



PREFECTURE DE LA REGION MIDI-PYRENEES

*Direction Régionale de la Jeunesse,  
des Sports et de la Cohésion Sociale  
de la région Midi-Pyrénées*

SCHEMA REGIONAL  
DES MANDATAIRES JUDICIAIRES  
A LA PROTECTION DES MAJEURS  
ET DES DELEGUES  
AUX PRESTATIONS FAMILIALES  
EN MIDI PYRENEES

2010-2014

# SOMMAIRE

INTRODUCTION

TOME 1 : LES ORIENTATIONS DU SCHEMA

TOME 2 : LES DIAGNOSTICS

**PARTIE 1 : diagnostic régional**

**PARTIE 2 : diagnostics départementaux**

L'Ariège

L'Aveyron

La Haute Garonne

Le Gers

Le Lot

Les Hautes Pyrénées

Le Tarn

Le Tarn et Garonne

ANNEXES

## Introduction

La protection des personnes constitue l'un des éléments structurants de notre société, au même titre que le droit de la famille. Elle doit s'adapter aux évolutions de la société pour aider les personnes les plus fragiles à faire face aux aléas de la vie, dans le respect de leur dignité et de leur autonomie de vie.

Au fil du temps, les caractéristiques des majeurs protégés, leurs besoins et leurs espoirs ont changé. Cette évolution est marquée par le vieillissement de la population, l'importance des phénomènes de précarité et d'exclusion et l'augmentation des prises en charge des troubles psychiques. Pour autant, la vulnérabilité n'est pas nécessairement synonyme d'incapacité. La fragilité, la précarité, l'exclusion appellent plus une aide ou un accompagnement social, qu'une protection juridique. Par ailleurs, les évolutions sociales pèsent pour beaucoup sur les dispositifs de protection et d'accompagnement social : mutations sociales et familiales d'une part, vieillissement et augmentation de la dépendance des personnes âgées d'autre part.

La loi du 5 mars 2007, réformant la protection des majeurs, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009 est l'aboutissement d'une longue réflexion menée depuis 2002. Ce travail de concertation visait d'une part, à adapter le système de protection des personnes aux mutations sociales et d'autre part, à rappeler que la mesure d'incapacité juridique n'a pas pour fonction de nier la personne mais de la protéger dans la stricte limite de ses incapacités. La protection doit être instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne.

La réforme comporte trois volets principaux :

1. Un volet juridique modifiant les dispositions du code civil avec un objectif prioritaire : mettre la personne au cœur du dispositif.

2. Un volet social instaurant un dispositif spécifique mis en œuvre par les Conseils Généraux : la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé (MASP)
3. Un volet financier qui se caractérise d'une part, par l'instauration d'un système unique de prélèvement dont sont exonérés les majeurs protégés disposant de revenus inférieurs ou égaux au minimum vieillesse ou AAH et d'autre part, par la mise un nouveau mode de financement des mandataires.

La loi distingue les mesures de protection juridique destinées aux personnes n'ayant plus toutes leurs facultés personnelles (personnes âgées dépendantes, personnes handicapées, malades psychiatriques) et les mesures visant à s'intégrer dans le système d'aide et d'action sociales.

Parallèlement, elle opère un recentrage du dispositif de protection juridique sur les personnes réellement atteintes d'une altération de leurs facultés personnelles et s'appuie sur trois principes généraux :

- La nécessité : seule l'altération, médicalement constatée, soit des facultés mentales soit des facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de la volonté d'une personne et la mettant dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts peut justifier qu'elle soit privée de tout ou partie de sa capacité juridique.
- La proportionnalité : la mesure est fonction du degré d'altération des facultés personnelles.
- La subsidiarité : aucun autre dispositif plus léger et moins restrictif ne peut être mis en place.

Ces trois principes sous-tendent la décision des juges.

La protection des majeurs vulnérables depuis la loi du 5 mars 2007 est également modifiée sur les points suivants :

- La sauvegarde de justice, la curatelle et la tutelle sont maintenues et ajustées avec une gradation dans l'atteinte portée aux droits et prises pour des durées limitées
- Le juge des tutelles n'a plus la possibilité de se saisir d'office pour éviter des saisines trop fréquentes

- La protection des majeurs vulnérables est étendue à leur personne même et non plus seulement au patrimoine pour prendre en compte au mieux les besoins des personnes protégées
- La personne qui aura la nécessité d'être protégée dans l'avenir peut organiser elle-même sa protection future (via un mandat de protection future)
- La mise en place d'une nouvelle mesure administrative d'accompagnement social personnalisée (la MASP) destinée aux personnes en grande difficulté sociale. Elle a pour objectif d'éviter le placement sous protection judiciaire de personnes dont les intérêts peuvent être préservés par un accompagnement social adapté
- La MAJ (Mesure d'Accompagnement Judiciaire) est instaurée pour répondre avec davantage d'efficacité à certaines situations sociales de précarité et d'exclusion, la MAJ est un dispositif de gestion budgétaire et d'accompagnement social de la personne. En contrepartie La TPSA (Tutelle aux Prestations Sociales versées aux Adultes), limitée à la gestion des prestations sociales, est supprimée
- Pour éviter des dérives et assainir le secteur, un nouveau statut de « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » est créé. Il s'applique à l'ensemble des opérateurs tutélaires antérieurs. Cette activité de mandataire est intégrée dans le champ de l'action sociale et médico-sociale
- Est instauré un statut de délégué aux prestations familiales qui se substitue à celui de tuteur aux prestations sociales « enfants »
- Une refonte du dispositif de financement vise à traiter de manière équitable sur le plan financier les personnes protégées et à harmoniser le régime de financement de l'ensemble des mesures. Le juge ou le conseil de famille peut autoriser selon l'importance des biens gérés ou la difficulté d'exercer la mesure, le versement d'une indemnité à la personne chargée de la protection dont il fixe le montant et qui est à la charge de la personne protégée. Tout financement public est subsidiaire. Le financement des services mandataires prend la forme d'une dotation globale de financement et d'un forfait pour les mandataires privés. La répartition du financement public (Etat, Collectivité et organismes de prestations sociales) est en fonction de la prestation sociale dont bénéficie le majeur protégé.

La refonte du champ tutélaire a déjà été initiée avec la loi du 2 janvier 2002 qui inclut les mandataires (services, privés et préposés) « personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». La loi 2002-2 remet l'usager au centre du dispositif et impose aux services concernés des écrits professionnels sur les situations des personnes protégées à destination des juges mais aussi de ces personnes, une évaluation de l'organisation et de l'accompagnement réalisé auprès des personnes protégées (référentiel UNAF pour évaluation interne). Dans le même objectif, la loi du 5 mars 2007 a également développé des outils d'information à l'intention des majeurs protégés (notice d'information et annexée la charte des droits et libertés, document individuel de protection règlement de fonctionnement...)

Notre système de protection des majeurs doit avoir pour finalité l'intérêt de la personne protégée. Il doit avant tout être organisé et mis en œuvre dans le respect des droits fondamentaux et de la dignité humaine. Autant que possible, il doit favoriser l'autonomie de la personne protégée.

### Contexte d'élaboration du schéma régional

La réforme a inscrit l'activité tutélaire dans le champ social et médico-social afin de professionnaliser les intervenants et structurer l'organisation de l'activité tutélaire. Cela se traduit par l'élaboration d'un schéma arrêté par le Préfet de région, lequel va conditionner le régime d'autorisation des associations tutélares, d'agrément des personnes physiques et de déclaration des préposés des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux auprès des Préfets de département.

La réforme est entrée en vigueur au 1er janvier 2009, avec toutefois un délai de trois ans accordé aux opérateurs pour se conformer aux nouvelles conditions d'exercice, et en particulier la révision des habilitations au regard des objectifs fixés par le présent schéma.

Le Préfet de région, et par délégation le service régional en charge de la cohésion sociale, a la responsabilité de conduire l'élaboration de ce schéma qui a vocation à adapter l'offre de service à la diversité et l'évolution des besoins au niveau régional

pour les cinq ans à venir.

Une meilleure structuration de l'offre en matière de protection ainsi qu'une qualification plus grande des mandataires vont dans le sens d'une amélioration continue de la qualité des prestations rendues.

### Une méthodologie participative

Afin de dessiner une première image statistique de la population susceptible de bénéficier d'une mesure de protection à savoir les personnes handicapées et les personnes âgées, une analyse statistique à partir des données de la DREES a été menée. Cette vision statistique a été complétée par les remontées des services sur leur activité de 2007 à 2009. Le ministère de la justice a pu produire les ouvertures de mesures de tutelles et de curatelles pour l'année 2007 donnant ainsi une image de l'affectation de ces nouvelles mesures.

Il est en effet primordial que le schéma intègre l'analyse et la pratique des mandataires, au quotidien avec les personnes protégées. Ainsi ces éléments statistiques ont été soumis à des groupes de travail départementaux afin d'enrichir les données lors d'une concertation régionale délocalisée. A ces groupes de travail ont été associés des mandataires (privés, associatifs, préposés), des juges des tutelles, de représentants des associations familiales et des financeurs. Tous les acteurs ont exprimé les spécificités territoriales en termes d'accompagnement, d'organisation et d'articulation entre les différents intervenants.

Le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée (CREAI) a apporté son concours dans l'élaboration de cartographie et la rédaction d'éléments de contexte.

A la suite de ces concertations, une réunion de synthèse et de restitution des travaux s'est tenue le jeudi 12 novembre 2009 associant les financeurs (DDASS, CAF, CG, CRAM, CPAM, MSA), les magistrats, les associations tutélaires, les mandataires individuels, les préposés et les représentants des associations familiales, l'UNAFAM, l'URAPEI. Cette restitution a fait remonter les principaux enjeux ainsi que les premiers axes du schéma :

## LES ENJEUX

La démarche de concertation délocalisée menée en Midi Pyrénées a mis en lumière quelques enjeux fondamentaux :

Maintien des réponses de proximité dans la prise en charge des usagers

Complémentarité des prises en charge

Continuité de la prise en charge

Accès pour toute demande à une offre diversifiée et adaptée

Qualité de la prise en charge

Respect du droit et de la parole des usagers

## LES AXES

### Axe 1 : la répartition géographique, le volume et la diversité de l'offre de service

Consolider le volume d'offre de service entre les services mandataires associatifs, les mandataires individuels et les préposés

Maintenir la répartition géographique actuelle des mandataires sur la région et les départements afin d'assurer une équité de traitement des personnes sur le territoire.

Développer le soutien technique aux tuteurs familiaux

Renforcer la diversité de l'offre de service par le maintien des trois types d'intervention professionnelle : services mandataires associatifs, mandataires privés et préposés.

### Axe 2 : La qualité de la prise en charge

Elaborer un cahier des charges relatif aux modalités de délivrance d'agréments et d'autorisation



Faciliter la continuité du suivi

Favoriser le maintien à domicile

Contractualiser la relation avec l'utilisateur

Mettre en place et/ou améliorer les écrits professionnels

Développer les contrôles des opérateurs

Expérimenter une gestion inter-établissements pour les préposés

### Axe 3 : La prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques

Améliorer la connaissance de l'activité tutélaire par les travailleurs sociaux et les services sanitaires (médecins, hôpitaux)

Favoriser le partenariat nécessaire des services tutélaire avec les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Mettre en place des dispositifs et lieux de visite spécifiques et/ou sécurisés

### Axe 4 : Mise en œuvre, suivi et évaluation du schéma

Constituer un comité de suivi du schéma chargé de suivre la mise en œuvre au niveau départemental du schéma.

Constituer deux groupes de travail : l'un sur le DIPM et l'autre sur les échanges de pratiques

Conformément à la réglementation, le CROSMS est consulté dans sa séance plénière du 14 janvier. Le schéma est ensuite arrêté par le préfet de région et publié en début d'année 2010. A l'issue de cette publication, il présentera un caractère opposable.

Le schéma s'applique par extension aux délégués aux prestations familiales bien qu'un diagnostic spécifique n'ait pas été élaboré.

## Calendrier d'élaboration du schéma

TRAVAUX PREPARATOIRES	
Juin à septembre 2009	Recueil et analyse des éléments nécessaires à l'élaboration du diagnostic

Réunions départementales	
Dates	départements
Jeudi 8 octobre	Aveyron (12)
Mardi 13 octobre	Tarn et Garonne (82)
Mercredi 14 octobre	Haute Garonne (31)
Vendredi 16 octobre	Gers (32)
Mardi 20 octobre	Hautes Pyrénées (65)
Jeudi 22 octobre	Lot (46)
Vendredi 23 octobre	Ariège (9)
Mardi 27 octobre	Tarn (81)

Réunion de restitution	
Jeudi 12 novembre matin	DRASS, mandataires, juges des tutelles, greffiers, représentants des associations familiales, financeurs

Formalisation et approbation du schéma	
Envoi projet de schéma aux membres du CROSMS	Novembre/décembre 2009
consultation CROSMS	Mi janvier 2010
Arrêté Préfet Région, publication schéma	Fin janvier 2010

Le schéma définit les besoins des personnes susceptibles d'être protégées, le type et le nombre de mesures de protection. Une fois ces caractéristiques définies et les besoins identifiés, une description et un examen de l'offre disponible conduisent aux

orientations pour la structuration du secteur tutélaire. C'est l'objet du premier volet de ce schéma traitant des orientations.

Ce second volet approfondit les éléments de diagnostic régional, synthétisant à la fois les données statistiques et les réunions de concertations départementales. S'adjoint à ce diagnostic régional, un état des lieux pour chaque département reprenant également les éléments statistiques, éclairés et complétés par l'analyse des partenaires de terrain.



PREFECTURE DE LA REGION MIDI-PYRENEES

*Direction Régionale de la Jeunesse,  
des Sports et de la Cohésion Sociale  
de la région Midi-Pyrénées*

SCHEMA REGIONAL  
DES MANDATAIRES JUDICIAIRES  
A LA PROTECTION DES MAJEURS  
ET DES DELEGUES  
AUX PRESTATIONS FAMILIALES  
EN MIDI PYRENEES

TOME 1

ORIENTATIONS

## AXE 1

### La répartition géographique, le volume et la diversité de l'offre de service

#### I ELEMENTS DE CONTEXTE

##### 1/ Une population vieillissante

Près d'une personne sur dix a 75 ans ou plus en Midi Pyrénées, c'est plus qu'au niveau national (8,2% ).

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi-Pyrénées. Cet indice est nettement supérieur à la moyenne nationale de 66,3.

Selon l'INSEE, Midi-Pyrénées est une des régions françaises qui bénéficient de la durée de vie moyenne la plus élevée.

À l'horizon 2015, le nombre de personnes de 75 ans et plus devrait progresser de 12,5% en Midi Pyrénées.

##### 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

La densité dans la région est bien plus faible que la densité nationale (110 habitants au km<sup>2</sup> en janvier 2003) : 29 habitants au Km<sup>2</sup> en Ariège, 31 en Aveyron, 28 dans le Gers, 32 dans le Lot. La population en Midi-Pyrénées est donc vieillissante et très isolée.

Plusieurs facteurs concourent à cet isolement :

La modification des solidarités familiales et de proximité du fait de l'éclatement géographique des familles et de l'évolution même de la structure familiale.

En matière de vie familiale, les impératifs de mobilité éloignent de plus en plus les enfants de leurs parents âgés et rendent difficile

une aide ponctuelle et une présence au quotidien. Pour autant, cet « éclatement » de la cellule familiale traditionnelle ne conduit pas à la disparition des solidarités lesquelles sont plus choisies qu'hier. Elles s'expriment au contraire de manière renouvelée et selon des modalités variées qui ne correspondent plus à un modèle unique. Dans ces zones rurales où le lien social a une signification particulièrement importante, les liens intergénérationnels se sont d'avantage distendus.

La désertification des hameaux : la région présente un visage agricole et a été particulièrement touchée par l'exode rural : l'éloignement des centres d'activités et de bassins d'emploi combiné à des moyens de communication peu développés ont favorisé la migration des jeunes générations et renforcé la désertification des campagnes. La fermeture de certains services publics et des commerces de proximité pénalise particulièrement les personnes âgées les moins mobiles, aggravent leur isolement et peut être à l'origine d'une entrée précoce et non choisie en établissement.

Cet isolement s'accroît également par la composition du ménage où de nombreuses personnes âgées vivent seules et plus spécifiquement chez les femmes. Cet isolement et la solitude favorisent un sentiment d'inutilité et le repli sur soi. Dans cette optique, le travail du maintien du lien social est une caractéristique majeure que doivent développer les mandataires.

### 3/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Si l'évolution du nombre de personnes âgées n'implique pas mathématiquement un accroissement proportionnel de la dépendance, les indicateurs de dépendance en Midi-Pyrénées complètent le tableau d'une région âgée mais également de plus en plus dépendante.

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie est versée en Midi-Pyrénées par les Conseils Généraux, à la fin 2008, à 69.500 personnes dépendantes, âgées de 60 ans et plus. Avec 246 bénéficiaires de l'APA pour 1.000 habitants de 75 ans et plus, la région se situe à un niveau supérieur à la moyenne nationale établie à 207 bénéficiaires pour 1.000 habitants.

Les bénéficiaires sont majoritairement très âgés puisque 87% ont 75 ans ou plus et un bénéficiaire sur deux a plus de 85 ans.

Les personnes dépendantes ayant fait le choix de vivre à domicile

en Midi-Pyrénées représentent 68% de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, proportion supérieure de 7 points à la moyenne nationale.

Le niveau de personnes âgées dépendantes en région Midi-Pyrénées est donc supérieur au niveau national sur tous les départements. De plus les personnes dépendantes ayant fait le choix de vivre à domicile est plutôt plus élevé en région Midi-Pyrénées que la moyenne nationale.

#### 4/ Un département rural marqué par la fragilité financière des personnes âgées

Ces indicateurs démographiques se combinent avec des indicateurs de fragilité financière. La région Midi-Pyrénées est la troisième région touchée par la pauvreté des seniors après la Corse et le Limousin. Les personnes âgées en milieu rural sont les plus touchées par ce phénomène or en Midi-Pyrénées la part du milieu rural est très importante. Dans la région, la part du régime agricole est deux fois plus importante que dans l'ensemble des régions françaises et la proportion d'allocataires parmi les plus de 65 ans dépasse la moyenne nationale.

Outre le clivage urbain/rural, la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population active en Midi-Pyrénées, le taux de risque de pauvreté touche particulièrement les femmes : elles se retrouvent seules, âgées et avec un faible pouvoir d'achat.

#### 5/ Un nombre d'allocataires de l'AAH en Midi-Pyrénées supérieur à la moyenne nationale

En Midi-Pyrénées, l'AAH est la deuxième allocation versée après le RMI. Fin 2006, le nombre d'allocataires de l'AAH est de 41.300 personnes, soit 2,8% de la population des 20 à 59 ans, proportion supérieure au niveau national (2,4%).

#### 6/ Un nombre de mesures de protection en hausse

En France, le nombre de mesures prononcées enregistre depuis plusieurs années une croissance régulière et soutenue. Le taux de croissance de ces mesures est d'environ 8 % par an. Selon les projections de l'Institut national d'études démographiques (INED), le nombre des personnes protégées devrait être de 800.000 en 2010 et pourrait même avoisiner un million de personnes si la fréquence des placements se maintenait au même rythme qu'avant la mise en place de la réforme.

La croissance du nombre des personnes placées sous tutelle s'explique en grande partie par l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement corrélatif de la population.

Concernant la région, en l'absence de données statistiques de la Chancellerie relatives au nombre de mesures et son évolution, l'estimation des besoins s'établira d'après l'interprétation des deux indicateurs suivants :

#### Les indicateurs socio démographiques

Les indicateurs socio démographiques révèlent d'une part, un vieillissement de la population et d'autre part une croissance des bénéficiaires de l'AAH. Ces deux populations constituent une part importante des majeurs protégés. On peut donc considérer que l'évolution de ces deux populations constitue un indicateur de probabilité de croissance du nombre de mesures de protection.

Les indicateurs 2007 à 2009 que les services ont fait remonter dans le cadre de la nouvelle procédure budgétaire.

L'estimation pour 2009 s'élève à 15.365 mesures soit une augmentation de plus de 7 % identique à celle constatée entre 2007 et 2008. Cette croissance est sensiblement plus importante que celle constatée sur le territoire français qui connaît une croissance annuelle du nombre de mesures de l'ordre de 3.7 %. C'est le département de la Haute-Garonne qui connaît une croissance à deux chiffres depuis 2007 : près de 20 % d'augmentation entre 2007 et 2008 et une croissance estimée à 15 % pour 2009. La croissance du nombre de mesures s'explique par celle des mesures de curatelle renforcée et de tutelle.

## II LES ENJEUX

Dans ce contexte particulièrement difficile, les enjeux consistent à :

organiser un secteur tutélaire visant à garantir le maintien des réponses de proximité aux besoins

assurer l'accès pour tous à une offre diversifiée et adaptée



### III LES ORIENTATIONS

#### OBJECTIF STRATEGIQUE 1

#### MAINTENIR LE VOLUME DE L'OFFRE DE SERVICE

##### Objectif opérationnel 1 :

Consolider le volume d'offre de service entre les services mandataires associatifs, les mandataires individuels et les préposés

##### Les services mandataires associatifs

En l'état actuel de la demande, les services associatifs sont en nombre suffisant dans la région car deux critères sont respectés :

Pluralité : dans chaque département au moins deux associations interviennent, ce qui évite des situations de monopole

Prise en charge de toutes les demandes du magistrat : ce second critère est à moduler pour la Haute-Garonne ou du fait d'une carence ponctuelle de financement certains services ne sont plus en mesure d'accepter de nouvelles mesures du juge.

En l'état actuel, aucun nouveau service mandataire ne pourra se créer dans la région Midi-Pyrénées.

##### Les mandataires individuels

Du côté des mandataires individuels, la situation est plus tendue et l'on remarque dans certains départements la quasi disparition des mandataires individuels du fait du renoncement d'une partie d'entre eux à l'activité pour des motifs liés à l'exigence de la formation ou à un âge avancé.

Dans les départements où sera confirmée une pénurie de mandataires individuels, un travail d'incitation et de développement de l'activité de mandataire individuel devra être mené en concertation avec l'ensemble des acteurs.

## Les préposés

Si la personne est hébergée et soignée dans un établissement de santé, dans un établissement social ou médico-social, le juge peut désigner, en qualité de curateur ou de tuteur, un préposé ou un service de l'établissement inscrit sur la liste des mandataires judiciaires de protection des majeurs. Le nouvel article L.462-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit également que le directeur d'un établissement qui héberge des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées, et dont la capacité d'accueil est supérieure à 80 lits, est tenu de désigner un ou plusieurs agents, comme mandataires judiciaires de la protection des majeurs.

Les modalités de mise en œuvre de l'activité des préposés doit s'élaborer en concertation avec les établissements et les magistrats pour en évaluer l'opportunité.

### Indicateurs :

Nombre de services mandataires associatifs dans chaque département

Nombre de mandataires individuels dans chaque département

Nombre de nouvelles demandes d'agrément de mandataires individuels dans chaque département

Nombre de cessation d'activité de mandataires individuels dans chaque département

Nombre de nouveaux préposés dans chaque département

Proportion d'établissements de plus de 80 lits ayant satisfait à l'obligation de créer un poste de préposé.

Indicateurs annuels

Sources : DDI

### Objectif opérationnel 2

Maintenir la répartition géographique actuelle des mandataires sur la région et les départements afin d'assurer une équité de traitement des personnes sur le territoire.

Actuellement le maillage territorial couvre dans sa globalité la région. Les établissements et associations implantent des antennes,

assurent des permanences et/ou se déplacent à domicile afin de couvrir l'ensemble du territoire.

