Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 4 avril 2019 à Poitiers
par Monsieur Pascal Khuat

Détermination et analyse des freins à la mise en place des mesures de protection juridique chez les médecins généralistes.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Marc PACCALIN, Professeur des Universités – Praticien Hospitalier, service de Gériatrie

Membres :

Monsieur le Docteur Pascal PARTHENAY, Professeur Associé de Médecine Générale

Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, Maître de Conférences associé de Médecine Générale

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent JEDAT, Chef de Clinique Universitaire de Médecine Générale

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie **(retraite 09/2019)**
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale **(retraite 09/2019)**
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en détachement)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie **(retraite 09/2019)**
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation **(en mission 1 an)**
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie **(en mission 1 an)**
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie **(pas avant janvier 2019)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Remerciements

A Monsieur le Professeur Marc Paccalin,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, vous avez également grandement contribué à ma formation durant mon stage de gériatrie. Veuillez trouver ici l'expression de ma très sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pascal Parthenay,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie ce jury et pour les conseils concernant la méthodologie de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma très sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Pierrick Archambault,

Je vous remercie très sincèrement pour l'intérêt que vous portez à ce travail et d'avoir accepté d'être membre de mon jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma très sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Vincent Jedat,

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir accompagné tout au long de ce travail.

A Madame Bordage Marie-Noëlle,

Je vous remercie pour le travail formidable que vous faites.

A Grégoire Montaut,

Merci d'avoir accepté de participer à ce travail, la retranscription et l'analyse des données n'ont pas toujours été aisées mais nous y sommes arrivés !

Aux médecins interrogés,

Sans qui ce travail n'aurait pas été possible. Un grand merci !

Merci à mes co-internes avec qui j'ai pu partager mon internat au travers de moments joyeux mais aussi de moments plus difficiles, merci d'avoir été là.

Merci à toi Collègue (oui, toi Olivia !), j'ai fait mes premiers pas à l'hôpital avec toi, alors même si tu n'es pas là aujourd'hui, j'ai une grosse pensée pour toi !

A mes amis de toujours, Julien, Audrey et Clémence, merci de m'avoir suivi jusqu'ici, malgré ces très longues années d'études vous êtes toujours là. Votre présence a été pour moi essentielle dans ces études, sans vous je n'en serai pas là aujourd'hui. MERCI !

Enfin je voudrais remercier du fond du cœur mes parents et mon frère, Olivier, qui ont toujours cru en moi et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci pour votre soutien sans faille en toutes circonstances.

Et bien sûr, à toi Stéphanie, je n'ai pas besoin d'en dire plus, tu sais bien à quel point tu m'es précieuse.

Table des matières

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MÉDECINE....2

REMERCIEMENTS 4

ABRÉVIATIONS 8

I. INTRODUCTION 9

II. MÉTHODES 15

1. Type d'étude 15
2. Recrutement 15
3. Recueil de données 15
4. Analyse des données 16

III. RÉSULTATS 17

1. Population 17
2. Les freins à la mise en place des mesures de protection juridique 18
   - *a. L'acceptation par le patient 18*
   - *b. La complexité administrative 18*
   - *c. La complexité des situations rencontrées 19*
   - *d. La crainte pour son intégrité physique 20*
   - *e. La méconnaissance du sujet 20*
   - *f. La pression familiale 20*
   - *g. Le sentiment de privation de liberté pour son patient 21*
   - *h. La rémunération à postériori 21*
   - *i. Les difficultés pour trouver un médecin expert 22*
3. Solutions proposées par les médecins interrogés face aux freins à la mise en place des mesures de protection juridique 23
   - *a. Une aide administrative 24*
   - *b. Clarifier le rôle du médecin traitant dans le dispositif 24*
   - *c. La formation 24*
   - *d. L'information de la population 24*
   - *e. Renforcer la prise en charge médico-sociale 25*

IV. DISCUSSION 26

V. CONCLUSION 29

BIBLIOGRAPHIE 30

ANNEXES **32**

Annexe 1 : Guide d'entretien *32*

Annexe 2 : Infographie sur les mesures de protection juridique en France *34*

Annexe 3 : Déclaration CIL *35*

Annexe 4 : Formulaire de consentement *37*

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS **38**

ABSTRACT AND KEYWORDS **39**

SERMENT **40**

CLÉ USB JOINTE : Verbatims des entretiens.

Abréviations

CIL : Correspondant informatique et libertés

FMC : Formation médicale continue

MAJ : Mesure d'accompagnement judiciaire

MASP : Mesure d'accompagnement social personnalisé

MMS : Mini mental state

PACS : Pacte civil de solidarité

PJ : Protection juridique

TGI : Tribunal de grande instance

UDAF : Union départementale des associations familiales

I. Introduction

Dans notre société actuelle, la place accordée à l'autonomie des patients est grandissante tant sur le plan éthique que juridique. Le principe d'autonomie est un concept central dans la relation médecin-patient. Du respect de l'autonomie découle une notion fondamentale : le consentement.

L'autonomie est définie comme la capacité à se gouverner soi-même[1]. Elle présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. Le consentement est défini comme l'action de donner son approbation à un projet, une action.

Depuis la seconde moitié du XX^{ème} siècle, comme évoqué par Debarre, le consentement occupe une part croissante dans la pratique quotidienne de la médecine générale[2]. Le Code de Déontologie médicale a progressivement intégré le principe de consentement[3]. En effet, en 1947, cette notion était inexistante et la règle était de dissimuler le diagnostic et le pronostic au patient. En 1955, un pronostic grave pouvait être légitimement dissimulé au malade. C'est en 1979 que l'idée de respect de la volonté du patient est apparue. En 1995, la notion de consentement a été inscrite en toutes lettres dans l'article 36 du Code de Déontologie médicale : *« Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas »*. Enfin, la loi du 4 mars 2002, aussi appelée loi Kouchner, a renforcé cette obligation de consentement et d'information du patient, elle lui conférait donc une plus grande autonomie. Ainsi, nous avons pu observer une modification lente mais profonde de la relation médecin-patient. Celle-ci était initialement paternaliste avec une place majeure accordée au principe de bienfaisance, aujourd'hui, elle met en avant l'autonomie du patient avec une importance particulière accordée au recueil du consentement[3,4].

La question du consentement devient plus délicate lorsqu'elle concerne les sujets vulnérables. La vulnérabilité est définie comme la fragilité face à la maladie, à des infirmités,

à des agressions extérieures, à des évènements personnels ou socio-économiques[5]. En effet, l'obtention du consentement éclairé sous-entend la délivrance d'une information claire, loyale et appropriée préalable[2,6]. Cependant, comme l'a évoqué Marzano, nous ne pouvons pas assurer avec certitude la bonne compréhension de l'information délivrée à ces patients vulnérables et par conséquent se pose la question de la valeur du consentement donné[4].

