



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE (décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 16 décembre 2021 à Poitiers  
Par madame ARDOUIN Lucille

Recueil du consentement aux soins en médecine générale des patients atteints de handicap mental par analyse qualitative

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur PACCALIN Marc

**Membres** : Madame le Docteur LE BONHEUR Lakshmi priya  
Monsieur le Docteur BESNIER Marc

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur JEDAT Vincent



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(décret du 25 novembre 2016)**

Présentée et soutenue publiquement  
Le 16 décembre 2021 à Poitiers  
Par madame ARDOUIN Lucille

Recueil du consentement aux soins en médecine générale des patients atteints de handicap mental par analyse qualitative

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur PACCALIN Marc

**Membres** : Madame le Docteur LE BONHEUR Lakshmipriya  
Monsieur le Docteur BESNIER Marc

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur JEDAT Vincent



Le Doyen,

Année universitaire 2021 - 2022

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUOQA Christophe, bactériologie-virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- COUDROY Rémi, médecine intensive-réanimation
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- 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
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en disponibilité)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie viscérale et digestive (retraite au 01/01/2022)
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile (retraite au 01/11/2021)
- 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, médecine d'urgence
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses

- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, médecine intensive-réanimation (retraite au 01/12/2021)
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- 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, médecine intensive-réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

### Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire (en mission 1 an jusqu'à fin octobre 2021)
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- CREMNITER Julie, bactériologie-virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- GUENEZAN Jérémy, médecine d'urgence
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie (en mission 1an à/c du 12/07/2021)
- JUTANT Etienne-Marie, pneumologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelynne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie (en dispo 3 ans à/c du 01/07/2020)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- PICHON Maxime, bactériologie-virologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

### Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

**Professeur associé des universités des disciplines médicales**

- FRAT Jean-Pierre, médecine intensive-réanimation

**Maître de Conférences associé des universités des disciplines médicales**

- HARIKA-GERMANEAU Ghina, psychiatrie d'adultes

**Professeurs associés de médecine générale**

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

**Enseignant d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié

**Professeurs émérites**

- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GUILHÔT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2023)

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- 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
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CARRETIER Michel, chirurgie viscérale et digestive (ex-émérite)
- CASTEL Olivier, bactériologie-virologie : hygiène
- 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

- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (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)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (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
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (ex-émérite)
- 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
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## Remerciements

A Monsieur le **Professeur PACCALIN**,  
Qui m'a fait l'honneur de présider le jury.  
Sincères remerciements.

A Monsieur le **Docteur JEDAT**,  
Pour nous avoir proposé ce sujet et de nous avoir accompagné tout au long de ce travail.  
Sincères remerciements.

A Madame le **Docteur LE BONHEUR**,  
Qui m'a fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse.  
Sincères remerciements.

A Monsieur le **Docteur BESNIER**,  
Qui m'a fait l'honneur d'accepter de faire partie de mon jury de thèse.  
Sincères remerciements.

Je tiens à remercier **tous les médecins** interrogés d'avoir consacré de leur temps à l'élaboration de cette thèse.

Je remercie **mes parents** pour m'avoir accompagnée et soutenue depuis toujours et ça n'a pas dû être facile tous les jours. Je ne vous remercierai jamais assez.

A **ma sœur** (et toute sa petite famille) qui a toujours été un exemple pour moi.

A **mes grands-parents** bien aimés.

A **ma belle-famille** toujours aussi bienveillante envers moi.

A **mes amis** de lycée que je n'ai pas vu depuis si longtemps. Promis 2022 sera notre année.

A mes amis de fac, merci pour toutes ces années passées à vos côtés.

A mes belles rencontres de l'internat qui m'ont permises d'avancer.

A l'équipe du **CES** d'Angoulême pour m'avoir fait une place en ce post-internat.

A **Sakura** la petite nouvelle.

A **Maxime**, tu partages ma vie depuis 10 ans maintenant. Tu me soutiens au quotidien, et j'espère encore pendant longtemps. Je t'aime.

## Sommaire

Introduction.....	9
Matériels et méthodes .....	11
Résultats.....	12
A/ Le consentement.....	13
B/ Les difficultés.....	15
C/ Les adaptations.....	16
D/ Les spécificités des personnes avec un handicap mental.....	17
Discussion .....	20
A/ Principaux résultats .....	20
B/ Forces et faiblesses.....	22
C/ Perspectives.....	23
Bibliographie.....	25
Annexes.....	26
A/ Guide d'entretien .....	26
Résumé et mots clés .....	29
Serment d'Hippocrate .....	30

## Introduction

Le consentement aux soins en médecine est l'expression du choix du patient. Ainsi sa considération permet de respecter l'autonomie du patient et qu'il devienne un véritable acteur de sa santé. Le modèle paternaliste utilisé jusque-là a très récemment été remplacé par un modèle informatif, plus autonome, qui prône une décision partagée entre le soignant et le soigné.

Pour rappel, le droit au consentement se réfère à l'article 36 du code de déontologie médicale : « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas » (1).

L'aboutissement historique et légal de la relation soignant-soigné arrive le 4 mars 2002 avec la loi Kouchner (2) qui fait appel aux deux principes fondamentaux que sont le consentement libre et éclairé ainsi que le droit à l'information sur son état de santé, ce qui rend le patient un véritable acteur de sa propre santé et permet ainsi de respecter l'autonomie de ses décisions. Toutefois, ce texte de loi ne tient pas compte des personnes vulnérables notamment atteintes de handicap mental.