L'accroissement d'antennes par les services présente des avantages mais entraîne des coûts de structures importants. Les permanences impliquent, elles, des frais de déplacements élevés et ne permettent pas toujours d'assurer un travail au plus proche de l'utilisateur. Cependant ces solutions, bien que coûteuses, apportent une équité de traitement sur le territoire.

Le cœur du métier reste la visite à domicile qui combine à la fois la réactivité dans le suivi du majeur et palie les difficultés de déplacements des usagers isolés. Les mandataires assurent ainsi une proximité géographique avec les usagers.

### Indicateurs :

Nombre de dossiers dans l'année refusés au motif d'une zone d'intervention non couverte par le mandataire.

Source : Juge des tutelles

Nombre et localisation des antennes ou des permanences

Source : services mandataires

## OBJECTIF STRATEGIQUE 2

### GARANTIR LE CHOIX DU MANDATAIRE A L'USAGER ET AU JUGE

Le juge des tutelles et l'utilisateur doivent pouvoir opérer un choix entre les quatre types d'accompagnement possibles : la famille, en établissement, un mandataire privé ou un préposé.

#### Objectif opérationnel 1

A défaut d'une prise en charge par la famille, renforcer la diversité de l'offre de service par le maintien des trois types d'intervention professionnelle : services mandataires associatifs, mandataires privés et préposés.

En l'absence de désignation par l'intéressé ou par ses parents ou si l'intérêt du majeur le commande ou si la personnes désignée refuse ou est dans l'impossibilité d'exercer la mission, le choix du curateur ou du tuteur appartient au juge. L'affectation des mesures dépend dans ces hypothèses entièrement de la décision du juge qui d'abord doit faire valoir le principe de la priorité familiale. Lorsqu'aucun membre de la famille ou aucun proche entretenant des liens étroits et stables ne peut assumer la charge, le juge désigne alors un mandataire judiciaire à la protection des majeurs qu'il soit personne physique, association ou préposé d'établissement.

On assiste à un double mouvement favorisant la croissance de la prise en charge par les professionnels : d'une part l'augmentation du nombre de mesures et d'autre part un recul de la prise en charge par les familles.

Sur les 3 388 mesures de tutelles et de curatelles ouvertes en 2007 en Midi-Pyrénées, selon les statistiques du ministère de la Justice 1 327, sont confiées à la famille soit 40 % des mesures. Leur affectation varie considérablement en fonction de leur type : les tutelles sont confiées à 60 % aux familles et seulement à 20 % pour les curatelles.

Les mandataires individuels par leur pratique de proximité répondent à un réel besoin et plus spécifiquement dans des régions rurales à l'habitat dispersé comme en Midi-Pyrénées : plus d'un quart des mesures ouvertes en 2007 leur a été confié.

Les services mandataires de par leur organisation structurée et la pluridisciplinarité apportent des réponses adaptées à des publics particuliers comme les personnes présentant des troubles du comportement, des personnes plus jeunes en errance nécessitant un fort accompagnement social. Les établissements et services ont très souvent des professionnels du droit à leur côté qui peuvent soutenir les mandataires chargés des mesures. L'équipe pluridisciplinaire garantit une prise en charge complète de la personne sous protection. Un tiers des mesures ouvertes en 2007 leur a été confiée.

Le choix du préposé de l'établissement, en qualité de tuteur, présente de nombreux avantages dont celui majeur, de la proximité de gestion. Les rencontres entre le majeur protégé et le gérant de tutelle, sont fréquentes car faciles à organiser. Cette proximité est aussi un atout entre l'équipe soignante et tous les interlocuteurs (famille, assistant social etc.). Cependant une difficulté se présente : il peut exister un conflit de loyauté pour le préposé entre la direction de l'établissement qui assure la prise en charge et l'intérêt propre de la personne protégée.

Certaines associations du secteur médico-social et certains magistrats estiment que cela peut porter atteinte à l'indépendance nécessaire du mandataire judiciaire par rapport à l'établissement qui l'emploie. Pourtant des gardes fous existent et notamment le contrôle exercé par le juge : les actes relatifs à la personne, au moins les plus importants, ou les plus graves, ou en cas de conflit, doivent être autorisés par le juge des tutelles.

Sur la région, il est à noter la faible représentation des mesures confiées à des préposés : En 2007, seulement 62 curatelles et tutelles, soit 2 % des mesures ouvertes.

## Indicateur

Affectation des ouvertures de mesures par le juge des tutelles

Source : ministère de la justice

## Objectif opérationnel 2

### Développer le soutien technique aux tuteurs familiaux

La loi du 5 mars 2007 réaffirme que la mesure de protection est avant tout un devoir de famille qui s'exerce gratuitement. Ainsi, l'obligation des membres de la famille vis à vis d'un majeur atteint d'une altération de ses facultés se traduit par le renforcement de la priorité familiale dans le choix du tuteur ou du curateur. Néanmoins, ce principe rappelé par les magistrats, rencontre des difficultés d'exécution.

Ainsi, En France, le recours aux tuteurs familiaux qui représentent toujours la majorité des suivis semble en perte de vitesse. Les familles continuent à prendre en charge plus de la moitié des mesures mais le pourcentage a tendance à décroître, traduisant un relatif désengagement des familles et/ou leur difficulté à assumer ce rôle.

En Midi-Pyrénées, selon les données du Ministère de la Justice, la région recense 3 388 mesures ouvertes en 2007. Parmi ces mesures seules 39.1 % ont été confiées à la famille.

Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

Le délitement des solidarités familiales, combiné à l'éloignement géographique : l'environnement familial s'est considérablement modifié : la recomposition familiale ainsi que la mobilité géographique professionnelle transforment l'image de la famille et la configuration des solidarités familiales. L'éloignement des membres de la famille implique une disponibilité moindre pour les plus fragiles.

Le choix des familles de se consacrer à l'affectif notamment en cas de maladies psychiques du protégé et de se décharger auprès du tiers mandataire les aspects de protection : les tutelles familiales sont de plus en plus lourdes à porter parce qu'elles mêlent l'affectif et le financier. Une tonalité différente des relations intergénérationnelles se révèle : une « concentration sur les relations encore plus accentuées ». Ces relations de parentèle incarnent un « nouvel esprit de famille » qui conjugue individualisme, épanouissement de soi et continuité familiale : il y a plus de liberté, d'autonomie, d'individualisme et pourtant les liens entre les générations sont plus forts, la proximité affective est plus grande.

Les conflits familiaux sont toujours particuliers et difficiles. L'ampleur de la mésentente est le plus souvent source d'impossibilité de confier la protection du plus fragile à un membre de la famille. : le recours à un tiers extérieur s'il n'apaise pas le conflit vise à tout le moins à le circonscrire au périmètre familial.

La peur de « mal faire » devant la technicité de plus en plus requise en matière de protection. Les tuteurs familiaux sont, le plus souvent, seuls face à leurs responsabilités, sans aide organisée.

Pour accompagner et inciter les familles dans cette démarche, un décret a introduit un dispositif d'information auprès des tuteurs familiaux.

Le membre de la famille, qui accepte la charge de la tutelle, doit pouvoir bénéficier d'un dispositif de formation adapté à cette fonction. Ce principe du droit à l'information a bien été intégré sur la région par les services tutélaires qui dans chaque département ont mis en place un dispositif d'information. Cette activité fait partie prenante de l'activité tutélaire pour les services. La définition de ce dispositif est un axe majeur de la réflexion : ce n'est ni de la formation ni du conseil. Il s'agit de proposer une aide technique aux familles afin de leur donner l'envie puis les moyens d'exercer et d'assumer cette charge.

Actuellement ce droit à l'information a été mis en place dans chaque département autour principalement de permanences téléphoniques ou d'accueils physiques. En l'absence de crédits dédiés à cette activité, ce dispositif reste à l'état embryonnaire. Pourtant les services assurent que cette mission doit faire partie intégrante de leur activité. Une autre source de renseignements se fait auprès des préposés d'établissement du fait de leur présence sur place. Les demandes émanent de familles qui souhaitent être tuteurs de leur proche. Les greffes sont également fortement sollicités dans cette demande de soutien technique.

Actuellement aucun mode spécifique de financement de l'état n'est prévu pour mettre en œuvre cette instance. Le développement de diverses modalités de soutiens techniques devra s'élaborer en concertation avec tous les acteurs.

## Indicateurs

Etat des lieux des permanences : heures d'ouverture, public accueilli

Sources : Evaluation du comité de suivi

Nombre d'affectation de mesures aux tuteurs familiaux

Sources : données ministère de la justice

Nombre de familles ayant eu accès aux services d'informations dédiés

Sources : associations tutélaires ayant mis en place le service

## AXE 2

### La qualité de la prise de charge

#### I ELEMENTS DE CONTEXTE

Un volet majeur de la réforme est l'affirmation des droits de la personne vulnérable, afin d'assurer le respect des libertés fondamentales ainsi que des droits et de la dignité de la personne.

On peut recenser trois droits essentiels à préserver dans le cadre de la prise en charge d'un majeur protégé :

- Le droit à son cadre de vie : choix de son domicile et préservation du logement et des meubles qui le garnissent par exemple.
- Le droit à la dignité et à une vie privée : droit de visite, de téléphoner, de correspondre, et d'entretenir des relations strictement privées, qui ne nuisent ni à sa personne, ni à sa santé.
- Le droit à l'intégrité physique et morale : le majeur protégé bénéficie d'un droit à l'information et celui de prendre les décisions concernant sa santé, sauf urgence. La personne incapable de manifester sa volonté doit avoir les mêmes égards, ses droits bénéficiant alors à l'entourage ou aux proches, ou mieux à une personne de confiance qui aurait pu être désignée au préalable.

Le secteur tutélaire pâtit d'une image dégradée en raison de dérives dans la prise en charge au regard notamment du non respect de la dignité et de la vie privée. En l'absence de contrôle étroit, la protection des majeurs a pu ouvrir la voie à des comportements frauduleux aux dépens de personnes particulièrement fragiles, à des situations humainement peu acceptables, voire dramatiques : décisions de placement prises dans l'urgence et donc traumatisantes, gestion parfois arbitraire des revenus, extrême solitude du majeur etc.

Un autre reproche fréquemment formulé concerne le manque d'information sur la mesure de protection ainsi que le manque de contacts réguliers entre le tuteur et la personne protégée.



Parallèlement, dans leur pratique quotidienne les mandataires témoignent d'un isolement et parfois de la difficulté de communiquer avec les autres intervenants. Ils ont souvent l'impression d'être le dernier « maillon » pour la personne, devant intervenir pour tout et n'importe quoi. Ils ont le sentiment d'être sollicités pour tous les aspects de la vie de la personne. Par ailleurs, l'accent mis sur leur responsabilité en cas de manquements éventuels ou avérés fragilisent leur intervention et les incitent à beaucoup de prudence qui peut nuire à la qualité de la prise en charge.

Une profession à réguler, à encadrer et à contrôler tout en favorisant les passerelles avec les autres professionnels du social

## II LES ENJEUX

Dans ce contexte de mutation de l'activité de mandataire, l'enjeu de la qualité de la prise en charge implique d'appréhender désormais la protection des majeurs comme une profession du secteur médico-social. A ce titre, la qualité de la prise en charge doit s'envisager autour de principes fondamentaux :

La continuité du service impliquant complémentarité des mandataires et mutualisation de certaines activités

La qualification des mandataires impliquant une régulation de l'activité du régime d'autorisation aux contrôles de la prise en charge en passant par la formation.

Le levier de cet axe est la professionnalisation de tous les mandataires. Dans cette optique la formation doit aborder de façon importante le positionnement professionnel et l'éthique du métier de mandataire.

## III ORIENTATIONS

### OBJETCTIF STRATEGIQUE 1

#### DEVELOPPER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

## Objectif opérationnel 1

### Elaborer un cahier des charges relatif aux modalités de délivrance d'agrément et d'autorisation

Les MJPM doivent satisfaire aux conditions d'âge, de moralité, de formation et d'expérience professionnelle. Les modalités d'agrément sont prévues réglementairement mais devraient faire l'objet d'un cahier des charges afin de garantir une qualité de prise en charge. Ce document devra prendre en compte les exigences minimales notamment en terme :

de formation initiale et continue,  
d'outils informatiques,  
de mode d'organisation et du suivi des mesures etc,

afin que le MJPM puisse être en mesure de communiquer tous les éléments d'informations demandés par le magistrat et les financeurs.

Ce cahier des charges pourra être élaboré sous l'égide du comité de suivi.

Concernant le régime d'autorisation des services qui souhaiterait se créer, des instructions devraient être transmises par le ministère dans le cadre du nouveau régime d'appel à projet qui reposera sur deux outils : le cahier des charges et la commission de sélection d'appel à projet qui se substitue à l'ancien CROSMS.

Par ailleurs, dans le cadre de la formation prévue réglementairement, un accent tout particulier doit être porté sur la posture professionnelle.

Il sera également impératif d'apporter une plus grande vigilance dans l'autorisation et l'agrément des mandataires afin de prévenir le danger de l'emprise des sectes, généralement très actives à l'égard des personnes vulnérables.

## Indicateur

Mise en place du cahier des charges

Source : Comité de suivi

## Objectif opérationnel 2

### Faciliter la continuité du suivi

La continuité du suivi doit répondre à deux exigences :

garantir au majeur protégé une réponse adaptée en cas de besoin

mais en laissant au mandataire la possibilité de prendre des congés, avoir des week-ends : la sphère professionnelle ne doit pas empiéter sur la sphère privée afin d'éviter l'épuisement professionnel.

Cette prise de relais peut s'établir sur la base du volontariat entre mandataire en lien avec le juge des tutelles qui peut désigner provisoirement un autre gérant. Cet objectif pourra être partagé et affiné dans le groupe de travail sur les échanges de pratiques

Par ailleurs, le développement de réseaux individualisés pour assurer une prise en charge globale et une complémentarité entre les personnes pouvant intervenir auprès de la personne protégée (notaires, avocats, juristes, comptables, banques) doit être privilégié tout en préservant l'environnement du majeur protégé.

L'intervention d'une seule et même personne tout au long de la mesure entraînerait un enfermement et donc un risque potentiel de maltraitance. Les mandataires sur les territoires relèvent des difficultés dans la répartition des rôles entre Assistant Social (AS), aide ménagère, tuteur, famille et thérapeutes et posent la question du partage des responsabilités. Un exemple de bonnes pratiques : existence de réseaux mis en place entre le secteur de la psychiatrie et les AS. Ces réseaux mènent à une prise en compte des contraintes professionnelles des uns et des autres afin de mieux articuler les compétences et assurer le meilleur suivi auprès de la personne protégée.

### Indicateurs

Nombre et type d'organisations proposées pour assurer une continuité des services

Qualité des membres constitutifs du réseau

Sources : Evaluation du comité de suivi

## OBJECTIF STRATEGIQUE 2

### RENFORCER LE DROIT DES USAGERS

#### Objectif opérationnel 1

##### Favoriser le maintien à domicile

L'objectif de l'Etat est de maintenir voire diminuer les coûts des mesures de protection et de favoriser le maintien à domicile des majeurs protégés plutôt qu'une prise en charge en établissement. Le souhait des personnes est de rester chez elles le plus longtemps possible au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'entrée en établissement pour personnes âgées est perçue le plus souvent comme une solution de dernier recours, lorsque les autres ne sont plus envisageables et que la vie à domicile n'est plus possible (notamment pour des raisons de coûts ou d'accès à l'offre de soins au-delà de l'autonomie de la personne).

En ce qui concerne le maintien à domicile, le scénario du libre choix implique aussi un effort conséquent. En effet, même si l'âge moyen de la dépendance a tendance à croître, le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible implique de développer l'offre de services et de soins à domicile et de réduire les inégalités territoriales encore fortes en la matière.

Le maintien à domicile implique pour le mandataire de développer une prise en charge assez lourde car nécessite d'une part, des visites à domicile fréquentes impliquant des temps de trajet conséquents et d'autre part, un lien permanent notamment par téléphone. Le coût de la prise en charge s'en retrouve majoré.

#### Indicateur

Evolution du nombre de mesures à domicile

Sources : remontée des indicateurs d'activité des mandataires

#### Objectif opérationnel 2 :

##### Contractualiser la relation avec l'utilisateur

Tout comme l'obligation d'auditionner la personne à protéger s'impose pour le juge, cette écoute doit être à l'origine de la prise en charge de l'utilisateur par le mandataire. La recherche du consentement doit également faire partie de la prise en charge, sous forme appropriée en fonction des capacités de la personne et si son état le permet. Dans le prolongement, un compte rendu des actes faits en son nom devra être privilégié. Par ailleurs, la préservation des droits strictement personnels borne les interventions du mandataire.

A l'ouverture de la mesure, une notice d'information (qui explicite le contenu et l'organisation de la protection) à laquelle est annexée une charte des droits et libertés de la personne protégée doivent être remis. Dès lors que l'état du majeur protégé ne lui permet pas d'en mesurer la portée, ces documents sont remis à une personne de confiance.

Concernant les services tutélaires, doivent être également remis à la personne ou à une personne de confiance, en plus de la notice d'information, le règlement de fonctionnement du service et le document individuel de protection (DIP). Le DIP détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que le montant prévisionnel des prélèvements opérés sur les ressources de la personne protégée. Les personnes protégées sont associées au fonctionnement de l'établissement ou du service par leur participation directe au conseil de la vie sociale ou, lorsque leur état ne le leur permet pas, par d'autres formes de participation.

Afin de garantir ces droits et rendre lisible l'action du mandataire individuel le Document Individuel de Protection du Majeur pourra être un outil recensant le contenu de la prise en charge.

Le DIPM devra contractualiser le rythme des visites en garantissant un seuil minimal de visite au protégé (hors téléphone) :

- 1 fois par mois pour les personnes à domicile
- 1 fois par trimestre pour les personnes en établissement

Un groupe de travail sur ce sujet élaborera une trame de ce document qui sera soumise à l'ensemble des acteurs du secteur tutélaire.

**Indicateur :**

Elaboration du document fin 2010.

Sources : groupe de travail DIPM

## OBJECTIF STRATEGIQUE 2

### AMELIORER LA LISIBILITE DE L'ACTION

#### Objectif opérationnel 1

##### Mettre en place et/ou améliorer les écrits professionnels

A chaque date anniversaire de jugement, le mandataire doit adresser un compte de gestion, lequel doit être accompagné d'un écrit sur le déroulement de la mesure. Cet écrit doit reprendre les éléments principaux de la prise en charge.

Ce type d'écrit, du fait qu'il revêt un caractère social, suscite interrogations et inquiétude notamment en terme de neutralité, de responsabilité et de communication auprès de l'utilisateur. Le groupe de travail sur le DIPM pourra élaborer quelques recommandations et proposer une trame à tous les acteurs.

Les écrits professionnels sont composés de réponses au juge suite à des plaintes, des rapports pour reconduction de mesure et des rapports annuels accompagnant le compte de gestion.

L'UDAF a élaboré un questionnaire type en lien avec les juges. Les mandataires privés joignent au compte de gestion un rapport « social ». Selon eux, ce rapport doit répondre aux critères suivants :

- S'en tenir aux faits
- Etre neutre

La communication de cet écrit aux majeurs protégés n'est pas posée comme un acte systématique car est pris en compte le contexte de la relation et/ou de la capacité de compréhension du protégé.

#### indicateur

Elaboration de recommandations pour la rédaction des différents écrits professionnels.

Sources : groupe de travail DIPM

## Objectif opérationnel 2

### Développer les contrôles des opérateurs

La protection des majeurs répond à une double finalité : les protéger contre eux-mêmes et contre les abus dont ils pourraient être victimes. Aussi, si cette mesure est privative de liberté et restrictive de droit, la contrepartie logique est que le tiers soit lui-même contrôlé, afin de vérifier que le mandat dont il est investi n'est pas détourné de son objet.

Actuellement les contrôles sont limités par la faiblesse des moyens juridiques et humains. Les conventions avec les structures tutélaires devraient permettre en principe aux services départementaux en charge de la cohésion sociale d'effectuer le contrôle et le suivi des associations de manière satisfaisante, notamment d'en vérifier les comptes dans le détail. En pratique, les associations adressent chaque année les comptes de l'année écoulée et le budget prévisionnel de l'année suivante.

Cet objectif doit s'articuler autour de deux axes :

- o Le développement des relations avec les juges des tutelles qui assurent la surveillance générale des mesures de protection des majeurs.
- o Le contrôle sur pièces - ou lors d'une inspection sur place.

### Indicateurs :

Nombre de contrôles administratifs

Nombre de saisine par le juge des tutelles aux fins de contrôles

Nombre d'inspections

Sources : DDI

## Objectif opérationnel 3

Expérimenter une gestion inter-établissements pour les préposés afin de favoriser la mise en commun des

informations, l'optimisation des coûts est aussi un autre atout de ce mode d'organisation.

La prise en charge d'une mesure de protection par un préposé en établissement garantit une relation de proximité avec la personne protégée accueillie car le préposé est « sur place ». Cependant une difficulté se présente : il peut exister un conflit de loyauté pour le préposé entre la direction de l'établissement qui assure la prise en charge et l'intérêt propre de la personne protégée.

Certaines associations du secteur médico-social et certains magistrats estiment qu'une telle évolution est de nature à porter atteinte à l'indépendance nécessaire du mandataire judiciaire par rapport à l'établissement qui l'emploie. Pourtant des garde fous existent et notamment le contrôle exercé par le juge : les actes relatifs à la personne, au moins les plus importants, ou les plus graves, ou en cas de conflit, doivent être autorisés par le juge des tutelles.

Du fait du faible nombre actuel de nouvelles mesures octroyées aux préposés, une expérimentation de mutualisation des moyens entre établissements pourra être menée afin de proposer une organisation assurant au magistrat une indépendance du préposé vis-à-vis de la direction et lui assurant un nombre de suivis permettant de professionnaliser son action.

**Indicateur :**

Bilan d'une expérimentation de mutualisation

Source : bilan remis au comité de suivi



## Les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

### I ELEMENTS DE CONTEXTE

Il existe peu de statistiques sur la population française et encore moins au niveau régional sur les personnes atteintes de troubles psychiques. Les mandataires chargés des tutelles constatent une prise en charge de plus en plus grande de ces personnes et se trouvent souvent démunis face à ces accompagnements.

Les familles, face à l'évolution des pathologies, (psychoses et névroses, syndrome d'Alzheimer...) ont besoin d'être soutenues et de s'en remettre à des professionnels pour la prise en charge thérapeutique afin de se centrer sur les apports affectifs. De plus, les membres de la famille vieillissants, font l'objet à leur tour d'une mesure de protection et ne peuvent plus assurer la tutelle de leurs parents ou proches.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008 le taux d'équipement en Midi-Pyrénées est de 143 lits pour 100 000 habitants de 17 ans et plus affectés à des services de psychiatrie adulte, nettement supérieur à la moyenne nationale (115).

Ces prises en charge si elles ne sont pas quantitativement majoritaires représentent une charge de travail très importante et une vigilance accrue en raison des comportements agressifs voire violents créant du trouble de voisinage, des conflits familiaux. Les mandataires se retrouvent vite démunis devant ces prises en charge en l'absence de liens entre les différents intervenants.

Les malades atteints de troubles psychiatriques : quatre groupes de pathologies sont à la source de mise sous tutelle. Ces pathologies qui altèrent durablement les facultés cognitives, c'est-à-dire les facultés de jugement et de synthèse sont : les maladies neuro-dégénératives ; les pathologies psychotiques comme les schizophrénies qui atteignent les sujets de 18 à 30 ans ; les maladies bi-polaires (anciennement dénommées maniaco-dépressives) ; les autres pathologies liées aux abus d'alcool ou de drogues. De surcroît, la réversibilité de ces pathologies est rare.

