

2016-2017

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

Les mesures de protection juridique initiées au CHU d'Angers

Peuvent-elles être anticipées ?

Comment repérer précocement les situations qui en relèveraient ?

GROS Adeline

Née le 10 juillet 1987 à Chambéry (73)

Sous la direction de Madame BOUJU Brigitte

Membres du jury

Madame le Professeur Clotilde ROUGE-MAILLART	Président
Madame le Docteur Brigitte BOUJU	Directeur
Monsieur le Professeur Eric CAILLIEZ	Membre
Monsieur le Professeur Laurent CONNAN	Membre
Madame le Docteur Frédérique ETCHARRY-BOUYX	Membre

Soutenue publiquement le :
9 mars 2017



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée GROS Adeline
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **07/02/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

Au Professeur Clotilde Rougé-Maillart,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce travail, veuillez recevoir toute ma reconnaissance.

Au Docteur Brigitte Bouju,

Je te remercie sincèrement pour tout ! Pour m'avoir accompagnée et soutenue durant mon passage au CHU, tu as rendu ce stage « facile », riche d'expériences et d'apprentissages. C'est ce qui m'a donné envie de faire ce travail de thèse avec toi. Tu as été disponible, à l'écoute, riche de bons conseils, ce fut un plaisir d'avancer à tes côtés. Merci de m'avoir permis d'arriver au bout. J'ai hâte de fêter ça avec toi autour d'un bon morceau de Beaufort savoyard.

Au Professeur Eric Cailliez,

Je vous remercie pour votre disponibilité, j'ai eu l'occasion à deux reprises de participer à un atelier thèse que vous animiez, cela m'a grandement aidée. Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Professeur Laurent Connan,

Je vous remercie de votre implication dans notre formation médicale. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au Docteur Frédérique Etcharry-Bouyx,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de ce jury. Merci de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Aux assistants sociaux du CHU d'Angers, merci à tous (enfin, surtout à toutes !) d'avoir répondu positivement à mon invitation. Vous avez été accueillant(e)s, souriant(e)s et disponibles pour répondre à mes questions. Sans vous ce travail n'aurait pas pu être possible, je vous remercie sincèrement de votre implication pour le sujet, et surtout de votre envie de partager votre expérience professionnelle au quotidien. Ça a été très agréable de vous rencontrer et d'échanger avec vous.

A mes maîtres de stage, vous tous qui avez fait ce que je suis aujourd'hui, de l'externat à la fin de l'internat. Vous m'avez appris la médecine du quotidien et confortée dans l'envie d'exercer ce métier. Je suis fière d'avoir travaillé à vos côtés et grâce à vous de me sentir un bon praticien.

A l'équipe de Doué la Fontaine, tout particulièrement, à vous tous et toutes qui avez accompagné la fin de mon internat et le début de mon parcours professionnel. Votre disponibilité, votre accueil, vos sourires, me donnent envie de travailler en équipe et de poursuivre dans cette voie. Ne changez rien, votre bienveillance au quotidien est la force de votre travail.

A mes co-internes, de Saumur et d'Angers, notamment Florence, Arnaud, Aurélie, Caroline, Raphaël et Cécile, vous qui avez fait de cet internat un travail agréable. Merci pour nos fous-rires, nos sessions « staff », notre soutien sans faille... et aussi nos moments en dehors de l'hôpital avec vos moitiés (Alison, Dou, Fabien, Margaux), et aujourd'hui vos bébés (Adèle, Louise, Elena, Léonard), sans oublier tous vos chats !!

Merci aussi à Anne, « mon interne », tu as rendu mes débuts de « chef » à Doué très agréables, j'ai adoré nos discussions, je te souhaite tout plein de bonnes choses à venir (et c'est bien parti, je le sais).

REMERCIEMENTS

A Antoine et Victor, mes deux amours, et au troisième à venir. Sans vous je n'en serais pas là. Merci pour votre soutien au quotidien, vos sourires et vos instants de tendresse. Bientôt on emménage dans notre belle maison familiale, au cœur de la Savoie avec vue sur les montagnes. Et surtout, on se prépare à accueillir notre petit bonhomme, qui aura la chance d'avoir un super grand frère comme toi Victor. Je vous aime très fort.

A mes parents, vous qui m'avez toujours guidée depuis mes premiers instants. J'ai « quitté » la maison à 18 ans pour débiter mes études à Lyon, puis je les ai poursuivies encore plus loin, à Angers. Aujourd'hui, à l'aube de ma trentaine, je suis revenue, avec chéri et enfant, vous m'avez accueillie à bras ouverts. Vous m'avez grandement permis de réaliser ce travail, entre autre. Demain j'emménage avec ma petite famille, non loin de chez vous, même si ça y est, on peut quand même considérer que j'ai pris mon envol. Je suis fière d'être votre fille, je garde notre nom associé au titre de Docteur, car c'est aussi un peu de vous qui en est arrivé là.

A mes frères Lionel, Stéphane et ma sœur Julie, ça y est, c'est enfin mon tour de finir mes études ! Merci pour notre équilibre familial. Chacun avec son caractère, on s'est souvent chamaillés mais on s'est toujours retrouvés complices. Merci aussi à ma belle-sœur Céline et mes adorables neveux Damien et Rémi, qui font partie des GROS. Un merci particulier à Stéphane qui a gentiment accepté d'être mon traducteur.

A mes grands-parents, Mamie et Jojo, Pépé et Mémé, vous quatre qui êtes toujours là à m'encourager. Ça y est, maintenant je pourrai enfin répondre à vos questions : « Mais quand est-ce que tu as fini ? Et ta thèse c'est pour bientôt ? ».

A ma tante Florence, (& JC, Mathéïs, Vaënie), la « B&W family » qui m'a toujours soutenue, et notamment accompagnée dans mes débuts à Lyon Sud.

A mon oncle Thierry, et à ma cousine Floriane (& Cédric, Laurene, Inès) qui ont été à mes côtés depuis toujours et avec qui on a partagé de très bons moments en famille. Inès, je suis particulièrement fière d'être ta marraine.

A ma belle-famille, Isabelle et François-Régis, Anne, Anny et Mimo, Joëlle et Guy, Bertrand, et tous les autres. Vous m'avez immédiatement considérée comme l'une des vôtres et je suis fière de faire partie de la famille. Un merci tout particulier à Mamie Marguerite que j'ai connu trop peu longtemps mais avec qui j'ai partagé de belles discussions, et surtout, à qui j'étais la seule à pouvoir dire que j'avais encore des examens universitaires à passer.

A mes ami(e)s, de Chambéry, Valence, Beaumont-lès-Valence, Saint-Péray, Lyon (Oullins !), Angers (et Ecoflant, Cantenay « les épinards », les Alleuds...), et d'ailleurs... Merci pour tous nos moments. On a vécu des tas de choses que je n'oublierai jamais et qui font que vous serez toujours dans mon cœur. Bien entendu, vous êtes tous invités quand vous voulez à Saint-Baldoph !

Liste des abréviations

ALiA	Association Ligérienne d'Addictologie
APA	Aide Personnalisée à l'Autonomie
ATLAS	Accueil Temps Libre Animation Sociale
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CCAS	Centre Communal d'Action sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination gériatrique
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupes Iso-Ressources
MAIA	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MMS	Mini Mental State (de Folstein)
MoCa	Montreal Cognitive Assessment
SSR	Soins de Suite et Réadaptation

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

METHODES

1. **Choix de la méthode**
2. **Choix de la population et modalités de recrutement**
3. **Guide d'entretien**
4. **Conduite des entretiens**
5. **Saisie et analyse des données**

RESULTATS

1. **Les éléments médicaux d'alerte**
 - 1.1. L'âge
 - 1.2. Les troubles cognitifs
 - 1.3. Les éléments aigus
 - 1.4. Les éléments chroniques
2. **Le contexte social**
 - 2.1. L'isolement
 - 2.2. La situation familiale
 - 2.3. L'entourage extrafamilial
 - 2.4. Le lieu de vie
 - 2.5. La situation financière, administrative, professionnelle
 - 2.6. La malveillance
3. **Les sources d'information disponibles**
 - 3.1. Les personnes physiques
 - 3.2. Les outils standardisés
 - 3.3. Les difficultés de gestion du quotidien
 - 3.4. Les éléments financiers
 - 3.5. L'évaluation sociale à l'hôpital
4. **L'hospitalisation**
 - 4.1. L'impact sur le patient et son entourage
 - 4.2. Les avantages pour le dépistage et la mise en œuvre de la mesure de protection juridique
 - 4.3. Les difficultés d'évaluation à l'hôpital
 - 4.4. L'impact de la durée de séjour
5. **La demande de mesure de protection juridique**
 - 5.1. La prise de décision, les préparatifs
 - 5.2. La requête
 - 5.3. Le signalement
 - 5.4. La sauvegarde médicale
 - 5.5. Les freins à la mesure de protection juridique
 - 5.6. Les avantages de la mesure vu par l'entourage

6. Les personnes ressources en ambulatoire

- 6.1. Le médecin traitant
- 6.2. Les CLIC
- 6.3. La MAIA
- 6.4. Les assistants sociaux de secteur
- 6.5. Les autres intervenants à domicile

7. L'anticipation

8. Le retour d'information du tribunal

- 8.1. En cas de requête
- 8.2. En cas de signalement
- 8.3. Les situations particulières

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude

2. Discussion générale sur les résultats principaux

- 2.1. Le patient : son profil et son environnement
- 2.2. Le repérage des situations vulnérables
- 2.3. Les impasses

3. L'évolution de la loi sur la protection des majeurs et ses alternatives

- 3.1. Le mandat de protection future
- 3.2. L'habilitation familiale
- 3.3. La loi d'adaptation de la société au vieillissement
- 3.4. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

4. Synthèse et suggestions

- 4.1. Améliorer le dépistage
- 4.2. Optimiser la démarche
- 4.3. Lutter contre les impasses avec la justice

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Annexe 1 : Rappel sur les mesures de protection juridique

Annexe 2 : Exemple de courriel d'invitation

Annexe 3 : Grille d'entretien

Annexe 4 : Citations choisies pour illustrer les résultats

INTRODUCTION

Une mesure de protection juridique est un évènement important dans le parcours de soins d'un patient. Evidemment une minorité de patients en aura besoin mais justement cela nécessite une vigilance encore plus accrue des médecins généralistes pour l'évoquer au bon moment.

Hippocrate insiste sur le devoir des médecins de prendre soin de tous et notamment des plus fragiles.

« J'interviendrai pour protéger (les personnes) si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ». (1)

En ce sens, la mise place d'une protection juridique répond au serment d'Hippocrate et relève des devoirs de chaque médecin.

Peu d'études scientifiques françaises ont été réalisées sur les mesures de protection juridique. Cependant leur nombre est grandissant, notamment devant le vieillissement de la population et la part de plus en plus importantes des démarches juridiques.

La vulnérabilité d'une personne tient compte de causes intrinsèques, associées à des facteurs extrinsèques défavorables. Les mesures de protection juridiques sont mises en place dans ces cas particuliers. Il s'agit de la conjoncture de différentes problématiques qui, à un moment donné, nécessite un cadre juridique défini pour protéger une personne et l'aider dans ses démarches, notamment les démarches administratives.

Le médecin a pour rôles de dépister les déficiences, évaluer leurs conséquences, informer, accompagner son patient et son entourage.

En France, en 2015, on compte 76 809 ouvertures d'une mesure de protection des majeurs (55 % de tutelles, 43 % de curatelles et 2 % de sauvegardes de justice), dont 46 % sont gérées par la famille. (2)

A l'échelle plus locale, Madame le directeur de greffe du tribunal d'instance d'Angers, indique qu'en 2015, 794 dossiers ont été ouverts (toutes mesures de protection confondues) et qu'au 31 décembre 2015 on compte 5666 dossiers ouverts relevant du tribunal d'instance d'Angers. (3)

Le service social du CHU d'Angers, informe qu'en 2015, 186 demandes de mesures de protection juridique par requête ont été accompagnées et 10 signalements au procureur de la République ont été réalisés, à partir du CHU d'Angers.

Suite à ce constat, sont nés les objectifs de ce travail : préciser les profils des patients concernés par une mesure de protection juridique initiée au CHU d'Angers, identifier le moment où la question de la mesure de protection juridique est évoquée, établir les difficultés rencontrées à sa mise en place et ce, dans la perspective de proposer une fiche de repérage permettant d'optimiser l'efficacité de la démarche dans la prise en charge médico-sociale globale.

Un rappel sur les mesures de protection juridique est disponible en annexe 1.

METHODE

1. Choix de la méthode

Les objectifs du travail étaient le repérage des patients concernés par les mesures de protection juridique et les possibilités d'anticipation des démarches en aval de l'hospitalisation. Une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés semblait la méthode la plus appropriée.

En effet, il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre, de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension. (4)

2. Choix de la population et modalités de recrutement

La population choisie a été celle des assistants sociaux du CHU d'Angers, car ils sont systématiquement impliqués lors d'une demande de mesure de protection juridique.

Le critère d'inclusion était d'occuper un poste d'assistant social au CHU d'Angers au moment de l'étude.

Le critère d'exclusion était l'absence de confrontation à l'accompagnement d'une demande de mesure de protection juridique.

La taille de l'échantillon était jusqu'à saturation des données.

Pour ce faire, le projet de l'étude a été présenté à la réunion sociale mensuelle où tous les assistants sociaux du CHU sont présents. Secondairement, les assistants sociaux ont été contactés individuellement par courriel ou par téléphone pour leur demander leur accord de participation. Un exemple de courriel d'invitation se trouve en annexe 2.

La taille de l'échantillon était de 24 potentiels, soit le nombre total des assistants sociaux travaillant pour le CHU d'Angers.

Quatre assistants sociaux travaillent exclusivement sur le pôle femme-enfant et n'ont jamais été confronté à une demande de mesure de protection juridique dans l'exercice de leur fonction au CHU d'Angers.

Sur les vingt participants inclus, seize ont été rencontrés, soit 80% de participation.

3. Guide d'entretien

L'entretien semi-directif a été choisi pour interroger les assistants sociaux.

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction des hypothèses tirées de la revue de la littérature. Les questions ouvertes abordaient :

- les caractéristiques des patients ;
- les raisons d'une demande de mesure de protection juridique ;
- les conditions de réalisation de la demande.

Le guide d'entretien a été utilisé à chaque entretien, avec des questions de relances modulables en fonction des réponses apportées.

Le guide d'entretien est présent en annexe 3.

4. Conduite des entretiens

Les entretiens ont eu lieu au calme, dans le bureau respectif de chacun des assistants sociaux.

À chaque début d'entretien, il a été demandé aux participants leur accord pour l'enregistrement audiographique ainsi que pour la retranscription de l'intégralité de leurs propos, uniquement dans le cadre de la recherche scientifique. Il leur a également été assuré le parfait anonymat de leurs réponses et de leurs opinions.

Le recueil des entretiens s'est fait de mars 2016 à juillet 2016.

La durée des entretiens variait de vingt-et-une minutes à quarante-huit minutes, avec une durée moyenne de trente-cinq minutes.

La saturation des données a été atteinte.

5. Saisie et analyse des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones, puis retranscrits manuellement à l'écrit (sous Word), de manière fidèle, dans leur intégralité, après avoir été anonymisés. Le contenu des entretiens individuels (verbatim) constitue le résultat.

Par la suite, une analyse verticale de l'entretien au travers de plusieurs relectures complètes a permis de s'imprégner de l'idée générale ainsi que des différentes grandes idées évoquées. (4)

Une analyse du contenu (des verbatims) a été faite au fil des entretiens par codage manuel (sous fichier Word), selon une méthode inductive, puis une fusion des codages des seize entretiens a été réalisée. Cela a permis de dégager des thèmes, des sous-thèmes et de les regrouper pour en faire ressortir les conclusions du travail.

RESULTATS

Les citations extraites des entretiens pour illustrer les résultats sont disponibles en annexe 4.

1. Les éléments médicaux d'alerte

1.1. L'âge

Les patients rencontrés sont d'âges variables en fonction des services hospitaliers concernés, mais majoritairement, il s'agit de personnes de plus de 75 ans, voir même des personnes d'un grand âge plus de 90 ans. Les assistants sociaux évoquent une incapacité physique et une fragilité intellectuelle liée à l'âge avancé, rendant difficile les démarches administratives et financières.

Dans d'autres cas, les patients peuvent avoir moins de 60 ans, notamment dans les situations où existe une problématique d'alcool, une pathologie psychiatrique, après un traumatisme crânien grave, lors de la découverte de tumeur cérébrale, ou encore chez les patients atteints de démence précoce. Souvent ces situations semblent plus complexes, différentes des prises en charge classiques.

1.2. Les troubles cognitifs

Les troubles cognitifs sont l'élément indispensable qui caractérise les patients nécessitant une mesure de protection juridique. Il est cité dans tous les entretiens comme le critère incontournable.

L'évolution progressive des troubles cognitifs est quelquefois difficile à faire comprendre à l'entourage.

Les troubles de la mémoire sont bien souvent attribués, par l'entourage, au vieillissement « physiologique ». Il est donc nécessaire de poser un diagnostic mettant en évidence la vulnérabilité et permettant le cheminement de la famille.

Dans certaines situations le repérage des troubles cognitifs n'est pas aisé, les patients compensent et font illusion, même aux yeux des professionnels.

Le niveau scolaire ou socio-professionnel influence le repérage : quand il est élevé il le retarde ; au contraire, lorsqu'il est bas le dépistage des troubles cognitifs semble plus facile et rapide.

Tous les assistants sociaux s'accordent à dire que l'hospitalisation permet souvent de poser un diagnostic sur des troubles.

1.3. Les éléments aigus

Au cours de quelques entretiens il apparaît la notion d'évènements aigus précipitant le patient dans une vulnérabilité importante et mettant en péril l'équilibre qu'il présentait avant l'hospitalisation.

A chaque fois que la situation vulnérable est récente, la question de la réversibilité est soulevée. Aucune décision n'est prise dans la précipitation sur une évaluation imprécise. Ce principe de précaution est évoqué par tous les assistants sociaux.

Malheureusement, les connaissances acquises de la médecine nous orientent parfois vers une altération durable des facultés surtout dans les situations neurologiques aiguës comme un AVC ou un traumatisme crânien grave.

1.4. Les éléments chroniques

La grande majorité des entretiens révèlent des situations chroniques dans lesquelles les troubles sont anciens. Ce sont souvent des patients intégrés dans le système de soins et bénéficiant de plusieurs intervenants mais parfois les troubles sont décelés et dépistés tardivement. Dans ces situations évoluées la mesure de protection juridique est souvent indispensable.

La difficulté est de faire intégrer au patient et son entourage la majoration inévitable des troubles et l'acceptation de la pathologie.

Concernant la problématique alcool, la dégradation est en général progressive. Il s'agit de patients régulièrement hospitalisés, soit en hospitalisation conventionnelle soit en hospitalisation de jour. Ceci permet un accompagnement régulier.