Pour tenter de limiter le risque d'abus sur ces patients vulnérables, des mesures de protection juridique ont été instaurées. Ces mesures de protection ne dispensent pas de la recherche du consentement du majeur protégé mais elles permettent l'intervention d'un troisième interlocuteur dans la relation médecin-patient en cas de décision délicate[2,6,7]. Actuellement, il existe trois régimes de protection : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle.

La sauvegarde de justice correspond au premier niveau de protection. Il s'agit d'une mesure provisoire initiée soit par le médecin via un signalement au procureur de la République, soit par le juge des tutelles. Cette mesure assure une protection minimale chez une personne ayant besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile en raison d'une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles. Elle n'entraine pas d'incapacité.

La curatelle permet de protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile. Cette mesure peut être instaurée d'emblée ou si la sauvegarde de justice est insuffisante. Il existe différents degrés de curatelle :

- La curatelle simple où la personne accomplit seule les actes de gestion courante.
- La curatelle renforcée où le curateur perçoit les ressources de la personne et règle ses dépenses.
- La curatelle aménagée où le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non.

La demande de mise en place d'une curatelle doit se faire auprès du juge des tutelles et doit être accompagnée d'un certificat médical circonstancié réalisé par un médecin expert. Le juge entend ensuite le majeur à protéger puis examine la requête[8].

La personne sous curatelle conserve son droit de vote. Elle effectue elle-même les actes de gestion courante, doit être assistée de son curateur pour les actes de disposition (vente de son logement par exemple), les donations et pour conclure un PACS. Elle doit obtenir l'autorisation de son curateur pour se marier.

Sur le plan médical, le curateur n'intervient pas, mais il peut conseiller la personne protégée. Cette dernière reçoit les informations médicales et peut donner son consentement.

La mesure ne peut excéder cinq ans, renouvelables. Elle prend fin si le juge décide qu'elle n'est plus nécessaire ; à l'expiration de la durée fixée en l'absence de renouvellement ; ou si une mesure de tutelle remplace la curatelle.

La tutelle permet de protéger une personne majeure et/ou son patrimoine si elle n'est plus en état de veiller sur ses propres intérêts. La personne est représentée de façon continue dans les actes de la vie civile. Les démarches à effectuer pour la mise en place de la mesure sont similaires à celles de la curatelle. Pour les actes les plus importants (mariage, PACS, donations), l'autorisation du juge est nécessaire. Le maintien ou la suspension du droit de vote est statué par le juge.

La personne sous tutelle peut recevoir les informations médicales et participer aux décisions de santé la concernant, son consentement doit être recherché si son état le permet[9]. En revanche, le dossier médical ne peut pas lui être communiqué directement sauf avec l'accord du tuteur ou en sa présence. Lorsque le tuteur a accès aux données médicales, celui-ci est soumis au secret médical.

Cette notion de protection juridique a été évoquée pour la première fois à l'époque de la Grèce antique avec la protection des inaptes. À la fin du Moyen-Âge, la protection et la prise en charge des sujets malades mentaux commençaient à préoccuper l'opinion publique, cela passait essentiellement par l'internement. Au XVIII^{ème} siècle, avec la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen et l'arrivée de la psychiatrie moderne, la perception du sujet

vulnérable et du patient fou a été modifiée. Ils étaient à présent considérés comme des sujets susceptibles d'être guéris et non plus comme étant incurables. L'internement n'était donc plus systématique. Suite à ces modifications a été promulguée la loi du 30 juin 1838 sur l'hospitalisation des malades mentaux et leur statut juridique.

La loi du 3 janvier 1968 a donné naissance aux 3 mesures de protection juridique que nous connaissons aujourd'hui. Elle a été conçue initialement comme une loi de protection patrimoniale puis élargie à la protection de la personne et de ses biens par la jurisprudence.

S'en est suivie la loi du 5 mars 2007 dite « réforme de la protection juridique des majeurs », qui a été instaurée devant l'évolution de la société actuelle. En effet, elle prend en compte les demandes croissantes de mise sous protection juridique et la charge de travail qui en découle pour les juges. Elle recentre donc l'indication des mesures vers les personnes présentant une atteinte de leurs facultés personnelles et transfère les problèmes socio-économiques vers d'autres alternatives. Trois dispositifs émanent de cette loi :

- Le mandat de protection future qui permet à toute personne d'anticiper l'altération de ses capacités physiques, intellectuelles ou mentales en nommant un mandataire. Celui-ci pourra intervenir dans les décisions de santé de la personne vulnérable au même titre que le tuteur(9).
- Les trois mesures issues de la loi du 3 janvier 1968 (sauvegarde de justice, curatelle et tutelle) qui sont maintenues.
- Les mesures d'accompagnement social et judiciaire qui sont destinées à prendre en charge les problématiques socio-économiques et éviter dans la mesure du possible l'ouverture d'une curatelle ou d'une tutelle(10). La mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP) permet une aide à la gestion des prestations sociales et est destinée aux personnes dont la santé ou la sécurité est menacée par les difficultés qu'elles ont à gérer leurs ressources. En cas d'échec, une mesure d'accompagnement judiciaire (MAJ) pourra être décidée ; un mandataire judiciaire perçoit et gère alors tout ou partie des prestations sociales de la personne majeure, en vue de rétablir son autonomie dans la gestion de ses ressources.

Au début de l'année 2017, selon le Ministère de la Justice, près de 730 000 majeurs étaient soit sous curatelle soit sous tutelle[11]. On pouvait noter une augmentation constante du nombre de demandes d'ouvertures de mesures de protection juridique : +20% de demandes entre 2011 et 2015[12]. Cette inflation du nombre de demandes a donc conduit à un engorgement des tribunaux.

L'ensemble de ces lois est construit autour de trois principes : la nécessité, la subsidiarité et la proportionnalité[9,13,14]. La nécessité signifie que la mise en place de mesures juridiques dépend de l'importance du patrimoine et des risques encourus liés à l'altération des facultés de la personne à protéger. La subsidiarité consiste en la recherche d'une solution alternative à la protection juridique. La proportionnalité veut dire que le juge doit mettre en place une mesure en stricte adéquation avec l'état et les besoins du majeur protégé, il peut donc adapter la mesure. Le juge des tutelles devra tenir compte de ces trois principes au moment de statuer sur la mise en place d'une mesure de protection.

Devant le nombre croissant de personnes relevant d'une mesure de protection juridique, nous constatons qu'une partie d'entre elles n'en bénéficient pas alors qu'elles répondent aux critères de nécessité, subsidiarité et proportionnalité. Le médecin généraliste est un des acteurs centraux dans ce processus. En effet, il est souvent celui qui constate la présence d'une vulnérabilité et qui apporte des éléments médico-sociaux indispensables à la constitution du dossier.

Malgré les différentes mesures instaurées, il demeure une certaine inconnue concernant le consentement de la personne vulnérable non protégée. Les médecins généralistes se trouvent parfois confrontés à de vrais dilemmes éthiques, en hésitant sur la conduite à adopter. Les décisions prises sont parfois empiriques ne sachant s'il faut considérer le seul avis de la personne vulnérable ou s'il faut également tenir compte du point de vue des proches voire exclusivement de celui de ces derniers. Ainsi, dans ces situations, afin de protéger au mieux le patient, la question de l'instauration d'une mesure de protection

juridique va se poser. Mais, pour cette population précise, cette démarche est insuffisamment utilisée peut être en raison de certains freins.