Une prise en charge qui se complexifie et qui implique de nombreux acteurs éparés.

## II LES ENJEUX

La prise en charge de ces publics est un enjeu majeur dès lors que le comportement de ce public génère parfois de la violence voire un trouble à l'ordre public. La difficulté de la prise en charge s'explique en partie par le caractère volatile des personnes atteintes de troubles psychiatriques. De ce fait, le travail autour de la mutualisation entre les différents professionnels et le partage d'informations prend tout son sens pour éviter des situations de tension.

## III LES ORIENTATIONS

### OBJECTIF STRATEGIQUE

#### FACILITER LA PRISE EN CHARGE AU QUOTIDIEN DE CES PUBLICS

#### Objectif opérationnel 1

Améliorer la connaissance de l'activité tutélaire auprès des travailleurs sociaux et des services sanitaires (médecins, hôpitaux)

Des initiatives pourront être développées telle la réalisation d'un guide sur la réglementation relative à la protection juridique des majeurs et le fonctionnement des services qui contribuent à l'assurer. Le groupe de travail sur les échanges des pratiques pourra formuler des propositions et initier des rencontres.

#### Indicateurs

Elaboration d'un guide sur l'activité tutélaire  
Nombre de rencontres inter professionnels réalisées

Sources : groupe de travail échange de pratiques

## Objectif opérationnel 2

Favoriser le partenariat nécessaire des services tutélaires avec les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Face à la diversité des intervenants pouvant se trouver confrontés à des situations « à risque » en terme de protection, il devient nécessaire pour les services tutélaires de nouer une collaboration étroite avec les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui, bien souvent, interviennent auprès des mêmes personnes. Le développement d'un partenariat afin d'installer une véritable coordination concrète entre les services doit être privilégié. Cette volonté pourrait se traduire par la conclusion de conventions entre les services tutélaires et les différents services impliqués.

### Indicateur

Nombre de conventions conclues

Sources : Comité de suivi

## Objectif opérationnel 3

Mettre en place des dispositifs et lieux de visite spécifiques et/ou sécurisés : mise à disposition de permanences, visite en binôme, soutien de la mairie etc.

Dès lors qu'un risque de passage à l'acte se ressent, il est important de développer une stratégie visant à réduire ce risque. Plusieurs hypothèses peuvent s'envisager qui vont du renoncement à la visite à l'accompagnement du mandataire. A cet effet, le recours aux services municipaux dans les petits villages s'avère précieux du fait de leur connaissance de tous leurs administrés. D'ores et déjà des pratiques existent dans les départements : visite en binôme quand la situation l'exige, maintien du portable allumé. Recenser toutes ces bonnes pratiques et les transposer quand cela sera possible dans tous les départements permettra de disposer d'une palette d'interventions adaptées à la situation du majeur protégé.

### Indicateur

Nombre et type de lieux de visites adaptés

Sources : DDI

## AXE 4

### Suivi du schéma

#### I ELEMENTS DE CONTEXTE

Le schéma de première génération est établi pour cinq ans. Nombre des objectifs nécessitent en cours de période une évaluation ainsi qu'une adaptation en fonction des remontées des acteurs locaux afin que cet outil garde son sens et soit utile à la mise en œuvre de proximité.

Par ailleurs, ce schéma n'aborde pas expressément la situation des mineurs et n'inclut pas spécifiquement les dispositions relatives aux délégués aux prestations familiales. Si les orientations du présent schéma s'appliquent par extension aux services exerçant des mesures de tutelles aux prestations familiales, suivre le schéma implique de prendre en compte les évolutions futures dans ce domaine. Cette orientation doit s'appliquer également sur le bilan de la MASP qui se met progressivement en place par les conseils généraux.

Afin que ce schéma demeure un outil pratique, le suivi du schéma doit s'élaborer tout au long des cinq ans de sa durée de vie.

#### II LES ENJEUX

Un schéma qui doit devenir un outil d'observation, d'évaluation et de modernisation du secteur tutélaire.

#### III LES ORIENTATIONS

##### OBJECTIF STRATEGIQUE

METTRE EN PLACE UN CADRE OPERATIONNEL DE SUIVI DU  
SCHEMA

## Objectif opérationnel 1

### Instaurer un comité de suivi du schéma

Le comité de suivi sera chargé de faire un état des lieux de la mise en œuvre concrète du schéma et de faire remonter les difficultés. Par ailleurs, il sera une instance de coordination et de synthétisation des travaux des groupes de travail permanents.

Il devra suivre l'avancée des objectifs du schéma selon plusieurs axes :

Assurer un observatoire du secteur tutélaire en Midi-Pyrénées : évolution des pratiques, des publics etc.

Renseigner les indicateurs et vérifier leur pertinence

Valider l'opportunité des objectifs en fonction des indicateurs, de l'évolution du secteur tutélaire et des publics pris en charge

Ce comité de suivi sera composé de deux collèges :

Un collège restreint composé des huit DDI et de l'échelon régional

Un collège élargi aux représentants des acteurs du secteur tutélaire. Les représentants pourront être tournants afin :

- o De maintenir un engagement de tous dans la mise en œuvre du schéma
- o D'assurer une représentativité tant des différents départements que des acteurs
- o D'asseoir un fonctionnement souple

### Indicateurs :

Point d'étape annuel de la mise en œuvre des orientations du schéma

Validation du bilan à cinq ans

Sources : le comité de suivi

## Objectif opérationnel 2

### Instaurer des groupes de travail thématiques permanents

En fonction des orientations préconisées par le comité de suivi des groupes de travail thématiques devront se constituer.

Ces groupes de travail à caractère permanent seront interdépartementaux d'une part, pour favoriser l'échange de pratiques entre les différents départements et d'autre part, pour prendre en compte les temps de transports. L'objectif est d'organiser un temps d'échange entre les partenaires d'une manière souple : la région est très étendue et le temps de transport pour se rendre à une réunion d'échange peut constituer un frein à des volontaires dissuadés par cet aspect pratique.

La concertation régionale délocalisée a été un levier qui a assuré un échelon de proximité. Aussi, les modalités d'animation des groupes de travail thématique pourraient s'articuler selon la même méthode :

Une animation régionale à l'échelon interdépartemental dans 4 groupes regroupés selon les zones suivantes :

1. Albi - Rodez
2. Cahors- Montauban
3. Auch Tarbes
4. Foix Toulouse

Afin de privilégier les échanges, un groupe de 6 personnes par département maximum pourra être constitué comportant systématiquement au moins un représentant des trois opérateurs : mandataires individuels, association et préposé. Autant que de besoins, il pourra être adjoint au groupe, l'intervention d'une personne qualifiée (représentant des usagers, juge des tutelles, greffier etc.) et/ou une personne ressource sur une thématique spécifique.

Dans le cadre de la mise en place de ce schéma, deux thèmes sont retenus :

1. Les échanges de pratiques
2. La formalisation du DIPM et les écrits professionnels.

Sur chacun des deux thèmes retenus, une première réunion sera organisée au cours du premier semestre 2010 dans chacune des quatre zones désignées. Une synthèse des ces travaux sera rapportée au comité de suivi.

Chaque réunion du comité de suivi et des groupes de travail fera l'objet d'un relevé de conclusions.

**Indicateur :**

Documents de travail remis par les deux groupes

Sources : comité de suivi



PREFECTURE DE LA REGION MIDI-PYRENEES

*Direction Régionale de la Jeunesse,  
des Sports et de la Cohésion Sociale  
de la région Midi-Pyrénées*

SCHEMA REGIONAL  
DES MANDATAIRES JUDICIAIRES  
A LA PROTECTION DES MAJEURS  
ET DES DELEGUES  
AUX PRESTATIONS FAMILIALES  
EN MIDI PYRENEES

TOME 2

DIAGNOSTICS



PARTIE 1

DIAGNOSTIC REGIONAL

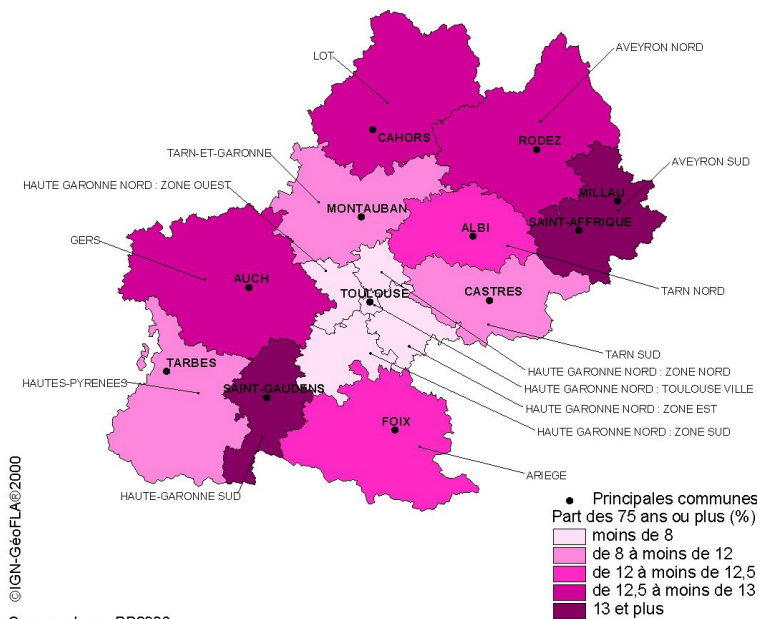
MIDI PYRENEES

# I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

## A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

### 1/. Une population vieillissante

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006



Près d'une personne sur dix a 75 ans ou plus en Midi Pyrénées, c'est plus qu'au niveau national (8,2%).

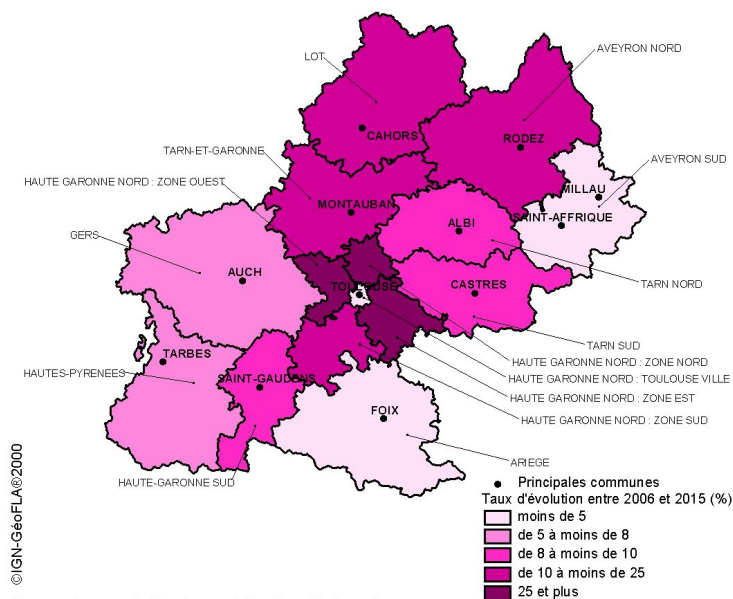
L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus, pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Cet indice est nettement supérieur à la moyenne nationale de 66,3.

Il masque également des disparités territoriales importantes : par exemple, les zones du nord de la Haute-Garonne sont plus jeunes avec 53 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes, et les territoires peuplés de personnes plus âgées tels le sud de la Haute-Garonne (141), le Lot (119) ou l'Aveyron Nord (118) et le Gers (116,9).

	France	Région
population	61 166 822	2 754 992
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	112	61
Part des 75 ans et plus	8.3 %	9.8 %

Sources : statiss 2008

Evolution des personnes de 75 ans et plus entre 2006 et 2015 (%)



Selon l'INSEE, Midi Pyrénées est une des régions françaises qui bénéficie de la durée de vie moyenne la plus élevée.

À l'horizon 2015, le nombre de personnes de 75 ans et plus devrait progresser de 12,5% en Midi Pyrénées. Cette évolution est très différenciée selon les territoires de santé entre l'Ariège avec une progression modérée et la périphérie toulousaine avec des taux pouvant atteindre les 40%. Parmi cette catégorie, les plus de 85 ans devraient s'accroître de près de 57%, hausse particulièrement importante dans les territoires de la Haute-Garonne Nord où elle approche pour certains les 80%.

De plus, l'attractivité de la douceur de vie du sud-ouest se traduit souvent par une mobilité géographique au moment de la retraite. Parmi les plus aisés, ce projet de vie dans une région plus clémente se traduit par une installation définitive. Cela a pour effet d'accroître l'évolution du nombre de personnes âgées et implique de réfléchir à l'adaptation des infrastructures.

## 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

La densité dans la région est bien plus faible qu'au niveau national (112 habitants au km<sup>2</sup> en janvier 2006) : 29 habitants au km<sup>2</sup> en Ariège, 31 en Aveyron, 28 dans le Gers, 32 dans le Lot. La population en Midi-Pyrénées est donc vieillissante et isolée.

Plusieurs éléments concourent à cet isolement :

La modification des solidarités familiales et de proximité du fait de l'éclatement géographique des familles et de l'évolution même de leur structure. Désormais, la famille se constitue le plus souvent à travers des choix individualisés et évolutifs. Pour autant, cet « éclatement » ne conduit pas à la disparition des solidarités familiales, lesquelles sont plus choisies qu'hier. De nos jours, les formes de l'appui des proches ont aussi évolué du fait de la taille de la fratrie, de l'existence d'un ou de deux parents, des modes de vie, communs ou séparés, de la présence ou non d'autres ascendants. Les rôles au sein de la famille sont de plus en plus polyvalents et évolutifs, y compris lorsqu'il s'agit de mobiliser les ressources de la solidarité. En matière de vie familiale, les impératifs de mobilité éloignent de plus en plus les enfants de leurs parents âgés et rendent difficile une aide ponctuelle et une présence au quotidien. Pour autant, il ne faut pas considérer que les solidarités intra familiales ont disparu. Elles s'expriment au contraire de manière renouvelée et selon des modalités variées qui ne correspondent plus à un modèle unique. Dans ces zones rurales où le lien social conserve une signification particulièrement importante, les liens intergénérationnels se sont d'avantage distendus.

La désertification des villages et des hameaux : la région présente un visage agricole et a été particulièrement touchée par l'exode rural. L'éloignement des centres d'activités et des bassins d'emploi combiné à des moyens de communication peu développés ont favorisé la migration des jeunes générations et renforcé la désertification des campagnes. Les commerces de proximité jouent aussi un rôle dans le maintien de la socialisation des personnes âgées ; leur disparition rend extrêmement difficile le maintien à domicile ainsi que la survie de ces villages qui constituaient auparavant le lieu privilégié de l'intégration sociale. La fermeture de certains services publics et des commerces de proximité pénalise particulièrement les personnes âgées les moins mobiles, aggrave leur isolement et peut être à l'origine

d'une entrée précoce et non choisie en établissement.

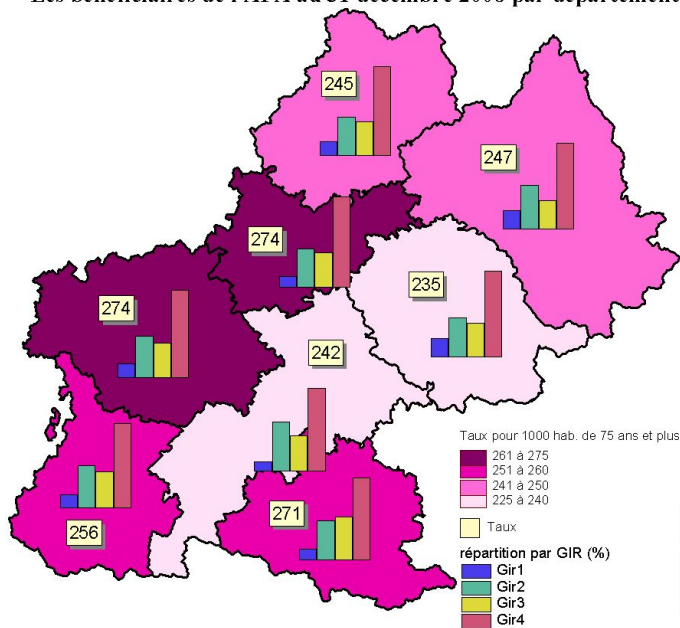
Cet isolement est lié également à la composition du ménage où de nombreuses personnes âgées vivent seules et plus spécifiquement les femmes. Isolement et solitude favorisent le sentiment d'inutilité et le repli sur soi. Pour lutter contre ces phénomènes, le maintien du lien social est une caractéristique majeure du travail que doivent développer les mandataires.

Par ailleurs, cet isolement tant géographique que familial nécessite un temps d'écoute considérable, notamment au téléphone. De surcroît plus la relation de confiance s'installe, plus elle crée de la demande de la part de la personne âgée.

Pour les mandataires, ces éléments socio démographiques se traduisent par un temps de déplacement important du fait de l'habitat très dispersé pour répondre à un objectif tant de proximité que de maintien à domicile. Ainsi, les mandataires s'accordent à dire que la prise en charge à domicile est nettement plus chronophage que celle en établissement : du simple au double alors que la rémunération de ces mesures n'est pas calculée sur ce ratio.

### 3/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Source : Conseils Généraux - Exploitation DRASS

Les indicateurs de dépendance en Midi-Pyrénées complètent le tableau d'une région âgée mais également de plus en plus

dépendante. Les personnes âgées de plus de 60 ans, en perte d'autonomie, bénéficient de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour faire face à des dépenses liées à la dépendance.

Le nombre d'allocataires de l'APA donne une indication du nombre de personnes susceptibles de bénéficier d'une mesure de protection.

Fin 2008, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie est versée en Midi-Pyrénées à 69 500 personnes. Avec 246 bénéficiaires de l'APA pour 1000 habitants de 75 ans et plus, la région se situe à un niveau supérieur à la moyenne nationale établie à 207 bénéficiaires pour 1000 habitants. Au sein de la région, les taux par département varient de 274 dans le Gers à 242 en Haute-Garonne. Cette variabilité induisant plutôt un clivage rural/urbain est vraisemblablement multifactorielle et pourrait en partie s'expliquer au niveau des déterminants de santé par la part prédominante d'agriculteurs ou d'ouvriers dans la population active dans certains départements.

La dépendance des personnes âgées s'apprécie par rapport à la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources) qui, pour l'attribution de l'APA, classe les personnes en 4 groupes selon le degré de perte d'autonomie (GIR 1 : personne lourdement dépendante). L'Aveyron présente une proportion de bénéficiaires lourdement dépendants plus importante que dans les autres départements surtout parmi les GIR1. À l'inverse l'Ariège a la plus faible part de GIR 1 et 2.

Les bénéficiaires sont majoritairement très âgés puisque 87% ont 75 ans ou plus et un bénéficiaire sur deux a plus de 85 ans.

Les personnes dépendantes ayant fait le choix de vivre à domicile en Midi-Pyrénées représentent 68% de l'ensemble des bénéficiaires de l'APA, proportion supérieure de 7 points à la moyenne nationale. Au sein de la région, des différences marquent les territoires : de 58% de personnes à domicile dans l'Aveyron où l'offre de places en maison de retraite est très développée à plus de 70% de personnes à domicile dans les départements de l'Ariège et du Tarn et Garonne.

#### 4/ Une région marquée par la fragilité financière des personnes âgées

Les indicateurs démographiques se combinent avec ceux de la fragilité financière. La région Midi-Pyrénées est la troisième

région touchée par la pauvreté des seniors après la Corse et le Limousin. Les personnes âgées en milieu rural sont les plus touchées par ce phénomène. Le secteur agricole est fortement représenté en Midi-Pyrénées: la part du régime agricole est deux fois plus importante que dans l'ensemble des régions françaises.

L'Ariège et le Tarn et Garonne font partie des 20 départements pour lesquels les taux de pauvreté sont les plus élevés parmi les plus de 65 ans. Le Tarn et Garonne avec plus de 15 % de taux de pauvreté parmi les plus de 65 ans présente un nombre supérieur à la région de bénéficiaires de l'ASPA (5.4 %). Ce minimum social est plutôt présent dans les départements ruraux du Lot, du Gers, de l'Aveyron et du Tarn et Garonne.

Outre le clivage urbain/rural, la part des agriculteurs et des ouvriers dans la population active en Midi-Pyrénées ainsi que la solitude de leurs veuves expliquent également cette fragilité financière. Le taux de risque de pauvreté touche particulièrement les femmes du fait d'un double phénomène : celui d'une espérance de vie plus longue et d'une carrière professionnelle incomplète voire impossible à recréer notamment pour les épouses d'exploitants agricoles. Ainsi, parmi les allocataires des minimas vieillesse, on trouve de nombreuses femmes aux carrières incomplètes. Le risque de pauvreté des femmes est donc plus important : elles se retrouvent seules, âgées, dans des zones isolées et avec un faible pouvoir d'achat.

B. Les données démographiques : les personnes handicapées

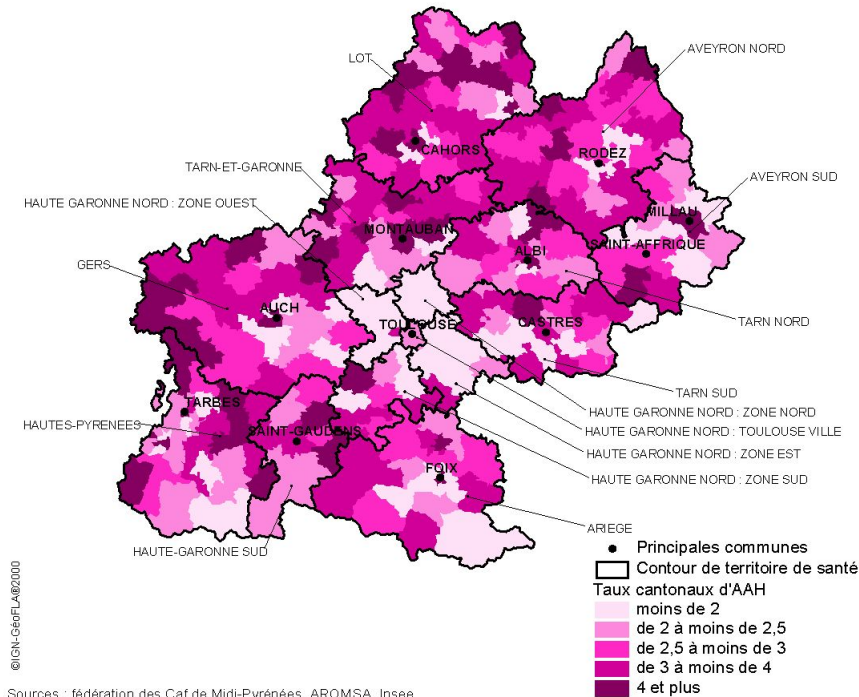
### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH en Midi Pyrénées supérieur à la moyenne nationale

Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Adulte Handicapé (atteint d'une infirmité entraînant une incapacité permanente comprise entre 50 % et 80 %) donne une indication du nombre de personnes susceptibles de bénéficier d'une mesure de protection.

En Midi-Pyrénées, l'AAH est la deuxième allocation versée après le RMI. Fin 2006, on recensait 41 300 allocataires, soit 2,8% de la population des 20 à 59 ans, proportion supérieure au niveau

national (2,4%). Les territoires de santé des «Hautes-Pyrénées», «Lot», et «Tarn Nord» affichent les taux d'allocataires les plus élevés, et les territoires de santé de la Haute-Garonne Nord, à l'exception de la zone « Sud », ont les taux les plus faibles.

