



Etude relative à la population des majeurs protégés
Profils, parcours et évolutions

SYNTHESE

Mai 2017

SYNTHESE DE L'ETUDE RELATIVE A LA POPULATION DES MAJEURS PROTEGES : PROFILS, PARCOURS ET EVOLUTIONS

L'étude nationale, réalisée en 2016 par l'ANCREAI et commanditée par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), visait à mieux connaître les majeurs protégés, au-delà des seules données de cadrage remontées régulièrement par les DDPS ou les Tribunaux (centralisation par la DGCS et le Ministère de la Justice) et à mieux cerner les pratiques d'accompagnement mises en œuvre et leur adéquation avec les besoins identifiés et les attentes exprimées par les majeurs protégés. La méthodologie comprenait trois axes de travail : un état des lieux des connaissances issues des recherches et publications sur le sujet en France et à l'étranger ; une enquête par questionnaire auprès des MJPM (services mandataires, mandataires individuels et préposés d'établissement) de 20 départements, permettant de décrire plus de 2800 situations de vie de majeurs protégés et 33 entretiens semi-directifs auprès de majeurs protégés, de familles, tutrices ou non, et de MJPM sur la mise en place des mesures de protection et leur suivi.

Qui sont les majeurs protégés ?

En 2015, environ 450 000 personnes en France bénéficiaient d'une mesure de protection juridique exercée par un professionnel (78 % d'entre eux par un service, 14 % par un mandataire individuel et 8 % par un préposé d'établissement). Les personnes de moins de 60 ans représentent un peu plus de la moitié (52%) des majeurs protégés. En moyenne, 10,5 personnes pour 1000 habitants de 18 ans et plus sont en protection, ce taux augmente significativement avec l'âge (plus de 20 % à partir de 75 ans). Les femmes représentent 51% des majeurs protégés mais la proportion d'hommes est plus élevée à chaque âge, sauf parmi les 75 ans et plus.

Environ 60 % des personnes protégées vivent dans un domicile ordinaire, 40 % vivant en établissement (dont 22% dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, 14% pour personnes handicapées et 4% en structure sanitaire). La majorité des majeurs protégés vivent seuls (63% de ceux qui sont à domicile).

Près de la moitié d'entre eux ont des ressources se situant en dessous du seuil de pauvreté (10 080 euros/an). Seuls 15 % ont une activité professionnelle, le plus souvent en ESAT (10%), les autres étant inactifs (38%) ou retraités (43%).

Les majeurs protégés de moins de 60 ans ont, dans leur très grande majorité une reconnaissance de leur handicap par la MDPH (86%). Tous âges confondus, 54% reçoivent une prestation liée au handicap (dont 48% l'AAH). Près de 30 % des personnes protégées de 75 ans et plus reçoivent l'APA. Outre leur mesure de protection, les deux tiers des personnes à domicile bénéficient d'un accompagnement complémentaire, le plus souvent un suivi psychologique ou psychiatrique (43%).

Les profils des majeurs protégés

A partir des variables descriptives des majeurs protégés, quatre facteurs de vulnérabilité ont été identifiés : le handicap, les troubles psychiques/psychiatriques, la dépendance liée à l'âge et la vulnérabilité sociale. Une même personne peut être concernée par plusieurs de ces facteurs. Leur différente combinaison a permis de définir quinze profils différents, réduits à une typologie de sept principaux profils. Ainsi, 44% des mesures de protection juridique correspondent à des situations de handicap psychique, 17% sont des situations de handicap de moins de 60 ans (hors handicap psychique), 8% regroupent d'« autres situations de handicap » (essentiellement des personnes handicapées vieillissantes), 23 % sont des situations de dépendance liée à l'avancée en âge, 3% concernent des situations de vulnérabilité sociale (minima sociaux autres que handicap et dépendance et/ou hébergés dans des structures d'hébergement social). Enfin, pour 5% de l'échantillon de l'enquête, aucune des caractéristiques collectées par l'enquête ne témoignait d'un des quatre facteurs de vulnérabilité recherchés (l'hypothèse étant que cette classe regroupe en partie des situations

insuffisamment connues donc mal renseignées dans l'enquête et/ou une mesure de protection juridique justifiée par des difficultés sociales et/ou de santé intriquées – notamment présence d'addictions, de déficiences légères, de surendettement, etc.).