En ce qui concerne la mise en pratique de cette loi, une revue française d'anesthésie réanimation de 2009 (3) nous montre toute la difficulté ressentie dans le recueil du consentement chez des personnes atteintes de pathologies pouvant compromettre leur compréhension ainsi que leurs capacités de discernement. Difficultés concernant l'évaluation de leur compréhension notamment.

Un article canadien, rédigé par Neilson G et Chaimowitz G (4), nous rappelle le principal enjeu qu'est celui du respect de l'autonomie du patient dans la recherche de son consentement. La capacité y est définie comme « la qualité d'une personne qui est en état de comprendre, de faire quelque chose ». Ainsi, l'évaluation des capacités mentales se fait de façon clinique et subjective au cas par cas pour savoir si la personne est capable de comprendre l'information permettant le consentement.

Le consentement aux soins en médecine est bien détaillé dans la littérature en ce qui concerne le don d'organe, la recherche biomédicale, les opérations chirurgicales... mais les études concernant la recherche du consentement chez les

personnes vulnérables sont quasi inexistantes. Or, il est un fait que les médecins généralistes sont confrontés au quotidien à cette problématique.

L'objectif de l'étude est de recueillir les différentes pratiques des médecins généralistes sur leur façon de demander le consentement aux soins des sujets vulnérables atteints de handicap mental.

## Matériels et méthodes

Dans cette étude, une méthode qualitative a été utilisée avec une approche de la théorie ancrée.

Pour cela, le recrutement s'est fait auprès de médecins généralistes en obtenant un échantillonnage théorique. Celui-ci s'est fait par mail ou par téléphone puis via une technique de proche en proche.

Des entretiens individuels ont été menés et le recueil des données s'est fait à l'aide d'un guide d'entretien qui a évolué au fur et à mesure du temps selon les réponses apportées (Cf annexe n°1). Ce guide a été créé par les chercheurs en se basant notamment sur l'étude de la société française d'anesthésie et réanimation (3). Les entretiens se sont déroulés de janvier à juillet 2021, auprès de médecins généralistes. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone et d'un ordinateur portable pour pallier les problèmes techniques. Ils ont ensuite été anonymisés en les nommant E1, E2 ... Les médecins interrogés ont signé au préalable un formulaire de consentement leur stipulant l'enregistrement de leurs paroles et la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. Une déclaration de conformité auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) a été faite avec le numéro : 202155.

Les entretiens ont été retranscrits mots pour mots. La retranscription s'est faite grâce au logiciel de traitement de texte Microsoft Word ® pour obtenir les verbatims. L'analyse des données s'est faite à l'aide du logiciel NVivo12®. Celui-ci a permis d'obtenir un codage par nœuds et sous-nœuds avec les différents thèmes évoqués. La triangulation du recueil des données et de son analyse a été respectée.

## Résultats

Au cours de cette étude, 8 entretiens ont été menés pour une moyenne de 30 minutes (de 24 à 36 minutes). Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation des données au 6ème entretien. Deux supplémentaires ont été effectués pour confirmer les résultats. Le tableau 1 ci-dessous, représente les caractéristiques des différents intervenants :

	Age et Sexe	Statut	Zone d'activité	Nombre de personnes avec un handicap mental suivi dans la patientèle	Activités complémentaires	Membre dans le milieu personnel avec handicap mental
E1	62 ans, F	Installée depuis 36 ans	Urbaine, Cabinet seule	3	DU soins palliatifs, hypnose, médecin coordonnateur HAD	Non
E2	30 à 35 ans, F	Adjointe et remplaçante, non-thésée	Urbaine, MSP et cabinet libéral	4	Aucun	Oui
E3	30 à 40 ans, F	Installée depuis 8 ans	Rurale, maison de santé multisites	Plusieurs, surtout des enfants. Une dizaine.	MSU, tutrice	Oui
E4	54 ans, F	Installée depuis 22 ans	Urbaine	0 au cabinet, 100% en MAS	Travail en MAS	Non
E5	34 ans, F	Installée depuis 4 ans	Semi-rurale	2	MSU, niveau 1, tutrice	/
E6	29 ans, H	Remplaçant	Urbaine	/	Aucun	Non
E7	61 ans, H	Installé depuis 29 ans	Rurale	4 ou 5	MSU, DU médecine d'urgence	Oui
E8	40 ans, F	Installée depuis 8 ans	Urbaine	<10	DU gynécologie	Non

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

H : Homme ; F : Femme ; MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; MAS : Maison d'Accueil Spécialisée ; DU : Diplôme Universitaire ; HAD : Hospitalisation à Domicile ; MSU : Maître de Stage Universitaire.

Le consentement sera d'abord évoqué avec ses techniques d'obtention, puis les difficultés ressenties par les médecins. Différentes méthodes d'adaptation seront abordées ainsi que les spécificités de cette population.

## A / Le consentement

### 1- Définition

Le consentement est défini par les médecins comme « *un accord donné* » (E3) à tous types

de soins. Cependant, cela nécessite au préalable « *des informations claires, détaillées, précises* » (E1). C'est également un échange entre différents protagonistes « *de la part du patient, de la part du médecin* » (E2).