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La présence de nombreux établissements d'accueil peut expliquer ce phénomène dans les Hautes-Pyrénées ou le Lot. Cependant, la corrélation entre le taux d'équipement (exprimé en nombre de places pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans) et le taux d'allocataires n'est pas systématiquement établie pour des territoires tels que le Tarn-Nord et l'Aveyron-Nord où les allocataires sont proportionnellement nombreux, avec des taux d'équipement inférieurs à la moyenne régionale.

Équipement	National	Région	Hautes-Pyrénées	Lot	Tarn	Haute-Garonne
MAS	0,53	1,11	2,40	0,80	1,02	0,79
Foyer de vie et FAM	1,60	2,38	2,98	2,46	2,96	1,80
ESAT	3,12	3,39	5,51	3,90	3,97	2,59

Sources Statiss 2008



## 2/ La population des majeurs protégés atteinte de plus en plus de troubles psychiques

Il existe peu de statistiques sur la part de la population française et encore moins au niveau régional sur les personnes atteintes de troubles psychiques.

Sur la base d'estimations faites par le Groupe Technique National de Définition des Objectifs (GTNDO) de santé publique en 2003, on peut considérer qu'il y aurait 300 000 à 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques en France dont 200 à 250 000 schizophrènes.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008 le taux d'équipement en Midi-Pyrénées est de 143 lits pour 100 000 habitants de 17 ans et plus affectés à des services de psychiatrie adulte, nettement supérieur à la moyenne nationale (115). Les territoires les plus équipés sont la Haute Garonne Nord (majoritairement en cliniques privées et l'hôpital Marchant), le Tarn Nord (l'offre repose sur un seul établissement le Bon Sauveur d'Albi) et les Hautes-Pyrénées qui dépassent largement la moyenne régionale (193,6), en raison de la présence des hôpitaux de Lannemezan. L'Aveyron Nord et le Gers font aussi partie des territoires bien dotés.

Les familles, face à l'évolution des pathologies, (psychoses et névroses, syndrome d'Alzheimer...) ont besoin d'être soutenues et souhaiteraient s'en remettre à des professionnels pour la prise en charge de leurs proches sur le plan administratif et comptable afin de se centrer sur les apports affectifs.

Ces mesures et la tendance à leur accroissement, même si elles ne sont pas quantitativement majoritaires représentent une charge de travail très importante et nécessitent une vigilance accrue en raison des comportements parfois agressifs voire violents de la part des usagers, créant du trouble de voisinage, des conflits familiaux. Les mandataires se retrouvent vite démunis en l'absence de liens entre les différents intervenants.

### C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1. Un nombre de mesures de protection en augmentation

En France, le nombre de mesures prononcées enregistré depuis plusieurs années une croissance régulière et soutenue. Le taux

de croissance de ces mesures est d'environ 8 % par an. Selon les projections de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), le nombre des personnes protégées devrait être de 800 000 en 2010 et pourrait même avoisiner un million de personnes si la fréquence des placements se maintenait au même rythme qu'avant la mise en place de la réforme.

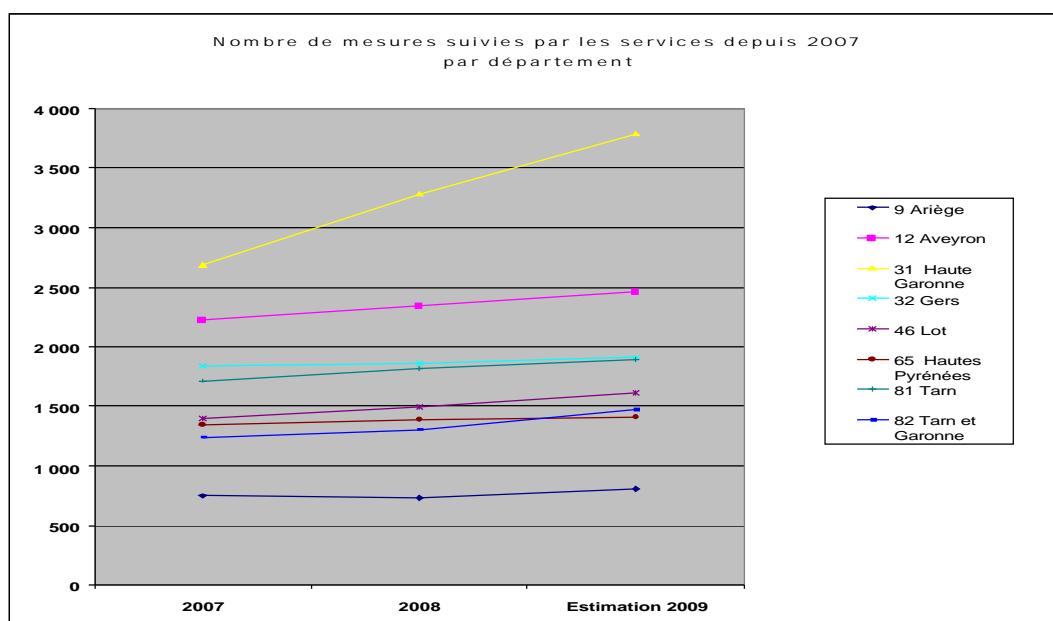
La croissance du nombre des personnes placées sous tutelle s'explique en grande partie par l'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement corrélatif de la population.

Concernant la région, en l'absence de données statistiques de la Chancellerie relatives au nombre de mesures et son évolution, l'estimation des besoins s'établira d'après l'interprétation des deux indicateurs suivants :

### Les indicateurs socio démographiques

Les indicateurs socio démographiques révèlent d'une part, un vieillissement de la population et d'autre part, une croissance des bénéficiaires de l'AAH. C'est sur ces deux populations que se concentre la majorité des mesures. On peut donc considérer que l'évolution de ces deux catégories de populations, constitue un indicateur fiable de probabilité de croissance des mesures de protection pour la région.

Les données d'activité 2007 à 2009 déclarées par les associations dans le cadre de la nouvelle procédure budgétaire.



L'estimation pour 2009 s'élève à 15 365 mesures soit une augmentation de plus de 7 % identique à celle constatée entre 2007 et 2008. Cette croissance est sensiblement plus importante que celle constatée sur le territoire français qui connaît une croissance annuelle du nombre de mesures de l'ordre de 3.7 %. C'est le département de la Haute-Garonne qui connaît une croissance à deux chiffres depuis 2007 : près de 20 % d'augmentation entre 2007 et 2008 et une croissance estimée à 15 % pour 2009.

L'estimation de la répartition de la nature des mesures se fondera sur les données du Ministère de la Justice relative aux ouvertures de mesures en 2007.

## 2/ Les mesures de curatelle et de tutelle fortement représentées

Les études démographiques soulignent que le type de mesure de protection est corrélé à l'âge de la personne. Ainsi, la tutelle et la sauvegarde de justice s'appliquent plutôt à des personnes de plus de 60 ans, pour l'une parce que son objet est de répondre aux difficultés de gestion de la vie quotidienne et l'autre pour sécuriser la situation d'une personne notamment dans des cas d'urgence. Aussi, la forte prévalence de la tutelle s'explique par un effet démographique des populations issues du baby boom. Il est à noter également que la tutelle concerne également les personnes souffrant d'un handicap psychique ou mental. La mesure de curatelle, d'après les études, semble plutôt concerner une population de moins de 60 ans.

Selon les indicateurs établis par les services de Midi Pyrénées, près de 9 mesures sur 10 sont constituées de curatelle et de tutelle.

Les ouvertures de mesures en 2007 indiquent une répartition équilibrée entre ces deux types: 48.75 % sont constituées de curatelle contre 51.25 % de tutelles.

En revanche, l'affectation à la famille ou à un tiers mandataire est fonction du type de mesure. Ainsi, la tutelle est confiée prioritairement à la famille tandis que la curatelle est affectée davantage aux professionnels.

Par ailleurs, on constate une forte disparité selon les départements du choix du mandataire individuels. Le contexte géographique de l'offre (présence d'une offre diversifiée) ainsi que la pratique des juges expliquent en partie cette disparité.

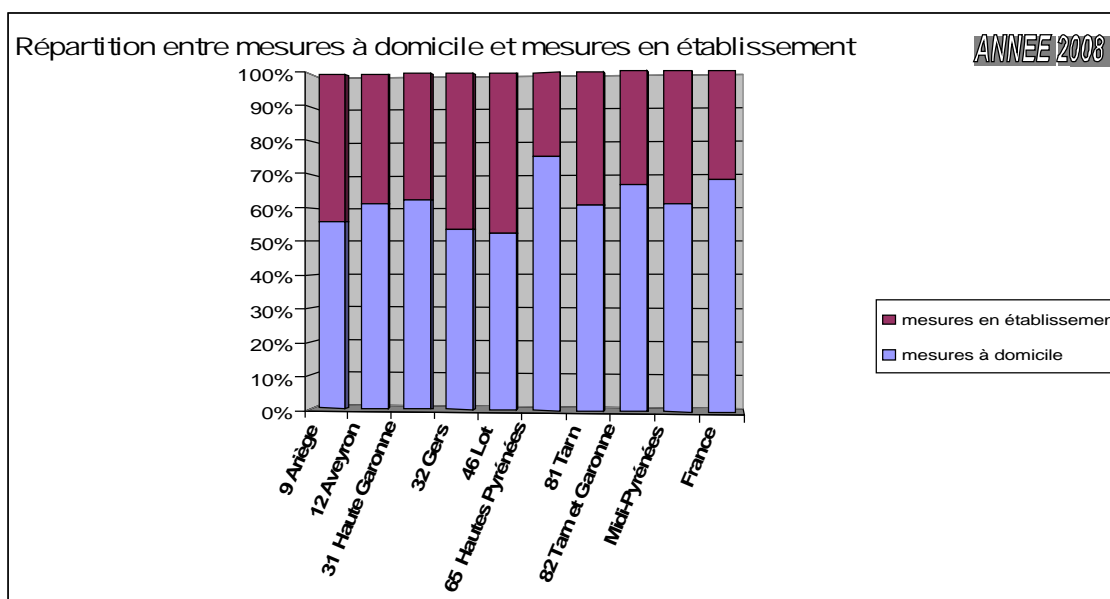
Du fait de ces paramètres fluctuants, la projection sur le nombre nécessaire de mandataires privés ou associatifs et de préposés sur la région est difficilement objectivable.

### Les sorties de mesure

Il est à noter que le premier motif de sortie de mesures est le décès de la personne et ensuite la main levée par le juge. Cette main levée peut entraîner également un changement de mesure. Ainsi les sauvegardes de justice qui ont une vocation transitoire peuvent être transformées en une mesure plus pérenne. Ainsi la mesure de transition qui doit être assurée en urgence sera plutôt prise en charge par des mandataires privés.

### 3/ Une répartition entre mesures à domicile et en établissement stable

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 33 700 personnes âgées en Midi-Pyrénées sont hébergées en structures. Le taux d'occupation moyen sur l'année est proche de 100 % quels que soient les catégories ou les statuts juridiques des établissements. En Midi-Pyrénées, près de 5 % de la population régionale âgée de 60 ans et plus vit dans une institution. Plus de huit résidents sur dix sont accueillis dans des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette clientèle, constituée pour trois-quarts de femmes, est âgée en moyenne de 84 ans et demi et réside dans la structure depuis 4 ans. Deux personnes sur cinq sont lourdement dépendantes (GIR 1 et 2).



La répartition entre mesures à domicile et mesures en établissement reste stable avec un ratio de 60 % à domicile et 40 % en établissement. Le ratio national est de l'ordre de 70 % - 30 % .

Le souhait des personnes est de rester chez elles le plus longtemps possible au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'entrée en établissement pour personnes âgées est perçue le plus souvent comme une solution de dernier recours, lorsque les autres ne sont plus envisageables et que la vie à domicile n'est plus possible (que ce soit pour des raisons de coûts ou pour des raisons d'accès à l'offre de soins).

En ce qui concerne le maintien à domicile, le scénario du libre choix implique aussi un effort conséquent. En effet, même si l'âge moyen de la dépendance a tendance à croître, le souhait de rester à domicile le plus longtemps possible nécessite de développer l'offre de services et de soins à domicile et de réduire les inégalités territoriales fortes en la matière.

#### D . Les caractéristiques des majeurs sous protection juridique

La population des personnes placées sous protection juridique présente deux caractéristiques majeures : hétérogénéité et vieillissement.

Trois publics spécifiques sont ainsi susceptibles d'entrer dans le dispositif judiciaire de protection :

Les personnes âgées : l'allongement de la durée de vie est un facteur important d'accroissement du nombre des tutelles et curatelles.

Les handicapés mentaux et moteurs majeurs : on distingue différents types de handicaps car les difficultés rencontrées sont très variées. Pour les handicaps " mentaux ", on différencie les déficiences intellectuelles, et psychiques lesquelles concernent les troubles du fonctionnement de l'appareil psychique et influent donc principalement sur les sphères de la vie relationnelle, de la communication, du comportement... Les distinguer des déficiences intellectuelles implique de rendre compte des

situations spécifiques de handicaps vécues notamment par les personnes atteintes de maladies mentales évoluant au long cours. Elles relèvent donc à la fois de soins psychiatriques et d'un accompagnement particulier visant à atténuer les effets invalidants de ce type de déficience. Les handicaps physiques sont en général scindés selon trois types de déficiences : motrices, visuelles et auditives.

Les malades atteints de troubles psychiatriques : quatre groupes de pathologies sont à l'origine de la de mise sous tutelle :

- o Les pathologies qui altèrent durablement les facultés cognitives, c'est-à-dire les facultés de jugement et de synthèse : les maladies neuro-dégénératives ;
- o Les pathologies psychotiques comme les schizophrénies qui atteignent les sujets de 18 à 30 ans ;
- o Les maladies bipolaires (anciennement dénommées maniaco-dépressives) ;
- o Les autres pathologies liées aux abus d'alcool ou de drogues. De surcroît, la réversibilité de ces pathologies est rare.

#### E. La répartition des mesures entre tuteurs familiaux et mandataires

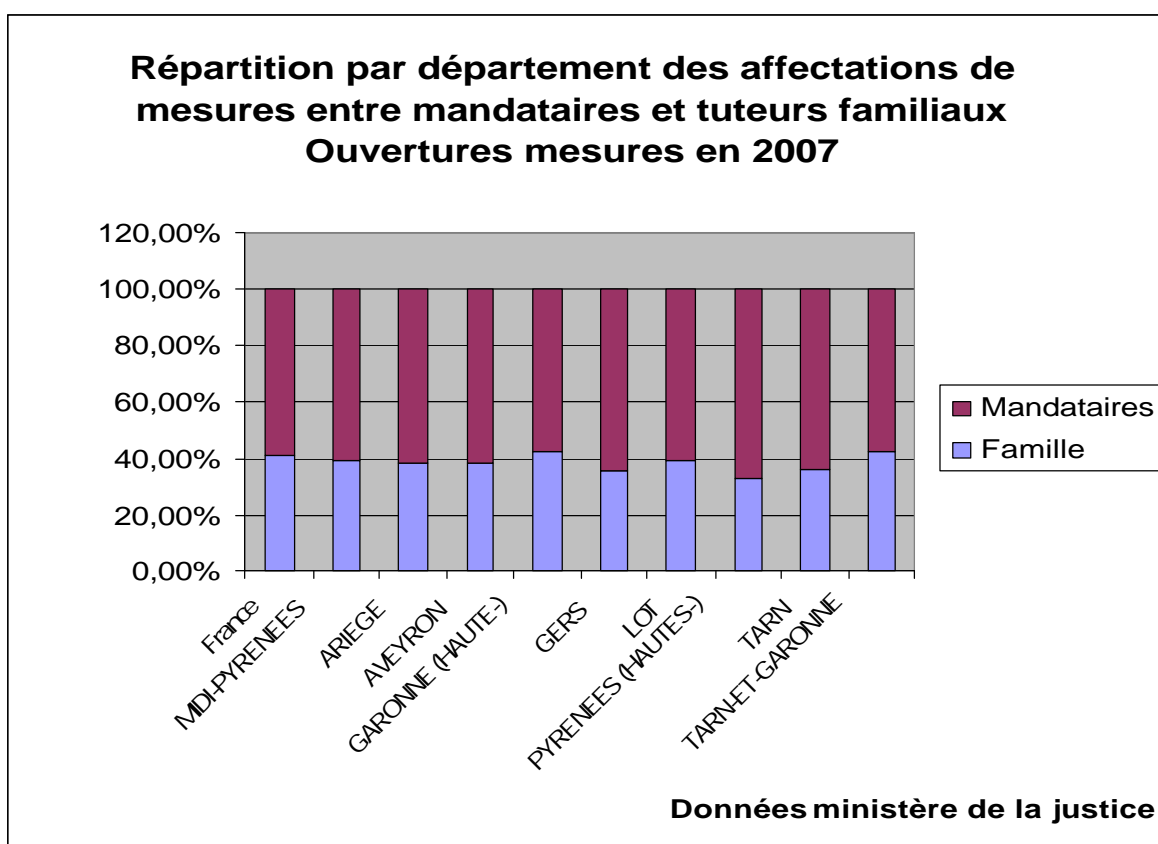
On assiste à un double mouvement favorisant la croissance de l'activité des mandataires : d'une part, l'augmentation du nombre de mesures et d'autre part, un recul de la prise en charge par les familles.

##### 1/ le recul des tuteurs familiaux

La loi du 5 mars 2007 réaffirme que la mesure de protection est avant tout un devoir de famille qui s'exerce gracieusement. Ainsi, l'obligation des membres de la famille vis à vis d'un

majeur atteint d'une altération de ses facultés se traduit par le renforcement de la priorité familiale dans le choix du tuteur ou du curateur. Néanmoins, ce principe réaffirmé par les magistrats rencontre des difficultés d'exécution.

Ainsi, en France, le recours aux tuteurs familiaux s'il représente toujours la majorité des suivis semble en perte de vitesse. Les familles continuent à prendre en charge plus de la moitié des mesures mais le pourcentage a tendance à décroître, traduisant leur relatif désengagement. En France, selon les données du Ministère de la justice, 4 mesures sur 10 sont confiées à un membre de la famille.



La région recense 3 388 mesures ouvertes en 2007 : seules 39.1 % ont été confiées à la famille.

Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

La disparité des solidarités familiales combinée à l'éloignement géographique. L'environnement familial s'est considérablement modifié : la recombinaison familiale, ainsi que la mobilité géographique liée à l'exercice professionnel transforment l'image de la famille et

reconfigurent les solidarités familiales. L'éloignement des membres de la famille implique une disponibilité moindre aux plus fragiles.

Le souhait des familles de se consacrer à l'affectif notamment en cas de maladie psychique du protégé et de se décharger auprès des tiers mandataires sur les aspects de protection : les tutelles familiales sont de plus en plus lourdes à porter parce qu'elles mêlent l'affectif et le financier. La tonalité différente des relations intergénérationnelles révèle une « centration sur l'affectif encore plus accentuée ». Ces liens de parentèle incarnent un « nouvel esprit de famille » qui conjugue individualisme, épanouissement de soi et continuité familiale : il y a plus de liberté, d'autonomie, d'individualisme et pourtant les liens entre les générations sont plus forts, la proximité affective est plus grande.

Les conflits familiaux sont toujours particuliers et difficiles. L'ampleur de la mésentente est le plus souvent source d'impossibilité de confier la protection du plus fragile à un membre de la famille. Le recours à un tiers extérieur s'il n'apaise pas le conflit vise à tout le moins à le circonscrire au périmètre familial.

La peur de « mal faire » devant la technicité de plus en plus requise en matière de protection. Les tuteurs familiaux sont, le plus souvent, seuls face à leurs responsabilités, sans aide organisée, dépassés par la complexité des procédures administratives, judiciaires et comptables.

## 2/ Des tuteurs familiaux vieillissants : l'émergence de nouvelles mesures pour les mandataires

Les professionnels du secteur constatent une recrudescence des mesures due au vieillissement des tuteurs familiaux selon le schéma suivant : les parents assurant la protection de leur enfant handicapé, le plus souvent sans mesure juridique, vieillissent : ils ne sont plus en mesure d'assurer cette tâche pour leur enfant vieillissant également. Ainsi deux mesures de protection peuvent être prononcées et prises en charge par des mandataires.

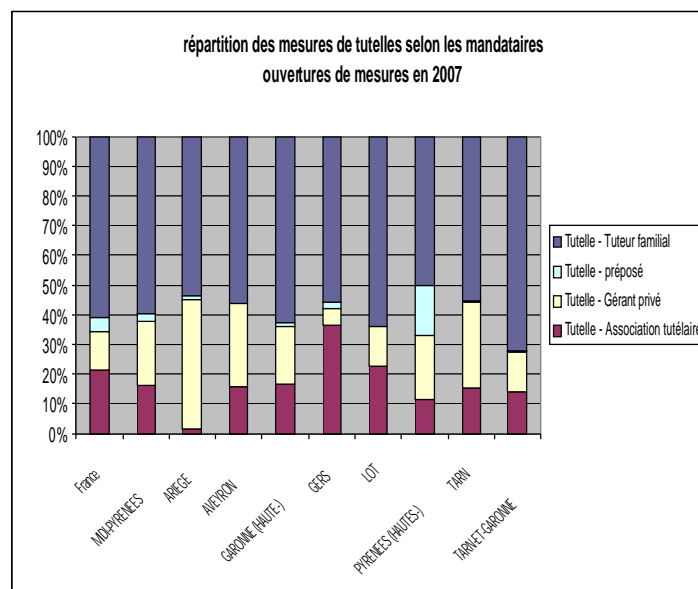
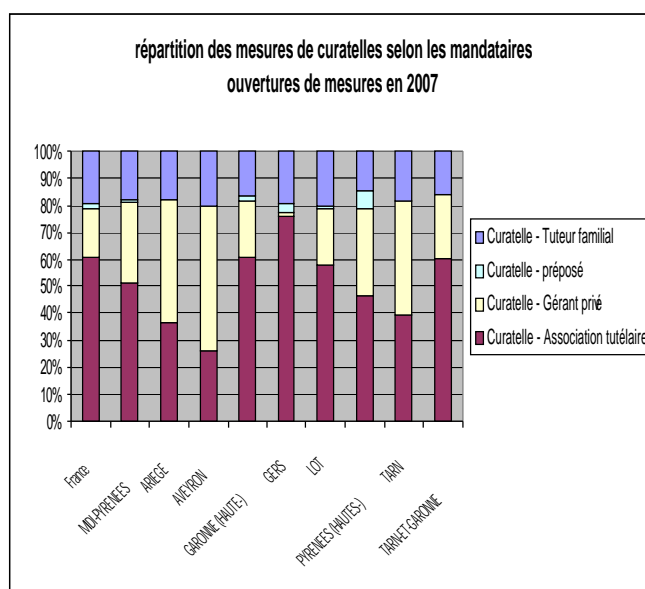


### 3/ Les mandataires : une désignation croissante

En l'absence de désignation par l'intéressé ou par ses parents ou si l'intérêt du majeur le commande ou si la personnes désignée refuse ou est dans l'impossibilité d'exercer la mission, le choix du curateur ou du tuteur appartient au juge. L'affectation des mesures dépend dans ces hypothèses, entièrement de la décision du juge qui d'abord doit faire valoir le principe de la priorité familiale. Lorsqu'aucun membre de la famille ou aucun proche entretenant des liens étroits et stables ne peut assumer la charge, le juge désigne alors un mandataire judiciaire à la protection des majeurs qu'il soit personne physique, association ou préposé d'établissement.

Sur les 3 388 mesures de tutelles et de curatelles ouvertes en 2007 en Midi-Pyrénées, 1 327 ont été confiées à la famille soit 3 sur 5.