Les évolutions dans les profils des majeurs protégés, identifiés par les MJPM

- Une précarité croissante et un accès difficile à un habitat digne, parfois en lien avec une rupture de droits ou un surendettement.
- Une prévalence plus importante du handicap psychique avec des troubles de plus en plus graves, des difficultés d'accès aux soins et/ou des ruptures de soins.
- Une dépendance accentuée des personnes âgées, avec un maintien à domicile de plus en plus tardif de personnes en perte d'autonomie ayant des difficultés pour financer les accompagnements nécessaires.
- Une montée en charge des jeunes adultes issus du champ de la protection de l'enfance et/ou des établissements et services en faveur des personnes en situation de handicap (MECS, ITEP, parcours chaotique dans le secteur médico-social, etc.).
- Un isolement social lié à la précarisation des situations, mais aussi à la présence de troubles psychiques.

Quelles mesures ?

Les mesures de protection juridiques se répartissent entre curatelle renforcée (55 %), tutelle (41 %) et curatelle simple (3%). En effet, les mesures d'accompagnement judiciaires (MAJ), qui étaient la 4^e mesure incluse dans l'étude nationale, représentent moins de 1 % des mesures. Le taux de tutelle augmente avec l'âge : cette mesure concerne 62% des 75 ans et plus. La très grande majorité des mesures (94%) porte sur la protection des biens et de la personne.

Les circonstances de mise en place de la mesure sont décrites, dans le cadre des entretiens semi-directifs, de la même façon par les MJPM, les majeurs protégés et leur famille. Ainsi, les caractéristiques suivantes expliquent tout en partie le déclenchement d'une demande de mesure de protection juridique :

- Une incapacité à gérer son budget/les tâches administratives du fait d'un handicap ou d'une entrée dans la dépendance ; parfois la situation n'est identifiée qu'une fois le surendettement installé.
- Un événement soudain, une urgence ayant nécessité une hospitalisation (psychiatrie, gériatrie...) qui rend le retour à domicile inenvisageable sans un suivi spécifique.
- Une entrée en établissement, en particulier en EHPAD.
- Le souci des parents d'un adulte handicapé de préparer *l'après*, en sécurisant l'avenir du majeur.

Le signalement de la situation est souvent fait par un soignant (en particulier psychiatre), un travailleur social, parfois par un bailleur en cas de plaintes du voisinage. La famille, quand elle assure la mesure, est généralement à l'origine du signalement, ce qui permet de rendre « *officiels des actes réalisés auparavant officieusement* ».

Les arguments avancés par les majeurs protégés et les familles rencontrés concernant le choix du mandataire

- Quand la mesure est assurée par un professionnel : l'intervention d'un tiers peut avoir pour intérêt d'éviter les relations familiales conflictuelles, de donner plus d'autonomie au majeur protégé, de ne pas mettre en difficulté la famille avec une « charge » ou une « complexité » difficile à assumer (notamment dans les démarches administratives).
- Quand la mesure est assurée par la famille : la proximité qu'elle implique est jugée rassurante, avec un investissement possible dans le suivi au quotidien.

Quelles pratiques ?

Les domaines d'intervention du MJPM sont nombreux et divers : les démarches administratives et la gestion financière avec notamment l'activation des droits lors de l'ouverture de la mesure, l'accompagnement pour l'accès et le maintien dans le logement et la prévention des expulsions, l'aide à la vie quotidienne, le suivi de la santé (prévention/hygiène de vie ou réactivation de soins interrompus), la coordination des intervenants.

Les difficultés et obstacles à la gestion des situations sont liés pour les MJPM aux caractéristiques du majeur (pathologie, troubles du psychisme, addictions, non-adhésion du majeur à sa mesure...), aux insuffisances des ressources territoriales en termes de soins psychiatriques et d'accompagnement médico-social à domicile ou en établissement, aux partenariats parfois peu efficaces et au manque de communication (en particulier avec le sanitaire).

