



SANTÉ MENTALE

La mesure de protection judiciaire

— Impose un certificat circonstancié établi par un médecin psychiatre expert

— Fait état de l'altération des facultés mentales et psychiques empêchant la personne de pourvoir à ses intérêts

— Est une mesure de protection des biens

À l'Udaf

— 18 mandataires judiciaires suivant chacun 60 personnes

Udaf de l'Ain
12 bis rue de la Liberté
BP 30160
01004 Bourg-en-Bresse Cédex
Tél. 04 74 32 11 40

PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS ET TROUBLES PSYCHIATRIQUES

Une équation insolvable ?

Face à l'ampleur des enjeux liés aux troubles psychiatriques chez les personnes en mesure de protection, les mandataires judiciaires tirent la sonnette d'alarme. Alors que tous les acteurs impliqués sont confrontés à des situations très complexes, ils tentent de sortir de l'ornière ensemble, sans se rejeter la faute.

PAR CHRISTOPHE MILAZZO

Delphine Sola, cheffe de service du pôle protection juridique des majeurs à l'Udaf de l'Ain, tient d'entrée de jeu à rappeler le cadre. « L'article 425 du Code civil prévoit que les mesures de protection concernent toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée de ses facultés mentales ou corporelles qui l'empêchent d'exprimer sa volonté. »

Si une part importante des majeurs protégés dont l'Udaf assure la gestion des mesures ont recours à des soins psychiatriques, leur suivi peut devenir très complexe, notamment dans la conduite des échanges avec les mandataires, lorsque les personnes sont en rupture de soins. « Certains peuvent se montrer très sollicitants, agressifs, voire violents », témoigne Delphine Sola.

« D'autres au contraire vont s'isoler et il sera difficile de maintenir le lien. »

« Les mandataires ont des personnes avec lesquelles ça se passe bien, qui auraient besoin d'un accompagnement plus poussé, mais n'ont pas de temps à leur accorder, car ils doivent se débattre avec les autres », relève Delphine Sola.

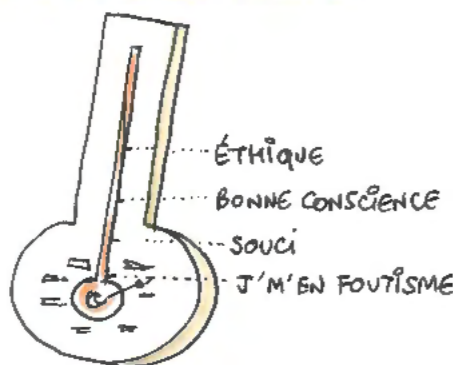


DES QUESTIONS EN SUSPENS

Confrontés aux enjeux de santé mentale, les professionnels de la protection juridique des majeurs doivent s'adapter aux situations en s'appuyant sur leurs repères, leur expérience et leur connaissance de l'offre de soin. L'hospitalisation sous contrainte est régulièrement imaginée et demandée par les familles, les aidants, les professionnels entourant la personne voire par le mandataire lui-même. « Une mesure d'hospitalisation ne peut être envisagée qu'à l'appui d'un certificat médical », insiste Delphine Sola. « La demande faite au mandataire n'apporte pas à elle seule une solution pour la personne protégée en demande ou rupture de soins. » D'autant plus que le manque de professionnels de santé complique la donne.

Pour Delphine Sola, un autre enjeu majeur réside dans l'anticipation des fins d'hospitalisation. « Nous constatons que la majorité d'entre elles s'arrêtent sans que la sortie ait été préparée de manière adaptée avec la personne protégée, le mandataire et les professionnels de santé. Elle se retrouve à sa sortie d'hospitalisation dans son environnement et sa situation initiale, ce qui est un contexte très défavorable. » ■

L'ÉCHELLE DES RESPONSABILITÉS...



Ces/11.

ÉCLAIRAGE

L'hospitalisation n'est pas une réponse universelle

« Cas complexes ». Le terme très présent dans le secteur sanitaire ou médico-social désigne ces patients aux pathologies lourdes, alternant entre la rue, la prison et l'hôpital psychiatrique.