La plupart des départements présentent des taux d'octroi aux mandataires compris entre 62 % jusqu'à plus de 67 % pour les Hautes-Pyrénées. Seuls deux départements voient leurs mesures confiées à moins de 60 % à des mandataires : il s'agit de la Haute-Garonne et du Tarn et Garonne, à 57 %.



#### a - Les gérants privés

Les mesures confiées aux gérants privés sont très variables à deux titres :

On constate de fortes disparités entre les départements. Si dans la région, une mesure sur 5 a été confiée à un gérant privé, les écarts selon les départements sont abyssaux : dans le Gers, une mesure sur 25 a été confiée à des gérants privés alors qu'en Ariège, près d'une mesure sur deux.

Par ailleurs au sein de la profession, certains mandataires ont très peu de mesures quand d'autres en gèrent beaucoup car cela constitue leur activité professionnelle.

#### b - les préposés des établissements

Si la personne est hébergée et soignée dans un établissement de santé, dans un établissement social ou médico-social, le juge peut désigner, en qualité de curateur ou de tuteur, un préposé ou un service de l'établissement inscrit sur la liste des mandataires judiciaires de protection des majeurs. Le nouvel article L.462-1 du Code de l'action sociale et des familles prévoit également que le directeur d'un établissement qui héberge des personnes adultes handicapées ou des personnes âgées, et dont la capacité d'accueil est supérieure à 80 lits, est tenu de désigner un ou plusieurs agents, comme mandataires judiciaires de la protection des majeurs.

Le choix du préposé de l'établissement, en qualité de tuteur, présente de nombreux avantages dont celui important, de la proximité de gestion. Les rencontres entre le majeur protégé et le gérant de tutelle, sont fréquentes car faciles à organiser. Cette proximité est aussi un atout entre l'équipe soignante et tous les interlocuteurs (famille, assistant social etc.).

Néanmoins, certaines associations du secteur médico-social et certains magistrats estiment qu'une telle évolution est de nature à porter atteinte à l'indépendance nécessaire du mandataire judiciaire par rapport à l'établissement qui l'emploie. Pourtant des garde fous existent et notamment le contrôle exercé par le juge : les actes relatifs à la personne, au moins les plus importants, ou les plus graves, ou en cas de conflit, doivent être autorisés par le Juge des tutelles.

Sur la région, il à noter la faible représentation des mesures confiées à des préposés. : En 2007, seuls 62 mesures ouvertes

de curatelle et de tutelle ont été confiés à des préposés, soit 1.82 % des ouvertures.

### c- Le secteur associatif

Deux indicateurs contribuent à évaluer l'importance du secteur associatif : d'une part, les données d'activité de 2007 à 2009 des services et d'autre part, les statistiques du ministère de la justice relatives aux ouvertures de mesures en 2007.

Le premier indicateur témoigne d'une recrudescence de l'activité des associations. Cet accroissement peut recouvrir deux réalités : une augmentation due à un effet mécanique du nombre global de mesures de protection et/ou un accroissement du recours aux associations pour le suivi des mesures.

Le second émane des chiffres du ministère de la Justice relatifs aux ouvertures de mesures de tutelle et de curatelle en 2007. Si en moyenne sur la région, la tutelle a été confiée à 21 % aux associations et à 60 % pour la curatelle, on note une énorme variation selon les départements. Elle révèle d'une part, la différence de pratique des magistrats et d'autre part, une disparité en matière d'offres notamment celle émanant des mandataires privés.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. La nécessité d'un soutien technique aux tuteurs familiaux

Pour accompagner et inciter les familles dans cette démarche, un décret a introduit un dispositif d'information auprès des tuteurs familiaux.

Le membre de la famille, qui accepte la charge de la tutelle, doit pouvoir bénéficier d'un dispositif de formation adapté à cette fonction. Ce principe du droit à l'information a bien été intégré par les services tutélaire, qui dans chaque département, ont mis en place un dispositif d'information. Sa définition est un axe majeur de la réflexion : ce n'est ni de la formation ni du conseil. Il s'agit de proposer une aide technique aux familles afin de leur donner l'envie, puis les moyens,

d'exercer et d'assumer cette charge. Actuellement ce droit à l'information a été instauré dans chaque département autour principalement de permanences téléphoniques ou physiques. En l'absence de crédits dédiés à cette activité, ce dispositif reste à l'état embryonnaire. Pourtant les services assurent que cette mission doit faire partie intégrante de leur activité. Une autre source de renseignements se fait auprès des préposés d'établissement du fait de leur présence sur place. Les demandes émanent de familles qui souhaitent être tuteur de leur proche.

Actuellement aucun mode de financement de l'état n'est prévu pour mettre en œuvre cette instance.

## B. La mise en place de la Mesure d'Accompagnement Social Personnalisée (MASP)

La mesure concerne les personnes qui auraient des difficultés à assurer seules la gestion de leurs ressources. Elle comporte une aide à la gestion des revenus et un accompagnement social personnalisé. Introduite sous la forme d'un contrat conclu entre la personne et le président du Conseil général, l'objectif est de favoriser le retour à l'autonomie.

Lorsque les actions prévues par la mesure d'accompagnement spécifique n'auront pas permis au bénéficiaire d'assurer seul la gestion de ses ressources et que sa santé et sa sécurité risquent d'être compromises, le président du Conseil général aura la possibilité de transmettre au Procureur de la République un rapport circonstancié d'évaluation aux fins d'ouverture d'une MAJ.

Deux organisations se dessinent selon les conseils généraux de la région :

La première plus minoritaire consiste en une gestion complète du dispositif par le département qui va ainsi créer une cellule ad hoc en lien notamment avec le secteur qui traite toutes les aides du Conseil Général.

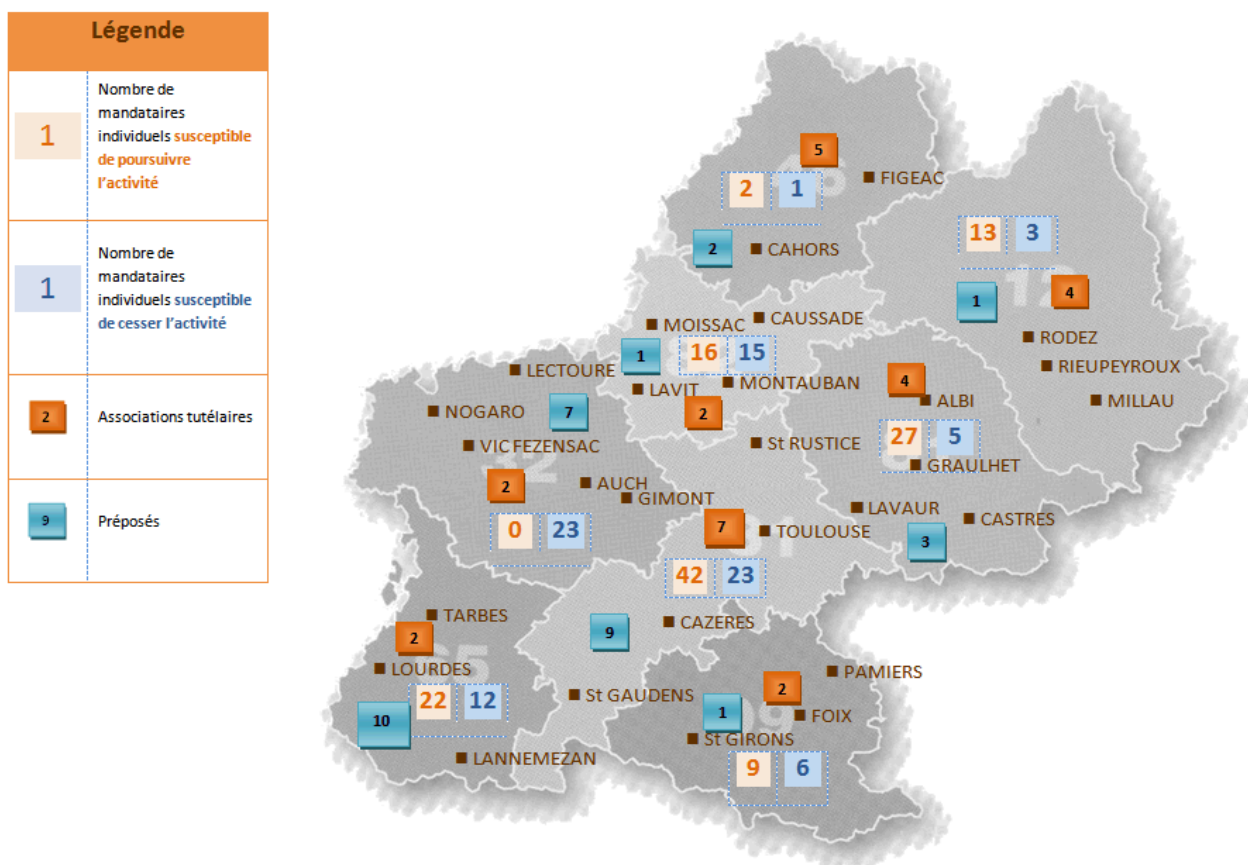
La seconde qui représente la majorité des situations consiste en un suivi par les assistantes sociales de secteur de la MASP 1 et en délégation de suivi par convention avec les associations de mandataires pour les autres MASP.

Du fait de la mise en place progressive tout au long de l'année 2009 voire début 2010, un premier bilan devra être fait à la fin du premier semestre 2010. Afin de prendre en compte l'impact financier de la MASP, les budgets prévisionnels et les comptes administratifs des associations devront indiquer la clé de répartition associée à chaque poste lié à la MASP.

### C. Une répartition géographique équilibrée

La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

#### Répartition géographique des mandataires judiciaires de Midi-Pyrénées



Les réunions de concertation délocalisées ont vérifié une répartition géographique bien équilibrée. Les mandataires implantent des antennes, assurent des permanences et/ou se déplacent à domicile afin de couvrir l'ensemble du territoire.

L'antenne présente les avantages de la proximité mais entraîne des coûts de structures importants ; la permanence génère des frais et du temps de déplacement élevés tout en n'assurant pas véritablement un travail au plus proche de l'utilisateur. Cependant ces solutions, bien que coûteuses, apportent une équité de traitement sur le territoire.

Par ailleurs, le maillage du territoire exploite les solutions locales : permanences dans les locaux du CCAS ou de la mairie, au sein des permanences des AS de secteur etc. Néanmoins, la visite à domicile ou en établissement demeure le cœur du métier. Dans le cas de situation à risque, le développement des pratiques de visite en binôme ou avec l'appui du maire, qui dans les petits villages connaît bien ses administrés, est à favoriser.

#### D. Une réelle complémentarité entre services, mandataires privés et préposés

Les mandataires privés assurent une proximité géographique avec les usagers. Généralement, les mandataires privés fixent un nombre de passages minimum dans le mois assurant ainsi un suivi régulier des personnes protégées.

La prise en charge d'une mesure de protection par un préposé en établissement développe, lors d'un court séjour une relation de proximité avec la personne protégée car le préposé est « sur place ». Cependant une difficulté se présente : il peut exister un conflit de loyauté pour le préposé entre la direction de l'établissement qui assure la prise en charge et l'intérêt propre de la personne protégée.

Les services tutélaires ont très souvent des professionnels du droit à leur côté qui peuvent soutenir techniquement et administrativement les délégués qui se consacrent davantage au suivi social. L'équipe pluridisciplinaire garantit une prise en charge complète de la personne sous protection.

Le juge des tutelles doit avoir le choix entre tous les modes d'accompagnement : famille, service tutélaire, mandataire privé ou préposé.

Les objectifs du schéma doivent donc favoriser le maintien de l'offre existante quand elle est suffisante et impulser l'émergence d'un nouveau « vivier » dans les zones tendues.

Ainsi, les services mandataires sont équitablement répartis et le maintien de pluralité des services est à préserver.

Concernant les mandataires individuels : trois zones tendues seront à développer :

Le département du Gers  
Le département du Lot  
Le sud de la Haute Garonne (secteur de Saint Gaudens)

Concernant les préposés, les enseignements issus de l'expérimentation d'une mutualisation inter établissement viseront à proposer des axes de développement de l'activité.

### III. Prise en charge des mesures de protection

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1. L'expertise médicale

###### a. Le coût du certificat médical

Est rappelé ici un des trois principes généraux de la protection des majeurs : la nécessité. Désormais seule l'altération, médicalement constatée, des facultés mentales ou corporelles peut justifier qu'elle soit privée de tout ou partie de sa capacité juridique.

Un certificat médical doit donc être produit pour justifier de cette altération empêchant l'expression de la volonté. Seulement le coût du certificat médical (consultation de 160 euros) est à la charge de la personne et doit être délivré par un médecin spécialisé inscrit sur la liste du Procureur : les

Parquets adoptent une politique plus ou moins souple de prise en charge par l'Etat du coût de ce certificat au motif d'impécuniosité. La demande de protection par les personnes concernées peut donc être liée aux effets du financement ou non du certificat médical. En effet, les personnes susceptibles d'être protégées n'ont pas souvent les moyens financiers pour régler ce montant.

Le coût peut impliquer un renoncement à une demande de protection et entraîner des dossiers en attente de traitement (notamment quand le certificat médical n'est jamais fourni au Procureur).

#### b. Le nombre, la répartition géographique et la pluridisciplinarité des médecins spécialisés

Une expertise médicale est obligatoire pour déterminer l'altération soit des facultés mentales soit des facultés corporelles.

L'expertise doit être assurée par plusieurs médecins spécialistes (ex : gériatre, psychiatre,...) en fonction de la pathologie du majeur afin d'être la plus juste et pertinente possible.

Cette expertise peut demander l'intervention de divers médecins spécialistes géographiquement éloignés et entraîner des frais de déplacements supplémentaires.

Un exemple de bonnes pratiques : dans les Hautes-Pyrénées, les magistrats (juges et procureurs) ont initié des rencontres avec les médecins afin de développer la liste de médecins spécialisés.

Par ailleurs, faire bénéficier les médecins inscrits sur la liste du procureur de la République d'une formation particulière dans le domaine de la protection des majeurs est un axe à développer.

Une réflexion sur la teneur du certificat médical pourra être menée afin :

d'apporter des éléments transmissibles de diagnostic et de pronostic sur les capacités de la personne notamment dans le cas particulier de la maladie d'Alzheimer, dont l'évolution se fait à un rythme variable d'un patient à l'autre, et lorsque la personne est en situation de déni face à la maladie.



d'examiner s'il existe un danger pour elle ou son entourage dans les actes de la vie quotidienne.

D'envisager l'opportunité du suivi par un membre de la famille (notamment dans le cas de malade psychiatrique).

## 2. La répartition des rôles

Les mandataires sur les territoires relèvent des difficultés dans la répartition des rôles entre Assistant Social (AS), aide ménagère, tuteur, famille et thérapeutes et donc des responsabilités. Un exemple de bonnes pratiques dans le Lot où des réseaux se sont constitués entre professionnels des de la psychiatrie, du travail social et les mandataires. Cette formalisation est facilitée du fait d'une bonne interconnaissance des interlocuteurs. Ces réseaux mènent à une prise en compte des contraintes professionnelles de chacun et favorisent l'articulation des compétences afin de proposer un meilleur suivi de la personne protégée.

## 3. La notion d'urgence et l'instauration des limites

Les mandataires privés, proches géographiquement des personnes dont ils assurent la tutelle, rencontrent des difficultés pour passer le relais et évaluer la notion d'urgence des demandes des personnes protégées.

Ainsi, la constitution d'un réseau de mandataires privés permettrait d'assurer des relais autour de situations urgentes ou difficiles et donnerait l'occasion aux mandataires privés de prendre du recul sur certaines situations.

## 4. La clarification des règles de responsabilité et les risques d'accroissement des contentieux

La loi a clarifié les règles de responsabilité des différents intervenants. En premier lieu, est affirmée la responsabilité du mandataire en cas de dommage résultant d'une faute quelconque, même légère, commise dans l'exercice de ses fonctions. Certains mandataires voient dans cette réglementation la porte ouverte à une explosion des contentieux. Depuis la mise en place de ces dispositifs, certains mandataires associatifs et privés constatent une «judiciarisation» des relations entre le majeur protégé et

l'organe de tutelle induisant une prudence excessive, notamment en matière de gestion patrimoniale. Par ailleurs, cette disposition implique un surcroît de travail administratif pour répondre à toutes les demandes des magistrats faisant suite aux plaintes des protégés et/ou de la famille quant aux modalités de prises en charge de la mesure.

## B. LA PROFESSIONALISATION

### 1. Les écrits professionnels

#### a- La notice d'information

Conformément à l'article L471-6 du code de l'action sociale et des familles, le mandataire judiciaire doit remettre au majeur protégé une notice d'information à laquelle est annexée une charte des droits. Si l'impératif d'information semble indéniable, il pose néanmoins un problème éthique notamment pour les personnes qui ne seraient plus en état de réaliser les enjeux de leur protection. Aussi, s'il n'est pas possible d'associer la personne, le travail doit se concentrer sur l'association de la famille en tenant compte de l'état de la relation familiale.

#### b- Les rapports remis au juge

Les écrits professionnels sont composés de rapports remis au juge : suite à des plaintes, pour reconduction de mesure et de complément du compte de gestion annuel.

En lien avec les juges, l'UDAF a élaboré un rapport type. Les mandataires privés joignent au compte de gestion un rapport « social ». Selon eux, ce rapport doit répondre aux critères suivants :

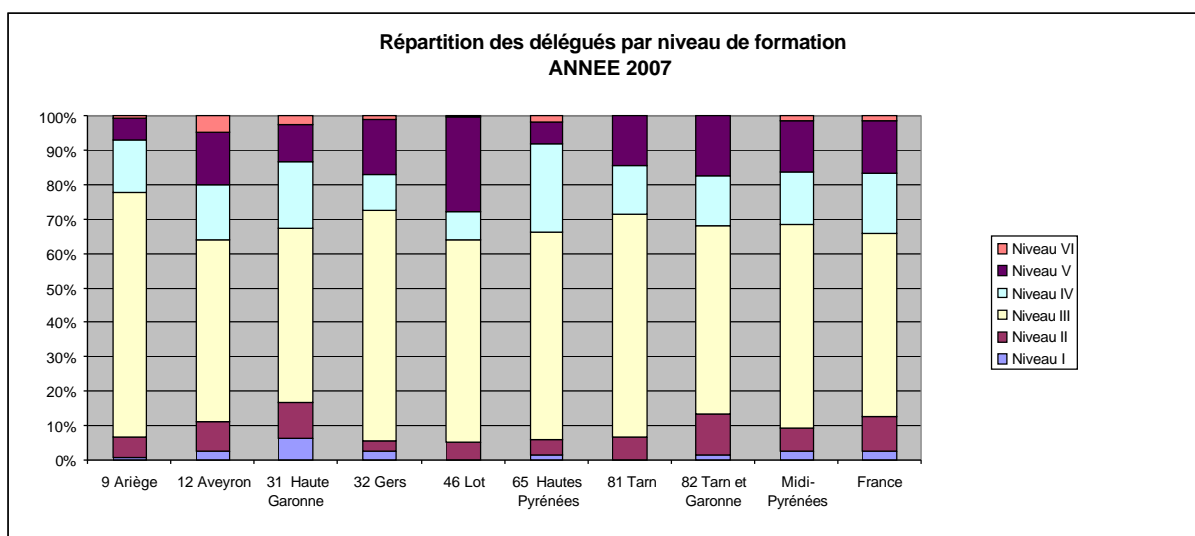
S'en tenir aux faits  
Etre neutre

La communication de cet écrit aux majeurs protégés par les mandataires n'est pas posée comme un acte professionnel systématique. Les mandataires prennent en compte le contexte

de la relation et/ou de la capacité de compréhension du protégé.

## 2/ La formation

La répartition des délégués des services mandataires par niveau de formation appréciant la qualification des effectifs en poste.



Tout comme pour la France, en Midi Pyrénées, plus des 2/3 des effectifs dans les services tutélaires ont un niveau III ou supérieur. La répartition départementale présente également un taux similaire.

Le nouveau statut de « mandataire judiciaire à la protection des majeurs » s'obtiendra suite à une formation de 300 heures et viendra renforcer le niveau de qualification des mandataires.

La formation nécessaire à l'acquisition du statut de « mandataire judiciaire à la protection » s'élève environ à 3 000 euros. Le coût et le temps à consacrer à la formation peuvent être des freins majeurs pour les mandataires qui exercent depuis longtemps et qui ne souhaitent pas passer le diplôme. La conséquence est l'abandon par de nombreux mandataires privés de la profession.

Le parcours de formation du CNC comprend de nombreux champs de compétences à acquérir ou à approfondir : le cadre juridique, la connaissance du public, l'action éducative et budgétaire, les contours de l'intervention et ses limites, les relations institutionnelles, l'action éducative et l'accompagnement vers l'autonomie, la déontologie et l'analyse des pratiques. Le vecteur commun réside dans l'acquisition d'un

savoir être intégrant le droit et le respect de l'utilisateur. Cette compétence humaine et éthique doit être particulièrement développée tout au long du parcours de formation.

De plus, le fait de se former n'assure pas aux mandataires diplômés un volume d'activité. L'octroi de mesures dépend en effet du juge des tutelles, l'activité professionnelle dépend donc de lui.

### 3/ Le contrôle

La loi du 5 mars 2007 se situe dans le prolongement de la loi du 2 janvier 2002 réformant l'action sociale laquelle avait introduit l'idée de citoyenneté dans les relations entre les institutions et les usagers. Les services de l'état en charge de la cohésion sociale sous l'autorité du préfet de département, sera chargée du contrôle de l'activité. Elle dispose de pouvoir d'injonction et de sanction. Ce contrôle administratif est complémentaire du pouvoir de surveillance générale des mesures de protection exercé par le procureur de la République et le juge des tutelles.

Ce contrôle doit être perçu comme un levier complémentaire à la professionnalisation de l'activité et de la garantie effective des droits des majeurs protégés. A ce titre, des référentiels qualité et des échanges de bonnes pratiques de prise en charge devront être élaborés par des groupes de travail thématiques. Par ailleurs, un plan de contrôle devrait être élaboré en lien avec les magistrats.