2. Le contexte social

2.1. L'isolement

Tous les assistants sociaux remarquent l'isolement comme un facteur de vulnérabilité. Il est très fréquent dans les situations qui relèvent d'une mesure de protection juridique. C'est souvent un isolement familial avec un entourage restant plutôt amical.

Chez les personnes âgées, l'entourage bienveillant et étayant est parfois malheureusement décédé.

Par ailleurs, l'évolution de la société a entraîné une mobilité des personnes et parfois les familles se retrouvent éloignées géographiquement.

L'isolement est une donnée objective facilement repérée à l'hôpital : absence de personne à prévenir, absence de visites. C'est un facteur qui complique les démarches administratives nécessaires.

Mais les situations d'isolement complet médico-social sont rares. En règle générale le patient est plutôt bien intégré au système de soins.

2.2. La situation familiale

La plupart des patients hospitalisés ont une famille présente permettant l'accompagnement. Cet étayage n'est pas possible en cas de conflits familiaux, ou si l'entourage ne souhaite pas prendre le relai ou n'en a pas la capacité. La pathologie à l'origine des troubles cognitifs peut être elle-même responsable des difficultés familiales, notamment dans les problématiques d'addictions.

Lorsque les patients sont en couple la situation est en général moins complexe car le conjoint peut prendre le relai s'il n'est pas déficient.

La différence homme-femme s'observe dans les situations de couple. Les attitudes diffèrent en fonction de la personne malade vulnérable. Il semblerait que la femme prend plus facilement le relai de la gestion du quotidien si son mari est malade. Au contraire, le mari accepte plus facilement l'aide extérieure si son épouse est malade.

2.3. L'entourage extrafamilial

Parfois l'entourage présent ne fait pas partie de la famille, il s'agit d'amis ou de voisins. Dans la plupart des cas les personnes sont bienveillantes et agissent de manière adaptée mais dans certains cas, malheureusement cet entourage n'est pas protecteur. Cette évaluation est importante car elle permet d'apprécier la nécessité d'une mesure de protection juridique.

Les amis n'ont pas les mêmes droits et devoirs que la famille. Il peut exister un conflit entre les deux parties. Ceci explique la réticence des amis à prendre des décisions pour la personne.

2.4. Le lieu de vie

Tous les entretiens évoquent un problème de maintien à domicile, ou au sens large, un problème d'avenir.

La nécessité d'entrée en institution précipite les démarches de mise sous mesure de protection juridique car le financement de la structure est souvent conditionné par la vente d'un bien. Il arrive que la demande soit incitée par l'EHPAD devant la crainte d'impayés, mais cette situation semble plutôt rare.

Tous les assistants sociaux ont bien conscience que la loi permet de choisir son lieu de vie. Cependant, dans certains cas les retours à domicile sont inenvisageables et la mise en danger justifie l'autorité du juge des tutelles pour ordonner l'entrée en institution si le patient s'y oppose.

Pour les patients résidant en structure, les démarches administratives et financières sont généralement déjà faites, ainsi qu'une demande de mesure de protection juridique si nécessaire. On observe plutôt un regard institutionnel bienveillant.

2.5. La situation financière, administrative, professionnelle

Dans la grande majorité des entretiens, l'absence de procuration sur les comptes bancaires est retrouvée comme un élément d'alerte et une problématique précipitant la nécessité d'une mesure de protection juridique. L'absence de procuration ne permet pas de réaliser les paiements de la vie quotidienne comme le loyer ou le coût des intervenants du domicile.

La négligence de gestion du courrier ou des démarches est également un facteur déclenchant de mesure de protection.

Tous les assistants sociaux s'accordent à dire que les patients concernés par une mesure de protection à l'hôpital ne sont en général pas des personnes d'une grande précarité sociale. Ils sont bien intégrés au système de soins.

2.6. La malveillance

Les actes de malveillance sont très fréquents chez les personnes vulnérables. Ils peuvent venir d'organismes divers et par différents modes. Le démarchage à domicile ou par téléphone est le plus commun. Une assistante sociale nous cite le cas de trois ravalements de façade en un an et plusieurs abonnements de téléphone.

La malveillance peut émaner d'un proche de la personne, soit financière soit morale. Dans ces situations la mesure de protection est indispensable et urgente.

3. Les sources d'information disponibles

3.1. Les personnes physiques

La famille ou l'entourage aident à l'évaluation sociale. Ils confirment en général les difficultés mises en évidence. Parfois au contraire ils ne semblent pas conscients de la vulnérabilité de leur proche ou, s'ils sont conscients, ils ne savent pas toujours quelles sont les possibilités pour améliorer le quotidien, ni vers qui demander un soutien.

Les intervenants à domicile au sens large sont les premières personnes à apporter des éléments fiables et objectifs sur les difficultés du quotidien.

Rares sont les situations où il n'y a pas d'intervenants extérieurs.

3.2. Les outils standardisés

L'évaluation cognitive et physique est objectivée dans les services hospitaliers par des outils standardisés tels que la grille GIR (autonomie, dépendance), le MMS (aide au dépistage des troubles cognitifs), le MoCa (en addictologie). Cette évaluation est précieuse pour les assistants sociaux : elle permet d'orienter les démarches.

3.3. Les difficultés de gestion du quotidien

Les discours incohérents tenus par les patients sont un élément d'évaluation qui met en alerte les professionnels soignants et assistants sociaux. L'incapacité physique ou intellectuelle à donner son consentement oriente sur l'état cognitif du patient et questionne sur le fonctionnement à domicile.

Les questions très pratiques sur la gestion du quotidien : alimentation, hygiène, ménage, courses, mettent en évidence la vulnérabilité de la personne. Lorsque les réponses sont floues, furtives, ou inadaptées, on met à jour les difficultés. Certaines personnes très influençables donnent leur code de carte bancaire sans retenue ; d'autres font des achats compulsifs ou retirent des sommes importantes d'argent liquide et oublient ce qu'ils en ont fait. Certaines personnes âgées confondent les francs et les euros, notamment lors de la rédaction d'un chèque.

Les éléments financiers rendent parfois nécessaire la mesure de protection juridique. Ce sont : la vente de biens (logement, voiture), les dettes, les retraits incohérents sur les comptes bancaires, l'incapacité à gérer le budget ou l'administratif.

L'évaluation doit rester prudente. En effet, certains patients ont un mode de vie marginal que l'on doit respecter, sauf si on constate une réelle mise en danger. L'évaluation dans ce contexte n'est pas évidente en raison de la discordance avec nos propres représentations.

3.4. L'évaluation sociale à l'hôpital

L'évaluation globale est primordiale et prend en compte nous l'avons vu, de multiples paramètres comme le contexte de vie, la situation financière, la bienveillance familiale et le parcours avant l'hospitalisation.

Le CHU est souvent vu comme la dernière option pour solutionner une situation chronique complexe. Les informations fournies par les intervenants du domicile orientent parfois vers une mesure de protection juridique indispensable. Il faut rester objectif et vigilant, construire l'évaluation sur des faits et non seulement sur les dires.

L'expérience professionnelle prend toute sa valeur : les imprécisions dans le discours sont tout de suite repérées et indiquent la nécessité d'approfondir l'évaluation. Les informations doivent être recoupées.

Les entretiens avec l'assistant social ont lieu avec le patient et sa famille mais également avec la famille seule afin de permettre une plus libre expression. Les réticences de la famille à rencontrer l'assistant social représentent un signe d'alerte.

La plupart des assistants sociaux s'accordent à dire en synthèse que les patients sont, la plupart du temps, facilement et rapidement repérables. Leur plus grande difficulté est l'appréciation de la durabilité d'une altération.

L'évaluation doit être faite au bon moment de l'hospitalisation, à distance de facteurs confondants : imprégnation médicamenteuse confusiogène, confusion liée à la perte des repères.

La majorité des assistants sociaux évoquent spontanément qu'une mesure de protection juridique n'est pas obligatoirement nécessaire pour le patient présentant plusieurs facteurs de vulnérabilité. En effet, lorsque le relai familial est possible, que les procurations sont faites et qu'il n'y a pas de mise en danger, la mesure n'est pas indispensable.

4. L'hospitalisation

4.1. L'impact sur le patient et son entourage

L'hospitalisation est vécue comme un moment de rupture par rapport à l'extérieur. Elle entraîne une prise de conscience et permet d'impulser les changements. C'est souvent une étape indispensable à la réalisation de la mesure, même quand il y a un accompagnement extérieur.

On observe quelquefois un refus d'hospitalisation de certains patients ou certaines familles car ils savent qu'il va y avoir du changement et ils n'en ont pas envie.

Tous les assistants sociaux s'accordent à dire qu'une hospitalisation entraîne une perte de repères et peut majorer les troubles. L'évaluation doit donc être prudente.

4.2. Les avantages pour le dépistage et la mise en œuvre de la mesure de protection juridique

L'hôpital offre l'avantage d'un travail en équipe multidisciplinaire.

De nombreux services permettent des temps d'échanges formalisés, ou informels, avec parfois une réunion pluri professionnelle hebdomadaire.

L'entretien d'entrée réalisé par les infirmières à l'admission du patient dans le service peut se révéler la première alerte : l'assistant social est rapidement interpellé pour évaluer la situation lorsque le patient ne sait pas répondre ou répond de manière inadaptée. Le repérage semble précoce, pour presque tous les assistants sociaux. L'évaluation à l'hôpital est faite dans la chambre, le patient ne peut s'y soustraire. Les médecins du service sont également sur site et l'échange est facilité. Il y a cette possibilité de réaliser des entretiens en binôme assistant social et médecin. Les décisions sont prises en équipe.

Dans les services à spécialité d'organes la demande d'évaluation par l'équipe mobile de gériatrie est presque systématique. Elle permet d'évaluer les troubles et aide à l'orientation du travail social.

D'autre part, le certificat médical circonstancié par un médecin habilité est plus facilement accessible à l'hôpital. Le réseau professionnel des assistants sociaux facilite largement la rapidité d'obtention de cet élément indispensable au dossier en cas de requête.

Le cheminement des familles est facilité. L'entourage peut exprimer ses difficultés à l'équipe médicale, paramédicale et aux assistants sociaux. L'information est relayée entre les différents professionnels. Le discours médical évoque le diagnostic, confirme les troubles, conforte l'entourage dans la nécessité de la mesure de protection.

4.3. Les difficultés d'évaluation à l'hôpital

L'évaluation est courte et parcellaire. Lors d'une première hospitalisation il peut y avoir des éléments alertant sur la vulnérabilité mais insuffisant pour entamer une démarche juridique. Il est parfois difficile à l'hôpital de mesurer les relations familiales et dépister des actes de malveillance.

Il s'agit d'une démarche qui n'est pas anodine et qui nécessite une évaluation approfondie avant d'envoyer la requête ou le signalement. En cas de doute un accompagnement du patient pour les professionnels en ambulatoire est privilégié.

L'hospitalisation à répétition permet une évaluation par différents professionnels, sur différents temps. A contrario la difficulté est parfois dans cette répétition, car les situations chroniques sont souvent plus difficiles à solutionner, comme figées par le temps.

4.4. L'impact de la durée de séjour

La mise en place d'une mesure de protection nécessite une période d'acceptation qui peut prendre du temps. Il s'agit d'accompagner le patient et les familles. Plusieurs rendez-vous sont nécessaires.

Le raccourcissement de la DMS majore la « violence » de l'annonce de la nécessité d'une mesure de protection.

La démarche judiciaire peut être psychologiquement douloureuse, l'importance de prendre le temps pour la réalisation de cette démarche fait l'unanimité dans les entretiens.

Les situations nécessitant une mesure de protection juridique sont souvent des situations avec un problème de maintien à domicile. Cette problématique est associée à un allongement de la durée de séjour, parfois en lien avec la démarche de la mesure de protection.

Néanmoins même de courte durée, l'hospitalisation permet de poser le problème, de faire cheminer la personne et la famille.

5. La demande de mesure de protection juridique

5.1. La prise de décision, les préparatifs

Tous les assistants sociaux s'accordent à dire que la mesure est évoquée par eux ou par l'équipe médicale. La décision se prend lors d'un travail pluri-professionnel avec parfois la possibilité d'entretiens patient-famille en binôme assistant social et médecin. La conjoncture d'éléments financiers, sociaux, administratifs, médicaux, oriente les démarches.

Le travail avec la famille ou l'entourage requérant nécessite plusieurs rendez-vous pour faciliter le cheminement indispensable à l'acceptation de la mesure. Au final, après des explications sur la mesure et des temps de réassurance, les accompagnants comprennent et signent la requête. Concernant le choix du mandataire il y a deux types de situations opposées : soit la famille souhaite vivement exercer la mesure, soit au contraire elle préfère déléguer cette tâche.

La constitution du dossier est plutôt rapide, entre une à deux semaines si l'expertise médicale a été réalisée dans un délai court. L'obtention de l'extrait d'acte de naissance peut parfois retarder la démarche en raison des délais variables selon les mairies.

Le patient est toujours informé de la démarche, même s'il a des troubles importants. Certains sont conscients de leurs difficultés et d'autres sont dans un déni total. Il n'est pas toujours évident de reconnaître sa propre vulnérabilité et accepter d'être sous mesure de protection juridique.

En cas de conflits familiaux ou d'entourage réticent à la requête, reste le signalement. La mesure étant nécessaire, la famille est informée qu'en l'absence de requête de leur part les assistants sociaux procéderont au signalement. En général la famille préfère alors entamer les démarches.

Les assistants sociaux observent une augmentation du nombre de mesure, qui peut s'expliquer par le vieillissement, l'évolution de la société, l'« éclatement » géographique des familles. La mesure de protection est parfois évoquée rapidement lorsque les familles sont éloignées, peu présentes et que le patient est en perte d'autonomie. A contrario, dans certaines situations difficilement évaluables, la mesure de protection est proposée après plusieurs hospitalisations et éléments d'inquiétude. Il est important pour tous les assistants sociaux de faire une demande adaptée et bien mesurée.

5.2. La requête

Tous les assistants sociaux confirment que la requête est largement la voie la plus souvent réalisée. Il est rare que les patients soient totalement isolés.

En général, après plusieurs rendez-vous, les familles se mobilisent et signent les requêtes sans s'y opposer. Un accompagnement dans la rédaction du formulaire est indispensable la plupart du temps pour permettre son envoi au tribunal sans tarder.

Certains assistants sociaux estiment que le patient conscient de ses difficultés est en mesure de prendre cette décision de protection et de signer sa requête. Bien évidemment dans ces cas le patient est accompagné par l'assistant social.

D'autres assistants sociaux ont du mal à concevoir que le patient puisse être requérant car il est justement déclaré comme incapable de prendre des décisions adaptées. Tous sont d'accord pour dire qu'un patient non conscient de ses difficultés ne peut pas signer sa demande. Il faut nécessairement trouver un tiers pour acter la demande.

Concernant le choix du mandataire, la loi favorise les mandataires familiaux. Pour autant, ce n'est pas conseillé par les assistants sociaux s'il y a des conflits familiaux.

5.3. Le signalement

Tous les assistants sociaux s'accordent à dire que le signalement est rare. Il est déclenché en dernier recours : en l'absence totale de famille ou d'entourage, lors d'une mise en danger, lorsque toutes les autres solutions ont été caduques.

Le signalement nécessite la rédaction d'un rapport social. Il est décrit comme consommateur de temps. Tous les éléments d'inquiétudes doivent être repris et détaillés. Les intervenants sont consultés un par un. Il est parfois difficile de faire ce rapport à l'hôpital quand il n'y a que des faits rapportés. Cependant, les assistants sociaux entament souvent la démarche, pour pallier à la difficulté constatée de certains partenaires du domicile de procéder au signalement.

C'est également une voie plus longue que la requête, sur plusieurs mois : le rapport est envoyé au procureur, il missionne sur réquisition un médecin pour réaliser l'expertise puis le dossier est transmis au juge des tutelles.

5.4. La sauvegarde médicale

Les médecins peuvent réaliser une sauvegarde de justice médicale. Elle est plutôt exceptionnelle. Il s'agit d'une mesure d'urgence temporaire qui ne dispense pas du travail de requête ou de signalement.

Les assistants sociaux trouvent cette démarche généralement insuffisante. Elle permet cependant de protéger le patient le temps d'instruire une requête ou de faire un signalement.

5.5. Les freins à la mesure de protection juridique

Le frein cité en premier est la « peur ». Le mot revient dans tous les entretiens pour caractériser les premières réticences à la mesure. La peur de la « justice », du « juge » ou du « tribunal », la peur des conflits avec les proches, la peur de trahir, la peur de rompre les liens de confiance ou l'alliance thérapeutique, la peur des représailles, la peur de l'implication à venir et de ses conséquences, la peur de l'engagement. Ces réticences sont majorées quand le patient est capable d'exprimer son opposition à la mesure.

On observe encore une mauvaise réputation de la mesure de protection, en partie véhiculée par les médias. Les histoires de spoliation sont rares mais restent ancrées dans l'esprit de certaines familles. Le sentiment d'être dépossédé est parfois mis en avant.

L'aspect juridique reste abstrait pour les familles. Demander l'avis d'un juge est une image négative pour beaucoup.

C'est le juge qui statue mais la réalité reste que ce sont les proches qui initient la démarche et prennent cette responsabilité. Il est nécessaire que l'accompagnement déculpabilise et rassure l'entourage dans les démarches.

Le financement de l'expertise médicale peut se révéler problématique : le tarif s'élève à 160 euros. Il est à la charge des requérants même si certains utilisent l'argent du majeur à protéger. Il n'est pas remboursé. Tous n'ont pas les moyens de payer.

D'autres assistants sociaux précisent qu'il n'est pas mis en avant pour motiver le refus.

Un autre frein cité est la disparition des accords familiaux informels. Ils seront remis en cause avec la mesure juridique. Par exemple des versements d'argent effectués auprès de quelques membres de la famille ; ils ne sont donc pas très favorables à la mise en place de la mesure.

La lourdeur judiciaire ne simplifie pas toujours les démarches : l'avis du juge doit être demandé pour certaines décisions, un rapport doit être rendu régulièrement avec la justification des agissements. C'est un travail parfois important pour l'entourage qui exerce la mesure.

5.6. Les avantages de la mesure vus par l'entourage

Le réel avantage de la mesure de protection juridique est la légalisation des actes d'accompagnement de la personne dans la gestion administrative et financière. Beaucoup de mandataires familiaux exerçaient déjà ces fonctions au quotidien. La protection du mandataire ou du requérant est également un aspect important de la mesure.

La mesure de protection juridique peut aussi être vécue par l'entourage comme un allègement. Les accompagnants sont quelquefois épuisés et se sentent dans une impasse : ils sont contents de pouvoir confier la gestion de leur proche à un tiers mandaté.

Certains patients rencontrent des difficultés transitoires. Ils ont besoin d'être accompagnés, d'apprendre ou réapprendre à se prendre en charge. Les mesures de protection ne sont pas définitives, elles sont réévaluées régulièrement et peuvent être adaptées dans ces cas.