L'objectif de cette étude était de déterminer et d'analyser les freins à la mise en place de mesures de protection juridique chez les médecins généralistes.

L'objectif secondaire était de déterminer les solutions proposées par les médecins généralistes face à ces freins afin d'optimiser la prise en charge des patients vulnérables.

II. Méthodes

1. *Type d'étude*

Il s'agissait d'une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes.

2. *Recrutement*

L'étude s'adressait aux médecins généralistes de la région Nouvelle Aquitaine. Étaient inclus les médecins remplaçants non thésés, remplaçants thésés et médecins installés.

Les médecins ont été recrutés dans l'entourage professionnel des investigateurs par la méthode du bouche-à-oreille. Le recrutement a été réalisé avec une recherche de variation maximale afin d'obtenir les profils les plus divers possibles.

3. *Recueil de données*

Le recueil de données a été fait par des entretiens semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien. Ces derniers ont eu lieu soit au cabinet des médecins généralistes, soit à leur domicile entre mai 2018 et janvier 2019.

Le guide d'entretien (annexe 1) a été testé au préalable puis ajusté ; il a évolué au fil des entretiens afin de mieux répondre à l'objectif principal. Il était constitué de 6 questions ouvertes réparties en 4 grandes parties. À chaque question, des questions de relance étaient prévues lorsque la personne interrogée n'abordait pas les points souhaités.

Le guide d'entretien était complété d'une infographie (annexe 2) reprenant les caractéristiques des différentes mesures de protection juridiques afin de faciliter la présentation de ces dernières.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone et d'un dictaphone pour pallier un éventuel problème technique.

Les données ont été anonymisées, chaque médecin a été désigné par la lettre M suivie du numéro d'entretien (M001, M002...). Les médecins *interviewés* ont été informés de leurs droits d'accès et de rectification des données, en effet une déclaration auprès du CIL (Correspondant Informatique et Libertés) a été réalisée sous le numéro 201813 (annexe 3). Un consentement écrit (annexe 4) en double exemplaire a été signé par ces derniers. L'avis du Comité de protection des personnes n'a pas été sollicité car l'étude concernait les médecins et n'engendrait pas d'intervention sur la prise en charge des patients.

Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à l'absence d'apparition de nouvelles données.

4. Analyse des données

Les enregistrements ont été retranscrits mot pour mot sous la forme d'un « verbatim » sur le logiciel de traitement de texte Microsoft Word® à la suite de l'entretien. Les expressions non verbales (hésitation, silence, gêne...) ont également été retranscrites dans le verbatim.

Lors de l'analyse des verbatims, les informations ont été codées en thèmes puis en sous thèmes, appelés respectivement « nœuds » et « sous-nœuds » à l'aide du logiciel NVIVO12®.

Une triangulation des investigateurs puis une triangulation de l'encodage ont été effectués. Ainsi les entretiens ont été réalisés par l'un ou l'autre des deux investigateurs, puis analysés indépendamment par ces derniers. Enfin les résultats ont été comparés lors de la triangulation de l'encodage à l'aide du coefficient *kappa*, permettant de mettre en évidence les principaux désaccords. Tous les nœuds et sous-nœuds ayant un coefficient *kappa* inférieur à 0,81 ont été revus un par un et la pertinence du codage a été rediscutée.

III. Résultats

1. *Population*

Douze médecins ont participé. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien. Les caractéristiques des médecins sont présentées dans le tableau 1.

La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes (7 – 34 minutes).

Médecin	Age	Sexe	Département d'exercice	Type d'exercice	Début d'exercice	Statut	Spécificité	Maitre de stage
M001	29	F	Charente-Maritime	Rural	2018	Médecin installée	-	Non
M002	34	F	Vienne	Semi-rural	2014	Médecin installée	-	Non
M003	60	M	Vienne	Semi-rural	1988	Médecin installé	-	Oui
M004	43	M	Charente	Rural	2004	Médecin installé	-	Non
M005	59	M	Charente	Rural	1988	Médecin installé	-	Oui
M006	64	M	Charente	Semi-rural	1984	Médecin installé	-	Non
M007	32	M	Vienne	Urbain	2007	Remplaçant non thésé	-	Non
M008	54	M	Vienne	Urbain	1996	Médecin installé	Médecin expert MPJ	Oui
M009	60	M	Charente-Maritime	Urbain	1985	Médecin installé	Activité complémentaire au foyer d'accueil pour handicapés	Non
M010	30	M	Deux-Sèvres	Semi-rural	2017	Remplaçant non thésé	-	Non
M011	30	F	Charente-Maritime	Rural	2017	Remplaçante thésée	-	Non
M012	28	M	Vienne	Semi-rural	2018	Remplaçant non thésé	-	Non

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins

2. *Les freins à la mise en place des mesures de protection juridique*

Les différents entretiens ont permis de mettre en évidence de nombreux freins (figure 1). Les termes utilisés par les participants pour décrire ces freins ont été représentés dans un nuage de mots (figure 2).

a. L'acceptation par le patient

Une des craintes exprimée par les médecins était l'acceptation de la mise en place de la mesure de protection juridique par le patient. Les médecins faisaient part de leur appréhension à aborder le sujet en raison d'un potentiel refus du patient : *« Dès qu'on commence à aborder le sujet, elle refuse toute approche de ses problèmes de mémoire et elle élude. »* (M003).

Le ressenti du patient lors de l'évocation de la mise en place d'une mesure de protection juridique semblait préoccuper les médecins : *« Comment va réagir le patient par rapport à ça. Parce que c'est vrai que pour beaucoup c'est quand même très mal vécu. »* (M007) ; *« Ce qui est difficile c'est toujours ça, d'en parler à ses patients. Et parfois, effectivement, eux ils le prennent comme une atteinte à leur intégrité, donc c'est toujours délicat d'aborder cette situation et de dire "vous avez besoin d'une mesure pour vous protéger, pour pas vous faire avoir par des gens… des personnes qui font du démarchage à domicile". Leur expliquer ça ce n'est pas toujours évident. »* (M009).

b. La complexité administrative

La complexité des démarches administratives et l'aspect chronophage de ces dernières ont pu représenter un frein dans la mise en place des mesures de protection chez certains médecins *: « Au début c'était le tribunal d'instance local qui gérait ça, et je l'ai su à mes dépens que ça n'existait plus à un moment donné et que c'était le TGI d'Angoulême. Donc le dossier était revenu on avait perdu encore trois semaines. »* (M004) ; *« Sachant qu'aujourd'hui, t'as*

bien vu, on a de plus en plus de choses à faire. On ne fait plus de médecine à 100%, on fait beaucoup de social, de prise en charge en réseau et donc si tu n'as pas de plaquette, t'as pas d'infos précises, tu passes des heures à chercher tu trouves rien » (M004).

c. La complexité des situations rencontrées

Les situations auxquelles les médecins ont dû faire face étaient le plus souvent complexes, l'évaluation du patient n'était pas aisée : *« Effectivement, on voit qu'elle a des problèmes de mémoire, y'a pas besoin de faire le MMS, mais pour les autres fonctions cognitives, c'est beaucoup plus difficile à évaluer, d'autant plus qu'elle est venue toute seule en voiture, donc elle est capable de conduire ! »* (M003).