Quelles relations entre majeurs protégés, MJPM et familles ? Près des trois quarts des MJPM sont satisfaits de leurs relations avec les majeurs protégés. Pour 6% seulement des majeurs protégés décrits dans l'enquête, les MJPM déclarent avoir du gérer des propos et attitudes empreintes d'agressivité de la part de la personne bénéficiant de la mesure de protection juridique. Pour leur part, les majeurs protégés interviewés dans le cadre de l'étude estiment souvent que la mise en place de la mesure a permis une amélioration de leur qualité de vie, leur a apporté une stabilité et le sentiment d'être protégé/apaisé, même si des entraves à leur liberté d'agir ont pu être ressenties au début de la mesure. Les partenariats entre MJPM et familles sont peu développés, celles-ci étant inexistantes dans les deux tiers des situations mais, avec 20 % des familles, les relations sont régulières et constructives.

Points de vigilance et pistes d'amélioration

- Une attention particulière est à porter à la santé des majeurs protégés à domicile, en particulier pour ceux qui ne sont pas soutenus de manière régulière et rapprochée par des proches. Pour ces derniers, il convient de privilégier la mise en place de services aptes à assurer la coordination des différents intervenants (comme les SAMSAH ou les SSIAD).
- Des étayages sont nécessaires pour permettre aux MJPM d'exercer leur profession d'une façon plus opérante : proposer une offre de formation continue adaptée (en particulier sur les spécificités liées au handicap psychique) ; développer le « tutorat » au sein des services mandataires pour mieux soutenir les MJPM débutant dans le métier ; favoriser l'organisation en réseau des mandataires « isolés » (mandataires individuels, préposés).
- Il est également nécessaire, en termes d'animation sur les territoires autour de la problématique des majeurs protégés, de favoriser les échanges (en particulier entre MJPM et magistrats) et d'harmoniser les pratiques entre les différents acteurs (guide de bonnes pratiques, formation croisée, etc.). Il s'agit également de développer des référents au sein des MDPH, des CPAM, des CAF, des caisses de retraite pour faciliter les démarches administratives, en particulier pour les situations les plus complexes, et de mieux informer les institutions bancaires et d'épargne sur les mesures de protection juridique et le rôle des MJPM.
- L'information des familles sur le dispositif de protection juridique et ses modalités d'accès est à renforcer. Leur méconnaissance entraîne des retards dans la mise en place d'un accompagnement avec parfois une dégradation des situations et l'usure de ces aidants non professionnels. Le médecin traitant du majeur en situation de vulnérabilité pourrait assurer cette mission d'information, à condition qu'il ait lui-même des éléments de connaissance suffisants.

- La limitation du nombre de mesures par MJPM, qui n'a jamais fait l'objet d'une réglementation, est souvent évoquée parmi les facteurs pouvant contribuer à la qualité des accompagnements mis en œuvre.
- Enfin, le recours à une mesure de protection est à valoriser dans certaines situations comme une étape d'un processus d'autonomisation, un outil permettant par exemple d'envisager l'installation d'un jeune adulte dans son propre logement tout en assurant sa sécurité.

Progression prévisible du nombre de majeurs protégés : quelles perspectives ?

A taux de protection égal en fonction de l'âge, le nombre de majeurs protégés devrait augmenter de 20 % d'ici 2040, cette augmentation concernant surtout les personnes âgées en raison du vieillissement de la population.

Toutefois, divers facteurs montrent que cette progression pourrait être plus rapide. Ainsi, au vu de l'augmentation du nombre de mesures entre 2010 et 2015 (+ 15%), et si ce rythme se maintenait sur les prochaines années, il conduirait à un doublement du nombre de mesures d'ici 2040. De même, si on base sur l'évolution du nombre des allocataires de l'AAH observée sur la même période (sachant que 48 % des majeurs protégés en sont allocataires et que 20 % de ces allocataires bénéficient d'une mesure de protection), on aboutit également à un doublement des majeurs protégés d'ici 2040).