6. Les différentes personnes ressources en ambulatoire

La vulnérabilité n'a pas de définition universelle, chaque professionnel a une sensibilité différente selon son parcours personnel et professionnel. Le lien entre les intervenants du domicile et ceux de l'hôpital est nécessaire à l'évaluation globale de la situation pour adapter au mieux la prise en charge. Pour presque tous les assistants sociaux, les contacts sont très fréquents, quotidiens ou hebdomadaires, et les relations sont cordiales. Le réseau pluri-professionnel en ambulatoire aussi est indispensable.

6.1. Le médecin traitant

Le médecin traitant est vu comme l'interlocuteur privilégié extra-hospitalier. Il est le médecin de proximité qui voit les situations évoluer. Cependant la plupart des assistants sociaux estiment que le lien avec lui est à faire par les médecins hospitaliers.

La plupart des assistants sociaux reconnaissent la difficulté du médecin traitant pour son évaluation. Ils évoquent son activité isolée, n'ayant pas toujours le regard des autres professionnels et l'avis des proches. De plus, la relation de confiance avec le patient peut être ébranlée par l'évocation de la mesure de protection.

Pour certains assistants sociaux le médecin traitant devrait être le premier acteur d'une demande de mesure de protection car il a les connaissances médicales pour dépister les troubles cognitifs et il est souvent au fait des difficultés du domicile.

6.2. Les CLIC

Les CLIC sont un service de coordination gériatrique à destination des personnes de plus de 60 ans et de leur entourage. Ils ont un rôle d'information, d'accompagnement, de soutien de proximité. Ils se déplacent au domicile, constatent et évaluent les difficultés. Leur coordination pluri-professionnelle révèle souvent les situations à nécessité de mesure de protection.

Pour les patients âgés fragiles, l'intervention des CLIC est systématique. Les différents professionnels de ce réseau partagent leurs observations. La plupart des assistants sociaux du CHU estiment que l'accompagnement d'une démarche juridique fait partie du champ de compétence des CLIC. Pourtant régulièrement, des situations dégradées connues par un CLIC arrivent au CHU, sans que la démarche ait été évoquée en amont.

Ils sont considérés comme des partenaires sociaux, or malheureusement ils n'ont pas tous d'assistants sociaux dédiés.

6.3. La MAIA

La MAIA permet un accompagnement de proximité des situations les plus précaires. Les assistants sociaux du CHU reconnaissent une réelle plus-value à leurs prises en charge. La MAIA intervient sur l'alerte des professionnels médico-sociaux, et ce même si les personnes vulnérables ne sont pas demandeuses. Elle accompagne les situations les plus complexes et fait la demande de mesure de protection juridique si nécessaire.

6.4. Les assistants sociaux de secteur

Le service social de secteur fait partie du CCAS. Il est accessible à tous. Chacun peut donc solliciter son assistant social de secteur pour l'accompagner dans les démarches sociales. Pour autant, depuis la création des CLIC, les sollicitations sociales concernant les personnes de plus de 60 ans sont réorientées vers les CLIC. Il existe donc un déficit d'assistant social pour la tranche de population probablement la plus nécessiteuse.

Les entretiens mettent en évidence les difficultés de terrain des collègues de secteur : refus des personnes à la proposition d'aide, entretien à domicile impossible devant une porte close, absence d'appui médical pour conforter certaines prises en charge.

6.5. Les autres intervenants à domicile

Les services d'aides à domicile sont également des interlocuteurs privilégiés : ils sont présents au quotidien et peuvent renseigner sur l'état du logement et le comportement à domicile.

Souvent le contact avec eux se fait à l'initiative des assistants sociaux du CHU sauf en cas de grande difficulté au domicile où ils n'hésitent pas à contacter l'hôpital pour faire part de leurs craintes concernant le retour du patient.

Les infirmiers libéraux sont également des professionnels du soin qui connaissent le domicile et peuvent alerter lors de difficultés. C'est aussi le rôle de certaines associations comme ALiA et ATLAS.

7. L'anticipation

Les assistants sociaux reconnaissent que l'anticipation ne peut venir de l'entourage familial ou amical du patient même s'il s'épuise avec l'aggravation des situations, leurs relations affectives entraînent un regard subjectif sur la vulnérabilité. Plusieurs explications sont données à l'absence d'anticipation de leur part : manque d'information, situation de conflit, attente passive d'un événement déclencheur indiscutable. Pour cautionner leur démarche, certaines familles ont besoin de l'aval médical et d'un cadre institutionnel.

De même dans les situations de dégradation médicale aiguë ou chez des patients jeunes l'anticipation ne paraît pas non plus évidente. Ce sont des situations pour lesquelles la prise en charge est prioritairement médicale et l'aspect social est différé pour se donner le temps de l'évaluation.

Par contre les assistants sociaux reconnaissent de nombreuses situations où l'anticipation aurait été souhaitable et par plusieurs acteurs. Ces acteurs ambulatoires ont été précédemment cités : médecins traitants, CLIC, MAIA, assistants sociaux de secteur, infirmiers libéraux, services d'aides à domicile.

L'anticipation pourrait également être possible lorsque le patient bénéficie d'un suivi social par un assistant social d'entreprise.

Ce manque d'anticipation reste incompris des assistants sociaux du CHU. Il est difficile de concevoir qu'une mesure de protection ne soit pas en place dans une situation vulnérable ancienne, évolutive, connue et bénéficiant d'un accompagnement de proximité avec des intervenants privilégiés comme les CLIC et les médecins traitants. Il existe un vrai questionnement sur les moyens des intervenants extérieurs et la légitimité à effectuer les démarches. Il en va de même pour les signalements. La plupart des assistants sociaux du CHU déclarent que toutes les personnes informées d'une situation vulnérable complexe doivent effectuer un signalement. Pour eux, les intervenants professionnels du domicile ont cette compétence pour repérer une situation vulnérable, l'évaluer et accompagner une mesure de protection. Néanmoins une assistante sociale précise qu'il s'agit d'une démarche spécifique qui nécessite un regard aguerri et une expérience.

Parfois les professionnels libéraux manquent de temps pour bien évaluer, informer le patient, accompagner l'entourage et entamer les démarches.

8. Le retour d'information du tribunal

Tous les assistants sociaux déplorent ne pas connaître la décision de justice. Ils n'ont de retour qu'en cas de signalement, si la famille les informe, ou lors d'une hospitalisation ultérieure. Dans ces retours d'informations précis, la mesure de protection a toujours été validée par le tribunal.

Les contacts avec le tribunal sont exceptionnels. Parfois le greffe du tribunal appelle les assistants sociaux lorsque qu'un dossier est incomplet ou par besoin d'informations complémentaires.

8.1. En cas de requête

Par définition, la requête n'est pas formulée par l'assistant social mais par le patient ou un proche. La décision de justice revient au requérant. Les assistants sociaux regrettent l'absence de retour d'information. Ils aimeraient connaître le positionnement du juge, notamment sur le choix du mandataire, afin de conforter leur évaluation.

Une des assistantes sociales s'est organisée. Elle envoie la requête avec un bordereau de retour.

Selon tous les assistants sociaux le délai de mesure de protection se compte en mois : au moins un mois avant l'audience puis plusieurs mois, jusqu'à six, avant la décision de justice définitive.

En SSR les assistants sociaux ont souvent les retours de décision de mesure de protection. En effet, les patients y restent hospitalisés jusqu'à la nomination d'un mandataire qui permettra l'organisation de l'aval du patient. L'attente est de deux à trois mois dans les situations simples. Si la situation est urgente il est possible d'obtenir la nomination d'un mandataire spécial pendant la durée de l'instance du dossier. En fonction des missions confiées, le mandataire spécial nommé à titre provisoire permet de réaliser les démarches urgentes.

8.2. En cas de signalement

Lors d'un signalement au procureur, l'identité de l'assistant social signataire est obligatoire. La décision de justice est rendue aux signataires.

Il s'agit d'une démarche beaucoup plus longue que la requête. Cette procédure ajoute plusieurs mois supplémentaires à la décision finale. En effet, le procureur devra missionner un médecin habilité pour l'évaluation médicale puis saisir le juge des tutelles avant de rendre sa décision.

8.3. Les situations particulières

Il arrive de rares fois que la décision prise par le juge complique nettement la prise en charge du patient et notamment son projet d'avenir. Plusieurs cas de figures sont cités.

En ce qui concerne les mesures exercées par la famille, il peut arriver de manière exceptionnelle que la personne malveillante soit nommée mandataire, ou de façon plus fréquente, que le mandataire familial ne prenne pas toujours des décisions adaptées. Dans ces cas-là un changement de mandataire est demandé par les assistants sociaux du CHU qui attendaient la nomination du mandataire pour avancer dans les démarches.

En ce qui concerne les mandataires professionnels, certains suivent scrupuleusement les textes de loi et ne font les démarches qu'avec l'accord du patient. Notamment lors des inscriptions en EHPAD. Si le patient ne souhaite qu'un seul établissement malheureusement saturé, le mandataire refuse l'élargissement des demandes d'inscription dans d'autres établissements.

DISCUSSION

1. Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude

L'intérêt essentiel de l'étude réside dans son aspect inédit. En effet, peu d'études ont été réalisées sur le sujet des mesures de protection juridique dans un contexte de prise en charge globale médico-psycho-sociale. La recherche bibliographique a été restreinte aux études françaises car le sujet choisi est indissociable de la législation or la loi diffère d'un pays à l'autre.

Les assistants sociaux sont systématiquement interpellés pour l'évaluation et l'accompagnement d'une mesure de protection juridique sur le CHU d'Angers. Il s'agit des professionnels les mieux à même de répondre à cette problématique. Le fort taux de participation à l'étude montre l'intérêt pour le sujet abordé et souligne l'envie de pouvoir améliorer les pratiques.

L'échantillon a été volontairement limité aux seuls assistants sociaux du CHU. Ceci entraîne indéniablement des biais de sélection à différents niveaux.

Au terme des entretiens la saturation des données était obtenue, cependant, on ne peut exclure la possibilité d'éléments inédits, venant des assistants sociaux qui n'ont pas participé.

La grande variabilité des services hospitaliers représentés a mis en évidence des réponses parfois opposées, en matière d'âge des patients ou en matière de pathologies responsables de la vulnérabilité. Malgré tout le CHU ne représente pas une exhaustivité des situations rencontrées : il n'y a pas de service de psychiatrie, hormis quelques lits de psychiatrie d'urgence. La psychiatrie est une spécialité grande pourvoyeuse de patients nécessitant une mesure de protection juridique.

Par ailleurs la trame semi-dirigée de l'entretien a obligatoirement orienté l'entretien et possiblement écarté certains sujets qui auraient pu être évoqués.

Enfin l'absence de triangulation des données a pu induire un biais d'interprétation, principal risque de la méthode qualitative.

2. Discussion générale sur les résultats principaux

La mesure de protection juridique n'est jamais une démarche de première intention. La mesure judiciaire est ainsi qualifiée de subsidiaire par rapport aux mécanismes de protection issus pour l'essentiel de la solidarité

familiale et conjugale : obligation alimentaire des enfants envers leurs parents et obligation d'assistance et mécanismes de représentation de l'époux défaillant. (5)

Cependant, la mesure de protection est indispensable pour certaines personnes particulièrement vulnérables. Le repérage précoce par les professionnels permettrait d'anticiper ces démarches. Reste à définir la vulnérabilité.

La notion de vulnérabilité, a connu une reconnaissance toute particulière dans le rapport de la Cour de Cassation de 2009 qui y est consacré (6). Dans notre sujet nous nous intéressons à la vulnérabilité médico-psycho-sociale qui a également une reconnaissance légale. « Sous l'angle du droit, la personne vulnérable est celle qui n'est pas en mesure d'exercer les attributs de la personnalité juridique (...), qui, dans une situation pathologique ou hors norme, n'est de fait pas en mesure d'exercer correctement ses droits et libertés. » (7)

Notre étude met en évidence la vulnérabilité liée à des facteurs intrinsèques au patient tels que l'âge, les troubles cognitifs, physiques et psychiques, associés à des facteurs extrinsèques complexifiant la situation : des conflits avec l'entourage, des actes de malveillance, une mise en danger à domicile, un isolement.

2.1. Le patient : son profil et son environnement

Les résultats de notre enquête nous apprennent que les patients, rencontrés sur le CHU d'Angers, nécessitant une mesure de protection n'ont pas réellement le profil attendu du patient isolé socialement, en rupture de soins, voire même en marge du système de soins. En fait, ils ont plus de 75 ans pour la majorité, ils présentent des troubles cognitifs associés souvent à une dépendance physique. Ils vivent généralement seuls à domicile et non pas en institution. Mais ils sont entourés par la famille, les voisins, des amis, et sont plutôt bien intégrés au système de soins, suivis par leur médecin traitant et bénéficiant du passage d'intervenants professionnels à domicile. Ce sont donc des patients accessibles à un dépistage précoce.

Ces profils de patients vulnérables sont de plus en plus nombreux du fait de l'allongement de l'espérance de vie : en France métropolitaine, en 1960 17% de personnes ont de plus de 60 ans contre 21,5% en 2007 (8). Cette tendance s'accélère, du fait des générations issues du baby-boom d'après guerre.

L'évolution de notre société a également modifié les rapports familiaux. La solidarité familiale existe toujours mais les personnes âgées sont plus rarement accueillies chez leurs descendants. La gestion de la dépendance des aîeux est souvent déléguée à des services extérieurs professionnels. Les EHPAD se sont beaucoup développés ces dernières années. Entre 2007 et 2011, les capacités d'accueil des établissements pour personnes âgées ont augmenté de 5,3 %, soit une nette accélération par rapport à la période 2003-2007 (+ 1,4 %) (9). Malgré cette augmentation, de nombreuses personnes âgées vieillissent à domicile : en raison du

manque de place en EHPAD, du coût mensuel ou par choix personnel. Il s'agit donc de mettre en place des aides à domicile adaptées à chacun et au logement.

2.2. Le repérage des situations vulnérables

Si ces situations de vulnérabilité liées au vieillissement sont facilement repérables et accessibles à l'anticipation, d'autres le sont beaucoup moins. Il s'agit des patients présentant un événement médical brutal comme un accident vasculaire cérébral ou un accident de la voie publique, ou encore ceux présentant une pathologie chronique fluctuante telle un alcoolisme, une démence précoce, un trouble psychiatrique. Dans ces cas, la prise en charge semble plus complexe. Il est difficile d'admettre la durabilité des troubles chez un patient jeune et les conséquences sur leur gestion du quotidien. Le versant médical est priorisé.

Par ailleurs on observe régulièrement des situations dans lesquelles le patient a un entourage « défaillant », du fait de conflits, de malveillance, d'incapacité physique ou psychique. Là encore ces dépistages sont essentiels. Ils sont du rôle de chacun.

Nous distinguerons le repérage à l'hôpital et celui en milieu ambulatoire.

L'hospitalisation permet de poser le diagnostic de démence dans des situations qui évoluent progressivement depuis des mois ou des années. L'acceptation du diagnostic est difficile pour le patient et son entourage. L'hôpital apporte un nouveau regard sur une situation et permet, grâce à l'appui du discours médical, d'avancer dans les démarches sociales.

Le travail en équipe pluridisciplinaire et l'utilisation d'outils standardisés permettent d'objectiver une vulnérabilité qui nécessite une évaluation complémentaire. L'hôpital étant un service public, il accueille tous ceux qui le nécessitent. Il n'est pas rare d'y voir des situations dégradées posant un problème de maintien à domicile. Dans ces cas il est indispensable de mettre en œuvre les mesures nécessaires, pour garantir la sécurité et le bien être de tous les patients pris en charge. Pourtant, les exigences de durée moyenne de séjour courte malmènent ce type de démarches pour lesquelles plusieurs entretiens sont nécessaires et requièrent du temps de réflexion ou d'acceptation. Si la demande n'a pas pu être initiée sur le temps de l'hospitalisation, le relais ambulatoire est indispensable pour poursuivre l'évaluation et l'accompagnement.

A l'hôpital, le réseau professionnel des assistants sociaux facilite la réalisation de l'expertise médicale. Ils sont en lien avec les médecins habilités, dont certains travaillent sur le CHU. Il faut garder à l'esprit un piège propre à l'hospitalisation. Elle peut s'avérer elle-même un facteur de vulnérabilité, notamment chez les patients déjà fragiles. Elle entraîne une perte des repères et majore faussement les troubles. C'est un élément indispensable

à prendre en compte et qui explique parfois les discordances entre l'évaluation sociale à domicile et celle à l'hôpital.

En ambulatoire, les intervenants pouvant repérer une vulnérabilité et signaler une situation sont nombreux. Ils sont une des principales sources d'information permettant une évaluation la plus exhaustive possible.

Le **médecin traitant** est l'intervenant pivot du domicile. Il est informé des difficultés du domicile mais son intervention pour la mise en place d'une mesure de protection juridique est parfois délicate. Il manque de temps. Il est souvent isolé dans la prise en charge. Il lui est difficile de réaliser ce genre de démarche sans risquer d'entacher la relation de confiance. Le patient se sent « trahi ». Il peut cependant entamer une discussion avec son patient pour le préparer à une éventuelle mesure de protection juridique.

En 2013 la Haute Autorité de Santé a établi une fiche visant à répondre aux questions sur les modalités du repérage précoce de la fragilité chez les personnes âgées. (10) Le but est de retarder la dépendance dite « évitable » et de prévenir la survenue d'événements défavorables. La médecine de ville pourrait donc être en première ligne pour repérer la fragilité. Mais la démarche de dépistage des sujets fragiles est encore loin d'être intégrée dans les pratiques, non seulement en raison du faible nombre d'outils jugés validés, mais aussi parce que plusieurs obstacles limitent sérieusement l'engagement des médecins traitants. Il s'agit moins de répondre à telle plainte du patient par un diagnostic, suivi de la prescription appropriée, que de faire le point avec le patient sur les multiples facteurs de fragilisation en amont de la survenue de tout problème, et sur la manière dont celui-ci peut agir sur son mode de vie pour limiter ces risques. Ce travail de repérage prend du temps, n'est pas intégré dans le mode de rémunération à la consultation. Dans le contexte d'une démographie médicale déclinante qui s'accompagne d'une intensification du travail médical et d'un désengagement par rapport à certaines tâches (visites à domicile notamment), ce travail peut être vécu comme une charge. Il repose dès lors sur la seule bonne volonté des praticiens. (11)

Le **CLIC** est un intervenant incontournable dans les prises en charge gériatriques à domicile. Cependant, concernant la mise en place d'une mesure de protection juridique ses missions ne sont pas clairement établies et dépendent en grande partie du parcours professionnel du coordonnateur. Le CLIC n'a pas toujours de temps assistant social alloué, ce qui semble faire cruellement défaut lors des prises en charge nécessitant la mise en place d'une mesure de protection juridique. C'est un manque spontanément cité lors de plusieurs entretiens. Accompagner une requête ou effectuer un signalement nécessite du temps. Ceci ne semble pas toujours

possible au vu des nombreuses autres missions à remplir par le CLIC. On aperçoit là, une défaillance dans l'organisation des soins. Après 60 ans, les assistants sociaux de secteur réorientent vers les CLIC mais les CLIC n'ont pas les moyens humains ou de temps pour répondre à cette sollicitation.

