes de temps, mais aussi professionnel et même personnel, que ces interventions multiples et souvent concomitantes engendrent, ainsi que les phénomènes d'usure qui s'y rattachent. On voit aussi que la constitution d'un réseau médico-social efficace est l'une des voies nécessaires pour tenter de mettre fin à ces « gestions difficiles ». En cas d'échec répété, les perspectives sont peu satisfaisantes : placement en institution de la personne, abandon de son dossier au profit d'un collègue (dont on peut faire l'hypothèse qu'il n'aura pas plus de succès) ou, pire, demande de mainlevée, renvoyant ainsi la personne à ses difficultés.