Un médecin s'est interrogé sur la pertinence des tests cognitifs dans l'évaluation de l'indication de la mise en place des mesures de protection juridique : *« À mon avis, le MMS il doit avoir ses limites c'est pas possible, et les autres tests cognitifs ils ont leurs limites, on évalue les gens dans leur environnement habituel, comment ils évoluent, comment ils se débrouillent dans leur environnement. On ne les évalue pas dans une consultation à l'hôpital ou dans un lit d'hôpital ! Ils ne sont pas dans leur environnement ! Et forcément ils sont perturbés. On sait bien, un patient dès qu'il met les pieds à l'hôpital, c'est une catastrophe ! »* (M003).

Cette difficulté à évaluer les capacités réelles d'un patient, c'est-à-dire la différence pouvant être constatée lors d'une consultation au cabinet et la situation réelle au domicile, a également été mise en avant par un autre médecin : *« Parfois on voit des couples, on se dit "Putain ceux-là ils gèrent très bien" alors qu'en fait ils ne gèrent rien du tout à la maison, ils donnent le change jusqu'au bout ici et chez eux c'est la guerre. À l'inverse d'autres qui sont tout seuls chez eux et qui gèrent tout à fait bien et on a envie de leur dire "Non non vous ne pouvez pas continuer comme ça" et en fait ils vont très bien comme ça »* (M004).

d. La crainte pour son intégrité physique

Un des médecins interrogé a fait part de la peur d'une réaction violente de certains patients au moment d'aborder les mesures de protection juridique, notamment chez les patients présentant des troubles psychiatriques. Il a reconnu que dans de telles situations, cela pourrait constituer un réel frein : *« Quand ce sont des patients, je ne sais pas, bipolaires, qui font des virages maniaques, là on voit qu'il y a un côté un peu plus...peut être...euh mise en danger déjà de soi, du médecin et peut être du patient aussi. Ça ce sont des questions à se poser, donc c'est une gestion qui peut être un peu plus à prendre avec des pincettes. »* (M010).

e. La méconnaissance du sujet

De nombreux participants ont fait part du handicap que représentait leur manque de connaissances théoriques et pratiques sur le sujet : *« Quand j'ai besoin d'avoir recours à une mesure comme celle-ci, déjà je suis obligée de relire mes cours (...) en fait à chaque fois je suis obligée de me repositionner pour savoir exactement qu'est-ce que je veux demander »* (M011).

Les médecins sont également confrontés au manque de connaissances sur les modalités pratiques pour la mise en place des mesures de protection (l'interlocuteur, l'ordre des démarches, les délais...) : *« Mais c'est vrai que ce qui va me manquer plutôt, ce sont les connaissances dans le concret. À partir de quand ? Par qui ? Et tout ça c'est vrai que c'est assez compliqué. (...) C'est vraiment tout ce qui est autour de la mise en place qui me pose problème. »* (M007) ; *« L'aspect financier, l'aspect de comment ça se passe, où est le tribunal, enfin des questions bêtes mais ce sont celles qu'ils vont poser donc voilà. Il faut parfaitement connaitre le sujet avant de balancer ça à quelqu'un qui est déjà dans une situation compliquée. »* (M011).

f. La pression familiale

Le sujet de la pression familiale sur la décision du médecin a été rapporté comme étant un frein à la mise en place des mesures de protection : *« C'est un petit peu embêtant aussi d'intervenir brutalement, simplement sur l'injonction de la fille qui veut absolument (...) qu'on*

la mette sous tutelle. Voilà ! Et comme ils sont très friqués aussi, tu vois, je me demande s'il n'y a pas quelque chose de cet ordre-là... » (M003) ; *« L'expérience que j'ai eue, quand ça vient d'une pression familiale, fait que quand c'est demandé par la famille d'entrée de jeu et qu'on me met la pression, je me méfie quoi. »* (M003).

g. Le sentiment de privation de liberté pour son patient

Les médecins interrogés ont eu le sentiment d'infliger une sanction en privant leur patient de leur liberté : *« On peut avoir l'impression qu'on les condamne, pas qu'on les condamne mais qu'on les punit. »* (M012).

Certains participants étaient bien conscients des conséquences qu'engendraient la mise en place de ces mesures : *« Il ne faut pas qu'il y ait de mise sous tutelle abusive quoi. Parce que quand tu es sous tutelle quand même, t'as plus accès à ton compte, t'as plus accès à rien quoi. »* (M005). De plus, les différents retours que certains ont pu avoir sur la gestion par la tutelle ou la curatelle, ont pu renforcer ce sentiment de privation de liberté : *« C'est vrai qu'on raconte des histoires de gens qui se sont retrouvés quasiment dépossédés par l'UDAF... »* (M005).

h. La rémunération à postériori

Le sujet de la rémunération du médecin par la tutelle a été évoqué. En effet, les difficultés rencontrées pour se faire rémunérer en raison de la lenteur des différents organismes de tutelle, de la nécessité de faire des relances, etc., ont semblé constituer un frein à la mise en place de mesures de protection juridique. *« Je pense à un patient qui est sous tutelle, et donc sa tutrice a toujours énormément de mal au sein de l'UDAF à me régler la part complémentaire des consultations, c'est curieux quand même. Pourquoi ? Alors que chez tous les autres ça marche bien, et là c'est toujours 8 mois, 10 mois, 1 an de retard pour régler 7 euros 50 quoi. »* (M005).

i. Les difficultés pour trouver un médecin expert

Les participants ont également mis en avant les difficultés éprouvées pour trouver ou orienter vers un médecin expert en raison des délais de rendez-vous, des listes d'experts non à jour, de la possibilité pour le médecin expert de se déplacer au domicile du patient. *« Ils ne peuvent pas passer tout le temps et puis il y a des délais. Des délais qui sont longs »* (M007) ; *« L'accessibilité des différents intervenants, ça peut être toujours un frein. »* (M012).