La **MAIA** prend en charge des cas particulièrement complexes (gestion de cas) sur sollicitation des professionnels. Le nombre de situations prises en charge est restreint ce qui permet un suivi intensif. L'accompagnement d'une demande de mesure de protection juridique est possible si elle est nécessaire.

Le CLIC et la MAIA sont en étroite relation. En 2010, 7012 personnes ont été aidées par les CLIC sur le département du Maine et Loire. En parallèle la file active de la MAIA ne peut représenter au maximum que 320 gestions de cas sur ce même territoire. (12)

Le **service social de secteur** est ouvert à tous, mais il ne peut accompagner de manière rapprochée tous les patients qui le nécessiteraient. Leurs difficultés résident essentiellement dans le manque de temps. De plus, le service social de secteur n'a pas obligatoirement l'évaluation médicale qui conforterait les prises de décisions d'accompagnement. Enfin, il se heurte parfois nous l'avons vu aux portes closes en cas de refus d'aide de certaines personnes.

Les **services d'aide à domicile**, les **services de soins infirmiers** et les **infirmiers libéraux** sont des intervenants privilégiés du domicile qui peuvent dépister une situation vulnérable. Cependant ils se sentent parfois démunis face à un patient fragile. Ils ne savent pas forcément quelles sont les démarches envisageables en terme de mesure de protection juridique.

En résumé, l'anticipation n'est pas si simple en ambulatoire en raison de multiples facteurs : l'activité isolée de chacun des intervenants à domicile et le manque de temps de concertation pour optimiser le dépistage, le manque de temps d'assistants sociaux dans les CLIC, le manque de maîtrise de la procédure à suivre pour certains intervenants. L'hôpital est alors le lieu qui permet de réunir les conditions requises pour la mise en place des mesures de protection juridique.

Pourtant le dépistage et l'anticipation semblent pouvoir être améliorés, chez les personnes âgées qui présentent une évolution progressive des troubles.

Par ailleurs, cette action sur la fragilité soulève des questions éthiques : au nom de la santé publique et du « bien-vieillir », jusqu'où les intervenants doivent-ils aller dans le repérage et l'action auprès de personnes qui ne souhaitent pas nécessairement être accompagnées ? (11)

2.3. Les impasses

L'entrée en institution des personnes démentes pose donc des problèmes éthiques lorsqu'elles s'y opposent. Actuellement la mesure de protection juridique laisse le choix à la personne protégée d'établir son lieu de résidence. Même en cas de mise en danger au domicile, l'avis du juge est nécessaire pour ordonner une entrée en institution. Un avis médical éclairé n'est pas suffisant. Il s'agit de situations de plus en plus fréquentes mettant les patients, leur entourage et les intervenants du domicile dans une impasse.

Une autre impasse se dessine. Il s'agit de la question des personnes d'un grand âge, sans réels troubles cognitifs avérés mais que la dépendance physique et la grande fatigabilité intellectuelle mettent dans l'incapacité de réaliser les démarches financières et administratives. Pour autant les exigences administratives ne sont pas allégées. On entrevoit un vide juridique. Ces personnes ne remplissent pas les critères pour bénéficier d'une curatelle ou tutelle or l'aspect juridique et légal n'est pas défini pour leur faciliter les démarches.

3. L'évolution de la loi sur la protection des majeurs et ses alternatives

3.1. Rappel historique de la loi

Historiquement, au XIXème siècle, le régime de protection des plus faibles était déjà organisé dans le Code Napoléon mais de manière succincte et visait les cas « d'imbécillité et de démence ». (13)

En 1968 la justice française a réglementé les grandes lignes de « la protection des incapables majeurs », inscrites dans le Code Civil. « Les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire » (14).

En 2007 la loi a été révisée : la mise sous tutelle ou sous curatelle ne sera possible que si une altération des facultés mentales ou physiques est constatée par un certificat médical circonstancié, c'est-à-dire rédigé par un médecin inscrit sur une liste établie chaque année par le Procureur de la République (15, 16). Dans cette

nouvelle définition des mesures de protection juridique sont supprimés les motifs de « prodigalité, intempérance ou oisiveté ». (17)

3.2. Le mandat de protection future

Le mandat de protection future a été créé lors de la modification de la loi en mars 2007. Celui-ci permet à toute personne de prévoir les modalités de son éventuelle protection future, notamment en désignant à l'avance qui sera chargé de veiller sur ses intérêts et sa personne en cas de besoin. Son intérêt essentiel est de permettre une prise en compte de la volonté de la personne, exprimée alors qu'elle dispose de toutes ses facultés. (17, 18, 19) Cependant il est toujours difficile de se projeter dans une situation qui nécessiterait d'être accompagnée juridiquement. Le mandat de protection future est malheureusement très peu utilisé, en grande partie à cause d'un manque d'information des patients, de leur entourage, et également des professionnels. Actuellement seule une population restreinte, d'un niveau socio-intellectuel élevé y a recours. C'est une avancée dans l'évolution de la loi mais malheureusement son usage est limité.

L'hôpital ne semble pas l'endroit le plus approprié pour travailler cette notion. En effet, la multiplicité des informations fournies lors d'une hospitalisation et la durée d'hospitalisation parfois courte laissent moins de place à la prévention.

3.3. L'habilitation familiale

Depuis le mois de février 2016, une nouvelle possibilité d'accompagnement d'une personne vulnérable peut être faite par la famille ou le conjoint, dans l'hypothèse bien-sûr, de la présence d'un entourage bienveillant. Il s'agit de l'habilitation familiale, générale ou limitée à certains actes. Elle permet à un proche de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. Elle nécessite un certificat médical circonstancié, établi par un médecin inscrit sur une liste établie par le Procureur de la République, tout comme pour la requête ou le signalement. L'habilitation familiale n'entre pas dans le cadre des mesures de protection juridique, même si elle nécessite l'intervention d'un juge, car, une fois la personne désignée pour recevoir l'habilitation familiale, le juge n'intervient plus contrairement à la sauvegarde de justice, la tutelle ou à la curatelle. (20)

3.4. La loi d'adaptation de la société au vieillissement

L'Etat reconnaît la difficulté de la prise en charge de la dépendance à domicile. La loi d'adaptation de la société au vieillissement entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 (21) prévoit un renforcement du financement des aides

à domicile avec l'APA et une reconnaissance de l'action des proches aidants, avec un droit au répit intégré à l'APA. (22)

D'après cette loi, il est prévu la mise en place d'actions de communication pour faire connaître le mandat de protection future.

3.5. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

Autrement appelé le PAERPA, il est déployé depuis 2014 sur des territoires pilotes. Constatant que la population de personnes âgées en France ne cesse de croître, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a mis en place un dispositif innovant qui s'adresse aux personnes, âgées de 75 ans et plus, dont l'autonomie est susceptible de se dégrader pour des raisons d'ordre médical ou social. Cette démarche a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût.

En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des principaux facteurs d'hospitalisation évitables et en optimisant la coordination des professionnels sanitaires et médico-sociaux autour de la personne âgée.

Ses cinq actions clés sont : renforcer le maintien à domicile, améliorer la coordination des intervenants et des interventions, sécuriser la sortie d'hôpital, éviter les hospitalisations inutiles, mieux utiliser les médicaments.

Actuellement, dans les Pays de la Loire, seul le département de la Mayenne fait parti des territoires pilotes, et concerne 33000 personnes âgées. (23)

Ce dispositif plein de promesses semble adapté, reste à voir sur le terrain et dans les faits comment il se concrétise.

En effet, lorsqu'un même territoire regroupe un CLIC, un réseau gériatrique, des services à la personne, une politique du Conseil Général, une politique de l'ARS, ce sont autant d'acteurs qui ont des missions qui se superposent. Le cahier des charges du PAERPA utilise le terme de « coordination territoriale d'appui » en indiquant clairement que celle-ci doit être en subsidiarité, c'est-à-dire que son organisation ne doit comporter aucun doublon, comme c'est le cas actuellement. (24)

4. Synthèse et suggestions

La mise en place d'une mesure de protection juridique, répond à plusieurs étapes indispensables :

- L'annonce diagnostique des troubles cognitifs. A ce stade, la mesure de protection n'est pas la priorité ;
- Le temps d'information sur les diverses possibilités d'aide au quotidien ;
- L'évaluation de l'évolution des troubles, montrant la majoration des besoins à domicile et le pronostic ;
- L'acceptation de la mesure de protection juridique, pouvant parfois prendre plusieurs mois ;
- La réalisation du dossier avec notamment la rédaction du certificat médical obligatoire, et l'envoi au tribunal.

Chacune de ces étapes peut être optimisée si l'accompagnement du patient et de son entourage est efficace et rapproché.

4.1. Améliorer le dépistage

Beaucoup de patients vulnérables pourraient être dépistés de manière précoce. Les intervenants à domicile sont nombreux et de formation variée. Chaque professionnel intervenant sur une situation doit être vigilant. Il ne s'agit pas uniquement de dépister un patient présentant des troubles cognitifs. Il est primordial d'évaluer ses capacités de gestion du quotidien à domicile et ses défaillances. C'est le travail pluridisciplinaire concerté qui permet de révéler la nécessité d'une mesure de protection juridique.

Beaucoup d'intervenants à domicile n'ont pas reçu d'enseignement nécessaire au sujet des mesures de protection juridique. L'information, nous l'avons vu, fait défaut à tous les niveaux, tant pour les familles que pour les professionnels de santé. Il serait utile et important de divulguer des remises à jour sur les différentes formes de protection juridique, leurs procédures de mises en œuvre et leurs alternatives récentes.

Afin de synthétiser les éléments indispensables à recueillir pour le dépistage des patients relevant d'une mesure de protection juridique, une fiche de repérage simplifiée et concise peut être proposée sous forme d'acronyme.

Par exemple **VIVRE** :

- **V** = Vision globale : considérer le patient comme un être répondant au modèle bio-psycho-social (modèle proposé par le psychiatre G. L. Engel à la fin des années 80) (25) intégré dans un contexte de vie.
- **I** = Identifier : dépister ces patients vulnérables par tous les intervenants.
- **V** = Vulnérabilité : associer les facteurs intrinsèques (troubles cognitifs, dépendance physique, grand âge) et les facteurs extrinsèques (conflits familiaux, difficultés de gestion du quotidien, malveillance, mise en danger à domicile, isolement).
- **R** = Réseau : s'appuyer sur le travail d'équipe avec des interventions pluridisciplinaires.
- **E** = Exécuter sans différer la demande de mesure de protection adaptée : requête, signalement, habilitation familiale, mandat de protection future.

Cette fiche de repérage doit être réinterrogée régulièrement dans le suivi des patients.

4.2. Optimiser la démarche

Le travail en équipe pluridisciplinaire est indispensable à la bonne prise en charge de nos patients.

A ce jour il apparaît évident que les assistants sociaux sont les plus à même d'accompagner les démarches de mise sous mesure de protection juridique. Il est donc indispensable qu'on puisse les retrouver dans les organisations médico-sociales les plus concernées par ses démarches que sont les CLIC. Cependant ils ne peuvent intervenir seuls, ils ont besoin de l'évaluation médicale pour confirmer l'altération des facultés. C'est pourquoi la communication entre les assistants sociaux et le corps médical est primordiale pour optimiser les démarches. Un binôme assistant social-médecin est la clé d'un accompagnement réussi d'une situation médico-sociale complexe.

4.3. Lutter contre les impasses avec la justice

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par une évaluation des pratiques.

L'absence de retour d'information du tribunal auprès du professionnel qui a initié la démarche est regrettable. Il ne peut donc pas ajuster ses pratiques par autoévaluation. Le lien entre les deux parties est rare, hors le partage des informations complémentaires permettrait sûrement à tous d'optimiser son temps et les décisions prises, notamment en ce qui concerne le choix du type de mesure et du mandataire.

La loi évolue progressivement mais plus lentement que les besoins le nécessiteraient. Concernant l'admission en institution sans consentement lors des situations de mise en danger réelle et immédiate, il faudrait peut-être reconsidérer la possibilité du juge de déléguer cette ordonnance au corps médical. Premiers témoins des inadéquations entre besoins médicaux et possibilités juridiques, il est licite que les médecins se questionnent sur leur devoir médical d'alerte, qu'ils suscitent la concertation entre médecine et justice.

Il reste la question des personnes d'un grand âge, ayant parfois plus de 90 ans qui, en l'absence de troubles cognitifs significatifs, ont parfois des difficultés pour la gestion administrative du quotidien. Entre faiblesse physique et fatigabilité intellectuelle ils ont souvent besoin d'être accompagnés. Pour ceux qui ont un entourage bienveillant en capacité de prendre le relais la question ne se pose pas, mais pour les autres il faudrait discuter d'un dispositif sécurisant et adapté, et idéalement non instauré dans l'urgence.

CONCLUSION

Les mesures de protection juridiques initiées au CHU d'Angers concernent majoritairement les personnes âgées de plus de 60 ans, voir 75 ans. Ils sont généralement bien intégrés au système de soins.

Compte tenu du vieillissement de la population, ces patients sont et seront de plus en plus nombreux. Une grande partie d'entre eux semble facilement repérable. En effet, ils présentent une dégradation progressive de leurs capacités cognitives. L'anticipation des démarches en amont de l'hôpital pourrait améliorer la sécurité de ces patients.

Dans l'organisation actuelle du parcours de soins, l'hôpital se révèle un lieu privilégié pour initier les mesures de protection juridique. Il offre les avantages de la pluridisciplinarité dans une unité de lieu et de temps. L'évaluation des patients y est facilitée grâce aux regards croisés des différentes professions. Le travail en binôme médecin et assistant social favorise la réalisation de la mesure de protection. En effet : le médecin pose le diagnostic d'altération cognitive et conforte le patient et son entourage dans la nécessité de la mesure. L'assistant social accompagne, soutient la démarche et concrétise le versant administratif.

L'anticipation des mesures de protection en amont de l'hôpital n'apparaît pas si simple. Elle rencontre deux obstacles majeurs : la difficulté de repérage lors d'un exercice solitaire et surtout le manque d'assistant social dans les structures médico-sociales concernées que sont les CLIC. Ce dernier point apparaît un handicap dans l'organisation de notre système de soins.

Par ailleurs, les médecins sont témoins d'un nombre croissant de situations de vulnérabilité qui se révèlent de véritables impasses d'un point de vue médico-judiciaire. Dans ces situations, les besoins médicaux s'opposent aux possibilités judiciaires. Ces situations ne pourront se résoudre sans une solution concertée médecine-justice.

Afin d'améliorer l'efficacité de nos prises en charge en matière de protection juridique, plusieurs pistes peuvent être explorées : faciliter le repérage par tous les professionnels de santé grâce à une fiche de repérage simple, optimiser la connaissance des mesures de protection juridique, de leurs procédures de mise en œuvre et de leurs récentes alternatives, enfin lutter contre les impasses médico-judiciaires. En effet, la loi évolue et s'adapte aux besoins de la société mais son évolution est plus lente que celle de la société. De nos jours, les médecins sont les premiers témoins des inadéquations médecine et loi. Les médecins ont probablement un rôle d'alerte pour susciter cette concertation avec la justice.

Pour autant, il serait judicieux d'obtenir le regard des intervenants en ambulatoire, notamment les médecins traitants ou les CLIC. Ont-ils réellement les difficultés mises en évidence dans notre travail ? Proposent-ils des pistes différentes d'amélioration ? Ou confortent-ils nos résultats ?

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate [En ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr> consulté le 15 septembre 2016.
- (2) Ministère de la justice. Les chiffres clés de la justice 2016. <http://www.justice.gouv.fr> consulté le 10 janvier 2017.
- (3) Greffe du tribunal d'instance d'Angers. Les mesures de protection juridique en 2015 [Par téléphone]. Information auprès de Me la directrice, en date du 21 juin 2016.
- (4) Frappe P. Initiation à la recherche. Collège National des Enseignants Généralistes et Global Média Santé ; 2011, 216 p.
- (5) Favier Y. La famille, l'argent et les personnes vulnérables : la place du droit. Dialogue. 2008 ; 181:75-83.
- (6) Caron-Dégli A. Protéger la personne en perte d'autonomie intellectuelle, préserver sa volonté. Soins gériatrie. 2016 ; 122:23-29.
- (7) Cour de Cassation. Rapport annuel 2009. Les personnes vulnérables dans la jurisprudence de la Cour de Cassation. [En ligne] <https://www.courdecassation.fr> consulté le 14 janvier 2017.
- (8) Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. INSEE première. 2010 ; 1320:1-4.
- (9) Martial F, Naudy-Fesquet I, Roosz P, Tronyo J, Tableaux de l'économie française. INSEE. 2014 ; 100-101.
- (10) HAS, Haute Autorité de Santé. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires. 2013. [En ligne] <http://www.has-sante.fr> consulté le 27 janvier 2017.
- (11) Bertillot H, Bloch MA. Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique. Revue française des affaires sociales. 2016 ; 8:107-128.
- (12) Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale. Présentation du dispositif MAIA 49 autour d'une table ronde. 2012. [En ligne] <http://www.unccas.eu> consulté le 29 décembre 2016.
- (13) Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. 2e édition. Presses universitaires de France ; 2009, 127 p.
- (14) Code civil. Article 415. Version en vigueur au 1^{er} janvier 2009. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 6 février 2016.
- (15) RICHEMONT H. Rapport fait au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée

- Nationale, après déclaration d'urgence, portant réforme de la protection juridique des majeurs. Sénat. 2007 ; 212. [En ligne] <https://www.senat.fr> consulté le 14 avril 2016.
- (16) Code Civil. Article 431. Version en vigueur au 18 février 2015. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 6 février 2016.
- (17) Direction de l'information légale et administrative. Loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs - Panorama des lois - Actualités. 2007. [En ligne] <http://www.vie-publique.fr> consulté le 9 septembre 2016.
- (18) Direction de l'information légale et administrative. Mandat de protection future. 2016. [En ligne] <https://www.service-public.fr> consulté le 18 décembre 2016.
- (19) Girer M. Personnes âgées et protection juridique. Soins gériatrie. 2013 ; 103:22-26.
- (20) Direction de l'information légale et administrative. Habilitation familiale. 2016. [En ligne] <https://www.service-public.fr> consulté le 19 décembre 2016.
- (21) Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2015. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 11 janvier 2017.
- (22) Portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches. Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. 2016. [En ligne] <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr> consulté le 11 janvier 2017.
- (23) Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le dispositif Paerpa, le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. 2016. [En ligne] <http://social-sante.gouv.fr> consulté le 27 janvier 2017.
- (24) Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. La prévention de la perte d'autonomie. La fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Les Rapports de l'IRDES. 2016 ; 563:65-68. [En ligne] <http://www.irdes.fr> consulté le 27 janvier 2016.
- (25) Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999) : Le modèle biopsychosocial et la critique du réductionnisme biomédical. Le Journal des psychologues. 2008 ; 260:52-55.
- (26) Le Borgne-Uguen F, Pennec S. L'exercice familial des mesures de protection juridique envers les parents âgés. Revue française des affaires sociales. 2005 ; 4:55-80.
- (27) Code civil. Article 428. Version en vigueur au 1^{er} janvier 2009. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 6 février 2016.