CONSENTEMENT = ACCORD ORAL  
PREALABLE = INFORMATION  
EN AUTONOMIE OU DELEGUE  
INTIME, VACCIN, CHIRURGIE, PARACLINIQUE  
ETRE ACTEUR, CONFIANCE, ADHESION  
IMPLICITE, TACITE, INFORMEL, URGENCE

### 2- Son obtention

Le consentement est rarement formalisé de façon écrite en dehors des obligations légales : « *papiers légaux à faire signer* » (E8). Il est le plus souvent obtenu à l'oral : « *un accord purement verbal de sa part* » (E2). Le consentement vient du patient en autonomie car « *il reste maître de son choix* » (E5) à condition qu'il ait compris toutes les informations au préalable. Cependant, dans le cadre des patients présentant un handicap mental important, le consentement est le plus souvent délégué à d'autres personnes de son entourage comme « *les tuteurs, les parents, les administrations* » (E4).

### 3- Les soins

Les médecins généralistes interrogés demandent l'accord de leurs patients en ce qui concerne « *l'acte de se déshabiller* » (E5). Ils détaillent « *le déroulé au fur et à mesure de l'examen* » (E5), également pour « *les vaccins* » (E1) et lorsque le médecin touche à l'intime « *parties génitales, anus, mammaire* » (E2). Le consentement est demandé devant des actes de paraclinique comme « *IRM, scanner* » (E4), où pour les « *soins dentaires* » (E4). Ces actes nécessitent une bonne coopération du patient car ils astreignent une immobilisation prolongée pour leur bon déroulement, ce qui impose par moment « *de sédater les gens* » (E4). Un médecin évoque la demande de consentement dans le cadre « *d'une intervention chirurgicale* » (E7).

### 4- Les intérêts

Les buts évoqués par les médecins dans leur pratique sont que les patients « *puissent comprendre pourquoi on fait telle ou telle chose* » (E2), qu'ils deviennent donc acteur de leurs soins et « *pour pas qu'ils ne soient instrumentalisés* » (E1), ni « *qu'ils ne subissent* » (E2). Ce qui rejoint le concept d'autonomie qui a une part importante dans la pratique des médecins généralistes en faisant « *participer à sa propre prise en charge et essayer de l'intégrer dedans* » (E6). Un autre but évoqué est le fait de favoriser une décision médicale partagée en essayant « *de fédérer les choses, qu'on soit ensemble dans le soin* » (E1). Ce qui est important également c'est d'améliorer la relation médecin-patient en demandant le consentement, « *d'avoir plus de liens* » (E1), « *avoir la confiance* » (E3). Demander le consentement c'est aussi améliorer la prise en charge en « *favorisant l'observance* » (E3) et pour avoir une meilleure « *adhésion du patient aux soins* » (E8). Les médecins interrogés sont peu préoccupés par le côté légal de la demande de consentement mais certains rapportent les obligations « *légal d'avoir le consentement éclairé du patient* » (E5).

### 5- Le non-consentement

Tous les médecins généralistes interrogés sont d'accord sur le fait que le consentement aux soins n'est jamais demandé en cas « *de risque vital* » (E1) pour le patient. Les devoirs du médecin priment alors sur cette demande qui devient

« implicite » (E6). La demande peut également ne pas « être systématique » (E7). Certains médecins pensent qu'à partir du moment où le patient vient en consultation, « le consentement est tacite, ils savent ce qu'ils vont avoir à faire » (E1), voire s'ils n'ont pas dit non à un acte, le consentement est alors acquis : « A partir du moment où il y a une acceptation logiquement il y a une compréhension » (E4). Un médecin pense que le consentement s'obtient par « des discussions informelles » (E4). « Dans les situations de refus de soin » (E7), le médecin ne tiens pas forcément compte de l'avis du patient quand celui-ci se trouve en danger. Parfois, l'habitude prend le dessus et la connaissance de son patient l'emporte : « tu connais la personne depuis presque 10 ans, t'as presque envie de dire « je sais » et [...] avoir tendance à oublier » (E8).

## **B/ Les difficultés**

### 1- Par rapport aux patients

La demande de

PATIENT : COMPREHENSION  
MEDECIN : MAL ETRE DE LA SITUATION,  
REFUS FREQUENTS, LIMITES ETHIQUES  
TIERS : SON ABSENCE, AVIS DISCORDANT,  
ABSENCE D'AIDE

consentement possède certaines limites chez la personne présentant un handicap mental notamment lorsque celle-ci « est très très limitée dans sa compréhension » (E1). En effet, le problème de la compréhension a été la principale difficulté ressentie par les médecins. L'une des limites va être quelqu'un de « complètement grabataire, n'a pas l'usage de la parole » (E3), « qui ne soit pas en état de s'exprimer » (E1). La notion « d'âge mental » (E6) et la comparaison avec « un enfant de deux ans » (E1) intervient régulièrement au cours des entretiens faisant écho à des personnes « restreint sur le plan intellectuel » (E6) et qui « ne sont pas en capacité de juger. Ils vont juger peut-être leur confort » (E1).

### 2- Par rapport aux tiers

L'absence du tiers dans ce genre de situation semble être une limite pour de nombreux médecins : « obtenir un consentement sans tiers à ce moment-là pour moi ce n'est pas possible » (E3). L'une des difficultés ressenties est lorsque le tiers n'est pas du même avis que le patient, or « c'est l'avis de la personne concernée qui l'emporte. Mais c'est pas toujours facile de le faire accepter aux familles » (E4). Il y a

également un tiers présent mais qui n'est pas forcément « *très aidant* » (E6) dans certaines situations. L'attitude du tiers peut déstabiliser le médecin lorsque celui-ci a « *tendance à l'infantiliser et infantilise ses propos* » (E5).