SYNTHESIS OF PROTECTED ADULTS' POPULATION STUDY: PROFILES, PATH AND EVOLUTIONS.

The national study, conducted in 2016 by ANCREAI and initiated by DGCS (Main direction of social cohesion) intended to better understand the protected adults and be able to identify best practices and opportunities for improving the adequacy between their needs and their expectations.

Beside the main framework data regularly collected by tribunals and local delegate of DGCS (DDCS), this study has drawn on bibliographical analysis of protected adult's research and publications in France and abroad, on field survey alongside the MJPM¹ (3 types of status exist in France in order to organize the individual support of protected adults: associations which employs professionals as guardians, independents tutors and tutors attached to a social establishment that foster disabled and old people) in 20 different states.

This major study has been based on 2 800 experience of protected adults and 33 direct interviews with protected adults, families (in charge of the protective measure or not) and MJPM. Those interviews were about the setting up of the legal safeguard, and the follow up.

Who are the protected adult?

In 2015, about 450 000 persons in France were under protective measures exercised by a professional (dispatch between guardianship services: 78%, independent tutors: 14% and tutors attached to structures: 8%). Persons under the age of 60 represent more than half of the cross section (52%) of protected adults. On average, 10.5 persons into 1000 inhabitants aged 18 and more are under a protective measure. This rate increases significantly with age (more than 20 ‰ from 75 years old). Women represent 51% of the sample, but the proportion of men is higher at any age, except for the 75 years old and more.

About 60% of the protected adult live in an ordinary home, 40% live in a structure (22% a structure for the eldest, 14% a structure for disabled people and 4% in a sanitary structure). The majority of the protected adults lives alone (63% of the person living in their own home).

About half of them has income situated under the poverty threshold (10 080€/year). Only 15% of them have a professional activity, mostly in a sheltered workshop (10%), the others are not active (38%) or retired (43%).

Most of the protected adult under 60 years old (86%) have an official recognition of a disability status. Regardless of age, 54% receive an allowance for their disability (48% of them are receiving the AAH – *Adult Allocation for the Handicap*). About 30% of the protected adult over 75 years old receive an allowance to assist them in their autonomy (APA- *Personalize allocation for autonomy*). Beside their protective measure, two third of this population benefit from a complementary support, mostly psychological or psychiatric (43%).

Protected adult's profiles:

Based on the variable descriptions of protected adult, four factors of vulnerability have been identified: disability, psychiatric or mental disorders, old age or vulnerability dependency. A same person can be

¹ « Mandataire judiciaire à la protection des majeurs » (MJPM) is the generic name that reunite the three types of status.

concerned by many factors, and from the combination of them, we can determinate a typology of different profiles: 44% concern by a mental disability, 17% concern by a situation of disability (except mental disability) and under the age of 60, 8% concern by other situation of disability (mostly aging disabled person), 23% concern by dependency due to ageing, 3% concern by social vulnerability, and 5% concern by none of these factors of vulnerability.

Evolution on the protected adult profiles identified by the MJPM :

- An insecure situation in society, involving poverty, difficult access to decent housing, hand to hand with breach on the allowance or the situation of over indebtedness.
- A high prevalence of mental disability with stronger manifestations, difficult access or sudden inability to access essential care or appropriate treatments.
- A dependence of elderly person accentuated by a home care delayed for economic reasons (not enough resource for individual support)
- A social isolation linked to impoverishment, and also mental disorder

What protective measures? What work practice?

The protective measures are divided in three categories: “*curatelle renforcée*” (reinforced guardianship) for 55%,”*tutelle*” (the highest form of guardianship) for 41% and “*curatelle simple*” (a lower degree of guardianship) for 3%. There is also another type of measure, MAJ² that concern person without disability or alteration of any kind, but in need of support for the budget. This type of measure represents 1% of all protective measures.

The rate of guardianship (“*tutelle*”) increase with age: this particular measure concern 62% of the 75 year old and over. The large majority of measures³ (94%) protection is based upon the person herself and her assets.