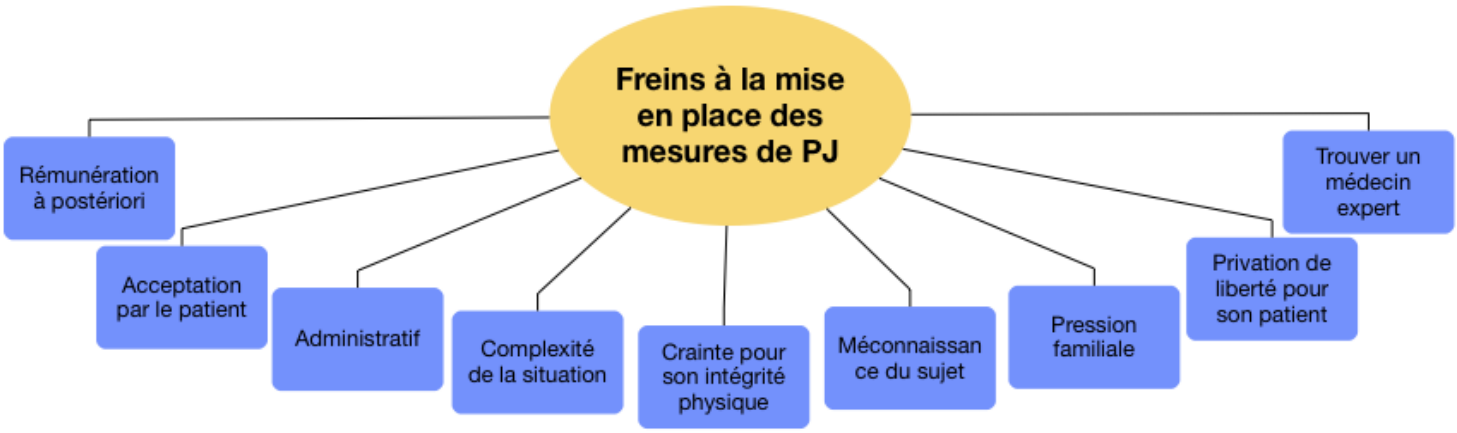


Figure 1 : Les freins à la mise en place des mesures de protection juridique

Figure 2 : Nuage de mots représentant les mots les plus fréquemment utilisés par les participants pour évoquer les freins à la mise en place des mesures de PJ

3. *Solutions proposées par les médecins interrogés face aux freins à la mise en place des mesures de protection juridique*

Les participants ont proposé plusieurs pistes afin d'optimiser la prise en charge de ces patients vulnérables.

a. Une aide administrative

Certains proposent la mise en place d'un interlocuteur unique facilement joignable, d'autres évoquent la réalisation d'une plaquette régulièrement mise à jour expliquant les différentes démarches. *« Mais y'a des trucs plus simples à faire, une plaquette, remise à jour, 1 fois par an. "Qui fait quoi ?" et là ça marche. »* (M004) *; « Par exemple, avoir une ligne directe, un numéro de téléphone pour dire "Voilà cette personne je la sens vraiment en danger". Faudrait pouvoir avoir un interlocuteur quoi... »* (M005)

b. Clarifier le rôle du médecin traitant dans le dispositif

Des médecins interrogés trouvent que la place du médecin traitant est importante dans ce dispositif. Ils proposent de lui attribuer un rôle bien défini pour qu'il s'implique pleinement dans le processus de prise en charge. *« En tant que médecin, ce serait surtout, pour moi, de clarifier mon rôle en tant que médecin dans ce type de situation (...) La place du médecin traitant peut être importante je pense » (*M003).

c. La formation

Le manque de formation sur le sujet a souvent été mis en avant par les participants. *« Déjà qu'on ait une meilleure formation là-dessus (rires). Concrètement tout ce qui est formation administrative...curatelle...tutelle, enfin vraiment hein, les papiers à faire... on n'a pas vraiment été formé là-dessus, je ne sais même pas où trouver les papiers, à qui m'adresser réellement... »* (M001)

d. L'information de la population

Une meilleure information de la population sur ces mesures aurait pu faciliter l'abord du sujet : *« Après peut être aussi un petit peu enlever le tabou de tout ça, que les patients soient un peu plus au courant, histoire que ce soit plus facile à aborder... »* (M001).

e. Renforcer la prise en charge médico-sociale

Un renforcement de la prise en charge médico-sociale autour des patients vulnérables a été évoqué dans les entretiens : *« Le réseau, la continuité des informations que ce soit le pharmacien, les paramédicaux qui passent à domicile. Voilà. Le rapport avec toutes les personnes qui peuvent s'occuper du patient pour que tout se passe bien et de la meilleure des façons. »* (M010) ; *« Et plus il y a du lien, et plus on rentre dans une relation de confiance, plus on peut avancer après quand il y a vraiment besoin de mesures de protection juridiques (...) ça c'est un bon tremplin... »* (M009).

IV. Discussion

L'analyse des entretiens a permis de mieux comprendre le rôle important joué par le patient et sa famille dans ces freins. Les médecins interrogés, souvent attachés à leurs patients, appréhendaient la réaction de ces derniers et culpabilisaient sur la privation de liberté qu'engendraient les mesures de protection. La famille pouvait également être un obstacle, les participants étaient méfiants face à des demandes pressantes de la part de l'entourage. Cette pression familiale pouvait être considérée comme suspecte et donc comme source d'erreur de jugement (conflit familial sous-jacent, problème d'héritage...). Cela renforçait la crainte de prendre une mauvaise décision dans une situation déjà complexe.

La pertinence de l'évaluation cognitive des patients a été abordée par les médecins interrogés. Ces derniers mettaient en avant la multitude de facteurs pouvant entrer en jeu dans l'évaluation du sujet vulnérable. Les tests d'évaluation standards ne permettraient pas d'avoir un aperçu satisfaisant de l'état cognitif des patients en raison de l'environnement où ils sont réalisés (hôpital, cabinet médical). Il semble donc délicat de s'appuyer uniquement sur ces tests standards afin de poser l'indication à la mise en place d'une mesure de protection juridique.

Le manque d'expérience théorique et pratique a également été un des éléments majeurs dans la constitution des freins aux mesures de protection juridique. En effet, la méconnaissance des démarches administratives, des médecins experts disponibles, des interlocuteurs, a pu freiner les médecins interrogés dans la mise en place de ces mesures. Cela a pu leur paraitre chronophage et laborieux alors que, lorsque la démarche est bien maitrisée, les mesures de protection juridique peuvent être mises en place rapidement.

D'autres freins plus surprenants ont été mis en évidence tels que la peur de se faire agresser ou de ne pas être rémunéré. La crainte d'une agression par des patients atteints de troubles psychiatriques reste un cas particulier. En effet pour ce type de patient, la mesure de protection est souvent instaurée au décours d'une hospitalisation en psychiatrie, le risque d'agression semble donc peu probable. Quant à la crainte de ne pas se faire rémunérer, la question de l'intérêt du patient par rapport à l'aspect financier doit se poser. Il est vrai qu'il n'est pas toujours aisé de récupérer les honoraires dus et que cela peut constituer une charge

administrative supplémentaire, mais il semble que la sécurité du patient doive primer sur la rémunération.