### 3- Par rapport au médecin

Certaines consultations avec les personnes présentant un handicap mental, peuvent mettre « *mal à l'aise* » (E2) lorsque la force est utilisée pour l'examen clinique par exemple. Les consultations sont alors décrites comme « *non-satisfaisantes* » (E7). Ce genre de situations « *dérange bien sûr, ça affecte* » (E7) car « *tu ne peux pas faire ton travail le mieux possible* » (E7). Certains refus sont considérés comme « *dommage* » (E8) voire « *décevant* » (E8).

Le manque de « *formation* » (E3) est évoqué. Formation par rapport aux spécificités de certains handicaps, par rapport à comment demander le consentement ou par rapport à l'évaluation des aptitudes. Des questionnements éthiques et morales sont même énoncés par certains médecins concernant les limites du « *jugement du médecin ?* » (E3), ou alors « *à quel moment on se dit la parole du tiers prend part sur la parole du patient ?* » (E3). Le problème de l'évaluation des capacités du patient est également soulevé : « *Jusqu'où elle est capable d'énoncer sa volonté, et en quelle mesure je peux la respecter ? [...] Jusqu'où tu tiens compte de sa volonté ?* » (E8).

## **C/ Les adaptations**

Pour obtenir au mieux le consentement dans ce genre de

MOTS SIMPLES, ETRE IMAGE, LE CONTACT, TUTOIEMENT, BIENVEILLANCE, PRENDRE LE TEMPS, NEGOCIER, UTILISER LA FORCE, ABANDONNER, UTILISER LE TIERS

population, les médecins s'accordent sur le fait qu'il faut utiliser « *des mots simples* » (E1) et « *des phrases courtes* » (E7). Parfois, il y a nécessité d'être plus imagé en faisant « *des petits dessins* » (E1) pour expliquer les termes médicaux. Il reste important de « *s'adresser toujours à la personne* » (E2) même lorsqu'il y a un accompagnant vers lequel « *le regard après se tourne* » (E1). Parfois, pour renforcer la parole, « *instaurer un contact physique* » (E5) peut être utile. Les médecins ont tendance à rentrer plus dans les détails et « *explique encore plus ce que je vais faire* »

(E3) et « *pourquoi on le fait* » (E4). Des médecins pensent que pendant les consultations avec des personnes présentant un handicap mental, il faut « *se mettre à un niveau qu'ils comprennent* » (E6), en « *parlant presque comme elle* » (E8). L'utilisation du tutoiement semble aider : « *est-ce que tu es d'accord pour que je fasse ça ?* » (E2). La bienveillance paraît essentielle en prenant « *une voix plus douce* » (E1) voire « *maternante* » (E1), ce qui favorise la mise en place d'un climat « *de confiance* » (E2). « *Une attitude un peu paternaliste* » (E7) est même décrite. Il est rappelé par un médecin le principe de « *Primum non nocere* » (E2) dans ce genre de situation. Cependant, ces consultations prennent « *plus de temps que sur un patient normal* » (E1), ce qui nécessite d'être anticipé en amont, ou alors de « *programmer une autre consultation à distance* » (E2), le temps qu'ils assimilent les informations. En ce qui concerne la demande de consentement, c'est souvent « *un travail de négociation entre ce qu'on voudrait faire pour le patient et ce qu'il peut accepter qu'on fasse* » (E7). Rarement, pour arriver à ses fins, la force est utilisée : « *le père immense me l'a plaqué sur la table d'examen pour que je puisse l'examiner* » (E2). Le plus souvent, il est préférable « *d'abandonner l'examen* » (E7) plutôt que « *d'imposer* » (E3) un soin que le patient ne désire pas. Chose assez fréquente dans ce genre de population. Le tiers a donc une place importante pour apaiser le patient : « *il faut toujours qu'il y ait une tierce personne avec qui ils sont en confiance complètement* » (E1), pour aider le médecin. Il permet également « *de réexpliquer les choses d'une autre façon* » (E3) et « *apporte beaucoup d'informations* » (E7). Le tiers présent est souvent la famille, rarement le tuteur, mais parfois, certaines situations demandent l'avis des autorités compétentes comme « *une juge des tutelles* » (E4) qui permet de trancher ces situations de discordance entre les différents partis.

**D/ Les spécificités des personnes avec un handicap mental**

DIFFICULTES D'EXPRESSION ET DE COMPREHENSION, COMPORTEMENTS DIFFERENTS, PLUSIEURS NIVEAUX, PLUS DE BESOINS, EVALUATION DE LA COMPREHENSION OBLIGATOIRE

1- Définition

Tout d'abord le handicap mental est décrit comme « *un déficit intellectuel* » (E1). Certains sont limités pour « *s'exprimer* » (E1) ou dans leur « *compréhension* » (E1) ou

dans « *l'adaptation [...] dans la vie de tous les jours* » (E2). La notion de perte « *d'autonomie* » (E3) est également évoquée. Ces personnes sont considérées comme inaptes ou incapables à « *faire leurs propres choix pour leur santé* » (E3). Les médecins sont d'accord sur le fait que cela « *impacte la vie du patient* » (E6).

Ils ont également des comportements différents qui sont une limitation dans la demande de consentement : « *ils ont vite peur* » (E1), les examens sont vite « *angoissants* » (E4), ils ont parfois un « *comportement très stéréotypé* » (E2), ils sont « *passifs* » (E8). Ils sont décrits comme « *impulsifs* » (E1) voire « *agressifs* » (E6).