- (28) CREAI, Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité. Qui peut demander une mesure de protection. [En ligne] <http://protection-juridique.creainpdc.fr> consulté le 7 février 2016.
- (29) Code civil. Articles 508 à 514. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 6 février 2016.
- (30) Code civil. Articles 492 à 507. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 6 février 2016.
- (31) Direction de l'information légale et administrative. Qui peut demander l'ouverture d'une sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle. 2016. [En ligne] <https://www.service-public.fr> consulté le 9 septembre 2016.
- (32) Code civil. Articles 428 à 432. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr> consulté le 9 septembre 2016.
- (33) Dupont B. Avis présenté au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale, après déclaration d'urgence, portant réforme de la protection juridique des majeurs. Sénat. 2007 ; 213. [En ligne] <https://www.senat.fr> consulté le 14 avril 2016.
- (34) Durand R. Le régime de protection civile des incapables majeurs. Droit déontologie et soin. 2010. 279-291.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
METHODE	3
1. Choix de la méthode	3
2. Choix de la population et modalités de recrutement	3
3. Guide d'entretien	4
4. Conduite des entretiens	4
5. Saisie et analyse des données.....	4
RESULTATS	5
1. Les éléments médicaux d'alerte	5
1.1. L'âge	5
1.2. Les troubles cognitifs	5
1.3. Les éléments aigus	6
1.4. Les éléments chroniques.....	6
2. Le contexte social	6
2.1. L'isolement	6
2.2. La situation familiale	7
2.3. L'entourage extrafamilial	7
2.4. Le lieu de vie	7
2.5. La situation financière, administrative, professionnelle	8
2.6. La malveillance.....	8
3. Les sources d'information disponibles	8
3.1. Les personnes physiques	8
3.2. Les outils standardisés	9
3.3. Les difficultés de gestion du quotidien	9
3.4. L'évaluation sociale à l'hôpital	9
4. L'hospitalisation.....	10
4.1. L'impact sur le patient et son entourage	10
4.2. Les avantages pour le dépistage et la mise en œuvre de la mesure de protection juridique	10
4.3. Les difficultés d'évaluation à l'hôpital.....	11
4.4. L'impact de la durée de séjour.....	12
5. La demande de mesure de protection juridique	12
5.1. La prise de décision, les préparatifs.....	12
5.2. La requête	13
5.3. Le signalement.....	13
5.4. La sauvegarde médicale	14
5.5. Les freins à la mesure de protection juridique.....	14
5.6. Les avantages de la mesure vus par l'entourage	15
6. Les différentes personnes ressources en ambulatoire.....	15
6.1. Le médecin traitant.....	16
6.2. Les CLIC.....	16
6.3. La MAIA	16
6.4. Les assistants sociaux de secteur.....	17
6.5. Les autres intervenants à domicile	17

7. L'anticipation	17
8. Le retour d'information du tribunal	18
8.1. En cas de requête	18
8.2. En cas de signalement.....	19
8.3. Les situations particulières	19
DISCUSSION	20
1. Discussion de la méthode : forces et faiblesses de l'étude	20
2. Discussion générale sur les résultats principaux.....	20
2.1. Le patient : son profil et son environnement.....	21
2.2. Le repérage des situations vulnérables	22
2.3. Les impasses	25
3. L'évolution de la loi sur la protection des majeurs et ses alternatives	25
3.1. Rappel historique de la loi.....	25
3.2. Le mandat de protection future.....	26
3.3. L'habilitation familiale.....	26
3.4. La loi d'adaptation de la société au vieillissement	26
3.5. Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.....	27
4. Synthèse et suggestions	28
4.1. Améliorer le dépistage.....	28
4.2. Optimiser la démarche	29
4.3. Lutter contre les impasses avec la justice.....	29
CONCLUSION.....	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
TABLE DES MATIERES	36
ANNEXES.....	I
Annexe 1 : Rappel sur les mesures de protection juridique	I
Annexe 2 : Exemple de courriel d'invitation	II
Annexe 3 : Grille d'entretien	III
Annexe 4 : Citations choisies pour illustrer les résultats	V
1. Les éléments médicaux d'alerte	V
1.1. L'âge	V
1.2. Les troubles cognitifs	V
1.3. Les éléments aigus	VI
1.4. Les éléments chroniques.....	VI
2. Le contexte social	VI
2.1. L'isolement	VI
2.2. La situation familiale	VII
2.3. L'entourage extrafamilial	VII
2.4. Le lieu de vie	VIII
2.5. La situation financière, administrative et professionnelle	VIII
2.6. La malveillance.....	IX
3. Les sources d'informations disponibles.....	IX
3.1. Les personnes physiques	IX
3.2. Les outils standardisés	IX
3.3. Les difficultés de gestion du quotidien	X

3.4. L'évaluation sociale à l'hôpital	X
4. L'hospitalisation.....	XII
4.1. L'impact sur le patient et son entourage	XII
4.2. Les avantages pour le dépistage et la mise en œuvre de la mesure de protection juridique	XII
4.3. Les difficultés d'évaluation à l'hôpital.....	XIII
4.4. L'impact de la durée de séjour.....	XIII
5. La demande de mesure de protection juridique	XIV
5.1. La prise de décision, les préparatifs.....	XIV
5.2. La requête.....	XV
5.3. Le signalement.....	XV
5.4. La sauvegarde médicale	XVI
5.5. Les freins à la mesure de protection juridique.....	XVI
5.6. Les avantages de la mesure vus par l'entourage	XVIII
6. Les différentes personnes ressources en ambulatoire.....	XVIII
6.1. Le médecin traitant.....	XVIII
6.2. Le CLIC	XIX
6.3. La MAIA	XX
6.4. Les assistants sociaux de secteur	XX
6.5. Les autres intervenants à domicile	XX
7. L'anticipation	XXI
8. Le retour d'information du tribunal.....	XXII
8.1. En cas de requête	XXII
8.2. En cas de signalement.....	XXIII
8.3. Les situations particulières	XXIII

ANNEXES

Annexe 1 : Rappel sur les mesures de protection juridique

Il existe **trois types de mesures** : la sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle. (26, 27)

La sauvegarde de justice médicale est demandée au juge des tutelles par un médecin. Il s'agit d'une mesure d'urgence qui n'est que temporaire. Elle permet une protection rapide et est prévue pour une durée d'un an renouvelable une fois. (28)

La curatelle est un régime d'assistance, elle est appliquée en cas d'incapacité partielle de la personne qui a besoin d'être conseillée ou contrôlée dans les actes de la vie civile (29).

La tutelle est un régime de représentation, elle est appliquée en cas d'incapacité complète de la personne qui a besoin d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile (30).

Il existe **deux voies possibles** pour demander une mesure de protection juridique :

La voie de loin la plus fréquente mais aussi la plus rapide est la requête faite auprès du juge de tutelles. Cette requête est formulée par la personne elle-même, ou son conjoint, ou un membre de la famille (au sens large), une personne entretenant des liens étroits et stables avec la personne vulnérable, ou encore par le curateur/tuteur si la personne est déjà assistée. (31, 32) Pour être recevable par le juge, cette requête doit être accompagnée du certificat médical circonstancié. Les imprimés de requête sont disponibles auprès du tribunal ou auprès des assistants sociaux. Les honoraires du certificat médical circonstancié s'élèvent à 160€, fixés par le tribunal. Ce montant est à la charge des familles.

La deuxième voie consiste à établir un signalement au Procureur de la République.

Le signalement peut être fait par toute personne ou service préoccupé par une situation de majeur vulnérable (entourage, service sociaux, établissements de santé...). Le Procureur de la République appréciera l'opportunité d'adresser une demande de mise sous protection au juge des tutelles qui missionnera par réquisition, un médecin inscrit afin de réaliser le certificat médical circonstancié. Les frais sont dans ce cas, payés par la justice. (28)

En résumé : **trois principes** régissent l'ouverture d'une mesure de protection juridique : la nécessité (l'ouverture d'une mesure de protection juridique est limitée aux cas d'altération des facultés mentales, conduisant à une incapacité à assurer seuls ses intérêts), la subsidiarité (la protection de la personne vulnérable ne peut pas être assurée par un autre dispositif juridique plus léger, et portant moins atteinte à ses droits) et la proportionnalité (la mesure est fonction du degré de vulnérabilité et des besoins de la personne, elle est pleinement adaptée à sa situation). (33) Dans le régime actuel, l'action centrale concerne encore les biens, mais elle est plus ouverte sur la protection de la personne. (34)

Annexe 2 : Exemple de courriel d'invitation

Bonjour,

Interne en Médecine générale, j'effectue ma thèse sur les mesures de protection juridique initiées au CHU d'ANGERS, sous la direction du Dr BOUJU Brigitte, Praticien Hospitalier dans le service de médecine polyvalente.

J'aimerais m'entretenir avec vous pour mieux appréhender le contexte des demandes initiées lors d'hospitalisations. Par expérience je sais que vous êtes au cœur de ces prises en charge et que vous connaissez bien ces situations médico-sociales complexes.

L'objectif de mon travail est le repérage précoce des éléments qui peuvent alerter sur la nécessité de mise en place d'une mesure de protection juridique afin d'améliorer le parcours de soins. J'espère que ce travail permettra de trouver des solutions pour anticiper ces demandes.

L'entretien sera individuel à l'aide d'un questionnaire ouvert standardisé, sur une durée de 30 à 45 minutes. Avec votre accord, je procéderai à un enregistrement audiographique de l'entretien. Les données seront ensuite anonymisées.

Dites-moi quelles sont vos disponibilités pour pouvoir fixer un rendez-vous. J'aimerais idéalement tous vous rencontrer, d'ici les 4-5 mois à venir.

Je m'engage à vous communiquer les résultats de ce travail à la fin de l'analyse complète des données recueillies.

J'espère que mon initiative retiendra votre attention, je vous remercie par avance pour votre aide indispensable.

Je suis joignable par mail (adeline.gros1987@gmail.com) ou téléphone (06 21 49 07 60).

Adeline GROS

Annexe 3 : Grille d'entretien

I. Le patient

QUESTIONS :

- Quel(s) type(s) de profil de patient se dégagent lorsqu'une demande de mesure de protection juridique est initiée au cours d'une hospitalisation au CHU d'Angers ?
- Ces patients vous semblent-ils facilement et rapidement repérables ? Sur quels critères ?

Thèmes abordés (sinon : questions de relance) :

- Personnes âgées = à partir de quel âge ?
- situation familiale et sociale
- lieu de vie et changement de lieu de vie imminent
- présence/absence d'entourage
- qualité de l'entourage

II. Pourquoi une demande de mesure de protection ?

QUESTIONS :

- Quel élément déclencheur vous paraît en jeu dans ces situations ?
- Est-ce un événement nouveau ?

Thèmes abordés (sinon : questions de relance) :

- Une dégradation médicale brutale et inattendue?
- une grande précarité sociale : surendettement, mise en danger par malnutrition, insalubrité logement etc...
- l'environnement familial/social/médical inexistant
- des hospitalisations à répétition
- un problème de maintien à domicile ou non
- une démence ou non
- les exigences des structures sanitaires d'aval (insistance des EHPAD ou centres de convalescence ?)

QUESTION : Avez-vous été confronté(e) à des situations pour lesquelles, selon vous, la demande aurait pu être anticipée ? Si oui, pouvez-vous précisez dans quel contexte ? Par quels acteurs ?

III. Comment la demande est-elle faite ?

QUESTIONS :

- Qui évoque en 1^{er} la mesure de protection juridique : médecin, assistante sociale ?
- Avez-vous été sollicité rapidement après l'admission du patient ? Dans quel délai en moyenne ?
- Avez-vous le sentiment que les proches du patient sont prêts à initier cette demande ou existe-t-il des réticences ? Quelles sont-elles ?
- Quelle est la durée moyenne de constitution du dossier (le temps de réunir toutes les pièces nécessaires) ?
- Quels sont les délais de réponse ? Quels sont les résultats (acceptation/refus de la demande) ?
- Quels sont vos liens avec l'assistance sociale de secteur et le médecin traitant ?

Thèmes abordés (sinon : questions de relance) :

- forme de la demande : par la famille, signalement au procureur par l'équipe hospitalière, mise en place d'une sauvegarde de justice ?
- temps de constitution de dossier et durée de mise en place de la mesure de protection effective
- délai de prise en charge, réponses favorables ou non

Annexe 4 : Citations choisies pour illustrer les résultats

1. Les éléments médicaux d'alerte

1.1. L'âge

E2 : « Pour une mesure de protection, moi, le profil qui se dégage le plus c'est effectivement une personne âgée de plus de 75 ans. »

E9 : « C'est sûr qu'à 99 ans et demi, même si on n'a pas de gros troubles intellectuels, on est dans l'incapacité de faire ce genre de démarches (administratives et financières), c'est beaucoup trop lourd. » (...) « Des incapacités physiques et une fragilité intellectuelle liée à son grand âge. »

E10 : « Ça peut être de tout âge. (...) On n'est pas sûr de la vieillesse, on est sûr un peu les accidents de la vie. Après au niveau des mesures de protection, je pense qu'en majorité j'en fais quand même pour les personnes âgées plus. »

E14 : « Ça a pu m'arriver d'évoquer une mesure de protection pour quelqu'un à partir de 25 ans. A partir du moment où la pathologie psychiatrique est diagnostiquée et nommée et qu'on sait qu'il y aura des difficultés tout au long de la vie, on évoque déjà la mesure de protection. »

E8 : « Ça pose un réel problème quand c'est des jeunes. »

1.2. Les troubles cognitifs

E12 : « Le critère numéro un c'est les troubles cognitifs. »

E3 : « Le premier (profil) qui me vient à l'esprit c'est que ce sont surtout des personnes qui ont des troubles cognitifs. »

E4 : « Tous ceux que je rencontre moi, avec une problématique de mesure de protection, entendons nous bien, ce sont des personnes ayant des troubles cognitifs. »

E2 : « Il y a des petits signaux d'alerte où on me dit « voilà la personne présente quand même des troubles de la mémoire », où il y a effectivement une démence qui n'est pas forcément étiquetée. » (...) « On voit une évolution des personnes qui arrivent effectivement très fragilisées, où la démence est (pause, soupir) déjà bien installée, à un stade bien avéré aussi. On est plus dans le début des troubles. Ça devient de plus en plus compliqué. »

E8 : « Je pense qu'il y a des gens que je croiserais dans un autre lieu... on n'est pas capable de se dire qu'il y a des troubles de la mémoire ou des troubles cognitifs. Ils ont une façon de compenser, c'est assez impressionnant. »

E16 : « Repérer les troubles cognitifs, je pense qu'effectivement tout le monde n'a pas cette même sensibilité-là et il y a des patients qui font illusion sur leurs troubles cognitifs, si on ne sait pas, il y a des fois où on se fait avoir. »

E2 : « Leur catégorie professionnelle influe sur pas mal de choses (...) il faut qu'on en tienne compte car souvent ces personnes-là donnent le change » (...) « Pour quelqu'un qui n'a pas fait d'études, effectivement, là on décèle plus facilement les troubles cognitifs. »

E16 : « Des gens qui ont des carences éducatives avec un niveau intellectuel assez bas. (...) Avec des difficultés à lire et à écrire, on est vraiment sur un niveau plus que de base. Donc voilà, grande difficulté. »

1.3. Les éléments aigus

E15 : « De ce que j'en observe moi c'est plutôt lié à quelque chose de brutal. »

E2 : « Dans l'entretien avec la personne on sent effectivement quand il y a quelque chose de confus. Après voilà, il faut éliminer quand c'est très ponctuel car il y a problème organique. »

E10 : « On se laisse toujours un petit peu de temps pour voir au niveau de la récupération. »

E15 : « Ça va être des gens là actuellement qui vont avoir subi un AVC, qui ne vont plus avoir toutes leurs capacités intellectuelles ou physiques pour s'occuper d'eux mêmes » (...) « Ça va se faire dans un moment aigu mais avec la connaissance aussi que la difficulté à laquelle fait face la personne elle va être durable »

1.4. Les éléments chroniques

E2 : « J'ai vu des situations où ça faisait un an que ça perdurait. »

E4 : « Souvent ça n'est pas nouveau sauf qu'on arrive à un moment donné où on est au bout (...) on arrive... à un point du parcours où on va pas pouvoir faire autrement. » (...) « La plupart des situations que je vois, on est vraiment sur quelque chose où à la limite le diagnostic a même été posé il y a un certain temps. Voilà on est dans une évolution, mais cette évolution elle est difficile... à faire comprendre aussi aux familles. »

E7 : « La majorité ce ne sont pas des problèmes nouveaux. »

E16 : « Les troubles cognitifs ils ne viennent pas comme ça d'un coup d'un seul, les gens qui sont isolés, ben c'est pareil, ils ne viennent pas d'un coup d'un seul à l'hôpital ; enfin, la situation elle existait déjà depuis longtemps souvent, c'est bien ça le problème d'ailleurs, c'est que la situation elle est souvent enkystée depuis un petit moment. »

E13 : « Il y en a pour qui il y a un déni complet, ou en tout cas une incapacité à voir les difficultés. »

E16 : « Après on a l'hôpital de jour où on voit les gens parfois une fois par semaine et ça nous permet aussi d'évaluer (...), on s'adapte aussi à la temporalité de l'autre. »

2. Le contexte social

2.1. L'isolement

E4 : « Isolés, parfois, ou en tout cas, pas avec directement une famille. »

E12 : « Plutôt des personnes qui sont isolées ou qui ont un entourage plutôt plus amical que familial. Plutôt des patients qui n'auraient pas d'enfants. »

E2 : « Et souvent, soit isolé ou avec une famille qui est effectivement éloignée au niveau géographique. Parce qu'on sait très bien que les enfants ou les aidants ne sont plus toujours à proximité, du fait professionnel ou personnel. »

E10 : « Je trouve que c'est aussi beaucoup plus de personnes âgées mais qui s'explique aussi parce qu'à un moment donné ben les amis sont décédés, le mari ou la femme est décédé(e), les enfants peuvent être loin. »

E11 : « Alors quand même davantage chez les personnes âgées voir très âgées qui ont de moins en moins d'entourage parce qu'ils sont vieux et que les amis potentiellement bienveillants dix ans auparavant, ne sont plus là. Donc ça arrive de temps en temps des patients complètement isolés, mais ça n'est pas du quotidien. »

E13 : « On sent assez vite que ça va être compliqué, notamment par l'isolement, ça c'est vraiment une donnée assez objective, quand on a personne à prévenir, qu'il n'y a pas de visites. »

E15 : « On les repère quand même assez facilement dans le sens où les indicateurs ça va être qu'ils sont isolés... donc pas ou peu de famille qui vient leur rendre visite. »

2.2. La situation familiale

E3 : « Après il y a également quand il peut y avoir de la famille qui est proche mais où il y a plutôt des situations de conflits au sein des familles, où les familles se désengagent un peu de la situation de leur parent, ou de leur proche. »

E4 : « Quand les personnes ne sont pas isolées on est souvent dans des difficultés de conflit familial... avec... des abus concernant la situation par rapport à la fragilité, la vulnérabilité du patient. »