Concernant les solutions proposées par les participants, elles étaient en accord avec les freins mis en évidence. L'amélioration des connaissances pratiques des médecins a semblé représenter un axe de travail important. Une information précoce des patients sur les mesures de protection, bien en amont des premiers troubles, a été proposée afin de faciliter le dialogue au moment d'aborder le sujet de leur mise en place. L'optimisation de la prise en charge médico-sociale pourrait permettre l'établissement d'une bonne relation de confiance et la mise en place d'un suivi régulier avec une bonne transmission des données entre les différents acteurs de santé. Ainsi, en cas de nécessité de mise en place d'une mesure de protection, celle-ci serait plus précoce, le dialogue plus aisé et la mesure plus facilement acceptée par le patient.

Cette étude comporte un certain nombre de points forts : sur le plan méthodologique, les douze entretiens ont permis d'obtenir la saturation des données, celle-ci a été atteinte après le dixième entretien. De plus, la réalisation d'une triangulation des investigateurs suivie d'une triangulation de l'encodage ont permis de renforcer la validité de l'étude. D'autre part, le choix de réaliser des entretiens individuels était destiné à favoriser la libre expression des participants. En effet, ces derniers ont pu exprimer ouvertement leurs lacunes, leurs craintes et évoquer des sujets plus délicats tels que la rémunération. Enfin le recrutement des médecins a été réalisé avec une recherche de variation maximale afin d'obtenir la population la plus diversifiée possible.

Ce travail comporte également des faiblesses. Tout d'abord, le mode de recrutement des médecins s'est fait par la méthode du bouche-à-oreille. Ainsi, une partie de l'échantillon de médecins interrogés était issue des connaissances des investigateurs. Cependant, cela a permis d'obtenir un échantillon plus important car le consentement était plus aisé à obtenir. Concernant la méthode de triangulation de l'encodage, celle-ci a été réalisée par seulement deux personnes. La présence d'une troisième personne aurait pu permettre de renforcer la validité des résultats en cas de codage divergent. Toutefois, un consensus a pu être trouvé pour chaque discordance.

La lourdeur du travail administratif face à laquelle le médecin généraliste est confronté au quotidien peut expliquer l'appréhension de ce dernier à se lancer dans l'instauration de ces démarches avec le patient. Une clarification des démarches pourrait faciliter la proposition de ces mesures.

Cette impression de complexité administrative peut être renforcée par une information insuffisante des médecins sur le sujet. Cela met le praticien face à une situation délicate où il est bien conscient de la problématique mais ne possédant pas les connaissances pratiques nécessaires, il est parfois amené à retarder la prise en charge. Une meilleure formation initiale des médecins ainsi que la mise en place d'un plus grand nombre de séances de FMC (Formation Médicale Continue) sur le thème de la protection juridique pourrait pallier cette problématique.

À l'issue des entretiens, plusieurs médecins ont souhaité conserver l'infographie afin de la réutiliser en cas de nécessité. La réalisation d'une plaquette informative plus aboutie, inspirée de l'infographie pourrait également constituer un premier élément de réponse à ces différents freins.

Il reste cependant certains freins pour lesquels il n'existe pas de solution évidente, tels que la pression familiale et l'impact psychologique que représente la mise en place de ces mesures pour le médecin (la privation de liberté pour son patient).

En tenant compte de ces différents obstacles à la mise en place des mesures de protection juridique et en améliorant les points faibles évoqués précédemment, nous pouvons donc espérer une meilleure prise en charge de ces patients vulnérables.

V. Conclusion

Cette étude a permis de déterminer un nombre intéressant de freins à la mise en place des mesures de protection juridique. Ils étaient très variés et concernaient des domaines multiples et différents. Cela allait du champ de l'impact psychologique au champ de la complexité administrative en passant par celui de la crainte pour son intégrité physique.

Il serait intéressant de réaliser un guide pratique à destination des médecins généralistes. Ce guide pourrait, dans une première partie, reprendre de manière synthétique les différentes mesures de protection. Puis dans une seconde partie, les modalités pratiques de mise en place avec les coordonnées des différents acteurs et une liste actualisée des médecins experts. Il pourrait être accessible librement sur le site de l'Ordre des médecins, par exemple.

Bibliographie

1. Collège national des enseignants de gériatrie. Autonomie et Dépendance. Corpus de gériatrie 2000;1:91-100
2. Debarre J-M. Consentement à l'acte médical en droit. Un état des lieux. Médecine & Droit 2017;2017:57-69
3. Ceccaldi J. Le consentement, entre souveraineté et allégeance. Laennec 2009;57:31-42
4. Marzano M. Place du consentement dans les relations entre médecins et patients : un point de vue philosophique. Presse med 2013;42:6-12
5. Définition : Vulnérabilité. http://www.toupie.org/Dictionnaire/Vulnerabilite.htm. Site consulté le 01/03/2019
6. Gromb S, Dabadie P, Janvier G. La dimension médicolégale du consentement éclairé en médecine. Ann Fr Anesth Réanim 1999;18:1080-1086
7. Garnier J-C, Chopard J-L, Pili-Floury S, Samain E. Information et consentement aux soins de la personne vulnérable en France. Ann Fr Anesth Réanim 2009;28:575-578
8. Gouillet C, Rougé-Maillart C. Comment initier une mesure de protection juridique ? Médecine & Droit 2011;2011:241-242
9. Berthiau D. La réforme de la protection juridique de la personne majeure et ses incidences dans le droit de la santé (loi du 5 mars 2007). Médecine & Droit 2007;2007:105-108
10. Association Nationale des Assistants de Service social. A propos de la réforme de la protection juridique des majeures. https://anas33.fr/wp-content/uploads/2011/10/la-réforme-de-la-protection-juridique-des-majeurs.pdf. Site consulté le 07/03/2019
11. Ministère de la Justice. Rapport de mission interministériel : l'évolution de la protection juridique des personnes. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf. Site consulté le 07/03/2019
12. Ministère de la Justice. Le droit des personnes. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Stat_Annuaire_ministere-justice_2015_chapitre2.pdf. Site consulté le 01/03/2019
13. Berthiau D. Comprendre le principe d'autonomie en droit de la santé. Médecine & Droit 2006;2006:53-60

14. Sénat. Projet de loi portant réforme de la protection juridique des majeurs. https://www.senat.fr/rap/a06-213/a06-2132.html. Site consulté le 01/03/2019

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien

Dans le cadre de ma thèse, nous allons nous entretenir sur le thème des mesures de protection juridique. Cet entretien ne devrait pas excéder trente minutes. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre vos représentations sur ces mesures. N'hésitez pas à parler librement, à exprimer votre opinion, vos craintes... Cet entretien est anonyme et votre nom ne sera jamais cité.

I – Question brise-glace :

Nous définissons comme vulnérables les patients présentant une fragilité face à la maladie, à des infirmités, à des agressions extérieures, à des évènements personnels ou socio-économiques.

1/ Pouvez-vous me raconter une consultation récente qui vous a marqué avec un patient vulnérable ?

Pourquoi cette consultation vous a-t-elle marqué ? (mise en évidence de la difficulté)

II – Connaissance des mesures de protection juridique :

Dans notre société actuelle, le nombre de patients sous protection juridique est en augmentation constante. Cela est probablement lié à un vieillissement de la population entrainant une augmentation du nombre de sujets vulnérables.