Ce sont des personnes plus facilement dans le « *refus* » (E2) surtout en ce qui concerne l'examen clinique car le contact physique ou rapproché peut être compliqué dans ce genre de population.

Certains ne savent « *ni lire ni écrire* » (E3). D'autres ont des déficiences très évoluées et leur handicap est également physique : « *n'a pas l'usage de la parole* » (E3). La personne handicapée est parfois comparée à « *un enfant* » (E1).

Les médecins insistent sur le fait que ce n'est pas la même chose selon le niveau de « *déficit intellectuel à plus ou moins fort degré* » (E2). Certains ont un quotient intellectuel bas mais savent très bien s'en sortir dans la vie de tous les jours et d'autres sont complètement « *grabataires* » (E3).

Lorsque le handicap est décrit comme moins lourd, il n'y a généralement pas de différence constatée par les médecins dans la demande de consentement : « *je vais lui demander comme à une personne normale* » (E3). Mais cette notion de degré fait soulever la remarque de « *déséquilibre dans ce genre de situation* » (E7) lorsque le handicap est jugé plus important, où le consentement n'est finalement pas demandé auprès du patient.

## 2- Des besoins différents

Les personnes présentant un handicap mental « *consultent beaucoup, très facilement* » (E8). On dit même que c'est une population « *plus médicalisée que les autres* » (E6). Ils sont peu présents dans la patientèle mais ils ont peut-être plus de besoins. Le choix est moins laissé aux personnes handicapées car « *on impose un petit peu plus* » (E3) pour prendre des décisions. De plus, les personnes déficientes

sur le plan intellectuelle ont peut-être besoin de se sentir plus materné pour prendre des décisions avec un discours plus « *enfantin* » (E1).

### 3- Evaluation de la compréhension

L'évaluation de la compréhension des personnes présentant un handicap mental, est l'une des difficultés majeures des médecins interrogés. Pour cela, plusieurs techniques sont utilisées comme les faire « *reformuler* » (E2), « *faire répéter* » (E7), utiliser « *d'autres tournures* » (E2), poser « *des questions ouvertes* » (E2). Un exemple de question proposé est : « *qu'est-ce que vous avez compris ?* » (E3), en précisant « *avec vos mots* » (E5). Il est important d'évaluer leur quotient intellectuel en demandant « *s'ils savent lire ou écrire ? [...] comment ils vivent ? [...] une recherche bio-psycho-sociale* » (E3). Un médecin a remarqué que ceux « *qui posent pleins de questions* » (E8), sont investis dans leur prise en charge et c'est un indice de compréhension de la part du patient.

## Discussion

### A/ Principaux résultats

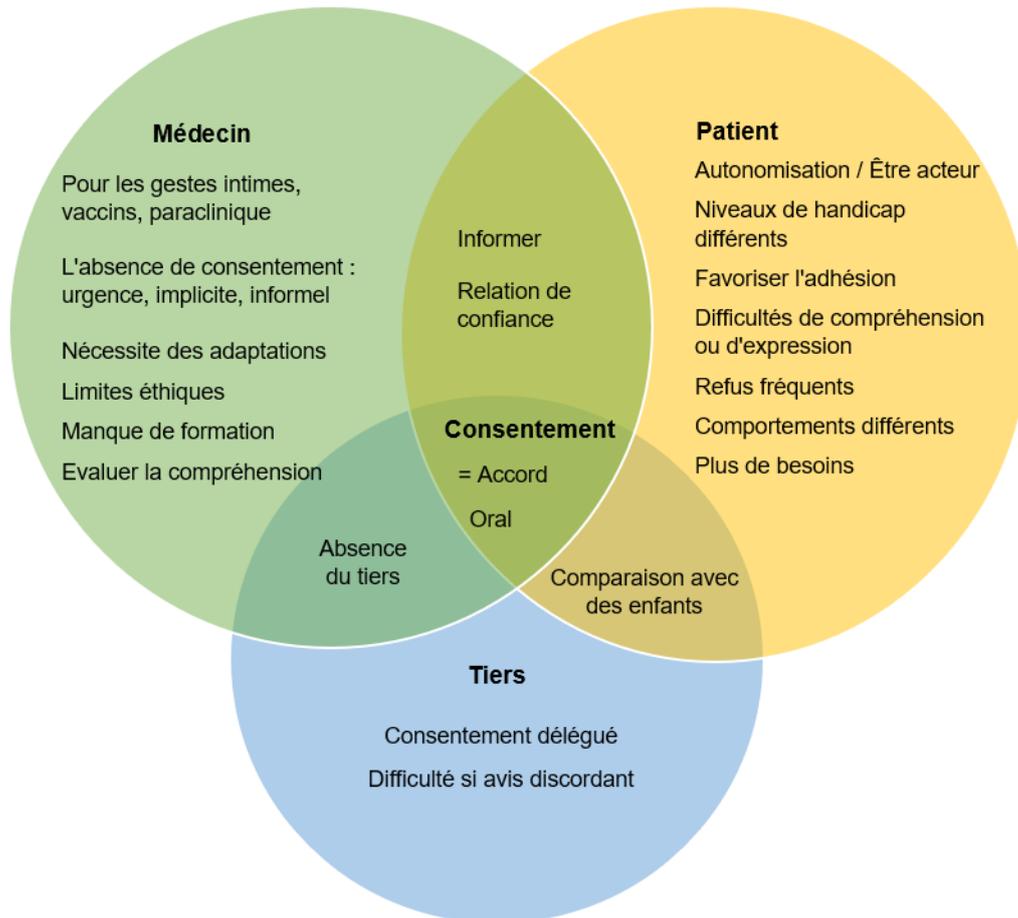


Figure 1 : Modèle explicatif

Le consentement est un accord donné par le patient en ce qui concerne sa propre santé. Celui-ci nécessite un préalable important qu'est l'information. La société française d'anesthésie réanimation rappelle son caractère obligatoire avant tout acte et « doit être adaptée aux facultés de compréhension du patient » (3). Cependant, les médecins interrogés n'en font pas une formalité et le consentement s'obtient le plus souvent uniquement à l'oral.