## PARTIE 2

### DIAGNOSTICS DEPARTEMENTAUX ENRICHIS DES CONSULTATIONS LOCALES

ARIEGE

AVEYRON

HAUTE GARONNE

GERS

HAUTES PYRENEES

TARN

TARN ET GARONNE

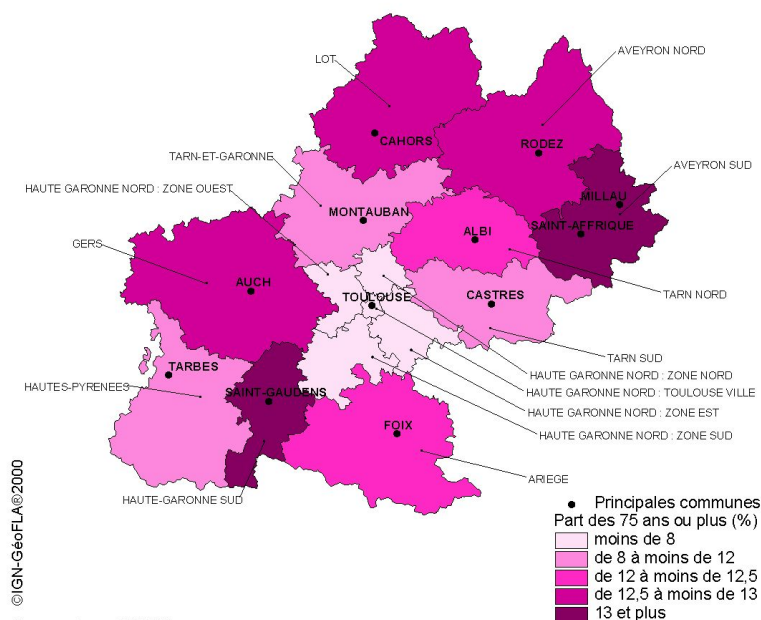
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Une population vieillissante

L'Ariège se caractérise par l'importance des personnes âgées au-delà de la moyenne de la région Midi Pyrénées avec 11.8 % des 75 ans et plus.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006



©IGN-GéoFLA@2000

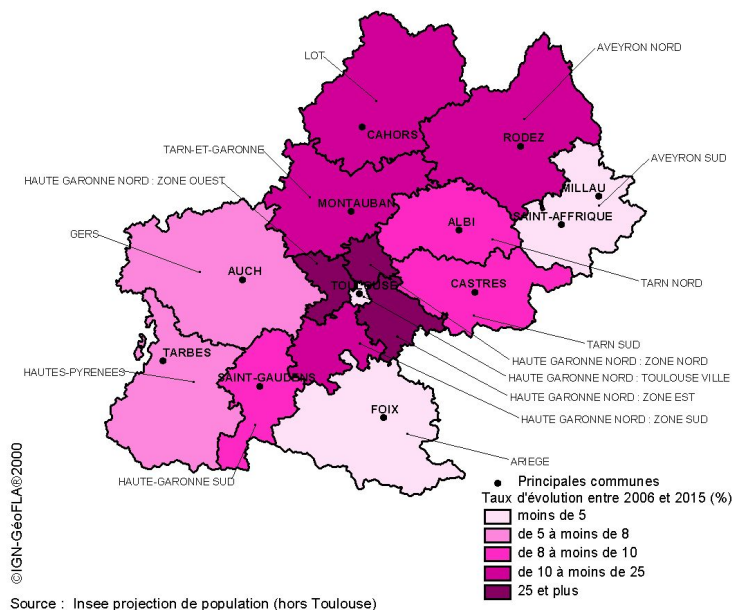
Source : Insee RP2006

POPULATION : 147 000	ARIEGE	Région
Densité (hab./km <sup>2</sup> )	30	61
Part des 75 ans et plus	11.8 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	22.3 %	19 %
Indice de vieillissement	102.61	83.5

Sources : statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Dans le département, il atteint 102.61 % .

Evolution des personnes de 75 ans et plus entre 2006 et 2015 (%)



L'évolution des plus de 75 ans d'ici 2015 confirme le profil du département, caractéristique de la région : âgé, rural et vieillissant.

## 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

Tout comme dans la région, le département associe vieillissement et densité faible.

Ces facteurs conjugués à une mobilité restreinte ont favorisé l'émergence d'îlots d'isolement nécessitant des déplacements à domicile fréquents impliquant coût et temps de transports pour les mandataires.

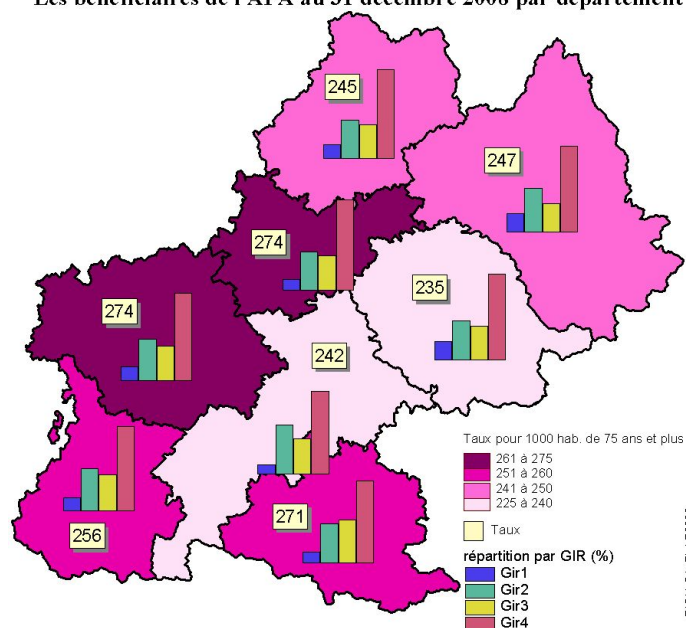
## 3/ Un taux d'équipement important

Le taux d'équipements médico-sociaux est un des facteurs pouvant expliquer le poids plus ou moins important de certains publics. Le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est dans la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	102.54
Places de soins à domicile	18.55	20.65
Lits médicalisés	100.03	105.11

#### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Avec 271 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe au dessous de la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants.

#### 5/ La fragilité financière des personnes âgées

	ARIEGE	Région
Proportion d'ASPA	5.3 %	4.6 %

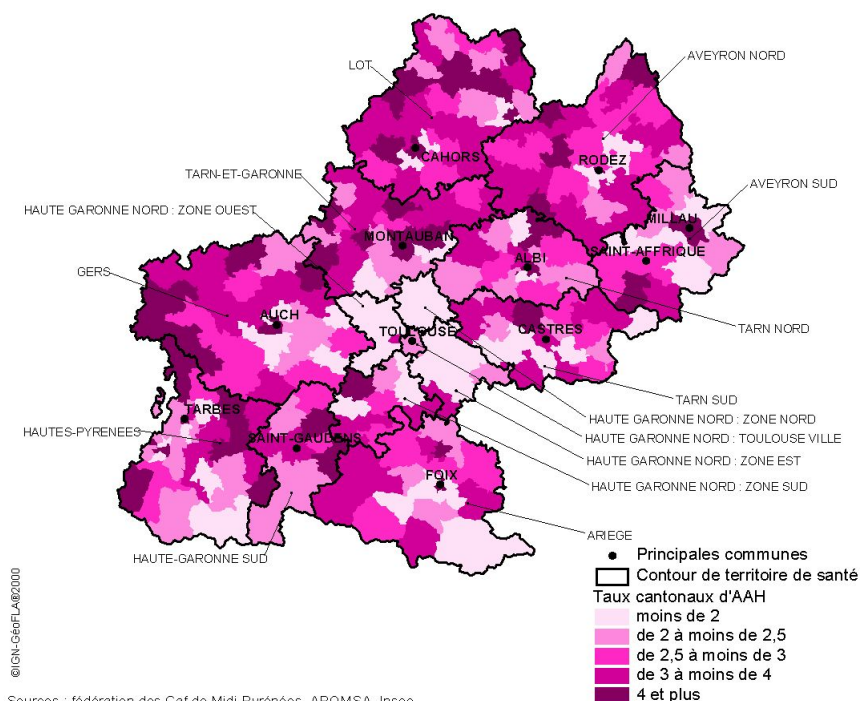


Avec un taux de 5.3 % d'allocataires des minimas vieillesse, l'Ariège est particulièrement touchée par la fragilité financière de personnes âgées. L'Ariège fait partie des 20 départements français qui comptent le plus de personnes de plus de 65 ans en dessous du seuil de pauvreté. A ce titre, les mandataires constatent une forte prévalence de ces personnes parmi les majeurs protégés : presque les trois quarts n'ont pour ressources que ces minimas sociaux. Ce constat vaut en établissement également où la quasi-totalité des personnes hébergés bénéficie de l'aide sociale.

## B. les données démographiques : les personnes handicapées

### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



L'Ariège se caractérise par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 3.3 % ; proportion beaucoup plus importante que la moyenne régionale qui se situe

à 2.8 % .

La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH indique un taux d'équipement en MAS et ESAT supérieur à la moyenne régionale.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	1.33
Foyer de vie et FAM	2.38	2.34
ESAT	3.39	4.30

## 2/ Les personnes en errance et les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

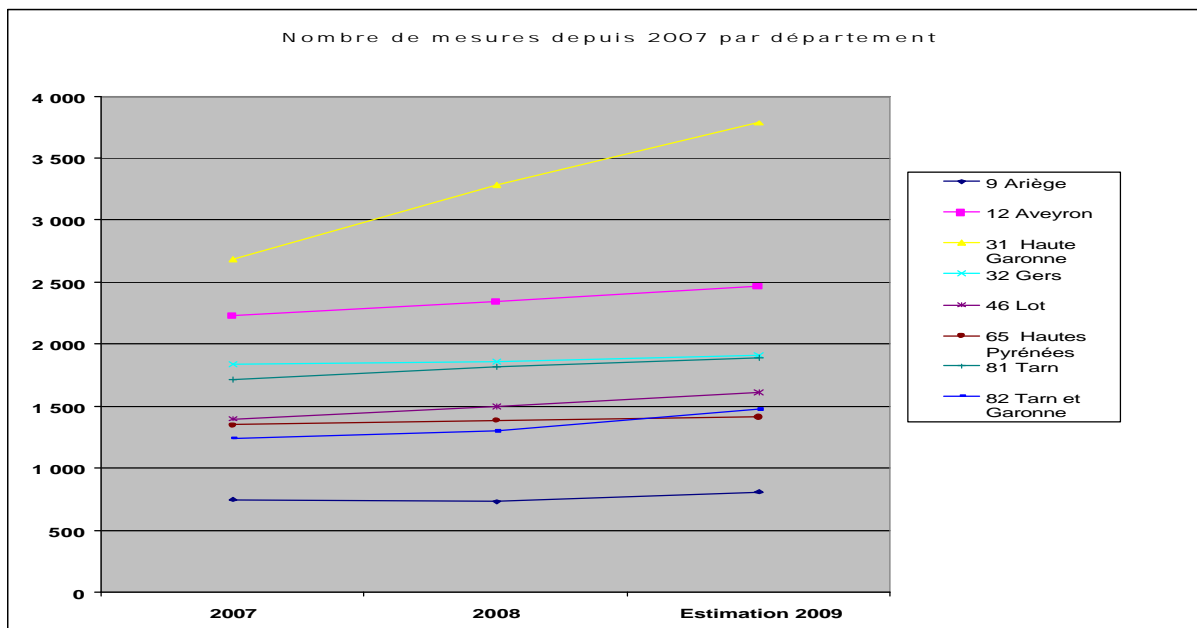
La question de la prise en charge des malades psychiques ou psychiatriques pose celle du sentiment d'isolement des mandataires et des familles. Chacun se sent démuni face aux difficultés de prise en charge et déplore un déficit de travail en commun. Les préposés des centres hospitaliers constatent eux aussi un accroissement des cas psychiatriques. Si le travail de communication doit être développé, il est rappelé que la limite de l'intervention est liée à l'adhésion de la personne. Aussi, du fait de la volatilité de cette population, leur accompagnement se complique. Les mandataires se sentent vite démunis également en cas de rupture thérapeutique et en l'absence de véritable communication entre les différents professionnels. Ils ont le sentiment d'être le dernier filet social tout en manquant de reconnaissance de la part des autres professionnels.

### C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1/Un nombre de mesures de protection en augmentation

En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélaires donne une indication sur les volumes à venir.

Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2009 est en légère augmentation.



## 2/ Répartition tutelle - curatelle

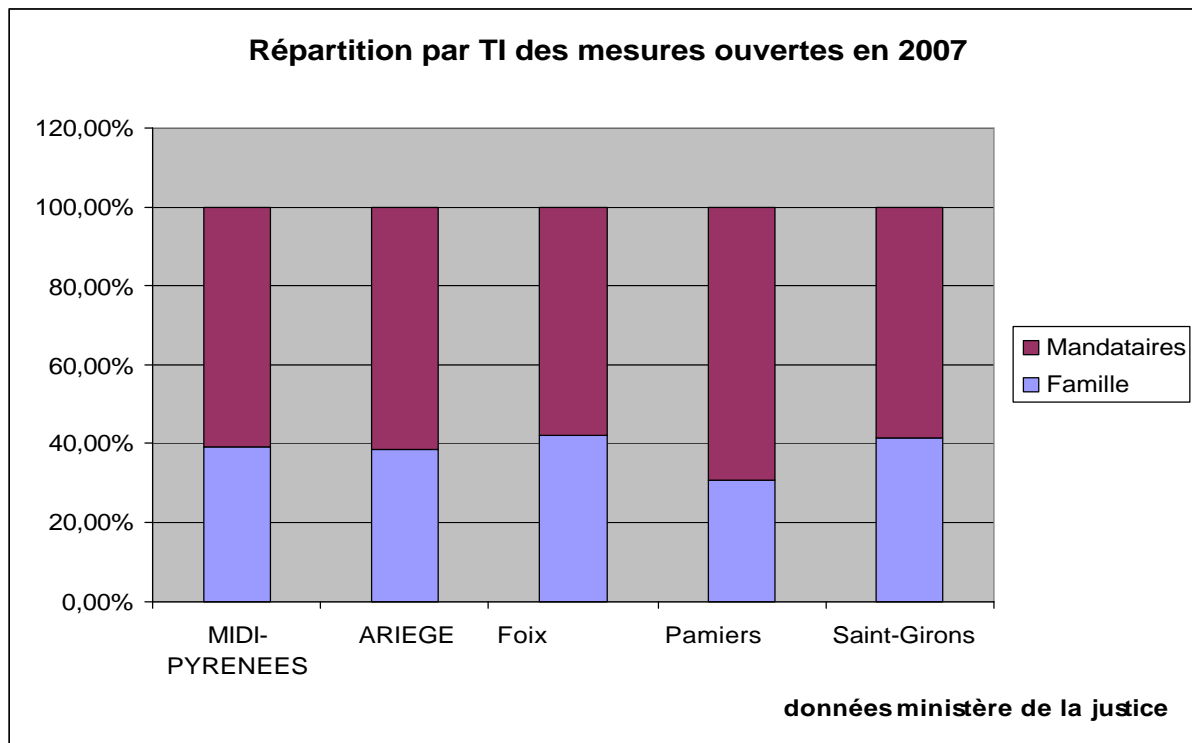
Les 234 mesures ouvertes en 2007 se composent de 43 % de curatelles (100) et 57 % de tutelles (134) alors que la région présente une répartition équilibrée. A noter que sur le secteur de Foix qui représentent 40 % de l'activité, les 100 mesures nouvelles sont constituées pour les deux tiers de tutelle. Toutefois, il convient de pondérer cette analyse statistique au regard du nombre limité de mesures.

### D. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

#### 1. Le recul des tuteurs familiaux

Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 234 mesures ouvertes en 2007. Parmi ces mesures 90 ont été confiées à la famille, soit une sur quatre, en adéquation avec le profil régional. Cette tendance participe du constat du

recul des tuteurs familiaux dans la prise en charge des membres de leur famille.



Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

La diminution des solidarités familiales qui est constatée et de plus en plus de familles tentent de se soustraire à leur obligation alimentaire.

Le contexte de précarité des familles qui ne favorise pas la prise en charge d'autres membres.

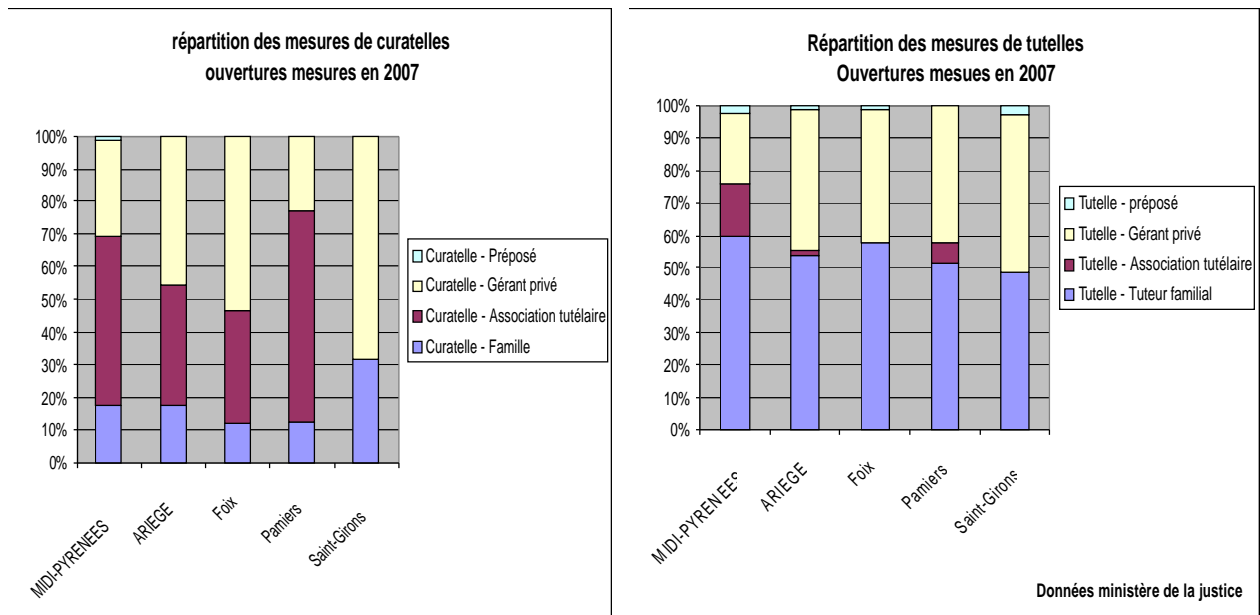
Le contexte de vieillissement des familles qui ne peuvent plus assurer cette charge.

Le contexte de conflit ou de carence familiale qui implique de confier la mesure à un mandataire. Cela a pour conséquence parfois une prise en charge délicate et complexe ; les familles contestant les décisions multiplient les plaintes et les recours.

## 2/ La répartition entre mandataires

Si on constate que les mesures sont majoritairement confiées à des mandataires, il faut distinguer les deux types. La tutelle est

globalement familiale tandis que la curatelle plutôt de la compétence d'un mandataire. En Ariège, la tutelle est répartie quasiment exclusivement entre mandataires privés et tuteurs familiaux. La mesure de curatelle est partagée entre les associations tutélaires et les mandataires individuels. Deux secteurs montrent des profils opposés : Pamiers dont les mesures de curatelles ont été davantage confiées aux associations et Saint Giron qui fait exclusivement appels aux mandataires individuels.



Il est à noter également la quasi absence de l'affectation de mesures à des préposés.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

La nécessité d'un accompagnement de la famille dans son rôle de tuteur familial est unanimement reconnue . Le conseil fait partie du travail du mandataire et ce soutien peut être un levier pour favoriser les tutelles familiales.

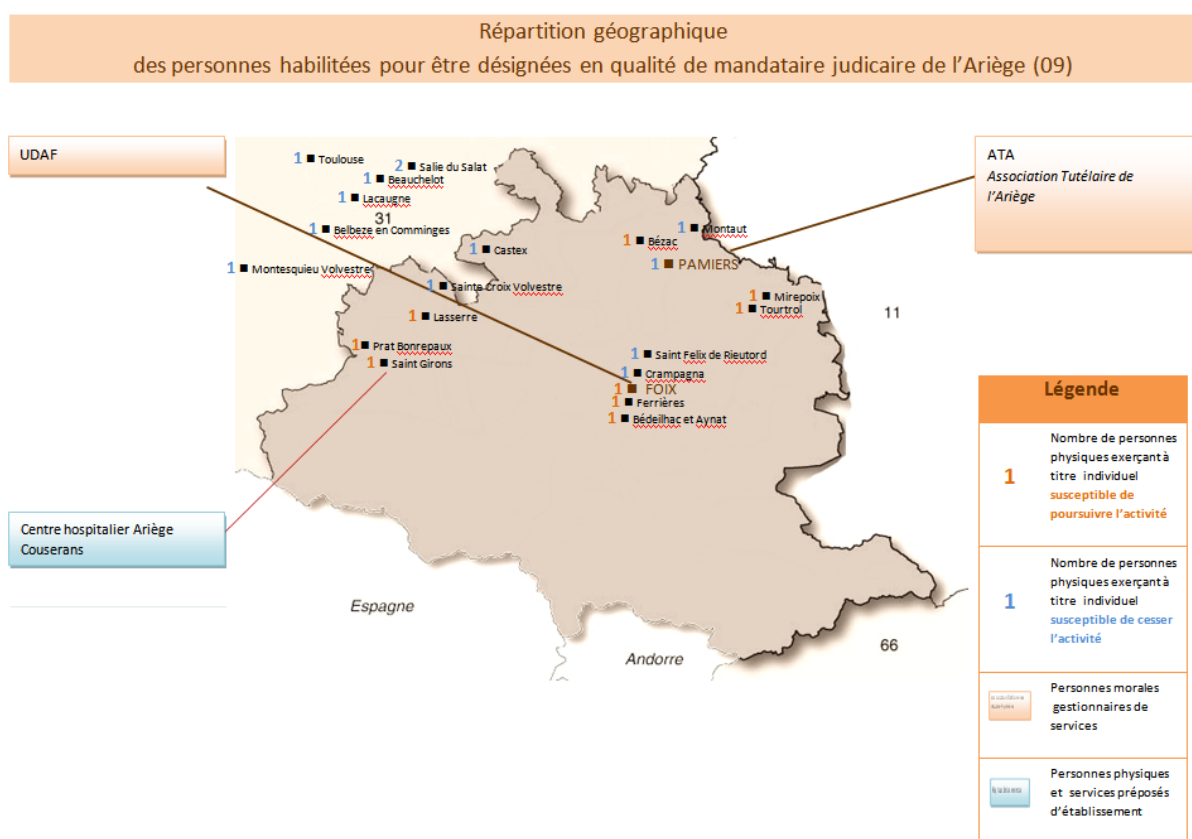
L'Udaf a mis en place une permanence hebdomadaire avec un accueil sur rendez-vous. A l'issue de cette première rencontre, un nombre d'heures de soutien est établi.

Une réflexion est en cours sur un service commun entre les associations à destination des tuteurs familiaux.

## B. La mise en place de la MASP

Pas de donnée sur la MASP

## C. Une répartition géographique équilibrée



La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais

et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

Les associations tutélaires et les mandataires individuels maillent le territoire qui ne souffre pas de zones non couvertes. Ainsi, en dépit de l'habitat dispersé et de la faible densité du territoire, toute mesure peut être prise en charge.

Les mandataires individuels ont déterminé leur zone géographique d'intervention et le nombre de mesures qu'ils peuvent prendre en charge.

L'UDAF reçoit les usagers dans les locaux de son siège mais également dans des permanences spécifiques et à l'hôpital. Les délégués de l'association se répartissent également par secteurs géographiques pour assurer les visites à domicile.

L'AT a son siège sur Pamiers et n'assure pas de permanence. Les visites à domicile demeurent le cœur du métier car elles permettent de s'assurer des conditions de vie de la personne.

### III. Prise en charge des mesures de protection

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ Le certificat médical

Du fait du profil de plus en plus démunis des bénéficiaires, le coût du certificat médical à 160 € est un frein à la démarche. Beaucoup d'entre eux ainsi que leurs proches ne comprennent pas pourquoi un majeur protégé doit payer pour obtenir une mesure restrictive de droits.

Actuellement, le nombre de médecins spécialisés inscrits sur la liste du procureur est suffisant. De plus, les spécialités médicales (gériatrie, psychiatrie etc.) sont convenablement représentées.

## 2/ la coordination des intervenants

Dans le cas de situations à risque, des modalités de visites sont mises en œuvre qui mettent l'accent sur les dispositifs existants ou les partenariats à mobiliser. Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) facilitent ce nécessaire travail en réseau. Les maires, du fait de leur connaissance des administrés sont des partenaires privilégiés sur qui s'appuyer.

Dans l'association regroupant des mandataires individuels, un travail sur les échanges de pratiques se développe. Le travail en réseau nécessite de connaître les rôles de chacun (AS, médecins, mandataires) pour intégrer leur périmètre d'intervention et prendre en compte les contraintes inhérentes au secret professionnel.