E10 : « Je constate quand même qu'il y a souvent un conflit familial. » (...) « Quand on est face à des conflits familiaux ou que la personne elle-même peut avoir un peu d'altération des facultés mentales mais clairement nous dire que son fils a la carte mais qu'il n'a pas confiance. »

E6 : « Se surajoute une « faiblesse » de l'entourage immédiat... enfin, une « faiblesse », ça n'est pas très joliment dit, mais voilà, en tout cas, un entourage qui ne peut pas prendre le relais à ce niveau-là, qui n'est pas suffisamment étayant, ou, tout simplement, qui n'en n'a pas l'envie. » (...) « Quelquefois, justement le relai familial, il peut être compliqué à mettre en œuvre parce que l'addiction a fait se jouer beaucoup de choses dans la famille, dans les relations. »

E10 : « Quand les personnes sont en couple et que le patient c'est la femme ou le monsieur et qu'on se rend compte que le conjoint tient la route et n'a pas de troubles cognitifs, généralement la personne prend le relais sur les papiers et il n'y a pas forcément de mesure de protection. »

E8 : « Ce sont majoritairement effectivement des personnes en couple, où effectivement se pose la gestion de l'autre quand l'autre ne peut plus gérer ses papiers, ses documents, fait des bêtises, ou fait des chèques sans s'en rendre compte. » (...) « Dans un couple si c'est le mari le patient, la femme : oui c'est comme ça « je suis mariée pour le meilleur et pour le pire et j'assume », donc généralement la femme ne demande rien et assume son mari (...). Avec l'homme on a plus de facilité, quand c'est la femme qui est atteinte de la pathologie, on met des aides plus facilement. »

2.3. L'entourage extrafamilial

E3 : « Des personnes qui sont nommées et qui sont présentes comme étant l'aidant principal, et qu'on voit que de leur côté il y a des choses qui ne sont pas forcément non plus adaptées à la situation de la personne. »

E5 : « Les amis, ben ça reste des amis et du coup ça n'est pas toujours facile pour eux de pouvoir intervenir davantage dans les démarches administratives de cette personne donc ils ont leurs limites et puis surtout ils ont des fois des inquiétudes quand même puisqu'ils se disent « est-ce que un jour la famille ne peut pas non plus nous reprocher de faire ci, de faire ça ? ». »

E12 : « 86 ans, veuve, sans enfant et l'ami qui l'aidait jusqu'à présent est lui même assez âgé puisqu'il a 87 ans, veuf également, ils se connaissent depuis très très longtemps, il l'aide depuis un moment dans la gestion financière et administrative mais il n'a pas de procuration (...) puisqu'il faisait tout en accompagnant la dame, avec la dame. Donc là typiquement, il est coincé (car la dame est hospitalisée). »

2.4. Le lieu de vie

E2 : « Des personnes qui présentent de toute manière un problème de maintien à domicile du fait d'une perte d'autonomie et de troubles cognitifs. » (...) « Pour la personne son retour à domicile est inenvisageable, qu'il faut qu'elle aille en EHPAD ou en UPAD (unité protégée pour les personnes âgées désorientées), et qu'effectivement la personne est dans le refus, il arrive un moment où il va falloir que nous on ait les éléments et l'appui du juge des tutelles en disant « là ce n'est plus possible son lieu de vie, il y a une mise en danger, il faut que cette personne rentre en établissement ». »

E13 : « Quelqu'un d'isolé, sans mesure de protection, pour une admission en EHPAD, c'est compliqué » (...) « Et puis il y a des maisons de retraite qui commence à la demander. »

E4 : (au sujet de l'institutionnalisation) « Il y a un moment donné, on sait que ça va bloquer même si la mesure de protection, toute tutelle qu'elle soit, ne change pas forcément les choses, dans les textes. »

E14 : « Même quelqu'un sous tutelle, on ne peut pas imposer son lieu de vie, mais parfois on peut faire appel au juge des tutelles pour qu'il y ait une ordonnance. »

E9 : « Quand il y a déjà eu un essai de retour à domicile avec échec et ré-hospitalisation, on ne peut pas se permettre encore de recommencer. On s'appuie vraiment sur le travail qui a déjà été fait. »

E11 : « Finalement des patients qui sont en institution, que ce soit une institution pour personnes handicapées, que ce soit une institution pour personnes âgées, il y a des professionnels autour d'eux qui sont vigilants. »

E10 : « Généralement quand les personnes arrivent et qu'elles sont déjà en foyer logement ou en maison de retraite ou en structure, généralement les démarches sont faites. Les mesures de protection effectivement dans la majorité ce sont des gens qui viennent de leur domicile. »

2.5. La situation financière, administrative et professionnelle

E5 : « Aucune procuration bancaire donc il y a aussi cette limite-là. »

E8 : « Il y en a un qui est déficient et l'autre n'a aucun moyen d'agir parce qu'ils n'ont pas fait de procuration, parce que ça n'a pas été anticipé, parce que ça ne sont pas des choses auxquelles les gens pensent. »

E16 : « La dépression, les consommations d'alcool, ont fait qu'ils n'ont plus du tout fait attention à leur situation administrative et qu'ils se retrouvent surendettés, englués dans des tas de difficultés, qu'ils ont besoin d'être accompagnés. »

E10 : « Au niveau de la situation professionnelle il n'y a pas de particularité. J'ai des gens qui travaillent, j'ai des gens qui sont à la retraite, j'ai des gens qui sont au chômage, enfin il n'y a pas un profil particulier. »

E6 : (au sujet de la précarité sociale) « Oui il y en a, mais ça n'est pas la majorité. »

2.6. La malveillance

E4 : « La famille, ou quelqu'un nous dit « oui, mais là... ». Il y a des gens qui viennent régulièrement. Moi j'ai une dame qui a fait trois ravalements de façade quand même en moins d'un an. » (...) « On a des gens ils ont plusieurs abonnements de téléphone. »

E12 : « (Des) proches nous rapportent que le patient, la patiente, voilà... (réflexion), ce n'est pas dilapider parce que ça regarde chacun, mais... ferait beaucoup de frais, euh... donnerait de l'argent aux personnes qui se présentent à leur domicile, voilà, ce type de situations, ou des faits qui démontreraient la vulnérabilité du patient, de la patiente, toute sa fragilité et le risque d'être spolié par un entourage proche ou les gens de passage autour. »

E13 : « C'est surtout quand on sent qu'il y a de la malveillance financière et que le proche ne prend pas les décisions adaptées pour la personne. Là vraiment, il peut y avoir plus d'urgence à faire. »

E15 : « Et parfois, mais comme assez souvent finalement, quand on repère que la famille peut avoir des mauvais agissements envers le patient. Oui, là, j'en ai quand même un certain nombre, enfin, on part sur des mesures de protection quand même régulièrement pour ça. »

E16 : « Quand réellement on sent que l'entourage n'est pas bienveillant, voir... fait des malversations, enfin vraiment, où là la question elle ne se pose pas, tu signales. »

3. Les sources d'informations disponibles

3.1. Les personnes physiques

E2 : « On a aussi besoin des intervenants à domicile, ou de la famille, des aidants, des personnes proches qui sont capables de nous donner des éléments. C'est au vu de tous ces éléments qu'on peut évaluer si nécessité, ou pas, d'une mesure de protection, si vulnérabilité il y a, ou pas ! »

E8 : « C'est souvent l'entourage quand même qui nous signale. Nous après effectivement on interroge pour confirmer parce qu'on est toujours vigilant à des mises sous protection, il ne faut pas que ça soit abusif. »

3.2. Les outils standardisés

E2 : « Nous il y a toute une organisation où effectivement on fait le point. On demande une grille GIR au niveau de l'autonomie et de la dépendance, souvent il y a aussi toute une évaluation gériatrique qui est faite aussi avec le MMS effectivement où là on évalue aussi les fonctions supérieures. »

E14 : « Pour les personnes âgées, dès qu'il y a un MMS qui est perturbé, là, tout de suite, on dit « il y a un MMS perturbé, on ne sait pas si la famille gère, est-ce qu'ils ont procuration, est-ce que le patient laisse accès à ses papiers ?... ». » (...) « Là, on se base vraiment sur des tests, on a vraiment une base solide quoi. »

E16 : « Et du coup rapidement ils (les médecins du service) vont faire des tests donc quand le MoCa ou le MMS il est assez bas, ils vont penser à m'alerter pour justement évaluer la capacité ou pas, ou l'intérêt d'une mesure de protection, en fait. »

3.3. Les difficultés de gestion du quotidien

E3 : « Quand on voit que les personnes ne sont plus capables de prendre des décisions par elles-mêmes. (pause). Et surtout, oui, être à même de prendre les décisions les plus adaptées à leur situation. »

E1 : « Quand il y a des personnes qui répondent parfois un peu furtivement aux questions ou qui ne savent pas trop ou qui semblent un peu perdu quand je pose des questions un peu précises sur les démarches administratives, oui, ben là, on voit vite. »

E8 : « J'ai des personnes âgées qui ont des troubles cognitifs et qui me donnent leur code (de carte bancaire) sans aucune barrière. » (...) « Moi ça m'arrive je leur dit « votre code bancaire vous vous en rappelez ? » « ah ben oui, je vous le donne », voilà, ça ce sont des choses où on dit « ouh là, attention » parce que ça veut dire qu'ils peuvent être très influençables. »

E12 : « Aujourd'hui ses difficultés sont telles... pour vous dire, l'argent qu'elle avait sur son compte elle me montrait son relevé de compte et puis son bilan sanguin, parce qu'elle voyait des chiffres. »

E14 : « Souvent à la maison c'est : ne se nourrit plus... a le gaz à la maison et refuse qu'on enlève le gaz à la maison, laisse entrer les personnes qu'elle ne connaît pas, est capable de donner de l'argent à n'importe qui, chute et n'est pas capable d'alerter, déambule, se perd, fugue... c'est tout ça (rires) ! » (...) « S'il n'y a pas de mutuelle, tout de suite on peut aller voir et dire « pourquoi vous n'avez pas de mutuelle ? » et se rendre compte qu'en fait il y a beaucoup d'autres choses autour qui ne sont pas gérées, qu'il y a vraiment des difficultés dans toute la gestion du quotidien. »

E2 : « Tout ce qui a trait aux finances c'est important parce que souvent on note soit des dettes, des retraits sur les comptes bancaires qui ne sont pas du tout cohérents, on voit bien que la personne n'est plus en capacité de gérer ni son administratif ni son financier. »

E7 : « On s'interroge sur « mais qui gère les comptes, qui... voilà », et c'est de là qu'on étaye l'évaluation, en allant voir l'entourage, pour faire le point » (...) « Des personnes plus en capacité d'expliquer leur gestion administrative et financière au quotidien, ou qui voilà, n'ont plus du tout d'éléments fiables sur ça. »

E9 : « Il n'y a personne pour pouvoir gérer les tâches administratives et financières. Et personne pour décider »

E16 : « Des gens qui vont consommer beaucoup d'alcool, qui vont être dans des mises en danger, qui vont faire des achats compulsifs, qui vont retirer, par exemple, je ne sais pas moi, en trois jours, beaucoup d'argent liquide sans trop savoir ce qui en a été fait de cet argent-là. »

E5 : « Quand il y a du patrimoine, des choses, peut-être que c'est des critères qui font qu'on se dit qu'elle va vraiment être nécessaire. » (...) « Des chèques avec des chiffres inappropriés... des sommes qui font des mille euros... enfin les erreurs, entre les euros et les francs. »

E4 : « Parfois elle a une vie un peu... que nous on pourrait considérer, avec nos représentations, de particulière, de pas très adaptée, mais si c'est une personne qui a toujours vécu de cette façon-là, il faut aussi faire la part des choses. Ce qui n'est pas toujours simple. »

3.4. L'évaluation sociale à l'hôpital

E2 : « Dans l'entretien avec la personne on sent quand il y a quelque chose de confus. »

E11 : « J'essaie de rester assez objective avec mon évaluation à moi. » (...) « Ca serait au risque d'évaluer faussement les choses je pense, de penser pouvoir repérer facilement ces patients-là. »

E6 : « Ce qui n'est surtout pas évident c'est, moi dans mes services, c'est d'évaluer une altération durable. »

E10 : « On demande un avis gériatrique parce qu'on est en train de se demander s'il n'y a pas une démence ou des choses comme ça. »

E11 : « Quand on est avec les personnes âgées, on sait bien que les entretiens sont parfois assez compliqués avec de la surdité ou autre, parfois une mauvaise compréhension des questions, donc on pourrait vite s'inquiéter pour des situations qui ne le méritent pas forcément. »

E14 : « Souvent, on le sait bien, au CHU c'est parfois la dernière porte. Et on arrive sur des situations catastrophiques, ça arrive au CHU et là il faut faire toute l'évaluation, on prend les témoignages de tout le monde et on dit « Mais pourquoi ça n'a pas été fait avant ? ». Et à force de mettre tous les éléments bout à bout, coordonner, c'est vraiment que de la coordination, on se rend compte que là ce n'est pas vraiment plus possible et qu'en effet la mesure de protection s'impose. »

E12 : « Ces problématiques-là (...) elles sont vite repérées par les soignants, parce qu'en plus on a (...) une réunion médico-sociale par unité par semaine, avec toute l'équipe » (...) « Si c'est l'entrée qui se fait le lendemain de la réunion médico-sociale, enfin les soignants m'appellent tout de suite (...) en disant comme ils disent « problème social plus plus plus » (petit rire). »

E10 : « J'aime bien voir le patient et la famille, mais voir la famille aussi seule car on se rend souvent compte que discours devant le patient et le discours quand le patient n'est pas là, n'est pas le même. »

E16 : « Il faut attendre qu'ils ne soient plus dans le sevrage pur parce qu'il y a toujours les troubles cognitifs qui peuvent être associés au sevrage, donc on attend que le sevrage soit un peu passé, qu'ils ne soient plus sous benzo (rires) pour voir si ça n'a pas d'incidence sur leur capacités cognitives ou en tout cas, voir un peu à distance comment ils récupèrent. » (...) « On va essayer d'évaluer la situation mais c'est pluridisciplinaire » (...) « Essayer de faire une évaluation, en tout cas avec des questions assez simples sur « Est-ce que la personne a une sécu, une mutuelle, est-ce qu'il a un logement, est-ce qu'il a des problèmes au travail, des problèmes de couple, des problèmes avec les enfants... ? ». Enfin voilà, essayer de jalonner ce qui peut avoir un intérêt rapide d'une évaluation de la situation. »

E3 : « Avant la mesure de protection, c'est surtout sa sécurité et son bien-être qui est la première chose à atteindre. » (...) « Parce qu'après c'est vrai qu'on peut voir des personnes qui sont en situations de troubles cognitifs ou de troubles physiques importants et il n'y aura pas de nécessité d'engager une mesure de protection. Voilà, c'est toute cette partie d'évaluation qui peut prendre plus ou moins de temps. »

E4 : « Une personne démente elle n'est pas forcément sous mesure de protection. » (...) « Parfois, on peut effectivement se dire « on ne bouge pas là mais si la personne elle revient on aura suffisamment d'éléments cette fois ». »

E11 : « Finalement des situations qui parfois vont nous sembler fragiles, s'avèrent pas si fragiles que ça, ou en tout cas il y a des fonctionnements qui sont trouvés par les patients ou leur entourage pour que la situation ne représente pas un danger pour eux. »

E2 : « C'est pas parce qu'il y a une altération des facultés qu'il y a nécessité d'une protection derrière. »

E14 : « Si la personne relève d'une mesure de protection mais que la famille est présente, qu'il n'y a pas de conflit, qu'il y a une procuration sur le compte, je dis que ce n'est pas la peine de faire une mesure de protection. »

4. L'hospitalisation

4.1. L'impact sur le patient et son entourage

E12 : « La situation de crise de l'hospitalisation. »

E4 : « En général c'est le moment de crise et l'hospit' qui souvent déclenche... les choses, quoi. (pause) Même quand il y a un accompagnement extérieur. »

E5 : « On est dans le cadre d'une hospitalisation quand même, donc ça vient quand même bousculer. On est en situation de crise souvent, pour les gens. » (...) « Il y a une perte de repères de leur part donc c'est bien que tous ces éléments font que ça peut des fois aussi majorer les troubles. »

E6 : « L'hospitalisation c'est déjà violent pour les patients, pour les familles, alors quand viennent se rajouter des choses comme ça qui viennent toucher à tellement plus que uniquement la santé. »

4.2. Les avantages pour le dépistage et la mise en œuvre de la mesure de protection juridique

E9 : « On repère en équipe pluridisciplinaire avec le médecin qui va faire référence aux troubles cognitifs. »

E15 : « Nous à l'hôpital on a cette chance de travailler en équipe et la décision elle ne se prend pas que par une personne. »

E4 : « Nos temps d'échanges formalisés, ou informels. » (...) « On voit en réunion de concertation pluridisciplinaire l'ensemble des dossiers qui nous arrivent de l'extérieur... les demandes des médecins, éventuellement des CLIC. »

E2 : « J'assiste tous les matins aux transmissions entre infirmières et médecins. »

E5 : « Il y a un repérage plutôt efficace, dès l'entrée. »

E14 : « C'est plus facilement repérable au CHU, ça c'est sûr. »

E10 : « Généralement quand ils arrivent à l'hôpital ils ont un espèce de petit entretien pour donner la personne de confiance, s'il y a des aides ou pas et déjà là, l'infirmière commence à voir que la personne ne sait pas ou ne répond pas ou répond de façon pas adaptée, on est très vite interpellé. »

E11 : « C'est repéré par l'équipe médicale je suis rapidement interpellée. »

E7 : « Ils font appel à l'EMG qui eux-mêmes, en conclusion préconisent soit de refaire le point, soit de parler de sauvegarde de justice ou de mesure de protection. Donc c'est souvent après cet avis-là que le service de soins me fait appel. »

E9 : « Je travaille aussi pas mal à partir de l'évaluation de l'équipe mobile gériatrique. » (...) « On travaille beaucoup en équipe et il y a plus une relation en duo médecin-assistante sociale, par rapport à la prise de décision »

E4 : « Le patient il est là, il est dans une chambre et que là au moins il ne peut pas se sauver ou nous claquer la porte au nez, quoique... » (...) « Là où on ressent une petite difficulté, d'emblée on fait un entretien en binôme (médecin-assistant social). »

E8 : « Nous à l'hôpital on est un peu privilégié parce qu'on appelle le médecin expert et il passe. »

E10 : « Le fait d'être à l'hôpital il n'y a pas que l'assistante sociale qui dit qu'il y a des troubles, il y aussi le médecin, et j'ai bien remarqué (petit rire) que la parole du médecin... non mais c'est vrai (rires). » (...) « C'est sûr que l'hôpital... ben on a les médecins sous le coude. »

E5 : « Le fait qu'ils soient à l'hôpital, que le médecin pose aussi des éléments médicaux, un diagnostic ou autre, qui met vraiment en avant l'altération cognitive, du coup, ça peut aussi légitimer les enfants à faire la démarche. »