Les raisons évoquées pour lesquelles il n'est pas demandé sont en priorité l'urgence d'une situation, la bonne connaissance de son patient voire la non-nécessité, car consulter c'est consentir. En effet le conseil national de l'ordre des médecins rappelle que « dans le cas où tout retard serait préjudiciable au patient, le médecin est autorisé à prodiguer les soins nécessaires à la survie du patient sans avoir obtenu le consentement requis habituellement » (1).

Cependant, le consentement permet une autonomisation du patient lorsqu'il a un niveau de handicap mental limité. Ce qui est concordant avec l'avis du CCNE (Comité Consultatif National d'Ethique) qui dit que « le consentement est l'expression de l'autonomie de la personne » (5). Si la déficience est trop importante, le consentement est la plupart du temps délégué au tiers qui peut être la famille, le tuteur voire les autorités judiciaires.

Rendre acteur de sa propre santé le patient permet un échange constructif aboutissant à une décision médicale partagée. Le consentement aux soins se demande le plus souvent pour les actes qui touchent à l'intime, en détaillant ses gestes au fur et à mesure. Le consentement en général nécessite la mise en place d'une relation de confiance entre les différents acteurs : « L'autonomie ne peut se développer que dans le cadre d'une relation de confiance » (5). Une bonne connaissance de son patient et de son environnement permet une meilleure adhésion aux soins.

Les personnes présentant un handicap mental ont des comportements différents qu'il faut avoir compris au préalable pour s'adapter au mieux. Différentes techniques d'adaptation ont été soulevées par les médecins interrogés : Rester simple dans ses mots utilisés et dans son attitude, être bienveillant, savoir utiliser le temps, s'aider du tiers, voire abandonner l'examen. Une étude américaine sur le sujet montre qu'avec certaines techniques d'adaptations, une personne présentant une déficience intellectuelle peut comprendre une étude de recherche médicale « à condition que ces divulgations soient données dans un langage simple » (6). Les consultations avec ce type de population se font généralement à trois acteurs : Le médecin qui aide le patient à prendre une décision en autonomie et son tiers qui joue un rôle de soutien voire d'informateur indispensable au médecin.

La difficulté principale ressentie par les médecins reste l'évaluation de la compréhension de ces personnes vulnérables, d'autant plus quand le tiers est absent de la consultation. Cependant, « l'évaluation des capacités de discernement du patient

est un préalable nécessaire à la délivrance d'une information adaptée et au recueil du consentement aux actes médicaux » (3). Pour cela le questionnement, la répétition et la reformulation sont des pratiques importantes à mettre en place de façon systématique ce qu'approuve la société d'anesthésie réanimation (3). La question : « Qu'avez-vous compris avec vos propres mots ? » semble intéressante pour l'évaluation de la capacité à consentir de ces patients. Elle est également évoquée dans l'étude américaine (6). L'infantilisation de la personne handicapée par son entourage voire le médecin lui-même est une notion qui a été souvent décrite dans les entretiens et montre l'une des limites de la demande de consentement dans cette population car entrave leur autonomisation. Le manque de formation a également été soulevé.

Le CCNE évoque la notion d'assentiment pour recueillir l'accord « des personnes qui sont dans l'incapacité partielle ou totale de consentir » (5). Il ne tient pas compte d'un « oui » ferme et définitif d'une personne mais plutôt de son expression non-verbale comme « incliner la tête, esquisser un sourire » (5). Cela permettrait de recueillir l'accord de plus de personnes présentant un handicap mental quel que soit le degré d'atteinte. Cette notion d'assentiment n'a pas été décrite par les médecins interrogés au cours des entretiens.

Les recommandations du CCNE donnent une grande place à la personne de confiance ainsi qu'aux directives anticipées pour être au plus proche des réels désirs des patients.

La revue francophone de la déficience intellectuelle (7) montre qu'il n'y a pas de procédure commune ni d'échelles validées en ce qui concerne la demande de consentement dans cette population vulnérable. Il faut s'adapter au cas par cas et ne pas évaluer les compétences globales du patient mais les évaluer pour une situation donnée.

## **B/ Forces et faiblesses**

Cette étude a été réalisée auprès de médecins généralistes avec une approche qualitative. Cette méthode a été choisie pour explorer au mieux les différentes pratiques des participants. L'échantillonnage théorique a permis d'avoir des profils variés de médecins.

Seulement 8 entretiens ont été menés avec une durée moyenne de 30 minutes. Cependant, la faible représentativité des personnes présentant un handicap mental dans les différentes patientèles a été une limite dans la durée des entretiens. La saturation des données a pourtant été atteinte au 6<sup>ème</sup> entretien. De plus, un biais de sélection est soulevé car plus de femmes ont été interrogées (6/8) au cours de cette étude ce qui peut s'expliquer par la technique de recrutement de proche en proche utilisée. De plus, une bonne partie des participants (3/8) avaient dans leur entourage proche une personne présentant un handicap mental. Ces personnes étaient donc plus sensibilisées à ce type de population vulnérable.