The circumstances of the setting up of the measure are described unanimously by the MJPM, the protected adults and their families:

- An inability to handle the budget/administrative tasks because of a disability or old-age dependency; sometimes the situation is identified only because of a situation of over indebtedness.
- A sudden event, an emergency that necessitated hospitalization (psychiatric, geriatric...) that is making their transition back home difficult/impossible without support.
- An entrance in a structure, particularly in nursing home
- The concern of the family of a disabled adult to anticipate *the after*, by securing the future

The report of the situation is often made by a caregiver (particularly a psychiatrist), a social worker, sometimes a landlord alerted by the complaints of the neighbors. When the family ensures the measure, they are generally at the initiative of the protective measure, which help “*make official some legal acts that were unofficially made before*”.

² Mesure d’accompagnement judiciaire

³ All types of measures together

The choice of the type of guardian, professional or from the family, made by the Judge, seems to suit the protected adults:

- If it's a professional: the protected adults seem to be satisfied because the relationship with the family can be conflicted, and they prefer to deal with a third party. They are also conscious of the complexity of the tasks, which can be a burden for the members of their family.
- If it's their family: the proximity that it implies seems to be reassuring

The intervention's areas of the MJPM are numerous and diverse: the administrative and financial procedures, specifically the opening of grants and allowances at the beginning of the measure, the support for access and maintaining to housing and the prevention to expulsion, the support for the everyday life, health support, coordination between stakeholders.

The difficulties and obstacles to manage situations are linked to the characteristics of the protected adults (psychiatric pathology, disease, addictions, non-adherence of the person herself), inadequacy and lack of territorial resources in terms of psychiatric care and medico-welfare in establishment or home based, non-efficient collaboration and communication between social and medical partners.

What kind of relations between protected adults, MJPM and families?

About three third of the MJPM declare being satisfied of their relation with the adults under their watch. Those adults often consider that the protective measure provides an improvement in their quality of life, more stability and a feeling of being protected and secure, even if they express in the beginning mitigated feeling linked to the limits put on their freedom. Since only 6% of protected adults described in this study, the guardians (MJPM) describe situations where they have to deal with different forms of aggressivity and rudeness.

A collaboration between professional MJPM and families are not very usual, for two third of them, they are inexistent, but for 20% of them collaboration is judge regular and positive.

Predictable pattern in the number of protected adults: What perspectives?

Considering the rate of protection lined with age, the number of protected adults should increase up to 20% by 2040, that augmentation mostly concerns the eldest, because of the ageing of the population.

However, different factors show that this progression could be even faster. According to the increase of measures observed between 2010 and 2015 (+15%), if this pattern persists over the coming years, we could assist on the doubling of the amount of measures by 2040. Likewise, if we consider the evolution of the amount of beneficiaries of the AAH ⁴ on the same period of time (which concern 48% of the protected adults, and 20% of the AAH beneficiaries are under a protective measure) we could also result in a doubling of the amount of measures by 2040.

Particular attention and suggested improvement

Particular attention is paid to home based protected adult's health, particularly those who are isolated. In order to do so, the setting up of devices able to assure coordination between stakeholders involved should be favoured (like home care services and specialized medico social services).

⁴ Cf. *supra*

The need for training and capacity-building of MJPM's should be taken into account in order to increase their efficiency: continuing training offer that is appropriate to their responsibilities, development of mentoring inside the MJPM's services, network organization for the "isolated" individuals MJPM.

Limitation of the amount of measure per MJPM, which has never been upon any kind of regulation, is often evoked as an issue for the quality of the personalized accompaniment.

Perhaps a campaign informing families on the legal framework and its terms and conditions should be reinforced. Their ignorance on the matter can generate delay on the support the people might need, and therefore a degradation of the situation or the fatigue of members of the family. The protected adult's attending physician could assure this information task, only on condition that he has the information himself.

Finally, the setting up a protective measure should be promoted in some situation like a step in a general personal empowerment process, a tool used in order to support a young adult in his own housing, while ensuring his own safety.