Dominique Snider, directeur des soins du CPA, démarre par une note d'optimisme. « Sur une file active de 16000 patients par an, nous devons en compter 5 ou 6 qui mobilisent beaucoup de temps et d'énergie. »

Si la tentation du citoyen ordinaire pouvait être de suggérer une hospitalisation d'office, la réalité est plus nuancée. Déjà, parce que l'hôpital est un lieu de soins et non de vie. Ensuite, certains patients n'adhèrent pas aux soins. D'autres ont vu leur situation se stabiliser grâce à des traitements, ce qui signifie que l'hospitalisation n'apporte plus rien. Des rendez-vous peuvent leur être proposés en CMP*, en hôpital de jour, avec l'équipe mobile... « Quand le patient est dehors, il doit adhérer à tout ça, sinon la situation se dégrade comme avec les exemples de patients échappant aux soins qui nous ont préoccupés avec l'Udaf. On ne peut pas le remettre dans le soin si le patient ne veut pas. L'hôpital psychiatrique n'a aucun pouvoir de coercition. »

Dominique Snider distingue aussi les patients psychotiques, pour lesquels un traitement et une hospitalisation peuvent être bénéfiques, des patients psychopathes qui ont développé des troubles du comportement liés à des vécus traumatiques. Or, même si l'hôpital psychiatrique n'est pas la solution adaptée pour eux, ils finissent souvent par s'y retrouver.

Pour de nombreux cas, la réponse est à formuler entre la protection des citoyens et le respect des droits de la personne. « On va dire que l'hospitalisation n'apporte plus rien, la police et la justice vont estimer que la personne relève de la psychiatrie. Les professionnels de l'Udaf se retrouvent au milieu », poursuit Dominique Snider. ■

* Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

« On est pris entre deux feux, entre faire un maximum d'ambulatoire et assurer une certaine sécurité publique », regrette Dominique Snider, directeur des soins du CPA.



« Tout seul, on ne peut rien »

Joëlle Vernet est claire. « Le mandataire n'est pas là pour tout faire. Il est un maillon indispensable, à condition de travailler ensemble. »

Pour elle, prendre en charge un patient psychiatrique, quel que soit son profil, implique de tisser un maillage autour de lui. « Tout seul, on ne peut rien, mais il faut avoir le temps, la volonté. » Sur des situations dégradées récentes, l'Udaf, désireuse de travailler sur ces problématiques avec tous les acteurs du territoire, a provoqué des réunions de concertation avec l'hôpital, la police, les organismes de protection des majeurs, la Ville et la Justice, qui malheureusement n'est

pas venue. Elles sont l'occasion de voir ce qui peut être fait et de comprendre les difficultés de l'autre. « Même si on n'est pas d'accord, il est important de discuter », estime Dominique Snider. « La clef est la communication pour mieux gérer les situations, sans avoir le phantasme de trouver la solution miracle. Pour certains, on restera sans solution. Mais ces rencontres changent la relation, évitent les conflits. » Elles peuvent mener la réflexion pour bâtir des programmes de prise en charge, un accompagnement coordonné, et notamment préparer la sortie ensemble. ■

Repères

Un peu d'histoire

Alors que la prise en charge des personnes avec des troubles psychiatriques était souvent assurée par des communautés religieuses, la loi de 1838 a imposé la création d'un asile pour aliénés dans chaque département, véritable ville dans la ville.

Dans les années 50-60, cette philosophie change avec l'arrivée de traitements médicamenteux et la volonté des médecins psychiatres de réduire l'enfermement. La circulaire du 15 mars 1960 impulse la sectorisation psychiatrique. Chaque département est découpé en secteurs avec une équipe dédiée pour déplacer les soins au plus proche des patients.

Cela aboutit progressivement à la création des CMP. « Le CPA compte 300 lits contre 1 500 à l'époque », précise Dominique Snider. « La logique a été inversée. Aujourd'hui, 85 % de nos patients ne viennent jamais à l'hôpital. »

Les soins sans consentement

Ils existent en psychiatrie depuis le 19^e siècle. Depuis la réforme de 2011 sur les modes d'hospitalisation en santé mentale, un contrôle des hospitalisations sans consentement est effectué par le juge des libertés et de la détention. Il s'assure du respect de la stricte réglementation, de l'établissement des deux certificats médicaux circonstanciés, et vérifie que l'absence d'hospitalisation aurait posé un danger pour le patient ou la société.

Depuis 2020, le juge suit aussi les mises en chambre d'isolement dans un contexte favorisant au maximum le non-enfermement.