2/ Que pouvez-vous me dire sur les mesures de protection juridique ?

- Quelles mesures de protection juridique connaissez-vous ? (relance)
- Si loi 2007 non évoquée : Pouvez-vous me parler les dernières mesures instaurées afin d'optimiser la protection des personnes vulnérables ?

Rappeler les différentes mesures si besoin :

Il existe actuellement 3 niveaux de protection :

- *La sauvegarde de justice, le niveau de protection minimal, elle n'entraine pas d'incapacité et est destinée aux personnes ayant besoin d'être protégées dans les actes de la vie civile.*
- *La curatelle qui est instaurée si la sauvegarde de justice est insuffisante, la personne protégée a besoin de l'accord de son curateur pour certains actes.*
- *La tutelle qui représente le niveau de protection le plus élevé.*

Depuis 2017, de nouvelles mesures ont été instaurées pour mieux répondre au nombre de demandes croissantes de protection (mandat de protection future, mesure d'accompagnement social personnalisé et mesure d'accompagnement judiciaire).

II – État des lieux personnel de l'utilisation de ces mesures :

3/ Relatez-moi la dernière situation où vous avez évoqué, en accord avec le patient, des démarches de mise en place de mesures de protection juridique.

- Si jamais fait : Racontez-moi une situation où vous avez assisté en tant que témoin passif (durant vos études par exemple) à l'évocation de ce sujet.
- Quel type de mesure avez-vous proposé ? (relance, si non évoqué)
- Quelle était la situation de vulnérabilité vous ayant alerté ?
- Comment avez-vous procédé ?
- Quelles étapes vous ont semblé délicates ?

III – Les freins à l'utilisation des mesures de protection juridique :

4/ Quelles sont vos réticences/craintes à proposer la mise en place de ces mesures ?

- Relance : par exemple : avez-vous peur de vexer le patient, provoquer des conflits familiaux ?
- Pourquoi avez-vous ces craintes ?
- Dans quelles situations ces craintes vous ont-elles déjà conduit à renoncer à proposer ces mesures à vos patients ?
- Comment avez-vous résolu le problème ?

IV – Solutions envisagées :

5/ Quelles sont selon vous les choses à améliorer pour optimiser la prise en charge de ces patients vulnérables ?

6/ Nous arrivons à la fin de l'entretien, avez-vous des choses à rajouter ?

Données administratives :

Age, sexe

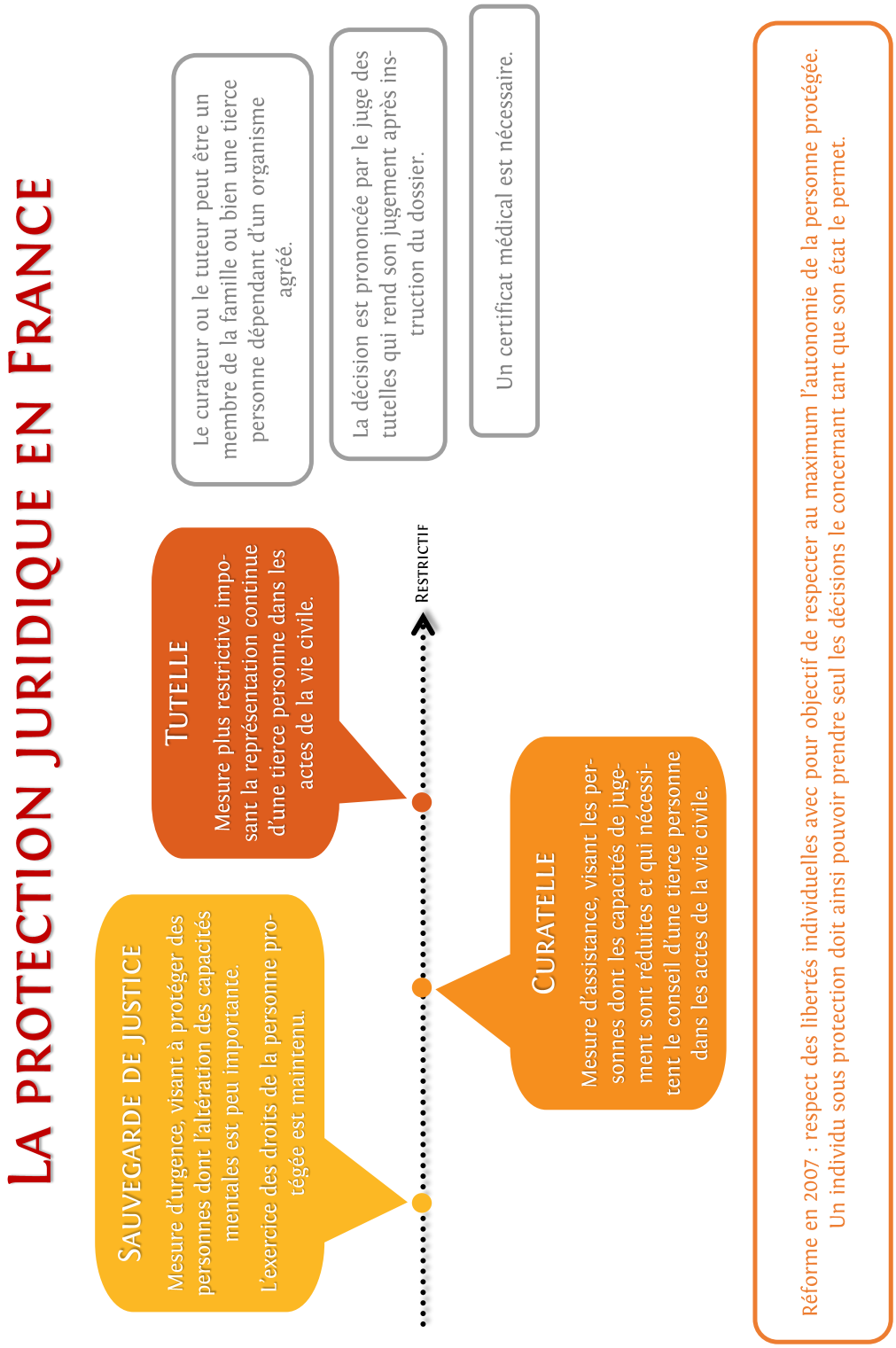
Département d'exercice

Type d'exercice (rural, semi-rural, urbain)

Année d'installation

Statut (interne MG, remplaçant non thésé, remplaçant thésé, médecin installé)