Les entretiens individuels ont permis aux participants une liberté d'expression de leurs expériences, de leurs ressentis, ce qui est important pour l'objectif de l'étude. La méthode de la théorie ancrée a permis de se baser uniquement sur les données recueillies sur le terrain, sans partir d'une hypothèse au préalable. La triangulation du recueil des données et du codage par 2 autres personnes a permis une bonne validité de cette étude. De plus, la question de recherche est pertinente pour la pratique clinique et la recherche biomédicale car peu représentée dans la littérature. L'interrogatoire mené auprès d'une médecin travaillant en MAS a été un vrai atout pour cette étude.

## **C/ Perspectives**

Ce travail a suscité l'intérêt des médecins interrogés sur leur exercice quotidien. Dans la pratique de médecine générale, la question du consentement aux soins doit être systématique. Pour cela, il faut apprendre à prendre le temps d'informer correctement son patient et évaluer ce qu'il a compris. Il faut demander ce consentement même pour des actes qui nous semblent anodins car il ne faut pas oublier que les personnes présentant un handicap mental peuvent avoir des comportements différents et notamment d'anxiété. Pour faciliter la communication, penser à poser des questions ouvertes semble intéressant en pratique. En ce qui concerne cette population particulière, il faut également être attentif à la communication non-verbale du patient qui a une place importante notamment dans la recherche de l'assentiment.

Des recherches en ce qui concerne le ressenti du patient voire de son accompagnant pourraient être intéressantes pour s'améliorer dans cette demande de consentement par le médecin. De plus, une méta-analyse des thèses sur le recueil du consentement aux soins des populations vulnérables pourrait permettre d'aboutir à un guide pratique utile aux médecins.

En ce qui concerne la formation étudiante, il serait intéressant d'axer les séminaires ou les groupes d'échange de pratique sur la communication verbale et non-verbale et être vigilant aux sujets vulnérables dans leurs spécificités et la nécessité à évaluer leur compréhension des différentes situations.

## Bibliographie

1 : Recueillir le consentement de mon patient [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité le 29 septembre 2020]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/recueillir-consentement-patient>

2 : Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. Legifrance.gouv.fr. 2002 [cité le 29 septembre 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

3 : Garnier J, Chopard J, Pili-Floury S, Samain E. Information et consentement aux soins de la personne vulnérable en France. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2009 ;28(6) :575-578.

4 : Neilson G, Chaimowitz G. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. La revue canadienne de psychiatrie. 2015 ;60 (4) :1-12.

5 : L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin [Internet]. Comité Consultatif National d'Éthique. 2021 [cité le 21 octobre 2021]. Disponible sur : [https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_136.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_136.pdf)

6 : Horner-Johnson W, Bailey D. Assessing Understanding and Obtaining Consent From Adults With Intellectual Disabilities for a Health Promotion Study. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities. 2013 ; 10(3).

7 : Giard M, Morin D. Le consentement à la recherche en déficience intellectuelle : Situation Québécoise. Revue francophone de la déficience intellectuelle. 2010 ; 21 : 40-53.

## Annexes

### A/ Guide d'entretien

1/ Que représente pour vous le consentement en médecine générale ? Définissez avec vos propres mots.

- Un handicap mental ?

*L'OMS définit le handicap mental ou la déficience intellectuelle comme « un arrêt de développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales ».*

2/ Est-ce que vous suivez des personnes atteintes de handicap mental ? Combien en avez-vous approximativement dans votre patientèle ?

3/ Pouvez-vous me raconter la dernière consultation où vous avez demandé le consentement d'une personne atteinte de handicap mental ? (En quoi vous a-t-elle marqué ? Quelles ont été les difficultés ?)

4/ Pour quels types de soins demandez-vous le consentement ? Il y a-t-il une différence avec les personnes présentant un handicap mental ?

- Gynécologique ? OGE ?
- Vaccins ?
- Le déshabillage ?
- L'examen clinique ? Quelle partie ?
- Prise en charge, le traitement ?
- L'interrogatoire ?
- Autres ?
- Aucun ?

5/ Quelle attitude adoptez-vous face à une personne présentant un handicap mental ? Avez-vous des adaptations particulières ?

- Directement à elle, à une personne accompagnante, à son représentant légal... ?
- Comment adaptez-vous votre langage ?
- Attitude paternaliste ?

- Quelle est la place du tiers pour vous dans ces situations ?

6/ Dans quel but recherchez-vous le consentement ?

- Pour faciliter l'adhésion aux soins ? Créer une relation médecin-patient horizontale ?
- D'un point de vue légal ? Uniquement lorsque l'accord écrit est obligatoire ?
- Trouvez-vous cela important de recueillir le consentement chez les personnes atteintes d'un handicap mental ?

7/ Quelles sont pour vous les limites du recueil du consentement aux soins chez des personnes atteintes de handicap mental ? Est-ce plus difficile de recueillir le consentement dans cette population ?

- La compréhension ?
- La présence d'un autre interlocuteur ?
- Le temps ?
- Le manque d'expérience face aux personnes handicapées ?
- Peur du refus ?
- Autre ?