E12 : « Les choses peuvent être dites, entendues, par le corps médical, par l'équipe paramédicale et puis ils demandent à parler à l'assistante sociale du service. » (...) « On a des interlocuteurs pour confier ça, on a le médecin, on a l'équipe soignante, on a l'infirmière, le patient il ne peut pas se dérober à la discussion, en tout cas il est là, on peut faire, on peut « l'évaluer » (...) mais en tout cas, ils (les proches du patient) ont des interlocuteurs à qui le confier. »

4.3. Les difficultés d'évaluation à l'hôpital

E10 : « On a l'impression que l'hospitalisation c'est là où tout doit se régler. »

E2 : « On est en difficulté parce qu'on arrive voilà (sourir), on reprend une situation qui perdure depuis quelques temps au niveau des soignants et au niveau de l'extérieur. »

E11 : « J'estime que des fois, sur dix jours d'hospitalisation, oui, il y a des petits signes qui pourraient laisser penser à une certaine vulnérabilité mais on ne va pas déclencher... on ne sait pas. On a quand même une évaluation partielle. »

E4 : « On n'a pas toujours les éléments non plus pour se lancer dans ce type de démarches. »

E5 : « Des fois sur une première évaluation ça n'est pas toujours simple non plus de se dire qu'il faut tout de suite faire la démarche » (...) « On percevait une altération, des troubles, mais de là à en dire qu'elle n'était pas en capacité je trouvais que sur une première hospitalisation, des fois, que c'était un petit peu trop juste, et que ça méritait plutôt un accompagnement. » (...) « Certainement, à plus ou moins court terme je pense quand même qu'il y aura quand même cette démarche vers. Mais en tout cas ça n'était peut être pas le moment, là. Et en tout cas on manquait certainement d'éléments. »

E6 : « Il faut que l'hospitalisation elle solutionne tout alors que ça peut-être un fonctionnement qui est institué depuis longtemps. »

4.4. L'impact de la durée de séjour

E2 : « La durée moyenne de séjour c'est 7 jours maximum. Donc ça peut être très très violent pour la famille ou la personne. »

E4 : « Dans le cadre de l'hospit' nous on a huit jours pour dégainer. »

E6 : « La durée de séjour est quand même très courte et... et on peut rarement lancer une mesure de protection sur trois jours de temps » (...) « C'est quelque chose de suffisamment impactant et de suffisamment important pour qu'on prenne un peu le temps. »

E10 : « Ils se laissent aussi le temps de voir comment ça évolue. (...) Ce sont des gens relativement jeunes et on me met moins la pression sur la sortie » (...) « C'est vrai que ça peut être bien de nous laisser le temps parce que ça n'est pas non plus... La mesure de protection ça ne se fait pas en un entretien. »

E12 : « Ce sont souvent des situations avec des troubles cognitifs donc un problème de maintien à domicile, donc une hospitalisation qui dure plus longtemps que la DMS classique. »

E15 : « C'est la pathologie qui fait, enfin, l'accident fait que voilà il y a une durée moyenne de séjour qui va être longue, la mesure de protection à effectuer peut rajouter peut être un temps supplémentaire mais avant c'est le problème médical qui fait que la durée va être longue. »

5. La demande de mesure de protection juridique

5.1. La prise de décision, les préparatifs

E4 : « Il y a d'autres formes de protection que la mesure en elle-même. Donc il faut aussi avoir effectivement fait le tour sur ce qui était possible, sans forcément se lancer vers une mesure judiciaire. »

E11 : « C'est quand même plusieurs éléments : financiers, sociaux, administratifs, médicaux, qui font qu'on va se pencher vers une mesure de protection. »

E10 : « Quand déjà on commence à sentir que niveau entourage on a des discours différents et que la personne est incapable de nous dire le vrai du faux, là moi je commence à évoquer la mesure de protection. »

E2 : « Souvent on évoque les choses, on évoque les troubles, on évoque les difficultés qui vont être, l'entrée en institution aussi voilà, ça peut être assez violent donc on peut se voir un, deux, voir trois autres rendez-vous (pause) dans les jours qui viennent. »

E10 : « La mesure de protection ça ne se fait pas en un entretien. »

E15 : « Dans la plupart des situations, même quasiment toutes, la famille est prête à protéger... si on explique bien et qu'on prend le temps... »

E10 : « Il y a forcément un délai au niveau des pièces justificatives (l'acte de naissance). Après en soit le dossier est fait rapidement, si le médecin expert est venu rapidement, ça peut être fait en une semaine, quinze jours. »

E11 : « On ne fait jamais ça dans le dos des gens, même quand c'est un signalement. »

E13 : « Ce qui peut être un peu long c'est l'acceptation. (...) Donc il y a des fois ça peut mettre quand même un gros mois d'acceptation. (...) Après le dossier il est rapide puisque ce sont des pièces qu'on a facilement. »

E2 : « Le plus souvent quand on l'évoque avec la famille, le signalement ça fait peur. Donc là je pense que la famille se mobilise. Ça fait peur. »

E10 : « J'explique aussi à la famille quand ils ont des réticences, que c'est soit ils la font, soit je la fais. (...) Ils préfèrent que ça soit eux parce que sous forme de signalement forcément je vais aussi nommer les enfants et expliquer qu'ils ne veulent pas faire la mesure. Et ils seront quand même convoqués auprès du juge des tutelles. Souvent le mot « signalement » ça effraie toujours un peu. »

E13 : « On leur explique que si c'est nous qui faisons c'est encore plus long. Et puis du coup si ils ne font pas il faut qu'on justifie pourquoi ils ne font pas. Donc ils font mais ce n'est pas simple. »

E11 : « Il faut parfois une multitude d'hospitalisation et de signes d'inquiétude pour que vraiment on se positionne à un moment donné, pour ne pas risquer de faire une demande inadaptée ou d'orienter les familles d'une façon inadaptée vers une demande de mesure de protection. »

E14 : « Je crois qu'on a l'impression que ce n'est que les assistantes sociales qui font les mesures de protection. »

E16 : « Etre sous mesure de protection, être protéger, reconnaître qu'on est vulnérable, ce n'est pas toujours évident. »

E4 : « Après, même si la mesure elle n'est pas faite tout de suite, on part toujours du principe dans notre métier que ce qu'on a lancé comme message un jour, ça laisse toujours une petite trace quelque part. »

5.2. La requête

E2 : « La plupart du temps ils ont de la famille, il y a un entourage, soit des voisins, soit des amis très aidants, soit des enfants ou des frères et sœurs. Souvent il y a de la famille. » (...) « On arrive à mobiliser les familles. »

E9 : « On essaie le plus possible de passer par une requête. »

E6 : « Après, c'est tout l'un ou tout l'autre : soit la famille veut absolument être nommée pour exercer la mesure, et dans ces cas là ils acceptent de faire la demande s'ils sont sûrs d'être mandaté ; soit c'est tout l'inverse : ils veulent bien faire la demande mais au contraire ils ne veulent surtout pas être nommés pour exercer la mesure. » (...) « Mais une fois que la famille est décidée, que l'imprimé est complété, qu'on a l'extrait d'acte de naissance et que du coup on se lance, après ça va assez vite »

E8 : « Même si la personne est isolée on a toujours de l'entourage, on a toujours des amis. C'est rare de ne pas trouver quelqu'un qui n'accepte pas de faire la requête. » (...) « Majoritairement les gens signent les requêtes sans trop de souci. »

E10 : « On trouve toujours quand même quelqu'un, la famille ou des fois même ça peut être un voisin qui est devenu la personne de confiance, enfin on essaie au maximum que ça soit une requête familiale et pas un signalement. »

E4 : « Si on ne remplit pas avec eux, on n'est jamais sûr qu'il arrive au tribunal »

E3 : « Le patient a signé la requête lui-même, par contre je l'ai accompagné dans cette démarche. C'était lui qui était en demande justement d'être soutenu et d'être aidé par la mesure de protection. »

E8 : « Là j'ai un monsieur qui a fait sa demande, on l'a accompagné et puis il a fait sa demande. » (...) « Ça n'est pas la majorité, c'est très isolé mais ça peut arriver »

E6 : « il y a des patients, quand nous on l'évoque, ils sont partants, ils sont d'accord, ils conviennent qu'ils ont des difficultés. »

E13 : « Il y a des patients pour qui c'est évident et donc ils sont requérants, ils signent aux mêmes. »

E14 : « Pour moi, on ne peut pas faire signer un patient. Pour moi le patient on le déclare incapable de gérer ses affaires... »

E11 : (concernant le choix du mandataire, et notamment du mandataire familial) « A partir du moment où il y a une grande famille, où il y a potentiellement du conflit, euh... ce ne sont pas des choses que je conseille »

5.3. Le signalement

E2 : « Après effectivement s'il n'y a pas de famille ou si on n'est pas en accord par rapport au projet et au devenir du patient et aussi par rapport à s'ils sont plus dans le déni de la pathologie, s'il y a une mise en

danger, nous on est dans l'obligation effectivement de faire un rapport social, comme on dit, un signalement au procureur. »

E3 : « Le signalement on le fait quand on est vraiment en dernier recours et que toutes les solutions ont été épuisées. »

E8 : « On signale quand la personne est isolée parce qu'effectivement quand la personne est isolée et qu'elle n'a rien et que... là oui, je fais un signalement. Mais sinon, oui, c'est très rare. »

E11 : « Un signalement c'est quand même assez rare »

E9 : « Tout le monde peut signaler au procureur une situation compliquée. Ça n'est pas une obligation que ça soit un rapport social pour faire le signalement. »

E5 : « Nous c'est toujours délicat... On ne peut pas utiliser la parole des autres, enfin c'est compliqué, ça dépend de la situation. »

E14 : « Le problème du signalement c'est qu'on essaie d'avoir un maximum d'informations, donc il faut qu'on appelle tous les intervenants qui connaissent la situation, ça prend beaucoup de temps. » (...) « Le signalement c'est le bout du bout. »

E13 : « c'est encore difficile pour les partenaires du domicile de signaler au procureur, et de demander la mesure de protection par ce biais (...), ce sont les assistantes sociales qui doivent faire ça, ça c'est encore très ancré »

E9 : « Quand ça passe par le procureur et que c'est le procureur qui nomme un médecin expert, là, ça prend du temps... plusieurs mois. »

5.4. La sauvegarde médicale

E12 : « Tout seul c'est temporaire et ce n'est pas suffisant. »

E14 : « Après je pense que le médecin pense tout de suite « sauvegarde de justice », et moi plutôt « mesure de protection ». C'est à dire que lui il voit plus, au CHU, il voit l'urgence, là il faut déclarer l'incapacité, mais c'est moi plutôt qui pense la suite sur : instruire la requête, ou faire un signalement, ou comment gérer les choses après, je dirais peut-être plus comme ça. »

5.5. Les freins à la mesure de protection juridique

E2 : « Les réticences qui sont souvent mises en avant c'est le lien de confiance avec la personne. Ils ont peur effectivement que la personne leur en veuille. »

E4 : « Le côté judiciaire ben ça fait un petit peu peur. » (...) « C'est vrai que c'est des gros mots : « le juge », « le tribunal », »

E6 : « Je dirais que la première chose qui vient c'est la peur de trahir. Il y a ce côté-là bien souvent d'être déloyal, enfin de trahir, de faire les choses un peu en cachette de la personne »

E7 : « Ils ont peur de l'engagement que ça va créer à leur niveau. »

E9 : « Il peut y avoir des réticences quand les enfants ne veulent pas rentrer en conflit avec le proche à protéger. »

E10 : « Une des plus importante c'est quand la personne est capable de dire que non, elle ne veut pas »

E5 : « Son argument était qu'elle (son amie) en a parlé avec la personne concernée et que la personne concernée n'est pas d'accord sur cette demande de mesure de protection et afin de ne pas rompre leur relation de confiance, et bien elle n'a pas voulu. »

E12 : « La réalité c'est quand même que c'est l'enfant qui va initier la démarche. »

E4 : « Ce n'est quand même pas rien comme démarche. »

E11 : « Il y a quand même tout un tas d'idées reçues sur la mesure de protection. »

E12 : « L'image de la tutelle, de la curatelle : « on a plus d'argent », « on est dépossédé de tout ce qu'on peut faire », « on est sous la coupe de quelqu'un », « on peut se faire voler notre argent par le tuteur ou le curateur », enfin voilà, tout ce qui peut être véhiculé sur ces mesures. » (...) « Et d'une manière générale, comme il est question quand même d'une expertise médicale, de l'avis de la justice, d'être entendu éventuellement par le juge, d'avoir l'impression de mobiliser une très grosse machine qui va les dépasser à un moment donné, euh... ce n'est jamais un saut de joie et un grand oui tout de suite pour signer les documents. »

E14 : « C'est un peu abstrait une mesure de protection pour les familles... et puis pour eux c'est négatif. Un tuteur : il va voler l'argent, il va décider de tout pour la personne, elle n'aura plus de liberté, on n'aura plus accès à rien... oui, une vision plutôt négative. »

E11 : « Je leur explique que s'ils font cette démarche, c'est une démarche de soutien et d'aide. »

E6 : « Après c'est aussi la question financière parce que c'est une expertise qui a un coût, qui n'est pas remboursée. »

E10 : « Les réticences déjà ça va être le prix, ça c'est toujours très compliqué. »

E14 : « 160 euros, tout le monde n'a pas les capacités de payer. »

E16 : « La difficulté des mesures de protection aussi c'est que les gens parfois sont d'accord mais que la réalité des 160 euros pour l'expertise médicale pouvait être un frein, ou en tout cas, une difficulté à dépasser pour initier la mesure de protection. »

E13 : « Je trouve que le coût de l'expertise il est rarement mis en avant. Enfin, les gens trouvent ça un peu cher mais il est rarement mis en avant pour motiver le refus en fait. (...) Puis ils se servent des fois sur le compte de la personne par contre. Donc ça c'est précisé que c'est à eux de payer, que c'est au requérant de financer, sauf que dans les faits je pense qu'ils prennent sur les comptes. »

E8 : « Après, on sait qu'il y a aussi des accords... Il y a des choses qui se passent en famille, on sait très bien que si on met une mesure de protection il y a des choses qui ne seront plus, enfin voilà. C'est plus dans le cas où les personnes sont seules... seules avec des enfants ou effectivement la dame ou le monsieur est habitué à verser 200 euros au petit neveu ou machin, et on sait qu'il y a des choses qui vont disparaître. » (...) « Il fut un temps ça devait sûrement être signé... enfin les notaires devaient faire ça tranquillement sans que personne ne le sache... enfin je pense que là c'est mis en évidence, il y a un peu plus le pouvoir juridique qui a pris la place, ou les gens ne font plus n'importe quoi mais je pense... enfin, il y a quelques années de ça, ça devait se faire comme ça. » (...) « Même encore, quand les gens, enfin on voit bien, chez les personnes un peu plus âgées, s'ils sont connus de la banque il n'y a aucun souci, enfin voilà, on connaît le conseiller depuis plusieurs années et ça se fait comme ça. Et puis un jour ça bug parce qu'il y a un enfant qui réclame je ne sais quoi et tout ce que se faisait comme ça, un peu en douce, n'a plus de valeur. »

E5 : « Ça ne simplifie pas non plus toujours les démarches donc ça peut aussi faire partie des réticences. Voilà, se dire « on doit des comptes au juge, telle ou telle démarche, il faudra en référer au juge », donc c'est quand même aussi une lourdeur qui peut aussi être un des éléments. »

5.6. Les avantages de la mesure vus par l'entourage

E4 : « Et ça lui permettra aussi à elle (la voisine, requérante) de se protéger. »

E6 : « Pour les personnes qui déjà l'exercent quasiment au quotidien, mais qui voudraient peut être que ça soit officialisé. »

E8 : « Voilà, ça permet de faire des choses légalement, vous n'aurez jamais de souci et voilà. »

E11 : « Pour d'autres familles qui finalement sont déjà très présentes dans la gestion des biens de la personne, voilà, on est dans de l'officialisation, dans une facilitation de leurs démarches, donc je les valorise plutôt dans ce qu'ils ont fait. »

E10 : « J'ai aussi des enfants qui me disent « oh ben génial, on ne va plus s'occuper des papiers, ça sera un stress en moins ». » (...) « Les familles ça peut souvent les soulager de dire « c'est soit vous, soit une association ». »

E16 : « Et parfois, quand il y a un entourage, l'entourage peut être aussi épuisé, ne sait plus comment faire, donc des fois ça permet aussi que ça soit quelqu'un de l'extérieur qui puisse prendre le relais. »

E16 : « Aujourd'hui les mesures de protection ça n'est pas pour toute la vie, ça peut être réellement limité dans le temps mais je pense que voilà, pour certaines personnes, ça peut être un tremplin nécessaire, en tout cas, pour réapprendre, ou apprendre tout court, à gérer sa situation. »

6. Les différentes personnes ressources en ambulatoire

E2 : « Pour la vulnérabilité je pense qu'on a pas tous cette même « sensibilité », notamment selon les corps de métier. »

E16 : « Si tu ne fais que travailler tout seul avec l'évaluation ponctuelle que tu as fait d'une situation, et que tu ne te mets pas en lien avec les autres, tu passes à côté de ta prise en charge. » (...) « Les relations (avec les intervenants du domicile) sont plutôt bonnes. »

6.1. Le médecin traitant

E2 : « (le médecin traitant) C'est aussi normalement le fil conducteur à l'extérieur et lui est aussi à même de nous dire ce qu'il en est du domicile. (...) C'est l'interlocuteur privilégié mais ce n'est pas forcément moi qui prends contact. » (...) « C'est vrai qu'il y a des situations où on se dit : « mais comment le médecin traitant n'a pas pu voir ou n'a pas fait ? ». »

E14 : « Le médecin traitant c'est le médecin de proximité qui voit évoluer la situation, qui a les données, pas quotidiennes mais... qui est normalement le médecin coordinateur donc qui reçoit aussi toutes les informations et qui voit les situations se dégrader. » (...) « Le médecin est capable d'attester qu'il y a une altération des facultés mentales, un des premiers critères pour être sous mesure de protection. »

E13 : « Le médecin traitant, c'est vrai que je me dis que c'est plus au médecin de se mettre en lien. »

E15 : « Je n'ai pas de lien avec les médecins traitants dans la plupart des cas c'est plutôt les soignants de l'équipe qui ont des liens. Sauf s'il y avait vraiment quelque chose de très important à savoir mais je pense que de médecin à médecin c'est plus simple. »

E11 : « Alors, je n'ai pas très souvent de médecin traitant au téléphone, pas sur ces questions-là. C'est vrai que je ne les interpelle pas forcément. Eux non plus d'ailleurs. »

E7 : « Le contact direct avec le médecin traitant, on l'a soit par le biais des soignants, soit par le biais du CLIC... ou de l'EMG qui appelle aussi le médecin traitant. Et moi directement je n'ai pas de contact. »

E10 : « Souvent ce sont des gens, ça fait des années qu'ils voient ce médecin-là et le médecin des fois peut aussi interpeller en disant qu'il est un peu seul dans la situation et que c'est compliqué. »