## C. La professionnalisation

### 1/ Les écrits professionnels

Les rapports annuels sont plutôt des observations sur le déroulement de la mesure. En revanche, un écrit est adressé quand un événement particulier survient.

L'utilisateur est associé au contenu du rapport quand il est en mesure de comprendre les enjeux. Au préalable, au départ de la mesure, celle-ci est présentée ainsi que les différents outils mis en place.

### 3/ Les contrôles

Le projet associatif et de service doivent être articulés selon deux axes : la qualité du service et les modalités de vérification de la prise en charge. Il est important de développer des outils de contrôle évaluation afin d'éviter les dérives et de combattre l'image du « tuteur indelicat » tel qu'elle a pu être véhiculée dans l'opinion. Il est impératif, selon les interlocuteurs, d'intégrer cette démarche contrôle dans leur pratique.



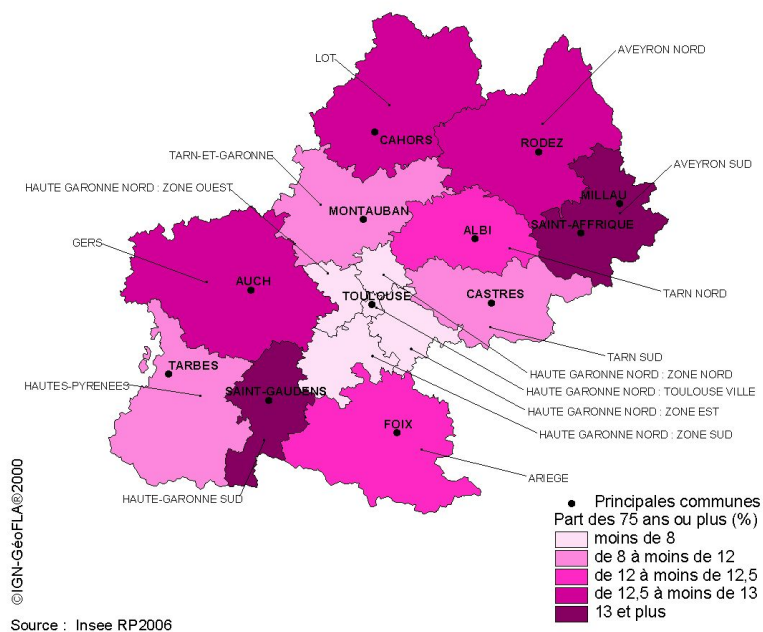
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Une population vieillissante

L'Aveyron se caractérise par l'importance des personnes âgées parmi la plus élevée de la région Midi Pyrénées.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006



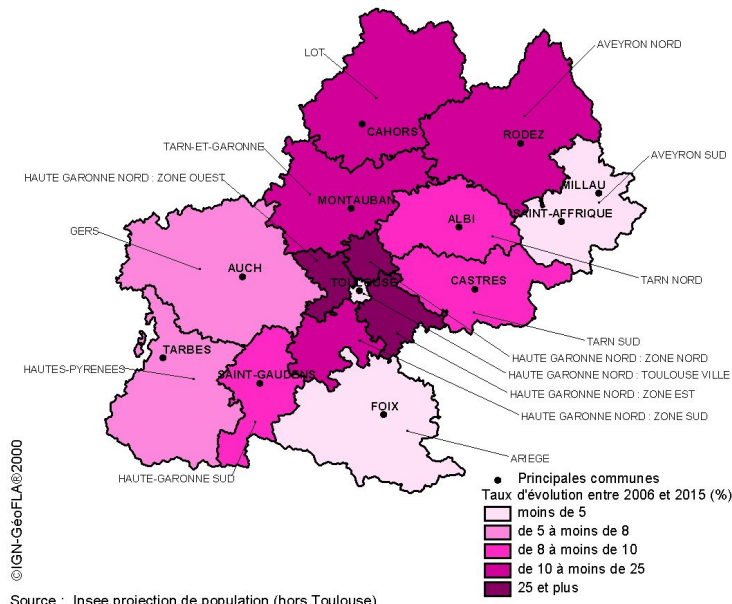
Population : 271 499	Aveyron Nord	Aveyron Sud	Région
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	36.6	20.8	61
Part des 75 ans et plus	12.8 %	12.6 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	24.3 %	23.9 %	19 %
Indice de vieillissement	117.9	112.2	83.5

Statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. En Aveyron, il est parmi le plus élevé de la région avec une disparité entre le nord (117.9) l'indice le plus élevé de la région) et le sud (102.6).

La forte disparité entre le nord et le sud se confirme avec un accroissement du vieillissement dans le nord du fait de l'évolution de plus de 10 %, des plus de 75 ans à l'horizon 2015. Le sud du département présente un taux d'augmentation de cette tranche d'âge le plus important de la région, confortant l'image d'un département très âgé.

Evolution des personnes de 75 ans et plus  
entre 2006 et 2015 (%)



## 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

La densité dans ce département est bien plus faible que la densité régionale (61 habitants au km<sup>2</sup> en janvier 2006) : 31 habitants au Km<sup>2</sup> en Aveyron. La population de ce département

est donc vieillissante et plus isolée.

Deux facteurs concourent à cet isolement :

La disparition des solidarités familiales et de proximité

La désertification des hameaux

L'éclatement des familles s'explique par une tradition de migration professionnelle vers Paris. Au moment de la retraite ces personnes revenaient s'installer sur le département. Désormais, l'éloignement s'explique d'une part, par la nécessité de mobilité en raison de l'allongement des études et d'autre part, par le bassin d'emploi peu favorable pour les jeunes générations.

Pour les mandataires, ces caractéristiques socio démographiques se traduisent par un temps de déplacement important du fait de l'habitat très dispersé pour conjuguer objectif de proximité et de maintien à domicile. Ainsi, les mandataires s'accordent à dire que la prise en charge à domicile est nettement plus chronophage que celle en établissement : du simple au double alors que la rémunération de ces mesures n'applique pas ce ratio.

Par ailleurs cet isolement tant géographique que familial implique un temps d'écoute considérable, notamment au téléphone. De surcroît plus la relation de confiance s'installe, plus elle crée de la demande de la part de l'utilisateur.

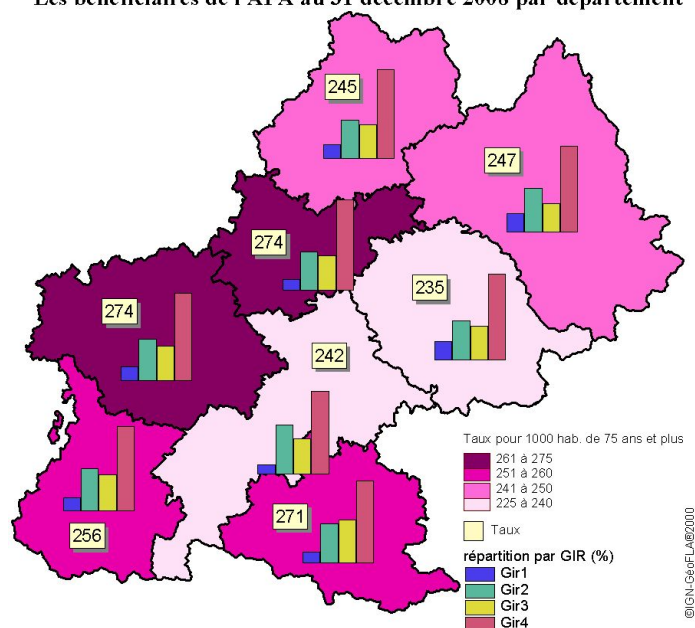
### 3/ Un taux d'équipement important

Enfin, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est nettement supérieur à la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	Aveyron
Structure d'hébergement complet	115.94	137.97
Places de soins à domicile	18.55	22.61
Lits médicalisés	100.03	108.48

## 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Avec 247 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe à la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants.

## 5/ Un département marqué par une disparité financière des personnes âgées

	Aveyron Nord	Aveyron Sud	Région
Proportion d'ASPA	5.8 %	4.3 %	4.6 %

Le département se caractérise également par sa disparité au niveau de la fragilité financière. La particularité de l'Aveyron réside dans une certaine richesse d'une partie des personnes âgées : il s'agit d'une population qui a œuvré à l'enrichissement familial et a ainsi développé un patrimoine familial parfois conséquent. On retrouve ces familles aisées principalement dans le secteur d'Espalion. A l'inverse, dans les secteurs de Villefranche de Rouergue, de Decazeville, la fragilité financière des personnes âgées est très importante, en adéquation avec le profil régional. Plus globalement le côté ouest du département se caractérise par cette précarité. Les statistiques relatives aux bénéficiaires des minima sociaux confirment cette image : le

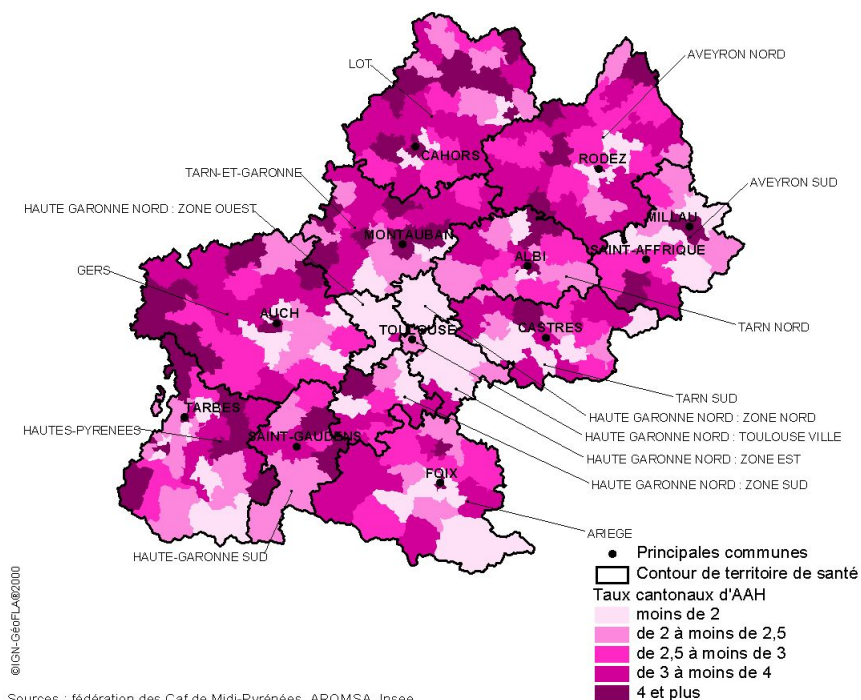
nord présente un taux de 5.8 % tandis que dans le sud, 4.3 % d'allocataires, soit en deçà de la moyenne régionale (4.6 %).

B. les données démographiques : les personnes handicapées

1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

L'Aveyron se caractérise par la part élevé d'allocataire de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 3.61 % dans le nord et 3.12 % dans le sud ; proportion beaucoup plus importante que la moyenne régionale qui s'élève à 2.8 % .

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH n'est pas confirmée dans le département en raison d'un moindre équipement qu'en région sauf pour la MAS et l'ESAT :

Equipement	Région	Aveyron
MAS	1.11	1.71
Foyer de vie et FAM	2.38	1.17
ESAT	3.39	4.05

## 2/ Une population de majeurs protégés atteinte de plus en plus de troubles psychiques

Les mandataires chargés des tutelles constatent une prise en charge de plus en plus lourde de ces personnes et se trouvent souvent démunis face à ces accompagnements.

Ces prises en charge si elles ne sont pas quantitativement majoritaires représentent une charge de travail très importante et nécessitent une vigilance accrue en raison des comportements agressifs voire violents créant du trouble de voisinage, des conflits familiaux. Les mandataires se retrouvent vite démunis devant ces prises en charge en l'absence de liens entre les différents intervenants.

Ces situations nécessitent des accompagnements très lourds que ne comptabilise pas l'indicateur poids des mesures.

L'offre hospitalière en psychiatrie générale est très également très disparate entre le nord et le sud du département : un taux d'équipement de 148.2 lits pour 100 000 habitants dans le nord, soit proche de la moyenne régionale (142.9) tandis que dans le sud, 41.1 lits.

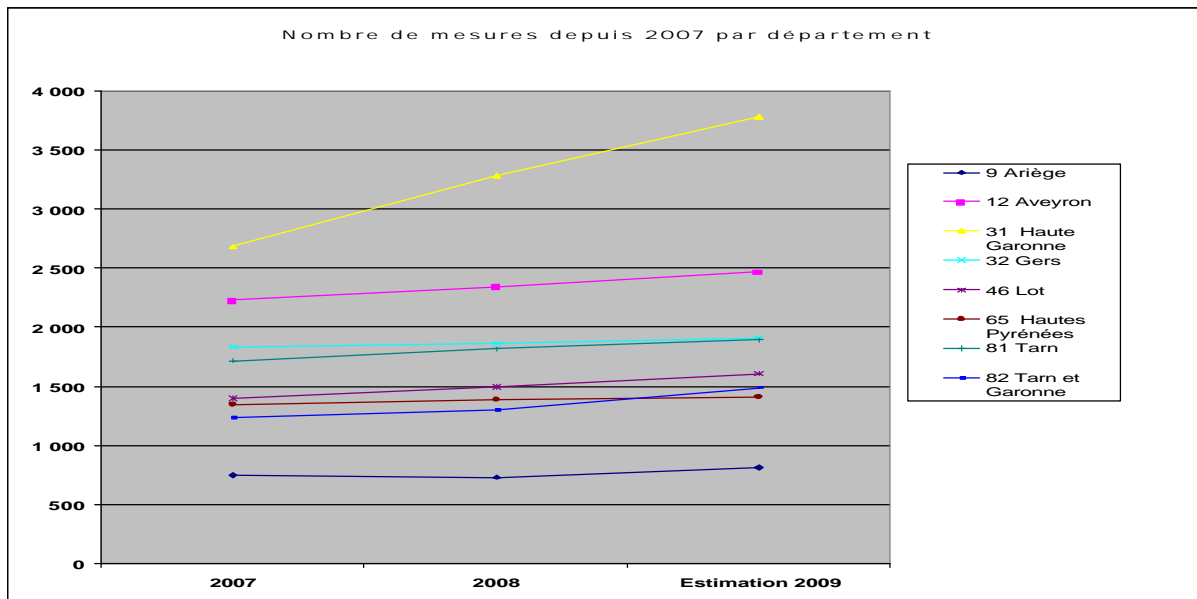
### C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1/Un nombre de mesures de protection en hausse

En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélaires donne une indication sur les volumes à venir.

Pour le département, la croissance du nombre de mesures entre 2007 et 2008 s'élève à 5 %. Pour 2009, la projection d'augmentation s'établit sur la même base. Les indicateurs de

vieillesse ainsi que les taux d'allocataires d'AAH plaident également en faveur de cet accroissement.



## 2/ Répartition tutelle - curatelle

Selon les indicateurs des services près de 9 mesures sur 10 sont constituées de curatelle et de tutelle. La mesure de curatelle renforcée représente nettement la première mesure prononcée avec plus de 54 % en 2008.

Les ouvertures de mesures en 2007 sur le département se partagent équitablement entre curatelles (1668) et tutelles (1720). Pour autant, des disparités sont à constater selon les secteurs ; ainsi sur Rodez 60 % des nouvelles mesures sont des curatelles tandis que sur Millau 40 % .

### D. Les caractéristiques des majeurs sous protection judiciaire

Trois profils sont à mettre en avant sur le département :

Des personnes de plus en plus démunies voire sans ressource.

Des personnes âgées très isolées, ce qui nécessite de créer du lien très régulièrement. Par ailleurs, de plus en

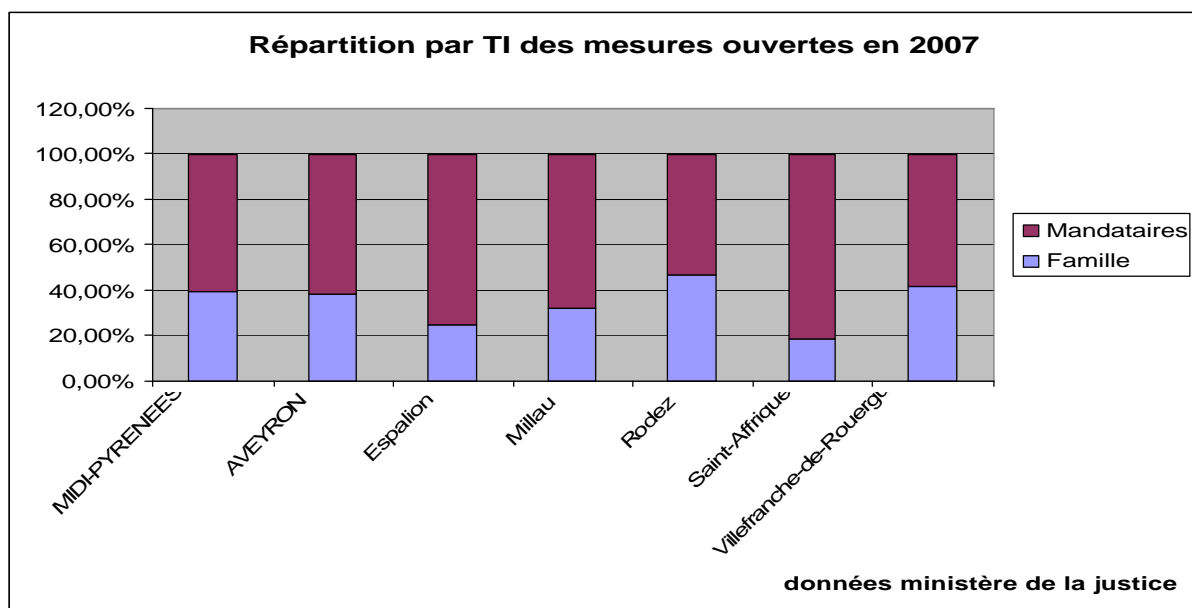
plus de personnes âgées cumulent vieillissement et précarité.

Des personnes atteintes de troubles psychiatriques dont la prise en charge nécessite des qualifications spécifiques et de mettre en place du lien entre les différents intervenants.

## E. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

### 1. Le recul des tuteurs familiaux

Outre, les indicateurs socio démographiques qui indiquent une probabilité nette de croissance du nombre de mesures, le recours aux tuteurs familiaux semble en perte de vitesse.



Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 406 mesures ouvertes en 2007. Parmi ces mesures seules 38 % ont été confiées à la famille. Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

La disparité des solidarités familiales combinée à l'éloignement géographique,

Le choix des familles de se consacrer au soutien affectif notamment en cas de maladies psychiques du protégé et



de se décharger auprès du tiers mandataire des aspects administratifs et comptable de la protection,

La peur de « mal faire » devant la technicité accrue que requiert la mesure de protection

Les conflits familiaux.

Si les statistiques relatives aux ouvertures de mesures en 2007 indiquent une affectation auprès de la famille dans le département conforme à la répartition régionale, de fortes disparités infra-départementales sont constatées : sur le secteur de Rodez, près d'une mesure sur deux a été confiée à la famille tandis que sur celui de Saint Afrique seule une mesure sur cinq.

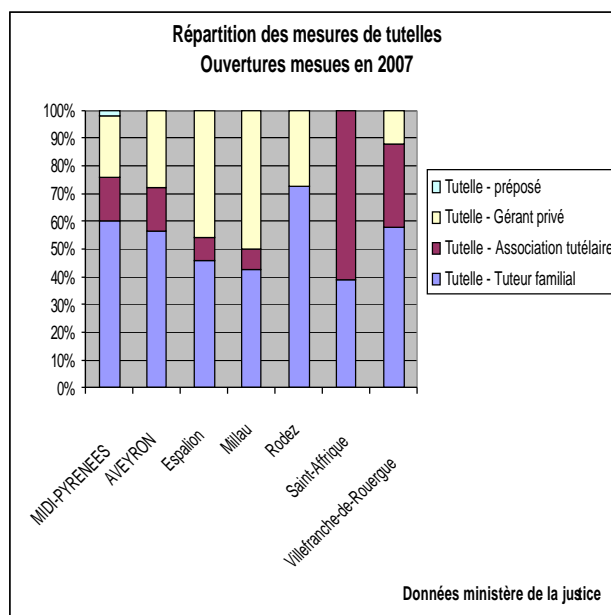
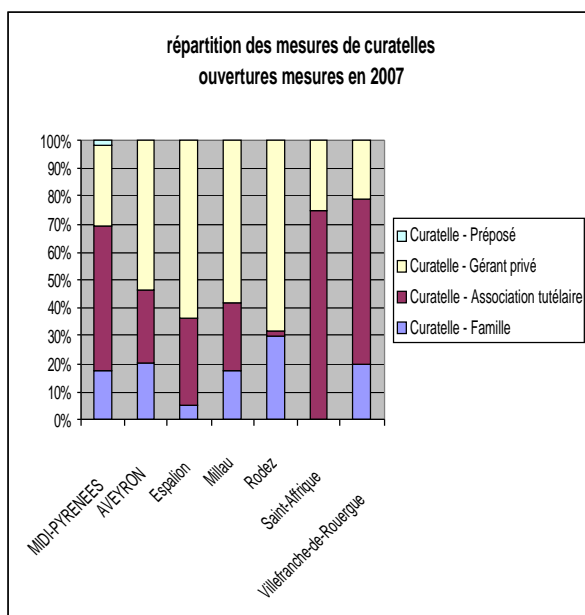
## 2/ Des tuteurs familiaux vieillissants : l'émergence de nouvelles mesures pour les mandataires

Les professionnels du secteur constatent une recrudescence des mesures en raison du vieillissement des tuteurs familiaux : les parents assuraient la gestion pour leur enfant handicapé ; puis eux-mêmes vieillissants, ils ne sont plus en mesure d'assurer cette tâche pour leur enfant vieillissant. Ainsi deux mesures simultanées de protection peuvent être confiées à des mandataires.

## 3/ La répartition entre mandataires

Sur 406 mesures de tutelles et de curatelles ouvertes en 2007, 198, soit près de la moitié, sont constituées par la tutelle. Cette mesure est majoritairement confiée à la famille à plus de 56 % alors que la curatelle ne l'est qu'une fois sur cinq.

Parmi ces ouvertures, les deux tiers sont confiées à des mandataires individuels que ce soit pour les tutelles ou les curatelles. Il est à noter qu'aucune nouvelle mesure n'a été confiée à des préposés.



## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

Sur le département, a été mise en place par l'UDAF sur fond propre une permanence à destination des tuteurs familiaux. Actuellement, ce service recense deux ou trois demandes par semaine. Les préposés d'établissement du fait de leur présence sur place jouent aussi ce rôle d'appui et de conseil. Les demandes émanent de familles qui souhaitent être tuteur de leur proche.

### B. La mise en place de la MASP

Le Conseil Général de l'Aveyron a décidé la création d'une cellule MASP en avril 2009. Le démarrage de ce nouveau service est prévu au 1<sup>er</sup> janvier 2010 selon l'organisation suivante :

MASP Simple : gestion interne au sein du CG. La difficulté réside dans l'évaluation du nombre de mesures et la montée en charge de cette gestion.

MASP Renforcée et MASP Contraignante : délégation à un opérateur externe (l'UDAF).