8/ Comment faites-vous pour évaluer la compréhension des personnes présentant un handicap mental ? Comment savoir si le patient est capable/apte ? Que faites-vous si vous ne l'estimez pas apte ?

- Utilisez-vous des supports visuels ou autre ?
- Selon ses capacités intellectuelles ? Comment les évaluez-vous ?
- Comment faites-vous pour être sûr de son approbation ?

9/ Dans quelle mesure faut-il tenir compte de l'avis du patient ? Ou de son tiers ? Qui prend la décision ?

- Même si son avis nous semble inadapté au problème ? Ou si son avis va à l'encontre de ce qu'on voudrait en tant que médecin ?

10/ Quelle est votre attitude face au refus de soins du patient ?

- Que faites-vous en cas de désaccord entre les différents partis ? (Patient, tiers référent)
- Pour vous, à qui revient la décision ? (Le patient, son représentant légal s'il en a un, le médecin ?)
- Cela vous affecte-t-il ? Quel est votre ressenti ?

- Comment faites-vous pour pallier les difficultés ?

11/ Votre conclusion de l'entretien / Votre réflexion

**Questions générales :**

Etes-vous un homme ou une femme ? Quel est votre âge ? 25-30 ; 30-40 ; 40-50 ; 50-60 ; > 60

Où exercez-vous ? Rural/Urban, Seul/MSP ... Nombre de consultations par jour en moyenne ?

Etes-vous : Installé (Si oui depuis quelle année ?) / Remplaçant / Adjoint / Collaborateur / Salarié... ?

Avez-vous des DU... ? Facultatif : Membres dans la vie personnelle atteint de handicap mental ?

## Résumé et mots clés

Mots clés : Consentement / Consent ; Soins / Care ; Médecine générale / General Practice ; Handicap mental / Mental disability

Le consentement aux soins a été formalisé avec la loi Kouchner en 2002. Sa considération permet une relation soignant-soigné équilibrée, basée sur une décision médicale partagée et favorise ainsi l'autonomie du patient.

L'objectif de l'étude était donc de recueillir les différentes pratiques des médecins généralistes sur leur façon de demander le consentement aux soins des sujets vulnérables atteints de handicap mental.

Une étude qualitative a été réalisée avec 8 entretiens individuels. L'approche méthodologique utilisée est celle de la théorie ancrée.

Le consentement nécessite au préalable une information claire. Il est peu formalisé et se demande surtout à l'oral.

Les personnes qui ont un handicap mental majeur ne consentent pas. Cette action est substituée au tiers.

L'intérêt principal se situait dans la relation soignant-soigné qui se trouve améliorée avec un respect de l'autonomie du patient.

Les difficultés ressenties sont celles de l'évaluation de la compréhension ainsi que l'absence du tiers dans les consultations avec cette population vulnérable.

L'utilisation de mots simples, de schémas, être bienveillant et surtout prendre son temps, semblent être des adaptations indispensables pour mettre en place un climat de confiance et ainsi obtenir le consentement de la personne handicapée.

Les personnes présentant un handicap mental peuvent être une limite dans la demande du consentement du fait de leur renfermement sur eux même.

Pour évaluer leurs capacités à consentir, le questionnement sur ce qu'ils ont compris est essentiel.

Ainsi l'obtention du consentement passe par le questionnement systématique du patient et être attentif à la communication non-verbale.

D'autres axes de recherches peuvent être intéressants comme une étude sur le point de vue des patients eux-mêmes ou de leur entourage. Un guide pratique à destination des médecins pourrait également être utile.

## Serment d'Hippocrate



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 !



## **Recueil du consentement aux soins en médecine générale des patients atteints de handicap mental par analyse qualitative**

Le consentement aux soins a été formalisé avec la loi Kouchner en 2002. Sa considération permet une relation soignant-soigné équilibrée, basée sur une décision médicale partagée et favorise ainsi l'autonomie du patient.

L'objectif de l'étude était donc de recueillir les différentes pratiques des médecins généralistes sur leur façon de demander le consentement aux soins des sujets vulnérables atteints de handicap mental.

Une étude qualitative a été réalisée avec 8 entretiens individuels. L'approche méthodologique utilisée est celle de la théorie ancrée.

Le consentement nécessite au préalable une information claire. Il est peu formalisé et se demande surtout à l'oral.

Les personnes qui ont un handicap mental majeur ne consentent pas. Cette action est substituée au tiers.

L'intérêt principal se situait dans la relation soignant-soigné qui se trouve améliorée avec un respect de l'autonomie du patient.

Les difficultés ressenties sont celles de l'évaluation de la compréhension ainsi que l'absence du tiers dans les consultations avec cette population vulnérable.

L'utilisation de mots simples, de schémas, être bienveillant et surtout prendre son temps, semblent être des adaptations indispensables pour mettre en place un climat de confiance et ainsi obtenir le consentement de la personne handicapée.

Les personnes présentant un handicap mental peuvent être une limite dans la demande du consentement du fait de leur renfermement sur eux même.

Pour évaluer leurs capacités à consentir, le questionnement sur ce qu'ils ont compris est essentiel.

Ainsi l'obtention du consentement passe par le questionnement systématique du patient et être attentif à la communication non-verbale.

D'autres axes de recherche peuvent être intéressants comme une étude sur le point de vue des patients eux-mêmes ou de leur entourage. Un guide pratique à destination des médecins pourrait également être utile.

Mots clés : Consentement / Consent ; Soins / Care ; Médecine générale / General Practice ; Handicap mental / Mental disability