E12 : « Les proches ne sont pas forcément là quand le patient rencontre son médecin traitant. »

E15 : « Un médecin traitant il va être tout seul à décider, enfin voilà, il n'a pas forcément le regard d'autres partenaires pour s'aider dans cette décision-là. » (...) « Ça demande à remettre aussi en question à un moment donné la relation de confiance par le médecin traitant, donc ça n'est pas forcément évident. »

E16 : « Des fois c'est le médecin traitant qui va... qui va alerter dans son courrier en disant « bon ben voilà, cette personne est vulnérable, ce n'est plus possible à domicile » ou « voilà, il faut vraiment pouvoir évaluer les choses de ce côté là ». »

6.2. Le CLIC

E7 : « C'est plutôt le CLIC qui nous informe du problème de gestion administrative et financière. (...) Des mesures qui auraient pu être quand même initiées par le CLIC, puisque ce sont eux qui ont les éléments au quotidien, qui vont au domicile. »

E10 : « Effectivement si la personne rentre au domicile et que la mesure est en cours, qu'il n'y a pas eu le rendez-vous d'expertise, si on est sûr de la personne âgée je vais forcément appeler le CLIC pour faire un lien, (...) l'idée c'est que le CLIC puisse un peu prendre le relais et puis s'assurer qu'à la maison ça tienne, sur les aides, pour coordonner tout ça. » (...) « On peut être interpellé par le CLIC ou des choses comme ça pour nous demander de faire la mesure de protection. »

E11 : « Les CLIC sont quand même bien placés parce qu'ils vont au domicile des patients. Souvent ils ont ce temps que nous n'avons pas, en tout cas ce fonctionnement que nous n'avons pas (...) de faire des synthèses avec les différents professionnels du domicile. Donc eux ils ont un regard bien plus pluri-professionnel que nous, et sur la durée. Nous, nous pouvons l'avoir ce regard pluri-professionnel mais d'une façon ponctuelle. »

E14 : « Ils ont un rôle d'information, d'accompagnement, de soutien de proximité, mais quand il s'agit de faire une mesure de protection, ils envoient vers l'assistante sociale de secteur. » (...) « Ils ne veulent pas se mettre en porte à faux, prendre cette responsabilité. » (...) « Il a tous les éléments le CLIC. » (...) « Je ne comprend pas pourquoi il n'y a pas d'assistante sociale dans les CLIC. »

E5 : « La dame pour laquelle je fais le rapport, elle est connue des services type CLIC, plateforme gériatrique, et du coup, ils n'ont rien fait ! Ils ne sont pas intervenus ! Prétextant qu'il fallait que la dame se mobilise et les contacte elle-même. »

E4 : « On a des personnes qui sont évaluées par les CLIC ou Pass'âge, donc la partie plus « sanitaire »... plus infirmière en tout cas... et grosso modo on attend l'hospit'. »

6.3. La MAIA

E2 : « Je travaille beaucoup avec la MAIA d'Angers, il y a aussi un profil d'assistante sociale, et il y a un accompagnement peut-être plus de proximité. Je sais qu'effectivement elle les voit plus régulièrement. »

E7 : « Le dernier recours c'est la MAIA, pour les situations les plus complexes. »

E9 : « Les MAIA interviennent même si les personnes ne sont pas demandeuses. Alors que tous les autres services ne vont pas aller proposer leur service s'il n'y a pas eu de demande de la personne. Et ça c'est un énorme problème pour toutes les personnes démentes qui effectivement n'ont pas de demande puisqu'elles n'ont pas conscience de leurs troubles. »

6.4. Les assistants sociaux de secteur

E1 : « Avec le service social de secteur on a toujours des liens. »

E2 : « Le problème c'est que l'assistant social de secteur, quand c'est une personne âgée, souvent il réoriente vers le CLIC. »

E7 : « Oui, ça aurait pu être initié, quelquefois par les collègues à l'extérieur. Ou les assistantes sociales de secteur, qui nous disent connaître bien la situation et faire part des difficultés, et pour autant... ou qui ont réfléchi... bon après, il faut du temps aussi pour travailler ça avec la famille, mais bon, c'est connu à l'avance quand même. »

E12 : « La collègue de secteur qui essayait de l'accompagner à domicile, pour avoir des soins, pour avoir des aides... Voilà, elle se retrouvait aussi devant la porte fermée, devant le refus de monsieur de la faire entrer à la maison, c'était compliqué. »

E14 : « Les assistantes sociales de secteur (...) sont, pareil, en difficulté, elles n'ont pas de médecins sous le coude elles, donc elles peuvent se poser des questions mais elles ne savent pas trop forcément. Mais elles pourraient quand même aussi, voilà, aller plus loin dans leur évaluation... mais non, par manque de temps j'imagine. »

6.5. Les autres intervenants à domicile

E14 : « Tous les services de soins infirmiers, ou les services d'aides à domicile sont vraiment au quotidien, ils voient très bien comment ça se passe au quotidien. Moi à chaque fois qu'un patient vient à l'hôpital on se pose la question, j'appelle ces services-là pour savoir comment ça se passe et c'est souvent eux qui donnent la vision du logement et du comportement, ils sont là vraiment au quotidien, donc eux, ils pourraient faire la mesure de protection. »

E15 : « S'il y a des intervenants au domicile, des aides ménagères, qui peuvent, elles, repérer au quotidien s'il y a des difficultés et le faire remonter à leur direction. »

E12 : « C'est des fois plus rare que les services d'aides et de soins à domicile nous interpellent pour nous dire « on est déjà dans la situation, on a des difficultés ou pas ». Enfin si, quand il ne faut plus qu'il y ait de retour à domicile et que c'est très compliqué, là, évidemment ils nous contactent. »

E3 : « La requête étant difficile car la personne ne voulant pas... ne voulant pas la faire, voilà, on pouvait effectivement passer sur le volet « signalement » où cette infirmière coordinatrice était tout à fait en mesure de

pouvoir... de pouvoir réaliser cette demande, enfin, ce signalement. Mais, je pense, elle préférerait être soutenue par un professionnel extérieur qui pouvait porter ce signalement au procureur. »

E16 : « Ça peut aussi être du rôle des associations (ALIA, ATLAS) de pouvoir faire émerger des difficultés et de pouvoir travailler autour de ça. »

7. L'anticipation

E4 : (à la suite de la question sur la possibilité d'anticiper la demande) « Oui, dans pleins de contextes et par pleins d'acteurs différents. » (...) « Comme si nous on avait plus la légitimité de lancer une mesure de protection. »

E2 : « Malheureusement un bon nombre de personnes, pour moi personnes âgées, arrivent à l'hôpital, présentent une démence ou des troubles cognitifs, une vulnérabilité connue. Des intervenants privilégiés pour la personne âgée, à savoir le CLIC ou le réseau gériatrique d'Angers... Où effectivement je pense que les choses auraient pu être impulsées. Car là on est quand même dans un accompagnement de proximité, hein ! »

E2 : « La MAIA non car je pense que les choses sont bien impulsées, avant. »

E9 : « Si c'est une démence qui évolue depuis des années, quelquefois il aurait fallu effectivement être vigilant avant, et pouvoir déclencher la mesure avant. » (...) « Par les travailleurs sociaux qui prennent en charge les personnes au domicile, par les services d'aides à domicile, enfin, tout le monde peut se saisir d'une situation compliquée. Donc c'est vrai que ça commence à se faire avec les MAIA. »

E6 : « Quand il y a des acteurs à l'extérieur, ça peut être travaillé, c'est quand même mieux. »

E8 : « Les personnes lambda que nous on rencontre, je ne vois pas par qui ça pourrait être anticipé. Parce que tant qu'ils ne sont pas pris dans un engrenage où tant que c'est le médecin traitant ou un neurologue de ville, ils ne sont pas là-dedans, ils vont être dans une recherche du diagnostic, ils vont être dans le soin. »

E13 : « Oui, ça peut des fois être anticipé. Notamment une dame où tout l'environnement : l'infirmière libérale, le CLIC, savaient pertinemment que le fils se servait sur les comptes puisque ce sont eux qui me l'ont transmis. Et je pense qu'ils étaient en difficultés pour relayer ça auprès du procureur. » (...) « C'est encore difficile pour les partenaires du domicile de signaler au procureur, et de demander la mesure de protection par ce biais » (...) « C'est souvent qu'on nous dit « ben vous ne voulez pas signaler » alors que nous on n'a pas d'éléments au final, c'est eux qui les ont et on sent que c'est difficile à faire. » (...) « L'infirmière elle m'a dit « moi ça n'est pas mon métier ». Donc il y a cette difficulté. » (...) « Que ce sont les assistantes sociales qui doivent faire ça, ça c'est encore très ancré. »

E11 : « Soit les professionnels auparavant manquaient de temps aussi, il ne faut pas se leurrer, pour bien évaluer, pour déclencher les choses, pour travailler les choses avec la famille, informer le patient... »

E10 : « Souvent on se rend compte que la mesure de protection aurait pu être faite bien avant mais qu'il y a un conflit familial qui fait que rien n'est fait. »

E11 : « Parfois ce sont des gens bien entourés, voir trop entourés et puis personne ne bouge parce qu'au final quand il y a beaucoup de monde, tout le monde voit les difficultés mais se dit « est ce que c'est à moi de bouger ? » « Oui, non... ça va coûter cher, comment on fait... ». Enfin voilà. » (...) Un entourage qui n'a pas su

ou oser réfléchir à ça pour ne pas risquer une rupture de lien, et qui attend un évènement déclencheur : hospitalisation, une dépense inconsidérée, un vol au domicile... »

E10 : « On se rend compte qu'il y a beaucoup de gens autour et que l'ADMR ou le CLIC sont tout à fait capables de faire la mesure de protection. (...) Ces professionnels-là qui interviennent au domicile, ils sont autant compétents que nous pour évaluer et pour se rendre compte qu'il y a des choses qui ne vont pas. Les enfants, l'entourage, c'est plus compliqué, ça n'est pas la même relation, pas le même regard. »

E14 : « Quand on évoque la mesure de protection : « non, non, on ne l'a pas faite... vous comprenez, on est au quotidien près d'eux, si on fait la mesure de protection il va se retourner contre nous, on n'aura plus cette alliance thérapeutique... » ; ça c'est un des arguments qu'ils ont. »

E15 : « On se rend compte qu'à l'hôpital c'est souvent le dernier moment, le bout de course, et des fois on se retrouve dans des situations sociales qui sont... qui étaient déjà connues de certains partenaires, ou de la famille et voilà, on en arrive à « là il y a l'hospitalisation donc on fait les choses, il est temps de faire » mais bien souvent quand on appelle les partenaires ils disent « ben oui, en effet, là il est temps de faire » et quand on questionne sur « pourquoi ça n'a pas été fait avant ? ». »

E16 : « Je suis persuadée qu'on a pas besoin d'être assistante sociale pour initier ou penser une mesure de protection. A partir du moment où un professionnel ou une personne repère une vulnérabilité, en tout cas, on peut tous être amenés à accompagner ça » (...) « c'est parfois la difficulté pour aussi les professionnels extérieurs, qui sont plutôt en milieu rural et qui sont assez isolés et qui du coup viennent chercher toute l'aide qu'ils peuvent. »

8. Le retour d'information du tribunal

E4 : « Tout ceux qu'on a en résultats ils sont positifs. Enfin, il y a une mesure. »

E9 : « C'est à 99% accepté. »

E16 : « Tous les patients pour lesquels on a fait la demande ils ont tous été protégés. »

8.1. En cas de requête

E15 : « On n'initie rien, on informe la famille, on accompagne la famille dans la démarche, et le résultat est donné à la famille. »

E8 : « Les gens nous informent éventuellement, mais plus en terme de vécu de ce qu'il s'est passé au tribunal. »

E10 : « Mais si la famille ne nous tient pas au courant, non, on n'a pas de retour »

E11 : « Souvent, on n'a pas de retour. C'est toujours le côté un peu frustrant parce que ça ne nous permet pas de mesurer comme un juge se positionne. »

E4 : « On sait que si on lance une mesure de protection maintenant, on aura une réponse grosso modo à peu près définitive dans quatre mois dans le meilleur des cas. Voilà. On aura peut être un mandat spécial avant, hein, si on argumente. »

E9 : « Une mesure de protection, je dirais que dans les situations simples il faut 2-3 mois quand même pour avoir une réponse. »

E16 : « J'ai envoyé la requête avec un bordereau d'envoi donc il m'envoie quand même le fait que le monsieur ou la dame va être convoqué telle date. » (...) « J'ai vu des situations où au bout d'un mois la personne était convoquée et puis voilà, c'est fait. Ça peut être assez rapide. »

8.2. En cas de signalement

E14 : « Le signalement c'est notre nom, donc le signalement par contre on a souvent la copie de la convocation auprès du juge des tutelles. »

E14 : « Là j'ai fait un signalement en janvier, le médecin expert a dû passer en avril-mai, la dame est convoquée en juillet. (...) Après entre la convocation, la décision de la mesure, la nomination de quelqu'un, enfin, la nomination de l'association et que l'association se saisisse de la mesure... On est sur de très longs mois. »

8.3. Les situations particulières

E13 : « Il arrive aussi que la personne qui va être malveillante soit nommée mandataire et donc ait les pleins pouvoirs et la malveillance elle se met à ce moment là en place, dans les tutelles familiales ou les curatelles familiales. (...) Ce n'est pas super fréquent, par rapport à la malveillance financière. Par contre que la famille, une fois nommée mandataire, ne prenne pas les décisions adaptées, ça oui, ça arrive quand même souvent. » (...) « On est des fois amené à redemander un changement en cours de route, soit parce que finalement la personne qui a été nommée tuteur ou curateur elle est tout aussi démunie que son proche et qu'au final on continue à faire la même chose. Soit du coup parce qu'il y a de la malveillance en fait. » (...) « Et puis il y a des curateurs, enfin, des mandataires professionnels qui suivent à la lettre les textes et du coup ils ne font vraiment que s'ils ont l'accord du patient, tout ça, donc si le monsieur dit qu'il veut aller uniquement à la maison de retraite « Picasso » ben on est coincé, parce qu'il n'y a pas de place à « Picasso ». Donc ça peut des fois ralentir un peu. »

E9 : « Quand il y a la nomination d'un mandataire spécial pendant la durée de l'instance du dossier, nous ça nous permet de travailler, d'avancer. Mais s'il ne confie que les tâches administratives et financières et que la personne refuse d'aller en institution, il faudra attendre qu'il y ait le jugement pour que le juge puisse dire « cette personne ne relève pas d'un retour à domicile » et qu'il donne son accord pour l'entrée en institution. »

E13 : « Oui, parce qu'ils sont toujours là. On est coincé en fait. Donc oui, oui, on a les retours. Quand les gens sont sortis : pas forcément, mais comme les trois quart du temps ils sont toujours ici, oui, on a les retours. (...) Avec un délai de « trois-quatre mois, quatre mois, oui, à peu près. Pour les standards en tout cas, pas pour les rapports, ce qui est un peu plus long. »

Les mesures de protection juridique initiées au CHU d'Angers. Peuvent-elles être anticipées ? Comment repérer précocement les situations qui en relèveraient ?

RÉSUMÉ

Introduction : Une mesure de protection juridique est un évènement important dans le parcours de soins d'un patient. Elle doit être évoquée au bon moment. Du fait du vieillissement de la population, le nombre de mesures de protection juridique est grandissant. Beaucoup sont initiées à l'hôpital. Fort de ce constat, sont nés les objectifs de ce travail : préciser les profils des patients, identifier le moment où la mesure est évoquée, établir les difficultés rencontrées à sa mise en place.

Méthode : Une étude qualitative de mars à juillet 2016 par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 16 assistants sociaux du CHU d'Angers a évalué les patients concernés par une mesure de protection juridique, le contexte de réalisation et d'accompagnement de la demande.

Résultats : Les patients concernés sont essentiellement des personnes âgées, présentant troubles cognitifs anciens et bénéficiant d'un entourage personnel et professionnel. Leur repérage regroupe des facteurs intrinsèques : âge, troubles cognitifs, évènement de santé ou dégradation progressive, associés à des facteurs extrinsèques : isolement social, conflit familial, difficulté financière ou administrative, malveillance. La démarche d'accompagnement d'une mesure de protection est longue et délicate, tant sur l'évaluation de sa nécessité que sur le temps d'acceptation et de réalisation. L'hôpital offre la pluridisciplinarité dans une unité de lieu et de temps. Le travail en binôme médecin et assistant social favorise la mise en œuvre de la mesure de protection juridique. Les principaux intervenants sources d'informations sont le médecin traitant, les CLIC, les infirmiers et les services d'aides à domicile. Pour autant la démarche n'a pas été initiée en ambulatoire, par manque de temps, manque de formation pour mener à bien ce travail, ou manque d'assistants sociaux dans les CLIC, principale structure médico-sociale concernée.

Conclusion : Un repérage précoce des patients vulnérables améliorerait leur parcours de soin. L'anticipation en ambulatoire rencontre des obstacles qui font de l'hôpital le lieu encore privilégié pour la mise en œuvre des mesures de protection juridique. L'évolution de la loi est moins rapide que celle de la société. Les médecins sont témoins de situations d'impasse dont la solution ne peut que résulter d'une concertation médecine-justice.

Mots-clés : vulnérabilité, mesure de protection juridique, tutelle, curatelle, assistant social, travail pluridisciplinaire

Legal protections initiated at the university hospital of Angers. Can they be anticipated? How to identify early the situations where they are required?

ABSTRACT

Introduction: A legal protection is an important event in the patient's healthcare protocol. It should be mentioned at the right time. While the population is aging, the number of legal protection is increasing. Many are initiated at the hospital. Based on these assessments, the objectives of this work were defined: clarify the patient's profile, identify when the measure is considered, specify the difficulties encountered during its setup.

Method: A quantitative study from March to July 2016 with individual semi-directed interviews of 16 social assistants of the CHU (university hospital) of Angers evaluated the patients concerned by a legal protection, the context of realization and support of the application.

Results: The patients concerned were essentially elderly people, with old cognitive disorder and enjoying a personal and professional circle. Their identification includes intrinsic factors: age, cognitive disorder, health event or progressive degradation, associated with extrinsic factors: social isolation, family conflicts, financial or administrative difficulties, malevolence. The support for legal protection is long and sensitive, in the evaluation of its necessity and in its duration before acceptance and to realize. The hospital offers a multidisciplinary approach in location and time. The collaboration of the physician and the social assistant facilitate the fulfillment of the legal protection. The main sources of information are the treating physician, the CLICs (Local information and coordination center), the nurses and the home-helpers. However, the process was not initiated during outpatient care, due to a lack of time, a lack of training to complete successfully the job, or a lack of social assistant in CLICs, the main medico-social structure concerned.

Conclusion: An early identification of vulnerable patients would improve their healthcare protocol. The anticipation in ambulatory encounters obstacles which still make the hospital the ideal place to take care of the legal protections. The evolution of the law is slower than the one of the society. Physicians are witnesses to the impasse that cannot be solved without a medico-legal consultation.

Keywords: vulnerability, legal protection, tutelage, guardianship, social assistant, multidisciplinary work