<u>Annexe 2 :</u> Infographie sur les mesures de protection juridique en France



Annexe 3 : Déclaration CIL

Fiche Informatique et libertés - cil@univ-poitiers.fr	
Traitement n°201813	Etude des représentations sur les mesures de protection juridique et des freins à leur mise en place, auprès de sujets recrutés dans la population générale, et de médecins généralistes
Date de mise en œuvre	Mai à octobre 2018
Finalité principale	Recueil de données sur les mesures de protection juridique et les freins à leur mise en place dans le cadre d'un travail de thèse d'exercice de médecine
Détail des finalités du traitement	Recueillir des informations sur les représentations et les freins à la mise en place de mesures de protection juridique dans la population générale et chez des médecins de la région Nouvelle Aquitaine, afin d'améliorer les connaissances des médecins généralistes pour leur mise en œuvre
Service chargé de la mise en œuvre (préciser s'il y a différents lieux de traitement)	Grégoire MONTAUT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Pascal KHUAT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers
Responsable fonctionnel	Vincent JEDAT, directeur de thèse, département de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Pascal KHUAT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Grégoire MONTAUT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers
Responsable technique	Pascal KHUAT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Grégoire MONTAUT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers
Responsable de l'exercice des droits d'accès, de rectification, d'opposition	Pascal KHUAT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Grégoire MONTAUT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Vincent JEDAT, directeur de thèse, département de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers selon le public interrogé

Catégories de personnes concernées par le traitement	Population générale, sujets âgés de plus de 18 ans, recrutés de proche en proche Médecins généralistes de la région Nouvelle Aquitaine	
Données traitées		
	Données administratives (âge, sexe, département de résidence) puis questionnaire de recueil (entretien semi-dirigé) Voix des répondants (anonymisation dès l'entretien) Formulaire de consentement	
Destinataires		
	Aucun	
Technologies utilisées	Guide d'entretien, enregistrement à l'aide d'un dictaphone, retranscription dans un traitement de texte puis analyse des données à l'aide du logiciel NVIVO	
Information des personnes	Information et recueil de consentement à la participation à cette étude	
Sécurité des données	Accès limité aux responsables fonctionnels par mot de passe, stockage sur ordinateur personnel après anonymisation. Echange par service d'envoi de fichiers de l'Université de Poitiers ou clé USB	
Durée de conservation	Jusqu'à la soutenance de thèse (données anonymisées et formulaires de consentement)	
Service chargé de la suppression des données à la fin du traitement	Pascal KHUAT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers Grégoire MONTAUT, interne de médecine générale, faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers selon le public interrogé	
Mise à jour (date et objet)		

Annexe 4 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement de participation à une étude dans le cadre d'une thèse d'exercice en médecine générale

Je, soussigné _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée « Représentations et freins à la mise en place de mesures de protection juridique ».

Investigateur principal : Pascal KHUAT, interne de médecine générale, Université de Poitiers

Investigateurs secondaires :

- Grégoire MONTAUT, interne de médecine générale, Université de Poitiers
- Vincent JEDAT, directeur de thèse, Université de Poitiers

But de l'étude : Étudier et analyser les représentations et les freins à la mise en place de mesures de protection juridique chez les médecins généralistes.

Engagement du participant : l'entretien semi-directif conduit par l'investigateur sera enregistré et stocké pour analyse. Cet enregistrement sera anonymisé, il ne sera donc pas possible pas de remonter aux personnes interrogées.

Engagement des investigateurs : les investigateurs s'engagent à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet. Le consentement peut être retiré à tout moment, sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Le formulaire de consentement sera supprimé, mais l'enregistrement ne pourra pas l'être, puisqu'il est anonymisé.

Confidentialité des informations : les informations concernant les participants seront uniquement traitées par les investigateurs, et conservées de façon à assurer leur confidentialité.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, le participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données le concernant. Ces droits s'appliquent, ici, uniquement au formulaire de consentement. Ils peuvent être exercés en contactant les investigateurs de l'étude :

Contacts :

- **Pascal KHUAT**
  pascal.khuat@etu.univ-poitiers.fr
- **Grégoire MONTAUT**
  gregoire.montaut@etu.univ-poitiers.fr
- **Vincent JEDAT**
  vincent.jedat@gmail.com

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires.

Signatures :

Le participant L'investigateur

Résumé et mots clés

Détermination et analyse des freins à la mise en place des mesures de protection juridique chez les médecins généralistes.

Introduction : Dans notre société actuelle, le nombre de sujets vulnérables nécessitant une mesure de protection juridique est en augmentation constante. Cependant ces personnes n'en bénéficient pas toujours. Un des principaux acteurs dans l'instauration de ces mesures est le médecin généraliste, il est le premier témoin de cette vulnérabilité. Pourtant, ces mesures sont peu proposées par les praticiens. L'objectif de cette étude était de déterminer et d'analyser les freins à la mise en place des mesures de protection juridique chez les médecins généralistes.

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée en Nouvelle-Aquitaine, entre mai 2018 et janvier 2019, auprès de 12 médecins généralistes recrutés par la méthode du bouche-à-oreille. Une triangulation des investigateurs puis de l'encodage ont été réalisés par deux investigateurs. Les données ont été analysées avec le logiciel NVIVO12®.

Résultats : La saturation des données a été obtenue au dixième entretien. Les freins mis en évidence concernaient l'acceptation par le patient, la complexité des situations rencontrées, la pression familiale, le sentiment de privation de liberté pour son patient et la crainte pour son intégrité physique. Ils concernaient également le côté administratif avec la complexité administrative, la méconnaissance du sujet, la rémunération et les difficultés pour trouver un médecin expert.

Discussion : Cette étude confirme la présence de nombreux freins tant sur le plan administratif que psychologique. Une meilleure formation des médecins, une information précoce des patients et une clarification des démarches administratives paraissent nécessaires pour lever une partie de ces obstacles à la mise en place des mesures de protection.

Mots clés : protection juridique, médecine générale, connaissances, attitudes et pratiques en santé, vulnérabilité.

Abstract and keywords

Determination and analysis of the obstacles to the establishment of legal protection measures for general practitioners.

Introduction : In our present society, the number of vulnerable subjects requiring legal protection is steadily increasing. However, these people do not always benefit from this protection. One of the main actors in the implementation of these measures is the general practitioner, he is the first witness of this vulnerability. However, these measures are not offered enough by practitioners. The objective of this study was to determine and analyze the obstacles to the implementation of legal protection measures for general practitioners.

Methods : This was a qualitative study with semi-structured interviews conducted in Nouvelle-Aquitaine, between May 2018 and January 2019, with 12 general practitioners recruited by the word of mouth. A triangulation of the investigators of the encoding was then carried out by two investigators. The data was analyzed with the NVIVO12® software.

Results : The saturation of the data was obtained at the tenth interview. The obstacles highlighted concerned the patient's acceptance, the complexity of the situations encountered, family pressure, the feeling of deprivation of liberty for his patient and the fear of his physical integrity. They also concerned the administrative side : administrative complexity, ignorance of the subject, remuneration and difficulties in finding an expert doctor.

Discussion : This study confirms the presence of many obstacles both on the administrative side and on the psychological side. Better training of general practitioners, early information for patients and clarification of administrative procedures seem necessary to remove some of these obstacles in the implementation of protective measures.

Keywords : legal protection measures, general practice, health knowledge, attitudes, practice, susceptibility.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !