

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

par

Clémence ROBERT,

née le 26/03/1990 à Caen (14)

Le 8 avril 2021

**MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE INITIÉES AU SERVICE DE POST-
URGENCES MÉDICALES DE L'HÔPITAL PURPAN :
Analyse descriptive des facteurs de vulnérabilité**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Marie TUBERY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Madame le Professeur Motoko DELAHAYE	Assesseur
Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Marie TUBERY	Assesseur
Madame le Docteur Margaux LEMONNIER	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2020**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GRAND Alain		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	M. LANG Thierry		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
		Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
		Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
		Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
		Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
		Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
		Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
		Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
		Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
		Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
		Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
		Professeur Honoraire	M. CONTÉ Jean
		Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
		Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
		Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
		Professeur Honoraire	M. DELISLE Marie-Bernadette
		Professeur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
		Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
		Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
		Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
		Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
		Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
		Professeur Honoraire	M. LAZORTES Yves
		Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
		Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
		Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
		Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
		Professeur Honoraire	M. MURAT
		Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
		Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
		Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur SIMON Jacques	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine (C.E)	Immunologie (option Biologique)
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétiq
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SIZUN Jacques	Pédiatrie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé de Médecine Générale

Mme IRI-DELAHAYE Motoko

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACGABLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURJA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Mayer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Annie-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. STILLMUNJKES André

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Oto-rhino-laryngologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Généraliste
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Mana-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catharine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
M. CUIROT Jonathan	Neurologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabella	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marjelle

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yoïande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. ESCOURROU Emile

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leïla

Remerciements au jury

Au Président du jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai eu la chance de vous avoir comme premier tuteur et comme professeur. C'est toujours un plaisir de vous entendre parler des heures avec passion de la Médecine Générale. Merci pour votre bienveillance, votre pédagogie et votre engagement auprès de nous, internes. Je vous prie de croire en l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury,

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Marie TUBERY,

Je te remercie Marie, de m'avoir aidée à réaliser ce travail et de m'avoir encouragée quand la motivation me manquait. Ta disponibilité, ton encadrement et tes conseils avisés m'ont été précieux.

À Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,

Vous avez accepté avec gentillesse de juger ce travail. Veuillez recevoir ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Bruno CHICOULAA,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

À Madame le Docteur Margaux LEMONNIER,

Merci de partager avec moi ce moment inoubliable.

Remerciements professionnels

Tout d'abord, un **GRAND merci** à mes maîtres de stage qui m'auront fait aimer la Médecine Générale et ça, comme vous le savez, c'était pas gagné.

Donc merci au **Dr Olivier PASQUIO**, **Dr Valérie PRIEM-NOILHAN**, **Dr Jean-Yves BARRACO**, **Dr Gaëlle SUTEAU**, **Dr Jean-Lin MARQUIE** et **Dr Hélène JOUINOT**.

Merci à tout le service du Post-Urgences Médicales et plus particulièrement au **Dr Marie ECOIFFIER**, au **Dr Marie TUBERY** et au **Dr Marc BERNARD** pour ce stage hospitalier très enrichissant et formateur, ainsi que de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ma thèse avec vous. Merci aux **assistantes sociales** du service sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Remerciements personnels

À toute ma famille,

À mes parents,

Mes modèles d'amour, d'intelligence et de réussite. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis devenue, vous qui m'avez tout appris. Si j'ai voulu faire médecine, c'est aussi parce que toute petite, j'ai toujours été passionnée par vos histoires et en admiration devant cette vocation que vous avez de vouloir aider les gens. Merci de votre soutien sans faille même s'il est dur d'être loin les uns des autres. Même si je râle souvent, je suis fière de vous et je vous aime fort.

À ma sœur et Bérengère,

Ma Grande sœur, si deux béliers ne font pas bon ménage, je suis heureuse qu'on se soit retrouvées depuis moult années maintenant. J'admire tes choix et tes convictions. J'attends toujours que tu deviennes présidente de la République, le monde se porterait mieux. J'espère que vous arriverez à mener vos projets à terme et je vous souhaite plein de belles choses à toutes les deux.

À mon frère et Adeline,

Mon frère qui n'est plus mon petit frère mais bien un bel homme maintenant. Merci de m'avoir supportée pendant ma dernière année d'externat. Je suis fière de la personne que tu es devenu et de te voir réussir tout ce que tu entreprends. Je vous souhaite plein de bonheur à tous les deux.

À Cathy et Jean-Luc,

Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts. J'ai de la chance de vous avoir à mes côtés.

À Pierre et Paul, à Louise et aux « brus », Zoé et Daniela.

À mes amis,

À la famille Priem-Noilhan,

C'est un peu comme la famille. Merci d'être comme vous êtes, des gens généreux, accueillants et bienveillants. Merci, Valérie, de m'avoir appris tant de choses différentes de la médecine et de m'avoir montré qu'on peut être maman de 5 enfants, médecin généraliste et agricultrice, tout ça en même temps.

À Lucie,

Ma vieille branche berlinoise, elles sont bien loin nos années lycée, nos soirées «embuscade» à refaire le monde. Ce qui est sûr, c'est que malgré les années qui passent, rien ne change.

À Chloé,

Ma globe-trotteuse en herbe, je te souhaite de continuer à parcourir le monde aussi longtemps que tu le voudras et j'espère surtout réussir à venir te voir à l'autre bout du monde un jour.

Aux belles gosses du 14, Manon, Charlotte, Margaux, Julie, Claire et Claire, Camille, Annabelle, Esther, Roxane, Margot et Clara,

Si l'amitié est précieuse, c'est durant ces dernières années loin de vous que je m'en suis rendue compte. Toujours autant de bonheur de vous retrouver pendant ces week-ends ou

ces vacances qu'on arrive à s'organiser malgré qu'on soit éparpillées partout en France maintenant. Merci pour tous ces moments inoubliables et ceux à venir.

Aux tarbaises, Émilie, Mélanie, Héloïse, Olga, Morgane, Oriane, Manon, Anne et Charlotte,

On m'avait dit que le premier semestre serait l'occasion de se forger des amitiés pour la vie. Merci à chacune d'être comme vous êtes, merci pour ces fous rires, ces débats sans fin, ces week-ends et vacances, ces soirées folles et tant d'autres belles choses à venir.

À Laure, JB, Mailys et Clémentine,

Comme quoi on se fait des amis aussi au second semestre. Mes petites perles gersoises, que du bonheur de vous avoir à mes côtés. Merci pour tous ces bons moments que nous avons passés et passerons ensemble.

À Arthur & Héloïse, Géraldine & Jérémy, Louise & Félix, et tous vos mini-vous trop mignons.

À mes co-internes de Tarbes, Hugo, Simon et Simon, Charles, Marie et ceux du PUM, Mathilde, Juline et Julie.

À mon François,

Comme quoi on peut faire une belle rencontre aux fêtes de la Madeleine. J'ai bien fait de foncer et de tout quitter pour te rejoindre, tu es la plus belle chose qui me soit arrivée. Merci de me faire rire au quotidien et de me soutenir quoi que je fasse.

À « Kevin »,

Merci de m'avoir donné le petit coup de fouet dont j'avais besoin pour clôturer ces longues années d'études.

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Table des matières

INTRODUCTION.....	1
I. Rappels sur les mesures de protection juridique.....	2
I.1. Objectifs de la mise sous protection juridique.....	2
I.2. Ouverture d'une mesure de protection juridique.....	4
I.3. Place du médecin traitant dans la demande de protection juridique.....	5
I.4. Différents types de mesures de protection juridique.....	6
I.4.a. Sauvegardes de justice.....	6
I.4.b. Curatelle.....	7
I.4.c. Tutelle.....	8
II. Schéma récapitulatif sur les deux modalités de mise en place d'une mesure de protection juridique.....	9
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	10
I. Type d'étude.....	10
II. Objectifs.....	10
III. Population source.....	10
III.1. Critères d'inclusion.....	10
III.2. Critères d'exclusion.....	10
IV. Analyse des résultats.....	11
IV.1. Définitions des critères médicaux.....	11
IV.2. Définitions des critères sociaux.....	13
IV.3. Analyse de la prise en charge médico-sociale réalisée dans le service.....	14
IV.4. Analyse du projet en sortie de l'hospitalisation.....	14
RÉSULTATS.....	15
I. Recueil de données.....	15
II. Éléments démographiques et médicaux.....	16
II.1. Âge et sexe.....	16
II.2. Motifs d'admission.....	16
II.3. Antécédents médicaux.....	17
II.4. Dénutrition.....	18
II.5. Anémie.....	19
II.6. Carence en vitamine C.....	19
II.7. Autres carences vitaminiques associées.....	19
II.8. Diagnostic principal.....	20
III. Contexte social.....	22
III.1. Médecin traitant.....	22
III.2. Couverture sociale à l'admission.....	22
III.3. Logement.....	22
III.4. Isolement social.....	23
III.5. Aides professionnelles en place.....	23
III.6. Signalement et/ou mesure de protection juridique antérieurs.....	23
IV. Travail médico-social effectué durant l'hospitalisation.....	24
IV.1. Durée d'hospitalisation.....	24
IV.2. Démarches administratives.....	24
V. Sortie d'hospitalisation.....	25
V.1. Devenir à la sortie d'hospitalisation.....	25
V.2. Projet à moyen terme.....	25
DISCUSSION.....	26
I. Profil de notre échantillon.....	26
II. Interprétation des résultats.....	27

II.1. Caractéristiques médicales et sociales de nos patients.....	27
II.2. Quelles difficultés et quels blocages identifions-nous ?	35
III. Forces et limites de notre étude.....	39
III.1. Forces.....	39
III.2. Limites.....	39
IV. Implications pour la pratique et perspectives futures.....	40
CONCLUSION.....	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	42
ANNEXES.....	46

LISTE DES ABRÉVIATIONS

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PUM : Post-Urgences Médicales

CIDPH : Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées

CERFA : Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

AS : Assistant(e)s Social(e)s

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporel

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

LHSS : Lits Halte Soins Santé

ANCREAI : Association Nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations

LAM : Lits d'Accueil Médicalisé

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique

EMPP : Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

CMU : Couverture Maladie Universelle

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CMS : Centre Médico-Social

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de demande du Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs n° 15891*03

Annexe 2 : Rappels sur les curatelles

Annexe 3 : Rappels sur les tutelles

INTRODUCTION

L'augmentation du nombre des personnes vulnérables que ce soit par le vieillissement de la population française ou l'isolement social devient un véritable enjeu médical et social (1).

En France en 2014, 1.3% de la population âgée de plus de 20 ans est sous protection juridique, la proportion monte à 8.2% chez les personnes de plus de 90 ans (2). En 2015, selon la Cour des comptes, environ 700 000 personnes ont fait l'objet d'une mesure restrictive de liberté décidée par un juge : un peu moins de la moitié sous curatelle et un peu plus sous tutelle (3).

En 2017, le ministère de la Justice dénombre 74 593 ouvertures d'une mesure de protection des majeurs : 50% de tutelles, 49% de curatelles et 1,2% de sauvegardes de justice (4).

L'évolution démographique et des pathologies liées à la vieillesse permet de penser que ces chiffres seront en augmentation constante.

L'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE) estime qu'en 2060, environ 24 millions de Français, soit un sur trois, seront âgés de 60 ans ou plus, contre 16 millions en 2016, soit près d'un sur quatre. Dans le même temps, la population de plus de 75 ans doublerait de 6 à 12 millions de personnes (3,5).

En 2014, environ 1 200 000 personnes sont atteintes de maladies neuro-évolutives (6).

Des données issues de la cohorte Personnes âgées QUID suggèrent que le nombre de maladies neuro-évolutives augmenterait à 1 750 000 personnes en 2030 (7).

Les majeurs protégés présentent une grande disparité de profils (3). L'appropriation par les médecins français de ces mesures de protection juridique ainsi que des facteurs de vulnérabilité des majeurs protégés sont moins étudiées. Très peu d'études portent sur cette population et les statistiques des administrations ne sont pas suffisamment fiables pour décrire la population concernée (8). Une thèse de Médecine Générale datant de 2017 précise les vulnérabilités médicales et sociales des patients concernés par une mesure de protection juridique initiée au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers au moyen d'un questionnaire à l'attention des assistants sociaux (9). Y sont décrites les causes de la vulnérabilité par l'association d'éléments intrinsèques (maladie, handicap) et extrinsèques défavorables (isolement social, précarité).

Le médecin est en première ligne pour dépister les facteurs de vulnérabilité, évaluer leurs conséquences, informer, accompagner son patient et son entourage, comme cela est décrit dans le Code de santé publique (10).

Le service de Post-Urgences Médicales (PUM) du CHU de Toulouse Purpan reçoit en hospitalisation des patients majeurs, uniquement en provenance des urgences du CHU, ayant une pathologie médicale aiguë. Depuis sa création fin 2008, son nombre de lits et ses missions ont évolué. Ce service comprenait 20 lits en 2009, pour 1238 hospitalisations dont 551 patients de moins de 75 ans et 152 patients de plus de 90 ans avec une durée moyenne de séjour à 4,1 jours. En 2018, il comprenait 24 lits pour 1025 hospitalisations dont 208 patients de moins de 75 ans et 286 patients de plus de 90 ans avec une durée moyenne de séjour à 6,5 jours. Trois praticiens hospitaliers travaillent dans le service. La demande des urgences concernant des patients aigus à situations sociales complexes a permis d'acquérir et développer des compétences permettant leur prise en charge.

C'est ainsi que sont nés les objectifs de ce travail : préciser les facteurs de vulnérabilité des patients concernés par une mesure de protection juridique initiée ou renforcée au PUM pour ainsi proposer des éléments de repérage et décrire la collaboration indispensable avec les acteurs sociaux permettant d'optimiser la prise en charge médico-sociale globale.

I. Rappels sur les mesures de protection juridique

I.1. Objectifs de la mise sous protection juridique

L'article 425 alinéa premier du Code civil prévoit ainsi que « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre ».

La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, qui a rénové en profondeur la protection juridique des majeurs, réaffirme trois principes fondamentaux (Code civil, art. 428) (11) :

- le principe de nécessité : le juge des contentieux de la protection ne peut prononcer de mesure de protection que si un certificat médical lui démontre que la personne majeure ne peut plus pourvoir seule à ses intérêts, en raison de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles qui l'empêche d'exprimer sa volonté.

- le principe de proportionnalité : le juge est tenu d'adapter et d'individualiser la mesure de protection en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé.

- le principe de subsidiarité : il n'y a pas lieu d'ouvrir une mesure de protection juridique si elle peut être remplacée par un autre dispositif afin de pourvoir aux intérêts de la personne.

L'objectif de cette protection juridique est double : protection des biens et de la personne. Elle prodigue à son patrimoine « des soins prudents, diligents et avisés dans le seul intérêt de la personne protégée » afin qu'elle puisse vivre de manière convenable en utilisant au mieux ses ressources (Code civil, art. 496). La protection de la personne concerne sa vie privée, ses relations interpersonnelles, sa santé dans le seul but de protéger ses intérêts.

Dans un rapport sur la protection juridique des majeurs vulnérables en France, publié en 2016, le Défenseur des droits relève « que le déni de la capacité juridique aux personnes placées sous un régime de protection se traduit, en réalité, par la négation ou la privation de certains droits fondamentaux garantis par la Convention Relative aux Droits des Personnes Handicapées (CIDPH) » (12). En 2018, une mission interministérielle a été constituée en vue d'élaborer des propositions de réforme du système de protection juridique conformes aux principes de la CIDPH. Les propositions formulées par la mission ont été partiellement reprises dans la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 (8).

I.2. Ouverture d'une mesure de protection juridique

Les personnes ayant qualité pour saisir le juge des contentieux de la protection sont énumérées limitativement par l'article 430 du Code civil. La qualité du requérant est élargie par la loi n°2007-308 du 5 mars 2007. Il s'agit :

- de la personne à protéger ;
- du conjoint du majeur ;
- du partenaire avec qui le majeur a conclu un pacte civil de solidarité ;
- du concubin, à moins que la vie commune ait cessé entre eux ;
- d'un parent ou un allié ;
- d'une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables ;
- de la personne qui exerce à l'égard du majeur une mesure de protection juridique.

En cas d'absence de requérant ayant une des qualités susmentionnées, le juge peut être saisi par le procureur de la République qui voit son rôle renforcé en tant que garant des libertés individuelles.

La loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 élargit les pouvoirs du juge des contentieux de la protection en lui permettant d'ordonner une mesure différente de celle proposée par l'expertise : soit plus souple soit plus contraignante (mise sous tutelle au lieu de curatelle, par exemple). Le juge peut décider, après avis du médecin ayant établi le certificat médical, de ne pas entendre la personne, si l'audition peut nuire à sa santé ou si la personne ne peut exprimer sa volonté.

Pour être recevable par le juge des contentieux de la protection, cette requête doit être accompagnée des pièces suivantes :

- le formulaire de demande du Centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs (CERFA) n° 15891*03 rempli indiquant l'identité de la personne à protéger et l'énoncé des faits qui appellent cette protection (13) (Annexe 1) ;
- la copie intégrale de l'acte de naissance de la personne à protéger, datant de moins de 3 mois ;
- une copie (recto-verso) de la pièce d'identité de la personne à protéger ;
- une copie (recto-verso) de la pièce d'identité du demandeur ;

- le certificat médical circonstancié du médecin expert inscrit sur la liste du procureur de la République.

Les honoraires du certificat médical circonstancié s'élèvent à 160 €, fixés par le tribunal. Ce montant est à la charge des familles.

Le certificat médical tient une place centrale dans la décision de mesure de protection juridique (14).

Il devient obligatoire depuis la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 (Code civil, art. 431) et supprime ainsi la curatelle par « prodigalité, oisiveté ou intempérance ». Il doit être circonstancié et répondre à des critères précis. Sans ce certificat, aucune mesure de protection ne peut être prononcée. Si le patient refuse tout examen, un certificat de carence peut suffire à mettre en place une mesure de protection.

Il existe donc deux voies possibles pour demander une mesure de protection juridique.

La plus fréquente est **la requête** auprès du juge des contentieux de la protection par toute personne habilitée à la faire, comme nous en avons donné la liste plus haut. La requête est déposée auprès du juge des contentieux de la protection du lieu d'habitation de la personne à protéger.

La deuxième voie consiste à établir **un signalement d'adulte vulnérable au procureur de la République** : il peut être fait par toute personne ou service préoccupé par une situation de majeur vulnérable, entourage, services sociaux, établissements de santé, médecins. Le procureur de la République apprécie l'opportunité d'adresser la demande au juge des contentieux de la protection et missionne par réquisition, un médecin expert inscrit afin de réaliser le certificat médical circonstancié. Les frais sont dans ce cas payés par la justice. Le signalement est fait auprès du procureur de la République du lieu de soins de la personne à protéger si elle est hospitalisée.

I.3. Place du médecin traitant dans la demande de protection juridique

Tout médecin peut être inscrit sur la liste du procureur de la République, mais le médecin traitant ne peut être l'expert en charge du certificat si la personne à protéger est son patient (15). Depuis 2007, il n'est plus habilité à saisir directement le juge des contentieux de la protection et doit passer par le signalement au procureur de la République. Il a toujours un rôle consultatif auprès du médecin expert ou du juge des contentieux de la protection.

Cependant, il peut établir le certificat médical de demande de renouvellement, allègement ou levée d'une mesure de protection juridique. Il doit alors disposer du certificat médical initial circonstancié établi à l'ouverture de la mesure et dire si les constatations faites à l'époque restent pertinentes (16). Rédigé à la demande du majeur protégé ou de la personne en charge de la mesure avec son accord, son certificat décrira l'évolution et le potentiel évolutif de l'état du patient. Par exemple, un patient atteint d'une maladie d'Alzheimer évoluée n'est pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science. A l'inverse, un patient alcoolique sevré peut avoir récupéré de meilleures capacités cognitives.

I.4. Différents types de mesures de protection juridique

Le législateur a individualisé trois types de mesures de protection par ordre croissant d'incapacité : sauvegarde de justice, curatelle et tutelle. Nous ne citerons pas ici l'habilitation familiale qui n'entre pas dans le cadre des mesures de protection juridique, puisqu'une fois la personne désignée pour recevoir l'habilitation familiale, le juge n'intervient plus (17).

I.4.a. Sauvegardes de justice

La sauvegarde de justice judiciaire (18)

Elle devient un véritable régime de protection depuis la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007. C'est une mesure de protection qui permet au protégé d'être représenté pour l'accomplissement de certains actes. Elle peut être prononcée rapidement par le juge en attendant l'instruction du dossier pour mesure conservatoire d'urgence.

Elle permet à la personne de conserver tous ses droits sauf ceux attribués au mandataire judiciaire qui sont en général de l'ordre de la protection des biens. Le juge peut aussi prononcer des mesures de protection de la personne.

La sauvegarde de justice autorise une annulation d'actes effectués par le majeur s'ils sont contraires à son intérêt. Le délai de prescription est de 5 ans et pourra être demandé par le majeur lui-même ou ses héritiers si le patient est décédé.

Le juge choisit le mandataire spécial en priorité parmi les proches. Si c'est impossible, il désigne un professionnel inscrit sur une liste départementale tenue par le préfet (par exemple l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF)).

La sauvegarde de justice devenant une mesure de protection à part entière, les procédures d'ouverture obéissent aux mêmes règles que les autres. Le juge des contentieux de la protection ne peut la prononcer que pour une durée d'un an, renouvelable une fois.

La sauvegarde de justice par déclaration médicale (19)

L'article L3211-6 du Code de santé publique autorise la sauvegarde de justice par déclaration médicale directement au procureur de la République :

- soit par le médecin traitant, accompagnée de l'avis conforme d'un psychiatre,
- soit par le médecin de l'établissement de santé où se trouve la personne à protéger.

Cette déclaration a pour effet de placer le malade sous sauvegarde de justice. Elle prend effet au moment où elle est enregistrée au tribunal judiciaire.

En cas de sauvegarde de justice sur déclaration médicale au procureur de la République, la personne protégée peut faire un recours amiable pour obtenir la radiation de cette sauvegarde. Ce recours doit être adressé au procureur de la République. Elle a la même durée qu'une sauvegarde de justice sur décision du juge des contentieux de la protection. Elle ne dispense pas du travail de requête ou de signalement. Si cela n'est pas fait, la sauvegarde s'éteint d'elle-même au bout d'un an.

I.4.b. Curatelle

La curatelle est une mesure proposée aux personnes qui ont besoin d'être conseillées ou contrôlées dans les actes de la vie civile (20). C'est le rôle d'assistance et non de représentation qui est en jeu pour le curateur. La personne accomplit seule les actes de gestion courante comme la gestion du compte bancaire ou la souscription d'une assurance. En revanche, elle doit être assistée de son curateur pour des actes plus importants comme souscrire à un emprunt, vendre une maison, etc. Les effets de la mesure sont rappelés dans l'annexe 2.

La curatelle (ouverture, modification ou fin de la mesure) donne lieu à une mention en marge de l'acte de naissance.

Lorsque la curatelle est renforcée, le curateur perçoit les revenus de la personne protégée, règle les dépenses de celle-ci auprès des tiers et lui reverse l'excédent. Lorsqu'elle est aménagée, le juge énumère les actes que la personne peut faire seule ou non.

Depuis la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, la mesure doit être réévaluée tous les 5 ans. Le juge peut décider de la renouveler pour une durée plus longue mais n'excédant pas 20 ans si l'altération des facultés du majeur protégé apparaît irrémédiable (21). Dans ce cas, l'avis conforme du médecin, inscrit sur la liste établie par le procureur de la République, est nécessaire.

I.4.c. Tutelle

La tutelle est la forme de protection juridique la plus limitante pour la personne protégée. Elle sous-tend sa représentation permanente pour les actes de la vie civile afin de conserver au mieux son patrimoine et protéger sa personne (22). Le juge peut énumérer, à tout moment, les actes que la personne peut faire seule ou non, au cas par cas.

Certains actes lui sont interdits : être juré, l'éligibilité, l'exercice de certaines professions (commerce, professions libérales), être titulaire du permis de port d'arme ou de chasse, rédiger un testament.

La tutelle (ouverture, modification ou fin de la mesure) donne également lieu à une mention portée en marge de l'acte de naissance de la personne protégée.

Depuis la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, le majeur sous tutelle peut se marier ou se pacser sans l'autorisation du juge. Il doit en informer préalablement son tuteur qui pourra s'y opposer si les circonstances l'exigent.

Le majeur sous tutelle exerce personnellement son droit de vote pour lequel il ne peut pas être représenté par son tuteur. Les effets de la mesure sont rappelés dans l'annexe 3.

Depuis la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, la mesure doit être réévaluée tous les 5 ans ou 10 ans si l'altération des facultés personnelles de la personne sous tutelle n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises par la science. Le juge peut renouveler la mesure directement dans le cas où un certificat médical produit lors de ce dernier renouvellement a indiqué qu'aucune amélioration de l'état de santé du majeur n'était envisageable.

II. Schéma récapitulatif sur les deux modalités de mise en place d'une mesure de protection juridique

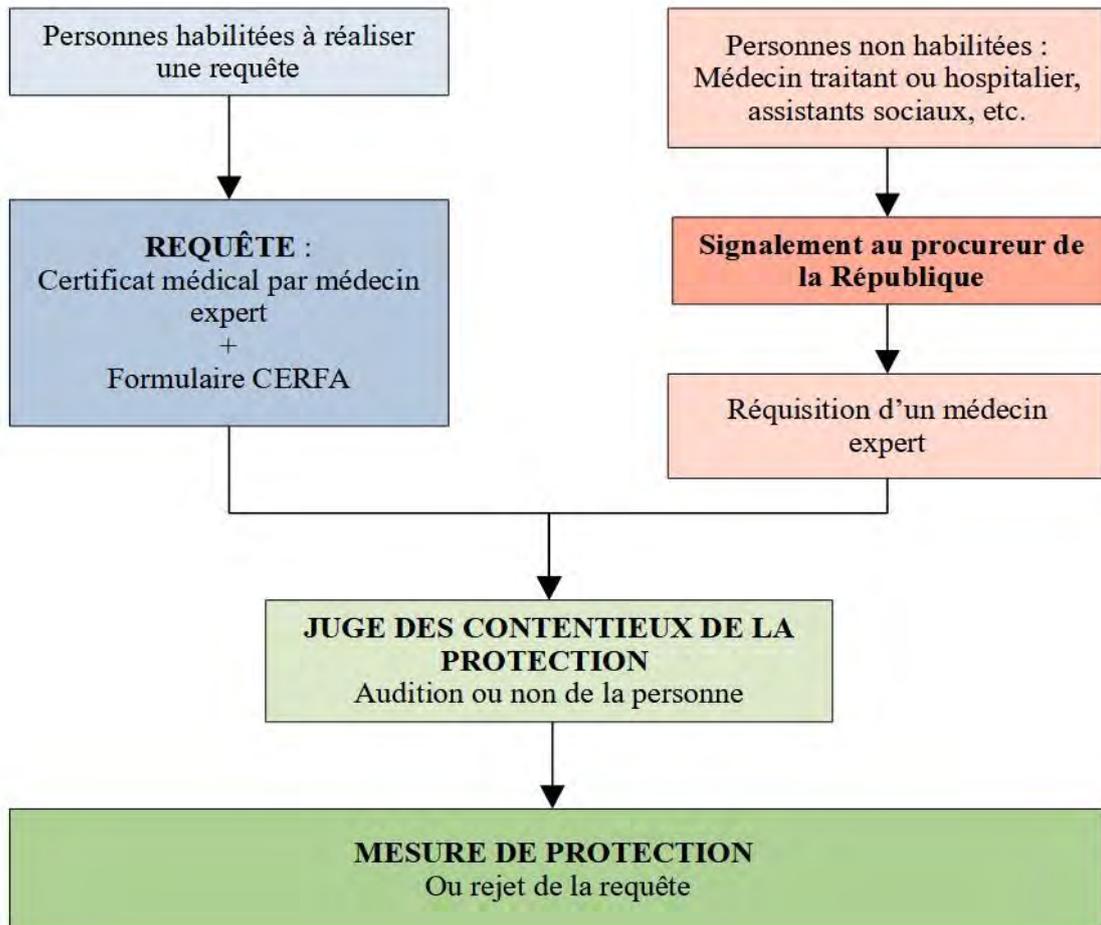


Figure 1: Schéma général de mise en place d'une mesure de protection juridique

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Type d'étude

Ce travail est une étude rétrospective quantitative réalisée dans le service du PUM du CHU de Purpan à Toulouse.

II. Objectifs

L'objectif principal est d'identifier les facteurs de vulnérabilité médicaux et sociaux des patients hospitalisés au PUM au CHU de Purpan à Toulouse pour lesquels une demande de mise en place ou un renforcement d'une mesure de protection juridique a été initiée.

Les objectifs secondaires sont d'établir les difficultés rencontrées à la mise en place d'une mesure de protection juridique, de décrire la collaboration médico-sociale et le devenir de ces patients.

III. Population source

III.1. Critères d'inclusion

La population source de cette étude comprend tous les patients hospitalisés au PUM pour lesquels une demande de protection juridique a été initiée ou renforcée durant l'hospitalisation sur la période de décembre 2008 à janvier 2019. La liste est établie avec l'aide des Assistantes Sociales (AS) du service qui suivent et colligent tous ces cas.

III.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- les patients décédés durant l'hospitalisation ;
- les patients déjà sous tutelle ;
- les patients n'ayant pas fait l'objet d'une demande de mesure de protection juridique effectuée au PUM après relecture des courriers d'hospitalisation.

IV. Analyse des résultats

Une analyse du contenu des courriers de sortie d'hospitalisation et des fiches sociales partagées anonymisées nous a permis de dégager des éléments démographiques (âge et sexe), médicaux et sociaux et de les regrouper dans un tableur.

Les variables qualitatives sont décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites sous forme de moyennes et d'écart types.

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel LibreOFFICE.

IV.1. Définitions des critères médicaux

Les motifs d'admission sont classés en cinq catégories : motif social, altération de l'état général et perte d'autonomie, chutes et/ou traumatismes, troubles du comportement et autres pathologies aiguës.

Les antécédents médicaux retenus sont toutes les pathologies chroniques déjà identifiées avant l'hospitalisation nécessitant un suivi et/ou une prise en charge spécifique.

Nous les avons regroupés en 12 catégories : antécédents cardiovasculaires, pneumologiques, neurologiques, psychiatriques, rhumatologiques, ophtalmologiques, hépato-gastro-entérologiques, diabète, endocrinologiques autres, contexte de tabagisme et d'alcoolisme chronique, cancers non guéris ou avec séquelles.

Nous détaillons les troubles cognitifs et les classons en : maladies neuro-évolutives type maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, démence fronto-temporale, troubles cognitifs d'origine vasculaire, mixte, alcoolique, psychiatrique, neurologique autre et indéterminée.

Un certain nombre de diagnostics de troubles cognitifs d'origine vasculaire méconnus jusque-là ont été posés pendant l'hospitalisation sur des critères radiologiques au scanner cérébral (association ou non d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), infarctus lacunaire, leucoaraïose, etc.)

N'ont été comptabilisés comme origine psychiatrique que les troubles cognitifs compliquant une psychose chronique, une schizophrénie, un syndrome de Diogène ou certains troubles de la personnalité.

L'origine alcoolique des troubles cognitifs est définie par l'association d'une alcoolodépendance chronique et ancienne, de signes cliniques allant jusqu'au syndrome de Korsakoff et d'une imagerie cérébrale compatible (atrophie frontale).

Les critères de dénutrition retenus sont ceux des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de novembre 2019 pour les patients de moins de 70 ans et celles de 2007 pour les patients de 70 ans et plus (23). Ils sont définis par l'Indice de Masse Corporel (IMC) et le taux d'albuminémie. Ils sont représentés par le tableau 1.

	IMC (en kg/m ²)	Albuminémie (en g/L)
Patients de moins de 70 ans		
Dénutrition modérée	17 < IMC < 18,5	30 < Albuminémie < 35
Dénutrition sévère	IMC ≤ 17	Albuminémie ≤ 30
Patients de 70 ans et plus		
Dénutrition	18 < IMC < 21	30 < Albuminémie < 35
Dénutrition sévère	IMC < 18	Albuminémie < 30

Tableau 1 : Critères de dénutrition retenus

Le Mini Nutritional Assessment global n'a pas été utilisé car non réalisé dans le service. La perte de poids n'a pas été retenue comme critère de dénutrition car non quantifiable chez la plupart des patients.

L'anémie correspond à un taux d'hémoglobine dans le sang inférieur à 13 g/dL pour un homme et 12 g/dL pour une femme.

Le scorbut « biologique » est défini par un taux de vitamine C inférieur à 2,5 mg/L. Une carence en vitamine C correspond à un taux entre 2,5 et 10 mg/L.

La carence en vitamine B9 est définie par un taux inférieur à 5,38 ng/mL et pour la vitamine B12 par un taux inférieur à 197 pg/mL.

Au total, nous identifions deux groupes de pathologies conduisant à la demande de mise sous protection juridique :

- une altération des facultés mentales entraînant des troubles du jugement et/ou du comportement liés à une maladie neuro-évolutive, des troubles cognitifs d'origine vasculaire, mixte, alcoolique, psychiatrique, indéterminée et neurologique autre ;

- une perte d'autonomie liée à l'âge, aux comorbidités et au contexte social (isolement social / type de logement) sans troubles cognitifs avérés.

L'altération pure des facultés corporelles empêchant l'expression de sa volonté n'est pas retrouvée dans notre étude.

IV.2. Définitions des critères sociaux

Nous notons l'existence ou non d'un médecin traitant, d'une couverture sociale obligatoire et complémentaire.

Un logement précaire est défini par une situation incertaine ou inconstante : patient vivant chez un ami ou ayant une menace d'expulsion pour impayés.

Un logement insalubre est défini par le fait que les conditions d'occupation le rendent dangereux pour la santé et la sécurité de ses occupants ou du voisinage (24).

L'isolement social décrit une personne ne rencontrant jamais physiquement les membres de tout son réseau de sociabilité (famille, amis, voisins, collègues de travail ou activité associative) ou ayant des contacts très épisodiques avec ces différents réseaux, quelques fois dans l'année ou moins souvent. Nous ne prenons pas en compte les relations au sein du ménage (entre conjoints et avec les enfants vivant au domicile) (25,26).

Nous relevons si des signalements sociaux antérieurs (logement insalubre ou adulte vulnérable) ont été effectués et si les patients ont déjà bénéficié d'une mesure de protection juridique.

Enfin, nous notons la présence ou non d'aides professionnelles au domicile type infirmière, aide-soignante, aide-ménagère.

IV.3. Analyse de la prise en charge médico-sociale réalisée dans le service

Nous détaillons les modalités de demande de la mesure de protection juridique, la réalisation ou non d'une sauvegarde de justice médicale, le passage du médecin expert dans le service, le travail sur la couverture sociale ainsi que la demande de dérogation d'âge auprès du Conseil départemental pour une admission des patients de moins de 60 ans en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

IV.4. Analyse du projet en sortie de l'hospitalisation

Nous relevons quel est le devenir des patients après hospitalisation dans cinq lieux différents : retour à domicile, transfert en Soins de Suite et Réadaptation (SSR), en EHPAD, en Lits Halte Soins Santé (LHSS) ou dans un autre service médico-chirurgical de soins aigus.

Les LHSS sont réservés aux personnes sans domicile fixe et accueillent à temps complet des patients ayant une pathologie aiguë ne nécessitant pas d'hospitalisation mais incompatible avec une vie dans la rue.

Le projet à moyen terme est précisé : maintien à domicile, EHPAD, soins palliatifs.

RÉSULTATS

I. Recueil de données

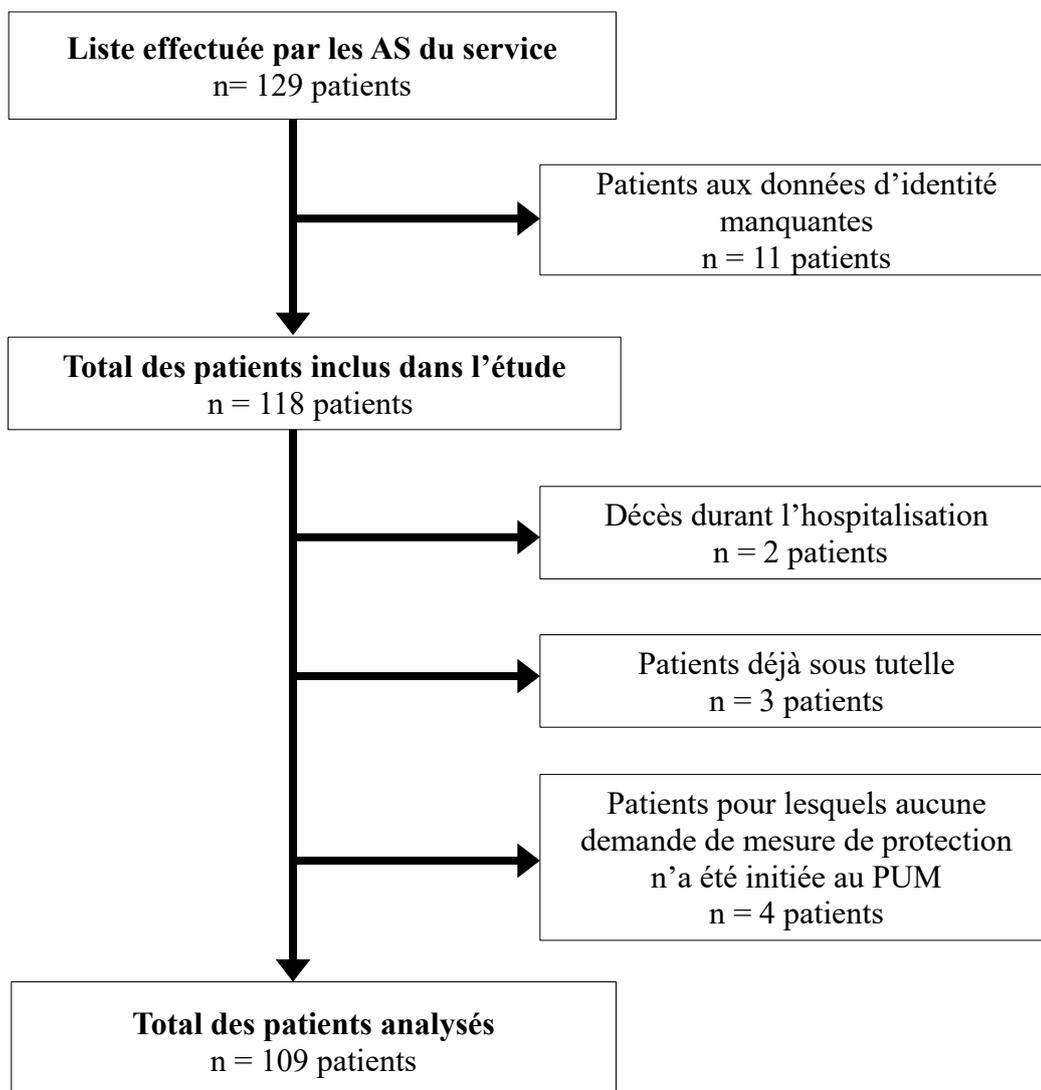


Figure 2 : Diagramme de flux – Recueil de données

Nous avons exclu deux patients décédés en cours d'hospitalisation, trois patients qui étaient finalement déjà sous tutelle et quatre patients pour lesquels les démarches juridiques et sociales n'ont pas été mentionnées dans le courrier d'hospitalisation (donc sans certitude de l'initiation des démarches au PUM).

II. Éléments démographiques et médicaux

II.1. Âge et sexe

Il y a 53 femmes (48,6%) et 56 hommes (51,4%). La figure 3 représente la répartition des patients selon leur âge et sexe : pour les hommes tous les âges sont représentés après 45 ans, alors que les femmes sont majoritairement âgées de 80 à 89 ans (n=32 ; 60,4%). L'âge moyen pour les femmes est de 81,4 ans avec un écart-type de 9,9 ans, il est pour les hommes de 72,5 ans avec un écart-type de 12,5 ans.

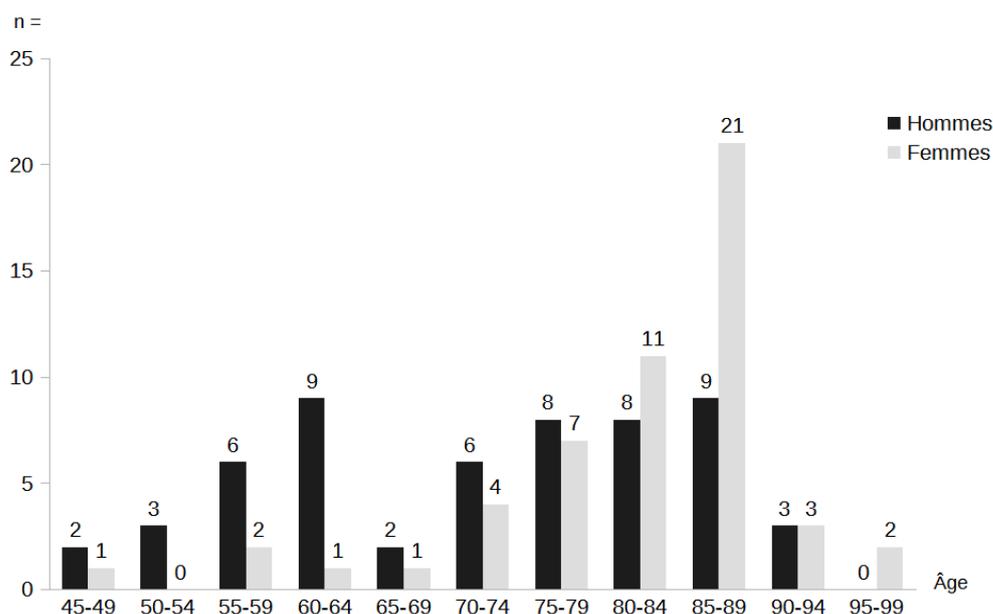


Figure 3 : Répartition des patients selon leur âge et sexe

II.2. Motifs d'admission

Les différents motifs d'admission sont représentés par le tableau 2.

	n	%
Chute, traumatisme	32	29,3
Altération de l'état général, Perte d'autonomie	22	20,2
Troubles du comportement aigus	21	19,3
Autre pathologie aiguë	18	16,5
Social	16	14,7

Tableau 2 : Motifs d'admission

Le mode d'admission est le plus souvent à la faveur d'un événement aigu (n=71 ; 65,1%) si on regroupe les chutes et traumatismes, les troubles aigus du comportement et les autres pathologies aiguës.

II.3. Antécédents médicaux

Les différents antécédents et états pathologiques connus sont représentés par le tableau 3.

	n	%
Cardiovasculaires	75	68,8
Neurologiques	43	39,4
Tabagisme	34	31,2
Alcoolisme chronique	34	31,2
Psychiatriques	28	25,7
Diabète	25	22,9
Pneumologiques	22	20,2
Néoplasies non guéries ou avec séquelles	13	11,9
Endocrinologiques (autre que diabète)	11	10,1
Rhumatologiques	8	7,3
Ophtalmologiques	7	6,4
Hépto-gastro-entérologiques	0	0

Tableau 3 : Principaux antécédents et états pathologiques

Des antécédents cardiovasculaires sont présents chez 75 patients (68,8%). Des antécédents neurologiques sont présents chez 43 patients (39,4%).

Pour les 34 patients ayant un contexte de tabagisme chronique, on dénombre 27 fumeurs actifs (79,4%) et 7 fumeurs sevrés (20,6%). Parmi les 34 ayant un contexte d'alcoolisme chronique, 17 patients sont alcool-tabagiques (50%) et 1 est polytoxicomane (3%). Toujours parmi les 34 patients ayant un contexte d'alcoolisme chronique, on observe 25 hommes (représentant 44,6% des hommes) avec une moyenne d'âge de 63 ans ; pour 9 femmes (représentant 17% des femmes) avec une moyenne d'âge de 72 ans.

Les antécédents de troubles cognitifs sont représentés par le tableau 4.

	n	%
Origine indéterminée	14	12,85
Origine vasculaire	7	6,4
Pathologie psychiatrique	6	5,5
Maladie neuro-évolutive	3	2,8
Origine mixte	2	1,8
Origine alcoolique	2	1,8
Pathologie neurologique autre	1	0,9

Tableau 4 : Antécédents de troubles cognitifs

Trente-cinq patients (32,1%) présentent des antécédents de troubles cognitifs étiquetés avant l'hospitalisation.

Les 3 patients ayant des troubles cognitifs par maladie neuro-évolutive sont 2 patients atteints d'une maladie d'Alzheimer et 1 patient atteint d'une maladie de Parkinson.

Le patient classé en « pathologie neurologique autre » présente un handicap neurologique congénital.

II.4. Dénutrition

La prévalence de la dénutrition est représentée par la figure 4.

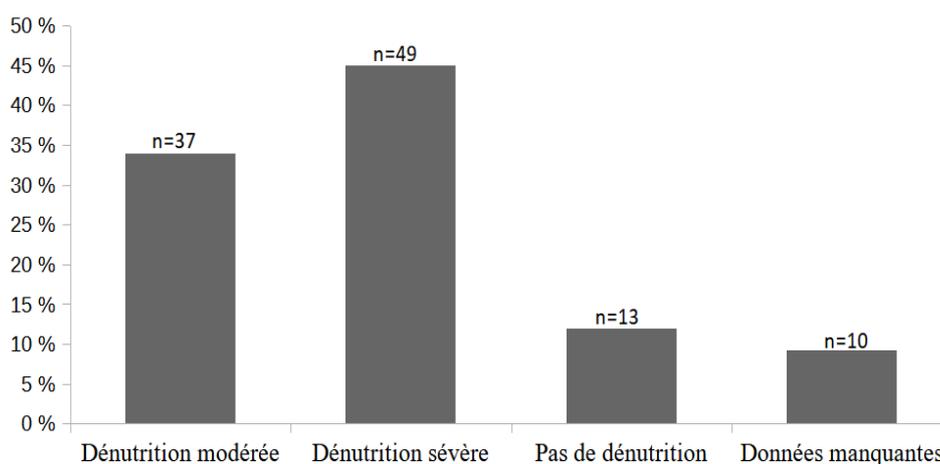


Figure 4 : Prévalence de la dénutrition

Nous remarquons que 86 patients sont dénutris (78,9%) avec 49 patients présentant une dénutrition sévère (45%).

II.5. Anémie

Il y a 63 patients (57,8%) présentant une anémie.

II.6. Carence en vitamine C

La prévalence du déficit en vitamine C est représentée par la figure 5.

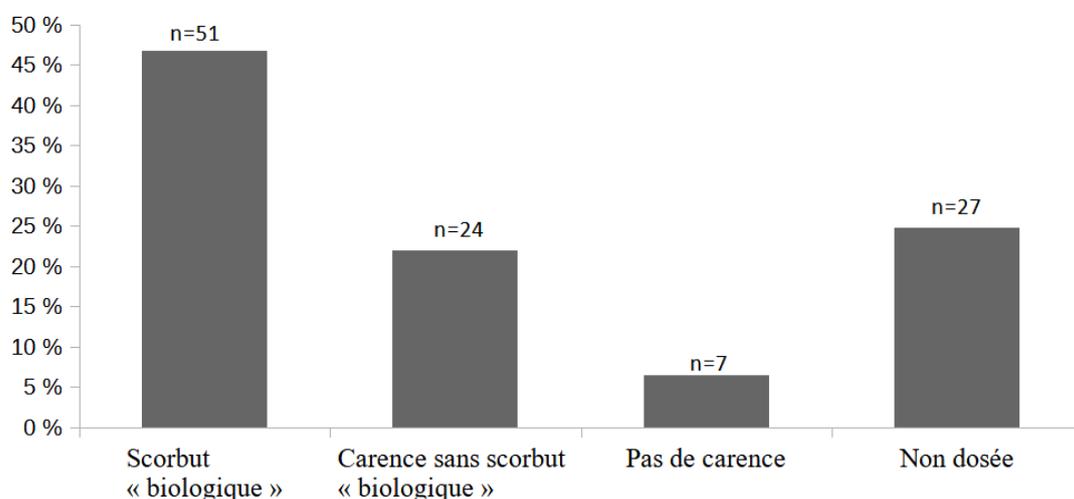


Figure 5 : Prévalence de la carence en vitamine C

Nous notons que 75 patients (68,8%) ont une carence en vitamine C dont 51 patients ayant un scorbut « biologique » (46,6%).

II.7. Autres carences vitaminiques associées

Cinquante-quatre patients (49,5%) présentent une carence en vitamine B9 et 11 patients (10,1%) une carence en vitamine B12. Onze patients (10,1%) ne présentent pas de carence ni en vitamine B9 ni en B12. Pour 40 patients (36,7%), aucun dosage vitaminique en dehors de la vitamine C n'est réalisé.

II.8. Diagnostic principal

Les diagnostics principaux motivant la demande de mise en place ou de renforcement d'une mesure de protection juridique sont décrits par le tableau 5.

	n	%
Altération des facultés mentales	95	87,1
Origine vasculaire	25	22,9
Origine indéterminée	22	20,2
Origine mixte	21	19,3
Origine alcoolique	15	13,8
Pathologie psychiatrique	8	7,3
Pathologie neurologique autre	2	1,8
Maladie neuro-évolutive	2	1,8
Perte d'autonomie due à l'âge, des comorbidités et du contexte social	14	12,9

Tableau 5 : Diagnostics principaux motivant la mesure de protection

Le diagnostic principal motivant la demande est surtout une altération des facultés mentales pour 95 patients (87,1%).

Les « pathologies neurologiques autres » comprennent le patient atteint d'un handicap neurologique congénital et une patiente atteinte de métastases cérébrales.

Les troubles cognitifs d'origine mixte comprennent tous une étiologie vasculaire associée, chez 15 patients à une origine alcoolique, chez 5 patients à une maladie psychiatrique et chez un patient à une maladie d'Alzheimer. Nous relevons donc que 46 patients (42,2%) présentent une origine vasculaire à leurs troubles cognitifs.

Le tableau 6 représente les diagnostics principaux motivant la mesure de protection juridique en fonction du sexe.

	Femmes n= 53	Hommes n= 56
Altération des facultés mentales	48 (90,6%)	47 (83,9%)
Origine vasculaire	15 (28,3%)	10 (17,85 %)
Origine indéterminée	15 (28,3%)	7 (12,5%)
Origine mixte	7 (13,2%)	14 (25%)
Origine alcoolique	5 (9,4%)	10 (17,85%)
Pathologie psychiatrique	3 (5,7%)	5 (8,9%)
Pathologie neurologique autre	2 (3,8%)	0 (0%)
Maladie neuro-évolutive	1 (1,9%)	1 (1,8%)
Perte d'autonomie due à l'âge, des comorbidités et du contexte social	5 (9,4%)	9 (16,1%)

Tableau 6 : Diagnostics principaux motivant la mesure de protection en fonction du sexe

Comme dit précédemment les troubles cognitifs d'origine mixte ont tous une part vasculaire. Chez les hommes, l'origine associée est alcoolique chez 12 patients (21,4%) et psychiatrique chez 2 patients (3,6%). Chez les femmes, l'origine associée est alcoolique chez 3 patientes (5,7%), psychiatrique chez 3 patientes (5,7%) et neuro-évolutive chez l'une d'elles (1,9%).

Les femmes présentent principalement des troubles cognitifs d'origine en partie vasculaire (n=22 ; 41,5%) puis vient ensuite l'origine indéterminée (n=15 ; 28,3%).

Les hommes présentent aussi principalement une origine en partie vasculaire à leurs troubles cognitifs (n=24 ; 42,9%) puis vient ensuite l'origine alcoolique (n=22 ; 39,3%). Ils présentent près de trois fois plus de troubles cognitifs d'origine alcoolique que les femmes soit 39,3% contre 15,1%.

III. Contexte social

III.1. Médecin traitant

Quatre-vingt-dix-huit patients (89,9%) ont un médecin traitant et 11 patients n'en ont pas (10,1%).

III.2. Couverture sociale à l'admission

Elle est représentée par le tableau 7.

	n	%
Obligatoire + complémentaire	95	87,2
Obligatoire seule	12	11
Absente	2	1,8

Tableau 7 : Couverture sociale existante

La grande majorité (n=95 ; 87,2%) des patients ont une couverture sociale complète. Seuls 2 patients (1,8%) ne sont pas connus d'un régime de sécurité sociale.

III.3. Logement

Le type de logement est représenté par le tableau 8.

	n	%
Décent	50	45,9
Précaire	10	9,2
Insalubre	42	38,5
Sans domicile fixe	7	6,4

Tableau 8 : Type de logement

Plus de la moitié des patients n'ont pas de logement décent, soit 59 patients (54,1%).

III.4. Isolement social

Nous dénombrons 104 patients (95,4%) qui présentent un isolement social selon les critères définis dans la partie « matériels et méthodes ».

III.5. Aides professionnelles en place

Il y a 56 patients (48,6%) qui ont des aides professionnelles à domicile avant l'hospitalisation.

III.6. Signalement et/ou mesure de protection juridique antérieurs

L'existence de signalement et/ou de mesure de protection juridique antérieur est représentée par le tableau 9 et concerne 17 patients (15,6%).

	n	%
Pas de signalement ni mesure antérieurs	92	84,4
Signalement antérieur	7	6,4
Mesure de protection juridique antérieure	10	9,2
- en attente de jugement	4	3,7
- sous sauvegarde de justice ou curatelle	4	3,7
- anciennement sous curatelle	2	1,8

Tableau 9 : Signalement ou mesure de protection antérieurs

Les motifs des signalements sociaux antérieurs comprennent les logements insalubres et les personnes en situation de vulnérabilité. La distinction n'a pas été relevée.

IV. Travail médico-social effectué durant l'hospitalisation

IV.1. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour des patients est de 13,41 jours avec un écart-type de 7,16 jours.

IV.2. Démarches administratives

Les démarches administratives effectuées par les médecins et les assistantes sociales du service sont représentées par le tableau 10.

	n	%
Mise en place de la mesure de protection par :		
requête	73	67
signalement	36	33
Sauvegarde de justice médicale	29	26,6
Passage du médecin expert dans le service	80	73,4
Travail sur la couverture sociale :		
complémentaire	12	11
ouverture de droits sociaux	2	1,8
demande d'affection longue durée	2	1,8
Allocation personnalisée d'autonomie	2	1,8
Dérogation d'âge pour institutionnalisation	6	5,5

Tableau 10 : Travail médico-social effectué au PUM

La requête est la modalité principalement utilisée (n=73 ; 67%) pour la demande de mesure de protection juridique.

Il n'y a pas systématiquement de signalement au procureur de la République associé à la sauvegarde de justice médicale.

La dérogation d'âge est demandée pour 6 patients (5,5%) en vue d'une institutionnalisation en EHPAD.

V. Sortie d'hospitalisation

V.1. Devenir à la sortie d'hospitalisation

Le devenir des patients en sortie d'hospitalisation est représenté par le tableau 11.

	n	%
Soins de suite et réadaptation	84	77,1
Retour à domicile	16	14,7
Service de soins aigus	4	3,7
EHPAD	3	2,7
Lits halte soins santé	2	1,8

Tableau 11 : Devenir après l'hospitalisation

Nous remarquons que la majeure partie des patients n= 84 (77,1%) est transférée en SSR. Les 4 patients transférés en service de soins aigus l'ont été pour un motif de recours à une spécialité : prise en charge neuro-chirurgicale d'un AVC hémorragique survenu en cours d'hospitalisation pour 1 patient, transfert en unité cognitivo-comportementale pour 2 patients et en médecine interne pour complément de bilan pour 1 patient.

V.2. Projet à moyen terme

Au-delà du transfert en sortie du PUM, le projet à moyen terme défini dans le courrier d'hospitalisation est, pour 32 patients (29,4%) un maintien à domicile, pour 76 patients (69,7%) une institutionnalisation en EHPAD et pour 1 patient (0,9%) une hospitalisation en service de soins palliatifs.

DISCUSSION

I. Profil de notre échantillon

Dans notre étude, nous retrouvons 51,4% d'hommes contre 48,6% de femmes. Cette répartition des sexes de majeurs protégés est presque identique à celle des majeurs protégés français retrouvée dans 2 études datant de 2012 et 2014 (1). Elle est estimée en 2014 à 52% d'hommes et 48% de femmes (27) alors que la population majeure en France est composée de 52,6% de femmes et 47,6% d'hommes fin 2019 (28).

La proportion d'hommes est plus élevée pour toutes les tranches d'âge, à l'exception des personnes âgées de 75 ans et plus qui sont, dans les trois quarts des cas, des femmes. En France, fin 2014, les femmes sous mesure de protection juridique sont, en moyenne, âgées de 12 ans de plus que les hommes. Elles sont particulièrement surreprésentées au sein des personnes sous tutelle de plus de 80 ans. Plus d'un tiers des femmes sous mesure de protection juridique (37%) ont au moins 80 ans contre seulement 12% des hommes (2,29). Les données de notre étude montrent des résultats similaires. Avant 75 ans, on observe une plus grande partie d'hommes que de femmes alors qu'après 75 ans, l'inverse est observé.

Notre échantillon n'est pas représentatif de tous les patients sous mesure de protection juridique. En effet, l'étude réalisée par l'Association Nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations (ANCREAI) en mai 2017 décrit la variété des situations concernées et établit une première typologie des profils des majeurs protégés (27). On y identifie 4 principaux facteurs de vulnérabilité : la vulnérabilité sociale, la dépendance liée à l'âge, les troubles psychiques ou psychiatriques et les situations de handicap. Plus de la moitié des majeurs protégés vivent une situation de handicap (57%) et 45% présentent des difficultés d'ordre psychique. Au moins un tiers des majeurs protégés ont connu une hospitalisation complète en psychiatrie.

Les patients présentant des troubles cognitifs d'origine psychiatrique sont peu représentés dans notre étude car principalement hospitalisés dans un service de psychiatrie. De plus, les patients présentant un handicap ont souvent bénéficié d'une mesure de protection juridique rapidement après le début de leur handicap ou depuis l'enfance ce qui explique la quasi-absence dans notre étude de patient présentant un handicap physique ou psychique congénital (seulement un patient). Ceci explique aussi la moyenne d'âge plus élevée dans

notre échantillon (81,4 ans pour les femmes et 72,5 ans pour les hommes) que dans la population nationale de majeurs protégés, où plus de la moitié des majeurs protégés ont moins de 60 ans (52%) (27), l'âge moyen y est de 61,3 ans pour les femmes et 54 ans pour les hommes (29).

II. Interprétation des résultats

II.1. Caractéristiques médicales et sociales de nos patients

Le motif d'une demande de mise sous protection juridique est nécessairement médicalement constaté par **l'altération des facultés mentales ou des capacités physiques qui empêchent l'expression de la volonté du patient**. Néanmoins, nous ne retrouvons pas dans notre étude de patient présentant une altération des capacités physiques pour les raisons expliquées précédemment.

La première étape du diagnostic des troubles cognitifs repose sur le principe d'un regroupement de signes et symptômes en syndrome puis sur une interprétation topographique du syndrome. La sémiologie complexe des troubles cognitifs rend leur diagnostic difficile et compliqué à réaliser en médecine de ville. Dans notre étude, les étiologies des troubles cognitifs sont celles retrouvées le plus souvent dans la population française : origine vasculaire, neuro-évolutive, alcoolique et psychiatrique.

Les **troubles cognitifs liés à l'alcool** (30), en dehors de la maladie de Marchiafava-Bignami ou du syndrome de Korsakoff, font l'objet d'une controverse car ils sont d'origine multifactorielle : effet toxique propre, carences vitaminiques, hépatopathies, traumatismes crâniens répétés, maladies cérébrovasculaires par défaut de prise en charge des facteurs de risques cardiovasculaires, effets du vieillissement et/ou pathologie neuro-évolutive associée. Bien que des critères diagnostiques aient été proposés, ils reposent pour l'essentiel sur des durées de consommation et de quantité d'alcool absorbée. Le tableau clinique est en effet polymorphe : les troubles dysexécutifs (y compris comportementaux, comme apathie et bradypsychie) sont les plus fréquents, associés aux troubles mnésiques.

Au point de vue sémiologique, les encéphalopathies sont des troubles aigus potentiellement réversibles et ne rentrent pas dans la catégorie des troubles cognitifs « fixés ». Quant au

syndrome de Korsakoff il est souvent la conséquence d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke mal ou non traitée ; plus rarement, celui-ci apparaît d'emblée, sans phase encéphalopathique identifiée. Il est caractérisé par des troubles massifs de la mémoire antérograde avec oubli à mesure, entraînant une incapacité totale à prendre toute décision et initiative adaptée à la survie (se nourrir, se protéger).

Dans notre échantillon, nous constatons que 27,6% des troubles cognitifs sont d'origine alcoolique associée ou non à une origine vasculaire. Parmi eux, la plupart présentent un syndrome de Korsakoff, par définition irréversible. Cependant, du fait de l'origine alcoolique multifactorielle, certains pourraient présenter une amélioration partielle de leur état cognitif ce qui justifierait de la réévaluation de la mesure de protection juridique.

En 2015 en France, environ 41 000 décès sont attribués à l'alcool, dont 30 000 chez les hommes et 11 000 chez les femmes, soit respectivement 11% et 4% de la mortalité des adultes de 15 ans et plus (31).

Dans notre étude, les troubles cognitifs d'origine alcoolique sont majoritairement présents chez les hommes pour 39,3% d'entre eux contre 15,1% des femmes, soulignés par un contexte d'alcoolisme chronique également plus présent chez eux (44,6% contre 17% des femmes).

Les femmes de notre échantillon sont plus âgées et présentent principalement des **troubles cognitifs d'origine vasculaire** ou indéterminée.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité en France pour les plus de 65 ans. De plus, elles sont devenues la première cause de mortalité féminine. L'incidence chez les femmes des pathologies d'origine cardiovasculaire progresse (5% par an entre 2008 et 2013), ceci explique la forte proportion de troubles cognitifs d'origine vasculaire chez les femmes de notre échantillon (32–34).

En France, il existe des inégalités importantes de mortalité vasculaire en fonction du contexte social, notamment chez les plus jeunes. Une étude de 2016 menée par l'Agence Santé Publique France, montre que le nombre de décès par infarctus du myocarde et insuffisance cardiaque est significativement plus élevé chez les Français les plus défavorisés et particulièrement pour les moins de 65 ans (35). Il existe un lien entre précarité sociale et augmentation du risque cardiovasculaire. La solitude extrême accroît la consommation de tabac et d'alcool. Le manque d'exercice physique, le stress, la

dépression, une mauvaise alimentation, sont autant de facteurs favorisant l'apparition de maladies cardiovasculaires.

Il n'est donc pas étonnant de constater dans notre étude que les maladies cardiovasculaires sont la première comorbidité en fréquence atteignant deux tiers soit 68,8% des patients. Comme facteur de risque cardiovasculaire identifié, nous relevons que 31,2% des patients de notre étude présentent un contexte de tabagisme et 22,9% un diabète.

L'étiologie vasculaire est considérée comme la principale cause des troubles cognitifs chez 42,2% de nos patients.

La **démence** est définie par une altération durable d'une ou plusieurs fonctions cognitives et/ou comportementales associée à une altération de l'autonomie dans la vie quotidienne. Les causes des démences sont dominées par les maladies neuro-évolutives (70 à 90% des démences) et surtout par la maladie d'Alzheimer qui représente 70% des démences neuro-évolutives (36). Environ 20 à 30% d'entre elles sont d'origine vasculaire et sont favorisées par des facteurs de risque cardiovasculaire (37). En France, on estime qu'en 2014, environ 1 200 000 personnes sont atteintes de maladies neuro-évolutives (6). Nous citerons aussi la démence parkinsonienne qui touche environ 160 000 personnes (38), la démence par dégénérescence lobaire fronto-temporale et la démence à corps de Lewy.

Deux de nos patients ont un diagnostic certain de maladie d'Alzheimer porté antérieurement à l'hospitalisation. Il est possible qu'une maladie neuro-évolutive soit associée aux autres origines des troubles cognitifs de nos patients. La sévérité de leurs troubles cognitifs et l'urgence sociale ne permet pas toujours de réaliser l'intégralité des examens permettant un diagnostic étiologique de certitude, dont la pertinence est en plus discutable. On note en effet une part importante dans notre étude de troubles cognitifs d'origine **indéterminé** soit 20,2%.

Les troubles cognitifs peuvent être légers et considérés comme non pathologiques (36). Il s'agit de difficultés n'entravant pas l'autonomie mais certaines tâches administratives et touchant les fonctions exécutives. C'est un léger trouble de la flexibilité de la pensée, une réduction de la vitesse de traitement des informations et une diminution des capacités d'attention divisée, c'est à dire la difficulté à mener deux tâches en même temps. Dans notre étude, 12,9% des patients sont dans ce cas, avec un isolement social ou des comorbidités tels que la mesure de protection juridique s'impose. Elle ne serait pas

nécessaire pour un patient présentant les mêmes facteurs de vulnérabilité mais avec un environnement familial et/ou social capable de pallier ces difficultés.

Il existe des diagnostics différentiels nombreux : les connaître permet de traiter d'éventuelles pathologies réversibles. Il s'agit des causes carencielles vitaminiques, métaboliques, vasculaires, inflammatoires, tumorales, infectieuses, toxiques ou traumatiques. L'intrication est fréquente, comme l'association de carences vitaminiques et de perturbations métaboliques avec des lésions vasculaires.

Les étiologies fonctionnelles des troubles cognitifs sont la dépression, les troubles du sommeil, l'anxiété ou la prise de psychotropes. Dans notre étude, 25,7% des patients présentent un antécédent de maladie psychiatrique identifiée et seuls 7,3% ont un diagnostic de **troubles cognitifs d'origine psychiatrique** : schizophrénie, psychose chronique, syndrome de Diogène et troubles sévères de la personnalité. Ces proportions dans notre étude ne sont pas représentatives des patients sous mesure de protection juridique en France comme expliqué dans le chapitre précédent.

Nous avons vu que beaucoup de nos patients ont une maladie cognitive intriquant plusieurs étiologies ou facteurs favorisants, certains réversibles et/ou améliorables comme les carences vitaminiques.

La **carence en vitamine C** est présente chez 68,8% de nos patients, 46,8% présentant un véritable scorbut « biologique », un chiffre non négligeable. Les principales manifestations cliniques du scorbut sont variées : manifestations cutanées et troubles de phanères, stomatologiques, ostéoarticulaires, cardiovasculaires, psychiatriques, syndrome hémorragique diffus. Cependant, les signes généraux sont très fréquents comme l'asthénie, l'anorexie et la sensation de faiblesse générale. A noter que tous les patients ayant un scorbut « biologique » ne développe pas nécessairement de scorbut « clinique ».

En 2018, les recommandations de l'HAS sur le dosage de la vitamine C dans le sang (39) ne préconisent pas la réalisation de ce dosage en routine car estiment que cette affection est de nos jours très rare. La prévalence du scorbut est sous-évaluée du fait de la non-prescription du dosage chez les patients en situation de précarité alimentaire, notamment des populations ayant une alimentation déséquilibrée, sans être nécessairement au-dessous du seuil de pauvreté. Dans une thèse de Médecine Générale réalisée au PUM en 2011, on

retrouve que 28,3% des patients présentent une carence en vitamine C et 32,2% un scorbut « biologique » (40).

Poser le diagnostic de scorbut a une incidence sur la supplémentation en vitamine C qui doit être prolongée et en plusieurs prises fractionnées dans la journée car l'absorption intestinale est saturable.

Nous déplorons donc le fait que ni la vitamine C pharmaceutique orale ni son dosage sérique (44 euros en moyenne) ne soient remboursés par l'assurance maladie.

De façon attendue, les **carences en folates** (vitamine B9) sont fréquentes et associées aux carences en vitamine C. Cinquante-quatre patients (49,5%) présentent une carence en vitamine B9 et 11 patients (10,1%) une carence en vitamine B12. Elles sont principalement dues à une carence d'apport.

Les dosages des vitamines du groupe B n'ont été réalisés qu'en fonction du contexte clinique et ne sont disponibles que chez une partie des patients. Lorsqu'une maladie alcoolique est identifiée, l'administration de vitamines B1 et B6 par voie intraveineuse est débutée dans le Service d'Accueil des Urgences le plus souvent et le dosage n'est pas réalisé.

Plus de la moitié de nos patients présentent une **anémie** (57,8%), souvent d'origine carencielle vitaminique associée ou non à une carence martiale, mais tous nos patients n'ont pas eu de bilan martial complet.

En prenant en compte l'IMC et l'albuminémie, la plupart de nos patients sont dénutris : 78,9% dont 45% de **dénutrition** sévère. Même si l'hypoalbuminémie peut être aggravée par une pathologie aiguë, ce qui peut favoriser une surévaluation de la dénutrition dans notre étude, la proportion reste importante. La perte de poids n'a pas été évaluée en l'absence de données antérieures fiables.

On estime à 2 millions le nombre de personnes souffrant de dénutrition en France, parmi lesquelles les personnes âgées, à domicile, en institution ou à l'hôpital, sont nombreuses (41).

Depuis Hippocrate, on sait que la nutrition est étroitement liée à la santé et à la maladie. En France, plus de 8 millions de personnes font partie d'un foyer se déclarant en insécurité alimentaire pour des raisons financières (42). L'insécurité alimentaire est associée à un état de santé altéré à tous les âges de la vie (43). L'alimentation, face aux dépenses contraintes,

comme le logement ou l'énergie, est de plus en plus souvent une variable d'ajustement. Un Français sur cinq a du mal à se nourrir sainement (44). Les personnes précaires et pauvres ont une accessibilité financière à l'alimentation très réduite et sont particulièrement concernées par les risques nutritionnels qui y sont associés. La consommation des groupes d'aliments considérés comme favorables à la santé, comme les fruits et légumes, est souvent très faible dans ces populations (43). Nous n'avons pas trouvé d'études françaises sur le statut vitaminique de la population générale et encore moins précaire. La malnutrition a plus été étudiée en termes de surpoids et d'obésité que de carences vitaminiques et de dénutrition.

Toutes ces maladies ne sont pas indépendantes du mode de vie et des conditions sociales : elles sont même étroitement liées pour la plupart d'entre elles, cause ou conséquence selon les cas.

L'isolement social est une donnée objective facilement repérée à l'hôpital : absence de personne à prévenir, absence de visite. Dans notre étude, 95,4% des patients sont isolés socialement. Pour ces patients, la vulnérabilité sociale est un des déterminants principaux de la demande de protection juridique.

En janvier 2020, plus de sept millions de personnes résidant en France sont en situation d'isolement relationnel soit un français sur dix (26). On observe une progression de ce phénomène par son ampleur et par sa diffusion à des catégories sociales auparavant moins atteintes, comme les classes moyennes supérieures et les jeunes, qui sont de plus en plus concernés même si les ménages modestes et les personnes âgées restent la cible privilégiée de l'isolement relationnel. Selon une étude de l'INSEE, les personnes isolées sont le plus souvent des hommes, et sont âgées de plus de 40 ans. Elles sont peu diplômées et le plus souvent inactives. L'isolement social est associé à une vulnérabilité économique, une précarité de l'emploi et une santé dégradée (45).

L'accroissement de l'isolement social des majeurs protégés, très lié à la précarisation des situations sociales, est constaté par les services mandataires lors de l'étude menée par l'ANCREAI en 2017 (27).

Les personnes isolées, plus souvent en situation de précarité, disposent également de conditions de logement moins favorables, rendant plus difficiles les possibilités de recevoir du monde chez soi (26). La situation actuelle du fait de l'épidémie de COVID-19 risque d'accroître la précarisation et l'isolement social des patients déjà en situation de vulnérabilité.

Dans notre étude, 54,1% des patients n'ont pas de **logement** décent, parmi eux 38,5% ont un logement insalubre, 2% ont un logement précaire et 6,4% n'ont pas de domicile fixe.

En 2013, en France métropolitaine, près d'un quart des ménages habitent dans un logement comportant au moins un défaut de qualité et 6% avec au moins deux défauts (46,47).

L'étude menée par l'ANCREAI en 2017 relève l'augmentation de la précarité en lien notamment avec les conditions de vie (habitat précaire, insalubre ou non adapté aux personnes) et l'absence de reconnaissance de droits sociaux (27).

En France en 2013, sur 5,3 millions de personnes qui ont connu un ou plusieurs épisodes sans logement personnel par le passé, un peu plus de 4 millions ont été hébergées par un particulier de façon « durable et non choisie » (48).

De plus, le nombre de **personnes sans domicile fixe** a augmenté de 50% en moyenne entre 2001 et 2012, estimé à 141 500 personnes en 2012 (49,50). Les personnes sans domicile fixe sont globalement en moins bonne santé et meurent en moyenne 30 ans plus tôt que la population générale (51). En 2012, près de 9 sans-domicile sur 10 ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Un sans-domicile sur 10 n'a pas de protection sociale et 1 sur 4 n'a pas de complémentaire santé. Cette moindre couverture médicale peut expliquer un recours fréquent aux soins hospitaliers : 20% des dernières consultations chez un médecin se sont déroulées à l'hôpital (52).

Sur les 7 patients sans domicile fixe de notre étude, deux ont été transférés dans des LHSS après leur hospitalisation au PUM. A côté de ce dispositif, citons :

- Les Lits d'Accueil Médicalisé (LAM) qui sont destinés au même public mais avec des pathologies lourdes et chroniques, irréversibles, séquellaires ou handicapantes, de pronostic plus ou moins sombre, pouvant engendrer une perte d'autonomie et ne pouvant être prises en charge dans d'autres structures.

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT) qui permettent un hébergement temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical (50).

D'autres dispositifs ont été mis en place pour la prise en charge des patients en situation de précarité et d'exclusion :

- Les Équipes Mobiles Psychiatrie-Précarité (EMPP) agissent auprès des personnes défavorisées sur leur lieu de vie.

- La Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) accueille en consultation des personnes présentant un problème de santé et des difficultés d'accès aux soins par absence de couverture sociale obligatoire ou complémentaire.

Dans notre étude, 12,8% des patients n'ont pas de **couverture sociale** complète : 11% sont sans complémentaire et 1,8% sont non connus d'un régime de sécurité sociale.

En 2012 et 2014, près de 5% des français ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé, ce chiffre augmente à 12% chez les 20% les plus pauvres (53). Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste liée au faible revenu et au milieu social. Selon les statistiques du Fonds Couverture Maladie Universelle (CMU) devenue la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire a augmenté de 700 000 entre 2008 et 2014, alors que le nombre de personnes pauvres augmentait d'un million. Parmi les personnes qui déclarent un état de santé « mauvais ou très mauvais », près de 9 % ne sont pas couvertes par une complémentaire santé, contre 4 % de celles déclarant un état de santé « très bon, bon ou moyen ». De même, 7 % des personnes fortement limitées dans leurs activités quotidiennes sont non couvertes, contre 3 % de celles étant modérément limitées et 4 % de celles qui ne le sont pas (54).

Le lien entre état de santé et non-couverture pourrait s'expliquer par un effet négatif de l'absence de couverture sur l'accès aux soins. De plus, plus une personne est isolée, moins elle est susceptible de recourir à ses droits. La solitude concourt ainsi au renoncement aux soins et à une dégradation de l'état de santé des personnes concernées (55) d'où l'importance des mesures de protection juridique pour aider ces personnes dans leurs démarches.

Les réformes législatives depuis 1968 diminuent le rôle du médecin généraliste dans la demande de mesure de protection juridique. Pourtant, sa connaissance du patient et de son environnement lui permet de détecter précocement les signes de vulnérabilité.

Les soignants non-hospitaliers sont en première ligne du diagnostic social : ils sont parfois les seules personnes à se rendre au domicile des patients isolés d'où l'importance des visites à domicile pour le médecin généraliste. Comme me le disait un de mes maîtres de stage, parfois il suffit seulement de rentrer chez le patient et d'ouvrir le frigidaire pour évaluer la situation. Dans une thèse de Médecine Générale de 2007 interrogeant quelques médecins généralistes de la région nantaise, ceux-ci soulignent l'intérêt des visites à domicile, leur rôle dans la détection des facteurs de vulnérabilité, et enfin celui d'expliquer, rassurer et faire accepter la mesure de protection juridique au patient et à son entourage s'il existe (56). Ce rôle important est retrouvé dans une autre thèse de Médecin Générale de

2019 interrogeant des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Ils s'y attribuent un rôle très clair dans le repérage des situations à risques pour 94,6% d'entre eux (57).

Cependant, même si la plupart des patients de notre étude (89,9%) ont un **médecin traitant déclaré**, la majeure partie n'ont pas de suivi médical régulier. Cette précarité médicale peut être liée aux troubles cognitifs, troubles du jugement et du comportement, entraînant soit un refus de soins soit une incapacité à solliciter des soins ou à s'organiser.

L'absence d'anticipation qui en découle explique que 65,1% des patients de notre étude arrivent aux urgences avec une pathologie aiguë, qui les précipite vers le système de soins. Ces situations sont bien connues en médecine de ville et reflètent la difficulté des soignants et travailleurs sociaux dans la prise en charge de ces patients. La nécessité d'une collaboration médico-sociale est donc indispensable.

II.2. Quelles difficultés et quels blocages identifions-nous ?

Une étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2018 (58) montre que le rôle du médecin traitant peut s'avérer complexe car la prise en charge de ces patients soulève différents types de problèmes : difficultés cliniques (notamment la fréquence de la multi-morbidité), des durées de consultation plus importantes, une coordination souvent délicate avec les secteurs sociaux et médico-sociaux. Malgré ces difficultés, 80% des médecins généralistes interrogés estiment qu'il relève de leur rôle d'adapter leur relation au patient selon sa situation sociale, mais aussi de repérer les patients en situation de vulnérabilité sociale.

Dans notre étude, seuls 7 patients (6,4%) ont fait l'objet d'un **signalement social antérieur** à l'hospitalisation pour logement insalubre auprès de la mairie, ou pour adulte vulnérable au procureur de la République. D'un autre côté, 51,4% des patients bénéficient déjà d'une aide professionnelle au domicile, ce qui signifie que la perte d'autonomie est identifiée et 9,2% bénéficient déjà d'une mesure de protection juridique qui a dû être renforcée.

Le **signalement d'adulte vulnérable au procureur de la République** est une voie plus longue que la requête, elle peut prendre plusieurs mois avant d'aboutir. Cette voie est utilisée en dernier recours lorsqu'il y a une absence totale de famille ou d'entourage ou lors d'une mise en danger. En effet, le rapport est envoyé au procureur de la République qui missionne, sur réquisition, un médecin pour réaliser l'expertise puis le dossier est transmis

au juge des contentieux de la protection. Cette procédure est utilisée chez 33% des patients de notre étude confirmant le fort taux d'isolement social ce qui n'est pas retrouvé dans la thèse de Médecine Générale réalisée au CHU d'Angers dans laquelle on y décrit le signalement au procureur de la République ou la sauvegarde de justice médicale comme des procédures rares (9).

La **sauvegarde de justice médicale** est réalisée dans notre étude pour 26,6% des patients. Comme nous l'avons vu plus haut, il s'agit d'une mesure d'urgence temporaire qui ne dispense pas du travail de requête ou de signalement.

L'hôpital se révèle être un lieu privilégié pour initier les mesures de protection juridique. Il offre les avantages de la pluridisciplinarité et dispose au sein de l'établissement de médecins agréés pour la rédaction des certificats médicaux. Cela explique que 73,4 % des patients de notre étude ont bénéficié du **passage du médecin expert** durant leur hospitalisation au PUM.

En ville, la situation est différente. La personne à protéger doit accepter l'entretien avec le médecin expert pour la rédaction du certificat médical initial. Dans certains cas, le majeur s'y oppose ce qui peut mettre un terme à l'initiation d'une mesure de protection. S'il n'y a pas d'urgence ou s'il n'est pas justifié de faire un signalement au procureur de la République, les démarches sont stoppées.

Nos entretiens avec les assistantes sociales travaillant au PUM ont mis en évidence leurs difficultés à obtenir des informations auprès du tribunal judiciaire lorsqu'il s'agit de savoir si un patient est déjà sous mesure de protection juridique, le tribunal judiciaire refusant de répondre à cette question. L'information arrive parfois plusieurs jours après l'admission du patient, dont nous rappelons les troubles cognitifs, apportée par le mandataire quand il finit par être mis au courant de la situation. La mise en place de relations entre le service juridique de l'établissement hospitalier et le tribunal judiciaire faciliterait ces démarches.

De plus, les assistantes sociales responsables des dossiers de demande de mise sous protection juridique ne sont tenues au courant du résultat que lorsqu'il y a signalement au procureur de la République, et jamais dans les autres cas puisque la requête n'est pas formulée par l'assistant social mais par le patient ou un proche. En effet, la décision de justice revient au requérant. Les assistants sociaux regrettent cette absence de retour d'information. Ce même constat a été fait par les assistants sociaux du CHU d'Angers (9)

qui déplorent ne pas connaître les décisions prises par le juge des contentieux de la protection.

La faible proportion de signalement social antérieur dans notre étude peut traduire l'incapacité des soignants de ville à entreprendre ces procédures, pour de multiples raisons.

Les connaissances des médecins généralistes peuvent être insuffisantes concernant les démarches juridiques des mesures de protection juridique, le sujet étant peu enseigné au cours des études médicales. De plus, elles sont perçues comme complexes et chronophages (57) et les médecins généralistes les décrivent comme « floues voire parfaitement inconnues » (56). Leur connaissance des implications de chaque mesure et de leur positionnement dans le système de déclaration est partielle, voir erronée. Cependant, la prise en charge de ces patients reste quand même majoritairement ambulatoire (57). Plus d'un médecin généraliste sur deux souhaite ainsi être mieux formé à la prise en charge de ces patients (58).

Si besoin, le médecin généraliste peut solliciter dans ses démarches plusieurs organismes ou institutions :

- Le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) est un service d'accompagnement à destination des personnes de plus de 60 ans et de leur entourage au niveau départemental. Ses intervenants se déplacent au domicile, constatent et évaluent les difficultés.

- La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA) est un programme mis en place par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie permettant un accompagnement de proximité des patients de 60 ans et plus. Elle intervient après l'alerte des professionnels médico-sociaux 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.

- Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) est accessible à tous. Chacun peut y solliciter son assistant social de secteur pour l'accompagner dans les démarches sociales.

- Les Centres Médico-Sociaux (CMS) sont des services de proximité du département.

Tous ces intervenants ont les mêmes difficultés de terrain, relevant des personnes elles-mêmes par refus des aides, et relevant de l'environnement comme l'absence d'interlocuteur médical ou social pour définir un objectif médico-social cohérent.

En milieu hospitalier, la **durée d'hospitalisation** plus longue reflète bien la complexité de ces situations médico-sociales et est parfois en lien avec les démarches administratives et juridiques. La durée moyenne de séjour dans notre étude est de 13,4 jours avec un écart type de 7,1 jours, alors que la moyenne habituelle de séjour est d'environ 6,5 jours au PUM. Une fois le patient stabilisé, le délai de son transfert en SSR peut être long voire très long. Les établissements concernés opposent régulièrement des refus : crainte des troubles du comportement non stabilisés, crainte d'une rechute en cas d'alcoolisme ou crainte d'absence de solution sociale une fois la période de réhabilitation terminée.

Dans notre étude, après leur hospitalisation au PUM, 77,1% de nos patients sont transférés en SSR, 2,7% sont transférés en EHPAD directement et 14,7% rentrent chez eux.

Le **projet à moyen terme** est un maintien au domicile pour 29,4% des patients et une entrée en EHPAD pour 69,7% des patients. Six de nos patients (5,5%) ont bénéficié d'une demande de dérogation d'âge auprès du Conseil départemental pour entrer en EHPAD.

Dans certains cas, les retours à domicile sont inenvisageables et la mise en danger justifie l'autorité du juge des contentieux de la protection pour ordonner l'entrée en institution si le patient s'y oppose car même un avis médical éclairé seul n'est pas suffisant pour le contraindre. Actuellement la loi laisse le choix à la personne protégée d'établir son lieu de résidence. Cependant, dans la thèse de Médecine Générale de 2019 interrogeant des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées, 28,3% des médecins interrogés utilisent la mesure de tutelle à des fins de placement en institution alors que le libre choix du lieu de vie est réaffirmé par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019.

En France, après 75 ans, une personne sur douze vit en institution. Parmi elles, 86% sont dépendantes, alors que seulement 13% des personnes du même âge vivant à domicile le sont (59).

III. Forces et limites de notre étude

III.1. Forces

L'originalité de notre travail tient à son angle de vue et à l'importance de la population étudiée (109 patients). L'angle de vue est délibérément médical et social, notre propos étant de décrire la collaboration mise en place dans le service de PUM. Nous n'avons pas trouvé beaucoup d'études sur les facteurs de vulnérabilité des patients mis sous protection juridique en France. Notre étude est d'actualité : les inégalités sociales, accrues par la crise sanitaire actuelle, nous démontrent qu'isolement et précarité sont de plus en plus associés quel que soit l'âge. La nécessité de mise en place d'une mesure de protection se posera de manière plus fréquente encore avec le vieillissement de la population.

Nous avons fait le choix d'une étude descriptive afin de raconter le parcours de vie de ces patients montrant l'intrication des « carences » sociales, physiques et psychiques.

III.2. Limites

L'échantillon de notre étude n'est pas représentatif de tous les majeurs protégés français ce qui ne permet pas d'extrapoler nos résultats et d'en tirer des conclusions valides.

Une autre limite de notre étude est qu'il est difficile de créer une grille de lecture unique qui conviendra à la grande variabilité des motifs d'adressage, des antécédents, des types de logement ou des diagnostics principaux. C'est pourquoi nous les avons regroupés dans des grandes catégories.

Il existe plusieurs biais :

- un biais de sélection car l'étude n'est réalisée que dans un seul service hospitalier (biais de Berkson).

- un biais de recrutement qui est limité par le relevé en temps réel de tous les patients pour lesquels une mesure de protection juridique a été initiée au PUM.

- un biais de classement par biais d'enquêteur ou de subjectivité qui est en partie limité par la présence de 2 lectrices.

- un biais de classement par biais de mémoire du fait du caractère rétrospectif de notre étude, mais qui a pu être limité par la réalisation au fur et à mesure et de manière systématique, par les AS du service, d'une liste des patients pour lesquels une demande de mesure de protection juridique a été faite.

IV. Implications pour la pratique et perspectives futures

Nous pourrions envisager la diffusion auprès des médecins généralistes d'outils simples et pratiques, la mise en place d'ateliers, de journées de formations délivrées par des professionnels formés. Une meilleure formation des étudiants en médecine puis de tout médecin diplômé quant aux démarches de demande de mesure protection juridique semble importante pour une prise en charge efficace de ces patients.

Il est indispensable de favoriser la communication et la collaboration médico-sociale ainsi qu'améliorer la collaboration médico-juridique.

De plus, il est important d'informer le grand public et de revaloriser les mesures de protection qui sont souvent vues comme une entrave aux libertés plutôt qu'une aide au patient.

La Cour des comptes dans son rapport de 2016 nous rappelle que les majeurs protégés présentent en réalité une grande disparité de profils. Très peu d'études démographiques portent sur les majeurs protégés et les statistiques des administrations ne sont pas suffisamment fiables pour décrire la population concernée. Si l'on sait que son effectif augmente, on ne connaît pas avec précision ses caractéristiques (3).

Le rapport de mission interministérielle de 2018 sur l'évolution de la protection juridique des personnes confirme celui de la Cour des comptes en constatant que « les données disponibles sur la protection juridique des majeurs et les publics concernés sont gravement insuffisantes. En l'absence de tout observatoire de la protection juridique des majeurs, la connaissance fine des personnes concernées est donc lacunaire, avec toutes les conséquences néfastes sur l'appréciation des réels besoins et des offres existantes sur les territoires que cela entraîne » (8).

CONCLUSION

Des mesures de protection juridique des individus vulnérables existent dans notre législation. Notre étude a pour but de décrire ces patients afin de mieux identifier leurs facteurs de vulnérabilité et ainsi anticiper les démarches juridiques. Il s'agit de la conjonction de ces différents facteurs de vulnérabilité qui, à un moment donné, font que la situation va nécessiter un cadre juridique défini pour protéger une personne. Les patients décrits dans notre étude sont au carrefour de la médecine générale, sociale et hospitalière et leur prise en charge implique un dialogue permanent entre ces entités.

L'important travail de recueil de données nécessaire à l'établissement de ces diagnostics complexes et leur prise en charge sociale est facilité au sein d'un service hospitalier comme le PUM, grâce aux moyens humains et matériels déployés. Il permet une vision globale grâce aux échanges avec le patient, les soignants, hospitaliers ou non, les travailleurs sociaux, l'entourage familial et/ou amical s'il existe.

Ce travail replace le médecin généraliste au cœur de la prise en charge globale du patient. Il confirme l'importance du traitement des facteurs de risque de morbidités déjà identifiés, qu'ils soient cardiovasculaires, métaboliques, psychiques ou toxiques. En ce sens, la description médicale de nos patients trouvera écho dans la pratique des médecins généralistes qui liront ce travail.

Cette étude montre également combien les carences vitaminiques, en particulier le scorbut, sont revenues dans l'actualité alors que l'opinion générale les avait reléguées dans des temps anciens. Comme l'isolement social et l'insalubrité du logement, la précarité alimentaire est un facteur d'aggravation et source de pathologies en elle-même. Tous ces facteurs de vulnérabilité que les patients accumulent au cours de leur vie mettent en péril leur capital santé physique et psychique.

Le médecin généraliste, en tant que médecin traitant, est donc en première ligne dans le repérage des vulnérabilités. Comme nous le rappelle le serment d'Hippocrate, il est tenu d'intervenir auprès des personnes qui font appel à lui « **pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité** ».

Vu
Toulouse le 15/03/2021

Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 16 mars 2021
Vu, permis d'imprimer,
Le Doyen de la Faculté de
Médecine Toulouse Purpan
Didier CARRIE


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Genevois-Malherbe P. Les majeurs protégés en France : dénombrement, caractéristiques et dynamique d'une sous-population méconnue. 2012.
2. Cruzet T, Lebaudy M. 680 000 majeurs sous protection judiciaire fin 2014.
3. Cour des comptes. La protection juridique des majeurs. 2016.
4. Chambaz C, Chabanne M. Les chiffres-clés de la Justice 2019. Sous-direction de la Statistique et des Études - Ministère de la Justice; 2019.
5. Robert-Bobée I. Projections de population 2005-2050 : vieillissement de la population en France métropolitaine. 2007;
6. Carcaillon-Bentata L, Beltzer N. Maladie d'Alzheimer et autres démences. Bull Épidémiologique Hebd. 2019;
7. Alperovitch A, Amouyel P, Dartigues J-F, Ducimetière P, Mazoyer B, Ritchie K, et al. Les études épidémiologiques sur le vieillissement en France : de l'étude Paquid à l'étude des Trois Cités. 2002;
8. Caron Déglise A. Rapport de mission interministérielle - L'évolution de la protection juridique des personnes. 2018.
9. Gros A. Les mesures de protection juridique initiées au CHU d'Angers : peuvent-elles être anticipées ? Comment repérer précocement les situations qui en relèveraient ? Université d'Angers; 2017.
10. Code de la santé publique. Article L4130-1 modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art.68.
11. Molin O. Les tutelles ; la protection juridique des majeurs. 4e édition. Berger Levrault; 2020.
12. Défenseurs des droits. La mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH). 2020.
13. Formulaire CERFA 15891*03 : Requête en vue d'une protection juridique d'un majeur [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R50473>
14. Code de procédure civile. Article 1219 modifié par Décret n°2019-756 du 22 juillet 2019-art.3.
15. Code de la santé publique. Article R4127-105. 2004.
16. Ordres des médecins. Les certificats demandés pour les mesures de protection juridique. 2019.
17. Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice. Habilitation familiale [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33367>

18. Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice. Sauvegarde de justice [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075>
19. Code de la Santé Publique. Article L3211-6 modifié par Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018-art.11.
20. Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice. Curatelle [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2094>
21. Code civil. Articles 441 à 443 modifiés par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007-art.7 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000006427483/2012-08-30/>
22. Direction de l'information légale et administrative, Ministère chargé de la justice. Tutelle d'une personne majeure [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2120>
23. Haute Autorité de Santé. Dénutrition chez l'adulte. 2019.
24. Direction de l'information légale et administrative. Habitat insalubre [Internet]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16158>
25. Fondation de France, CREDOC. Les solitudes en France. 2016.
26. Berhuet S, Mansencal LB, Étienne L, Guisse N, Hoibian S. 10 ans d'observation de l'isolement relationnel : un phénomène en forte progression. 2020.
27. Association Nationale des Centres Régionaux d'Études d'Actions et d'Informations. Étude relative à la population des majeurs protégés - Profils, parcours et évolutions. 2017.
28. Institut National des Statistiques et des Études Économiques. Bilan démographique 2019. 2020.
29. Observatoire National des Populations Majeurs Protégées dans les UDAF. Rapport annuel 2016.
30. Collège des Enseignants de Neurologie. Addiction à l'alcool – Complications neurologiques de l'alcoolisme.
31. Bonaldi C, Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull Épidémiologique Hebd. 2019;
32. Olié V, Danet S, Rey S. Les femmes au coeur du risque vasculaire. Bull Épidémiologique Hebd [Internet]. 2016; Disponible sur: </notices/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-8-mars-2016-n-7-8les-femmes-au-coeur-du-risque-vasculaire>
33. Ministère des Solidarités et de la. Maladies cardiovasculaires [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>

34. Maladies - Accidents – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303476?sommaire=3353488>
35. Lecoffre C. Mortalité cardio-neuro-vasculaire et désavantage social en France en 2011. Bull Épidémiologique Hebd. 2016;
36. Collège des Enseignants de Neurologie. Troubles cognitifs du sujet âgé.
37. Maladie d'Alzheimer et autres démences [Internet]. Santé publique France. 2019. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences
38. Maladies neurodégénératives [Internet]. Santé publique France. 2019. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives
39. Haute Autorité de Santé. Dosage de la vitamine C dans le sang. 2018.
40. Bernard M. Les nouveaux visages du scorbut en 2010. Université de Toulouse; 2011.
41. Haute Autorité de Santé. Diagnostic de la dénutrition de la personne âgée. 2020.
42. Ministère des Solidarités et de la Politique de lutte contre la précarité alimentaire [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-contre-la-precarite-alimentaire/article/politique-de-lutte-contre-la-precarite-alimentaire>
43. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. 2014.
44. Chiche F. Baromètre Ipsos-SPF 2018, une intensification de la pauvreté. Santé publique France. 2018.
45. Institut National des Statistiques et des Études Économiques. 3 % des individus isolés de leur famille et de leur entourage : un cumul de difficultés socio-économiques et de mal-être. 2019;
46. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Près d'un ménage sur quatre vit dans un logement présentant au moins un défaut de qualité - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020.
47. Driant J-C, Lelièvre M. Mal-logement, mal-logés - Rapport 2017-2018. Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale;
48. Institut National des Statistiques et des Études Économiques. Les conditions de logement en France. 2017.
49. Institut National des Statistiques et des Études Économiques. L'hébergement des sans-domicile en 2012. 2013.
50. Haute Autorité de Santé. La coordination des parcours des personnes confrontées à des difficultés spécifiques : la place des Lits Halte Soins Santé (LHSS), des Lits d'accueil médicalisés (LAM) et des Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT). 2018.

51. Fondation Abbé Pierre. 3^{ème} regard sur le mal-logement en Europe. 2018.
52. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012. Études Résultats. 2015;
53. Conseil National des politiques de Lutte contre la Pauvreté et l'Exclusion sociale. Santé et accès aux soins - Les chiffres clés de la pauvreté et de l'exclusion sociale. 2016.
54. Perronnin M, Louvel A. La complémentaire santé en 2014 : 5% de non-couverts et 12% parmi les 20% les plus pauvres, Irdes, DRESS. 2018;
55. Conseil Économique, Social et Environnemental. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité. 2017.
56. Biraud H. Les personnes âgées vulnérables : rôles des médecins dans la mise en place et l'accompagnement des mesures de protection juridique. Université de Nantes; 2007.
57. Marchadier F. Pratiques professionnelles des médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées dans la mise en place de mesures de protection juridique des majeurs. Université de Toulouse; 2019.
58. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. Études Résultats. 2018;
59. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. Études Résultats. 2016;

Concernant le médecin traitant de la personne à protéger :

A votre connaissance, la personne à protéger a-t-elle un médecin traitant ? oui non

Si oui, préciser :

Son nom et son prénom : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal | _ _ _ _ | Commune : _____

Pays : _____

L'audition du majeur à protéger par le juge :

Vous estimez que le majeur à protéger :

peut se déplacer et être entendu au tribunal

peut se déplacer et être entendu au tribunal, mais uniquement avec l'aide d'un tiers. En ce cas, précisez l'identité et les coordonnées de la personne qui peut l'accompagner au tribunal, sous réserve de l'accord du juge : _____

A votre connaissance, **le majeur à protéger a-t-il un avocat habituel ?** oui non

Si oui, précisez ses coordonnées : _____

Le majeur à protéger souhaite-t-il être accompagné par cet avocat ? oui non

Situation patrimoniale de la personne à protéger :

Quels sont les revenus de la personne à protéger (salaires, allocations, pensions...) ?

Quelle est la composition du patrimoine de la personne à protéger (comptes bancaires, placements, assurance-vie, biens immobiliers...) ?

Une personne détient-elle des procurations sur les comptes de la personne à protéger ?

oui non

Si oui, préciser :

Son nom et son prénom : _____

Son adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Pays : _____

Quelles sont les charges de la personne à protéger (loyers, impôts, charges de copropriété,...) ?

Votre consentement à la transmission électronique des avis, récépissés, convocations

Vous souhaitez consentir à la transmission électronique des avis, récépissés et convocations adressés par le greffe à une partie par tous moyens, par lettre simple ou par lettre recommandée. Vous devez pour cela remplir le formulaire cerfa n° 15414 "Consentement à la transmission par voie électronique".

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) (prénom, nom) : _____
certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce formulaire sont exacts.

Fait à : _____ Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative aux fichiers nominatifs garantit un droit d'accès et de rectification des données auprès des organismes destinataires de ce formulaire.

Annexe 2 : Effets d'une curatelle

Pour les actes de la vie courante

Une personne sous curatelle prend seule les décisions relatives à sa personne, comme changer d'emploi, si son état le permet. Elle choisit son lieu de résidence et a le droit d'entretenir librement des relations personnelles. Elle conserve le droit de vote. Elle peut demander ou renouveler un titre d'identité. La personne sous curatelle peut accomplir seule les actes d'administration comme effectuer des travaux d'entretiens dans son logement.

Pour les décisions familiales

Elle peut accomplir seule certains actes dits « strictement personnels » comme la reconnaissance d'un enfant, se marier ou se pacser. Elle doit en informer préalablement son curateur.

Pour les actes de vente, testament

Elle doit être assistée de son curateur pour accomplir les actes de disposition comme vendre un appartement. Elle peut rédiger un testament seule. Elle peut faire des donations avec l'assistance de son curateur.

Toute décision concernant le choix du logement principal de la personne protégée doit être autorisée par le juge.

En cas de mise en danger, le curateur peut prendre des mesures de protection « strictement nécessaires » pour mettre fin au risque que le majeur ferait courir à lui-même du fait de son comportement, et il en informe immédiatement le juge.

Annexe 3 : Effets d'une tutelle

Pour les actes de disposition et d'administration

C'est le juge qui autorise les actes de disposition (disposer ou céder un bien). Les actes d'administration peuvent être effectués seulement par le tuteur.

Décisions familiales

La personne protégée accomplit seule certains actes dits « strictement personnels », tels que reconnaître un enfant. La tutelle n'entraîne pas la privation de l'autorité parentale.

Renouvellement d'un titre d'identité

Seul le tuteur de la personne protégée peut, en tant que représentant légal, faire la demande de titre d'identité.

Mariage et PACS

Depuis la loi n°2019-222 du 23 mars 2019, le majeur sous tutelle peut se marier ou se pacser sans l'autorisation du tuteur ni du juge. Il doit informer préalablement son tuteur.

Droit de vote

Le majeur en tutelle exerce personnellement son droit de vote pour lequel il ne peut pas être représenté par son tuteur depuis la loi n°2019-222 du 23 mars 2019.

Il ne peut pas donner procuration à l'une des personnes suivantes :

- Mandataire en charge de sa protection
- Personne physique administratrice ou employée (salariée ou bénévole) dans l'établissement d'accueil où il se trouve
- Salarié à domicile

Pour porter plainte

Le majeur en tutelle prend seul les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. Il peut donc porter plainte seul.

Logement principal de la personne protégée

Toute décision concernant le logement principal de la personne protégée doit être autorisée par le juge.

Testament et donations

Le majeur peut faire seul son testament avec l'autorisation du juge. Il peut le révoquer seul. Le majeur en tutelle peut faire des donations en étant assisté ou représenté par le tuteur, avec l'autorisation du juge.

AUTEUR : Clémence ROBERT

TITRE : Mesures de protection juridique initiées au service de Post-Urgences Médicales de l'hôpital Purpan : Analyse descriptive des facteurs de vulnérabilité

DIRECTRICE DE THÈSE : Docteur Marie TUBERY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 8 avril 2021

RÉSUMÉ

Introduction : L'augmentation du nombre d'adultes vulnérables que ce soit par le vieillissement de la population française ou l'isolement social devient un véritable enjeu médical et social.

Objectif : L'objectif principal de notre étude est d'identifier les facteurs de vulnérabilité médicaux et sociaux des patients hospitalisés au PUM au CHU de Purpan à Toulouse pour lesquels une demande de mise en place ou un renforcement d'une mesure de protection juridique a été initiée.

Méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive et rétrospective des facteurs démographiques, médicaux et sociaux retrouvés dans les courriers d'hospitalisation et fiches sociales partagées anonymisés des patients.

Résultats : 109 patients ont été inclus dans l'étude. 48,6% sont des femmes et 51,4% des hommes. Pour les hommes, tous les âges sont représentés après 45 ans, alors que les femmes sont majoritairement âgées de 80 à 89 ans (60,4%). Les antécédents cardiovasculaires sont présents chez 75 patients (68,8%). 32,1% des patients présentent des antécédents de troubles cognitifs étiquetés avant l'hospitalisation. 78,9% des patients sont dénutris et 68,8% ont une carence en vitamine C dont 46,6% un scorbut « biologique ». Le diagnostic principal motivant la demande de mesure de protection juridique est une altération des facultés mentales pour 87,1% des patients. Ils présentent principalement des troubles cognitifs d'origine vasculaire pour 41,5% des femmes et 42,9% des hommes. Pour les hommes, 39,3% présentent des troubles cognitifs d'origine alcoolique contre 15,1% des femmes. 54,1% n'ont pas de logement décent. 95,4% présentent un isolement social.

Discussion : Les majeurs protégés présentent en réalité une grande disparité de profils. Très peu d'études démographiques portent sur cette population. Ce travail nous a permis d'identifier différents facteurs de vulnérabilité. Il s'agit de la conjonction de ces différents facteurs de vulnérabilité qui, à un moment donné, font que la situation va nécessiter un cadre juridique défini pour protéger une personne. Un repérage précoce semble indispensable afin d'adapter la prise en charge médico-sociale. Les blocages et freins identifiés confirment qu'il est nécessaire de mettre en place une collaboration entre les acteurs médicaux, sociaux et juridiques.

MOTS CLÉS : facteurs de vulnérabilité, mesure de protection juridique, sauvegarde de justice, curatelle, tutelle, signalement, isolement social, précarité, médecine générale

ABSTRACT

Introduction : The increasing number of vulnerable adults, due to the ageing of the French population or social isolation, is becoming a crucial medical and social issue

Objective : The main objective of our study is to identify medical and social vulnerability factors, in patients hospitalised at Purpan CHU PUM for whom a guardianship order has been granted or reinforced.

Method : We conducted a descriptive retrospective study of demographic, medical and social factors found in patients' anonymised shared hospital reports and social records.

Results : 109 patients were included. 48.6% are women and 51.4% are men. Men of all ages above 45 are represented, whereas women are mainly between 80 and 89 years-old (60.4%). 75 patients (68.8%) have a history of cardiovascular disease. 32.1% of patients have a history of cognitive impairment identified before the admission. 78.9% of patients are undernourished and 68.8% have a vitamin C deficiency, among whom 46.6% have biological scurvy. The main diagnosis leading to a guardianship order is a mental impairment for 87.1% of patients. They have cognitive impairments due to vascular disease for 41.5% of women and 42.9% of men. Men have more cognitive impairments due to chronic alcoholism (39.3%) than women (15.1%). 54.1% do not have a decent home. 95.4% are socially isolated.

Discussion : The protected adults have a wide variety of profiles. Very few demographic study are conducted about them. This study allowed us to identify different vulnerability factors. It is the sum of different vulnerability factors, that, at some point, lead to a precarious situation that need a legal framework to protect the individual. Early identification of these patients seems essential in order to medically and socially take care of them. The identified hindrances confirm the need of a better collaboration between the medical, social and legal sectors.

KEYWORDS : vulnerability factor, guardianship order, social isolation , precarity, general practice.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : MÉDECINE GÉNÉRALE

Université Toulouse III – Faculté de Médecine Rangueil

133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 - France