Les critères fixés pour bénéficier de la MASP sont les suivants :

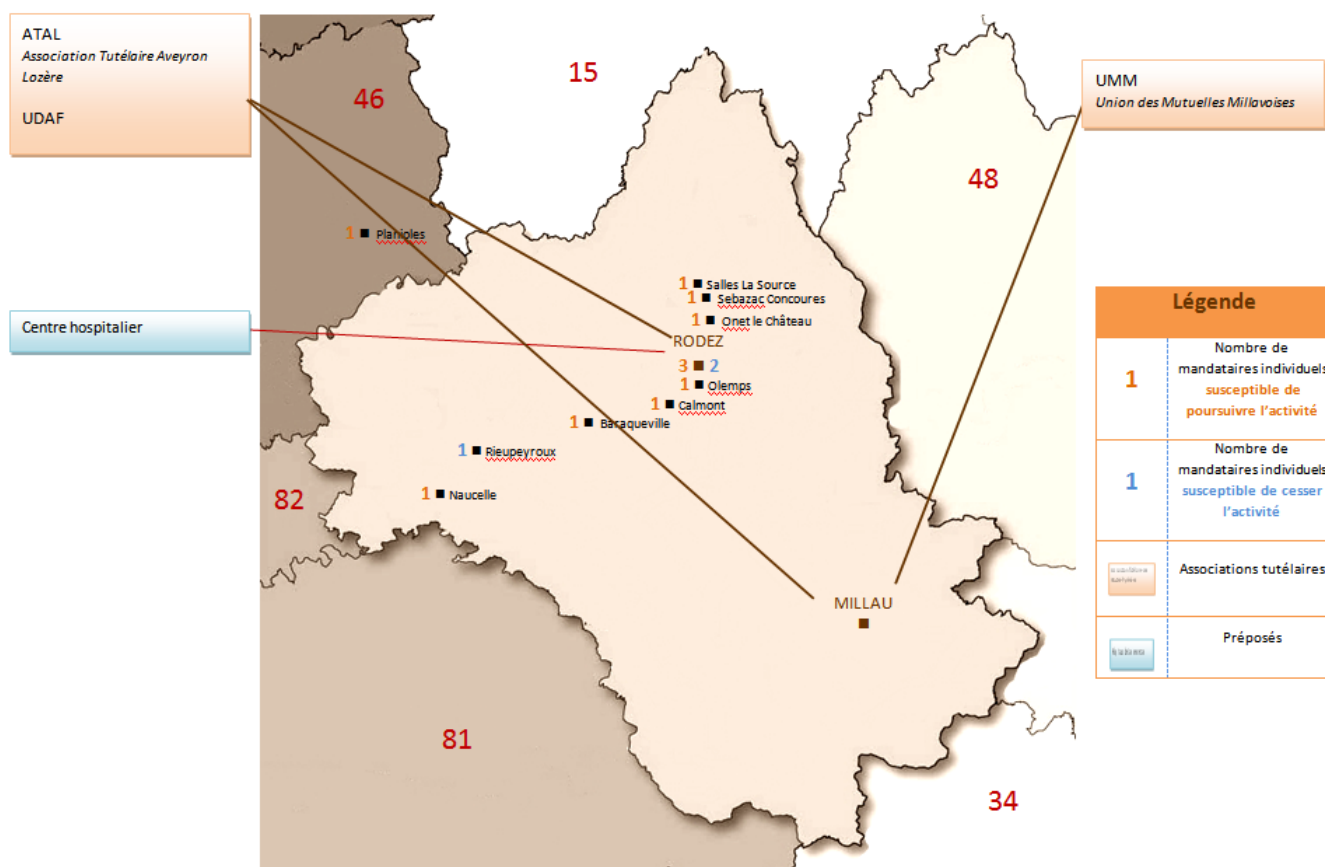
être majeur ou émancipé,  
 percevoir des prestations sociales,  
 ne pas avoir d'altération des facultés personnelles  
 médicalement constatées,  
 accepter la démarche contractuelle (contrats sur 6 mois au  
 moins pour commencer),  
 ne pas avoir de conjoint en mesure d'assurer une gestion  
 satisfaisante des prestations sociales,  
 ne pas avoir de soutien familial en mesure d'assurer une  
 gestion satisfaisante des prestations sociales,  
 avoir sa santé ou sa sécurité menacée par la difficulté  
 éprouvée à gérer ses ressources,

L'objectif de cet accompagnement social soutenu est de  
 favoriser le retour à l'autonomie des personnes.

Au préalable sera mise en place une évaluation sociale  
 circonstanciée combinée à un système de veille et alerte pour  
 déterminer la personne susceptible de bénéficier d'une MASP.

### C. Une répartition géographique équilibrée

Répartition géographique  
 des mandataires judiciaires de l'Aveyron (12)



La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

Les mandataires maillent le territoire qui ne souffre pas de zones non couvertes. L'UDAF est organisée sous forme de 5 sites. Parallèlement, les mandataires individuels interviennent par visite à domicile et exercent également sur tout le territoire. Ainsi, en dépit de l'habitat dispersé et de la faible densité du territoire, toute mesure peut être prise en charge.

#### D. Une réelle complémentarité entre services, mandataires privés et préposés

Les mandataires privés assurent une proximité géographique avec les usagers. Ils travaillent seuls mais certains ont élaboré des partenariats avec d'autres mandataires. Par ailleurs, la plupart se sont créés un réseau de professionnels (notaires, avocats etc.) La demande est forte en termes d'échanges de pratiques et de mutualisation de certains actes. Les mandataires individuels sont en demande d'information sur ce qui peut être fait par un délégué remplaçant, notamment en période de congés. Certains mandataires ressentent une certaine solitude dans leur pratique.

Au regard des éléments de cartographie, il s'avère que le département ne risque pas de subir une déperdition importante du nombre de ses mandataires privés en raison de la nouvelle réglementation. Le nombre de mandataires individuels doit être maintenu sur tous les secteurs. Il est constaté, en effet, que sur certaines zones (Saint Afrique et Villefranche de Rouergue), l'affectation des nouvelles mesures en 2007 pâtit d'une moindre intervention de mandataires individuels.

Les services mandataires sont organisés avec une amplitude horaire large ainsi que, pour l'UDAF d'un répondeur ouvert 24h/24. Les services s'organisent avec un délégué et un soutien comptable, administratif, juridique afin de dégager le temps de travail du délégué sur l'accompagnement.

Le préposé de l'hôpital de Rodez gère une cinquantaine de mesures et ne bénéficie pas d'aide administrative. En ce sens, son fonctionnement est proche de celui d'un mandataire individuel notamment en termes de gestion complète des dossiers ainsi qu'au ressenti d'isolement dans la pratique quotidienne. Les préposés à l'hôpital sont confrontés à un problème technique dû au passage des écritures par la comptabilité publique nécessitant une double saisie.

### III. Prise en charge des mesures de protection :

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ Le certificat médical

Du fait du profil de plus en plus démunis des personnes associées à la complexité pour solliciter une demande, le coût du certificat médical à 160 € est un frein à la démarche.

##### 2/ La coordination des intervenants

Les mandataires relèvent des difficultés dans la répartition des rôles et donc des responsabilités entre Assistant(e) Social(e) (AS), aide ménagère, tuteur, famille et thérapeutes. Clarifier la compétence, le rôle et la responsabilité de chacun semble le préalable pour les mandataires pour instaurer ce réseau d'échanges de pratiques et de mise en commun des connaissances afin d'agir en concertation.

##### 3/ La notion d'urgence et l'instauration des limites

Les mandataires privés, proches géographiquement des personnes dont ils assurent la tutelle, rencontrent des difficultés pour passer le relais et évaluer le caractère d'urgence des demandes. Ce questionnement contribue à l'impression d'isolement, facteur d'épuisement professionnel.

Certains mandataires s'attachent à dire qu'il faut relativiser cette question de l'urgence. Une réponse inconditionnelle à chaque sollicitation peut générer une relation de dépendance. Dans ce sens il est donc important que le professionnel pose et impose les limites de son intervention.

## D. La professionnalisation

### 1/ La formation

Du fait de la résonnance très forte de la prise en charge des personnes atteintes de troubles du comportement ou relevant d'un suivi psychiatrique, la demande de formation sur les pratiques est très forte. La formation, au-delà, des connaissances techniques (juridiques, patrimoniales, administratives) doit délivrer des informations sur des pratiques communes afin de réfléchir à un référentiel métier.

### 2/ Les écrits professionnels

#### a- La notice d'information

Le travail sur l'information peut se faire avec l'équipe éducative. Si l'impératif d'information semble indéniable, il pose néanmoins un problème éthique notamment pour les personnes qui ne seraient plus en état de réaliser les enjeux. Aussi, s'il n'est pas possible d'associer la personne, le travail doit se concentrer sur l'association de la famille avec un bémol éventuel : l'état de la relation familiale.

#### b- Les rapports remis au juge.

Les écrits professionnels sont composés de réponses au juge suite à des plaintes, des rapports pour reconduction de mesure et des rapports annuels accompagnant le compte de gestion.

L'UDAF a élaboré en collaboration avec les juges un document type. Les mandataires privés joignent au compte de gestion un rapport « social ». Selon eux, le rapport doit répondre aux critères suivants :

S'en tenir aux faits

## Respecter la neutralité

La communication de cet écrit aux majeurs protégés n'est pas posée comme un acte systématique car est pris en compte le contexte de la relation et/ou de la capacité de compréhension du protégé.

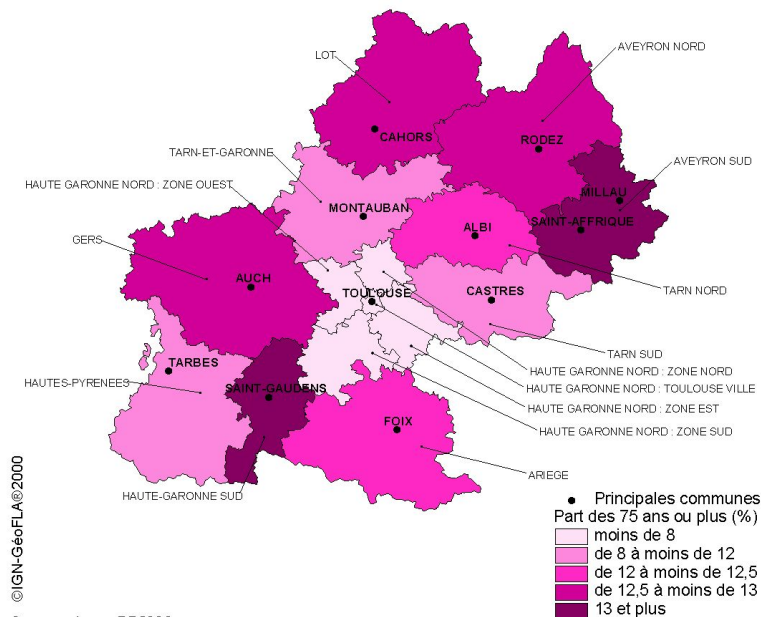
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Un vieillissement contrasté

Le département se caractérise par sa diversité entre l'agglomération toulousaine, au profil urbain, dense et jeune, et le sud du département qui se rapproche du profil régional : âgé et vieillissant. Le nord du département est lui-même très divers, mêlant des caractéristiques socio démographiques urbaines et des indicateurs du vieillissement midi pyrénéen.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006



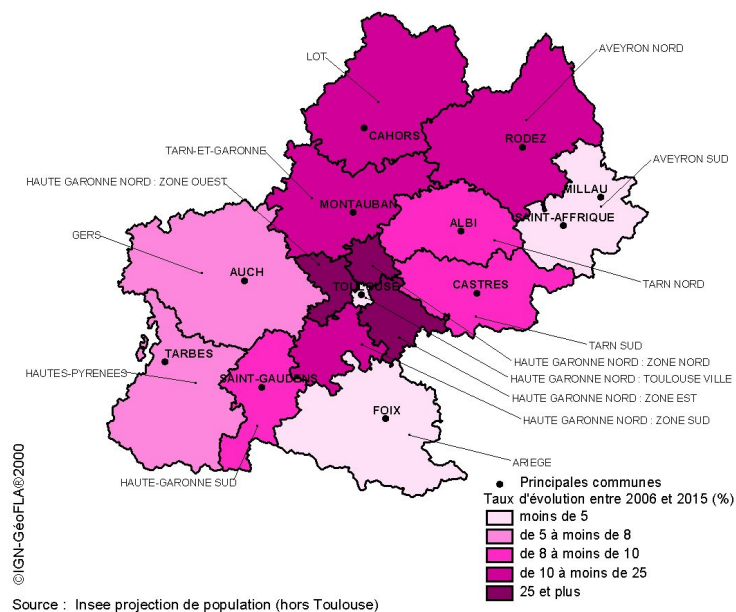


Population : 1 169 497	Haute Garonne Sud	Haute Garonne Nord	Toulouse Ville	Région
Densité (hab/km <sup>2</sup> )	34.1	183.2	3646.2	61
Part des 75 ans et plus	13.7 %	6.5 %	6.8 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	26.2 %	13.8 %	12.4 %	19 %
Indice de vieillissement	141	52.6	56.1	83.5

Sources : statiss 2008

Hors agglomération toulousaine, l'évolution des plus de 75 ans est très marquée sur le département.

Evolution des personnes de 75 ans et plus entre 2006 et 2015 (%)



## 2/ Une densité disparate

Tout comme dans la région, le sud du département associe vieillissement et densité faible tandis que l'agglomération Toulousaine du fait de sa forte urbanisation présente des taux typiques des grandes villes. De même, le nord du département présente un taux qui mêle les caractéristiques urbaines et rurales. Il est à noter que certains toulousains âgés sont contraints de quitter la ville et parfois le département car ne trouvent pas de place dans des établissements intra-muros.

## 3/ Un taux d'équipement plus faible

Les acteurs constatent une dichotomie nette entre les personnes âgées à Toulouse vivant plutôt à domicile et celles

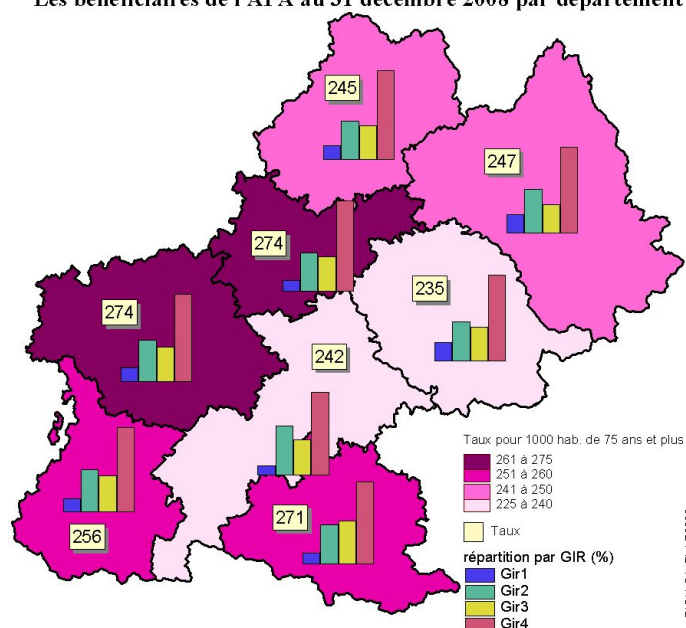
du secteur de Villefranche de Lauragais plutôt en établissement de retraite.

Le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées se situe en dessous de la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	112.83
Places de soins à domicile	18.55	16.84
Lits médicalisés	100.03	88.19

#### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Avec 242 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe au dessous de la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants. Là aussi, la disparité du département lisse la moyenne.

## 5/ La fragilité financière des personnes âgées

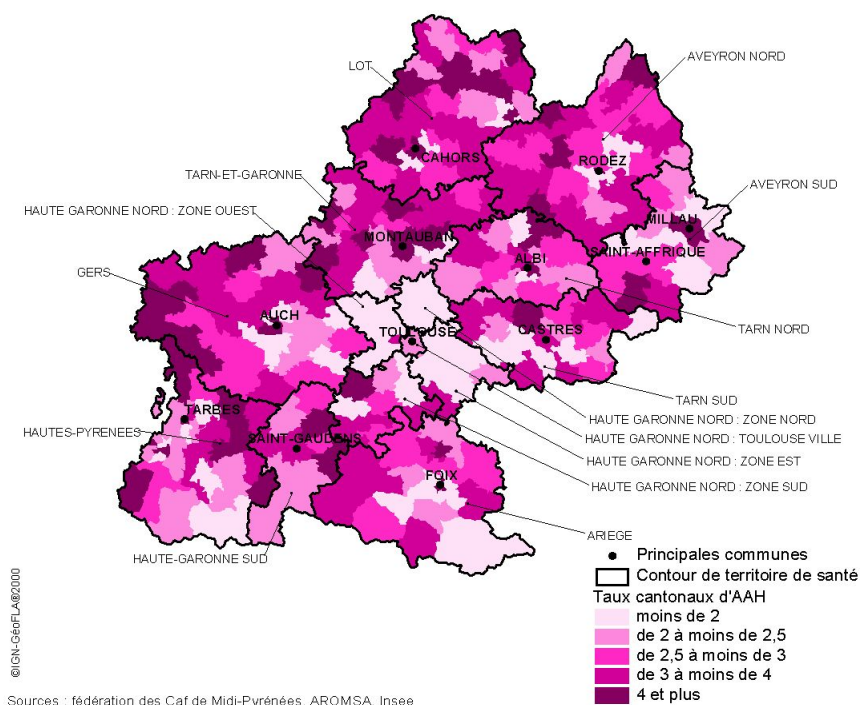
	Haute Garonne Sud	Haute Garonne Nord	Toulouse Ville	Région
Proportion d'ASPA	4.9 %	2.8 %	5.5 %	4.6 %

Dans ce domaine également, d'importantes disparités au sein du département se dessinent : d'un côté le sud du département avec des taux de fragilité financière des populations ouvrières agricoles et de l'autre, l'agglomération toulousaine, avec une pauvreté des aînés typiques des grandes agglomérations. Les indicateurs de pauvreté en effet, sont plus accentués au cœur des grandes villes comme Toulouse, Albi, Castres, Montauban, et plus favorables à la périphérie de ces agglomérations.

B. les données démographiques : les personnes handicapées

### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La Haute Garonne se caractérise par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 3.3 % ; proportion beaucoup plus importante que la

moyenne régionale qui s'élève à 2.8 % .

Comme pour les autres indicateurs sociodémographiques, ce taux se répartit différemment selon les territoires. Ainsi à Toulouse, le taux est de 1.9 % , dans le nord du département, il avoisine les 1.7 % tandis que dans le sud, le taux atteint 3.4 % confirmant l'image à double reflet de ce département : d'un côté le nord du département aux marqueurs très urbains et de l'autre, le sud dont le profil est plus en cohérence avec les caractéristiques de la région.

La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH indique un taux d'équipement inférieur à la moyenne régionale.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	0.79
Foyer de vie et FAM	2.38	1.80
ESAT	3.39	2.59

## 2/ Les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

Le contexte de l'évolution de la maladie mentale et des ses traitements plutôt à l'extérieur de l'hôpital rend plus visible désormais ces personnes dès lors que leur comportement engendre des troubles à l'ordre public. Le constat de la difficulté de communication avec le secteur psychiatrique complexifie les modalités de prise en charge.

Pour exemple, les mandataires sont informés d'une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT), puis trois ou quatre jours après constatent que le majeur protégé est sorti sans préparation, ce qui réactivent les comportements agressifs.

L'accompagnement doit être plus étayé pour ce type de personnalité ; or cet aspect ne rentre pas en compte dans le poids des mesures. Si les personnes atteintes de troubles psychiques ou psychiatriques ne sont pas nombreuses, leur prise en charge est chronophage.

Par ailleurs, quand la personne n'est plus en capacité de vivre seule, du fait des pathologies mentales, il devient de plus en plus difficile de trouver une maison de retraite proposant une prise

en charge adaptée. Les mandataires interviennent en bout de chaîne et se sentent démunis.

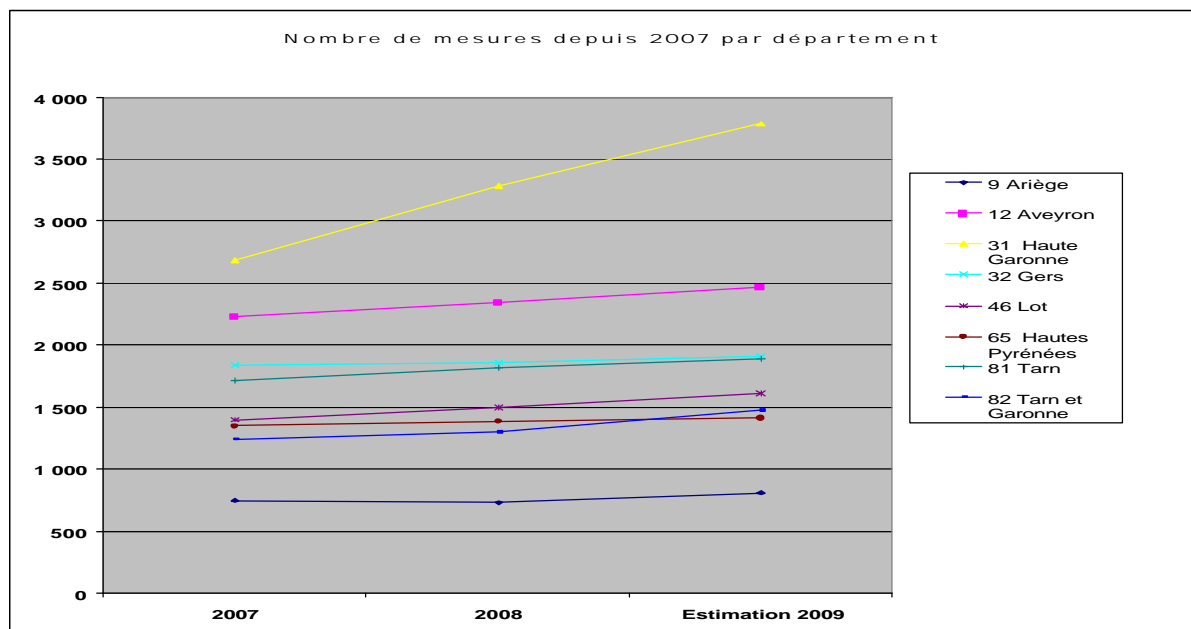
Par ailleurs, les taux d'équipement en psychiatrie générale selon les territoires renforcent le profil du département. Ainsi, dans le sud du département, aucune offre hospitalière en psychiatrie générale, alors que l'offre est plus abondante dans le nord du département.

#### D. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

##### A. Un nombre de mesures de protection en augmentation

En l'absence de statistiques globales sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélares donne une indication sur les volumes à venir.

Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2009 est en augmentation de l'ordre de 20 %. La Haute Garonne demeure le premier département en terme de volumétrie.



## 2/ Répartition tutelle - curatelle

Une autre source d'information provient du ministère de justice : les ouvertures de mesures durant l'année 2007.

Les 1174 nouvelles mesures en 2007 se partagent à 45 % entre curatelles (523) et 55 % tutelles (650). La part de la tutelle est plus fortement marquée contrairement à la région où la répartition est équilibrée. Par ailleurs, on note une forte disparité entre les secteurs de Saint Gaudens qui compte 53 % de curatelle, et de Muret avec 30 %.

#### E. Les caractéristiques des majeurs sous protection judiciaire

Les personnes sous protection se scindent schématiquement en deux catégories :

- a. Les moins de trente ans souffrant de toxicomanie, générant des problèmes de comportement et nécessitant une prise en charge spécifique. L'absence d'adhésion aux soins fragilise leur prise en charge. Ces accompagnements posent la limite de l'intervention contre la volonté d'une personne.
- b. les personnes âgées souvent très isolées et qui nécessite un accompagnement de proximité afin de maintenir du lien social. Par ailleurs, se retrouve notamment dans le sud du département, une frange de la population qui a dû quitter Toulouse faute d'équipement adapté et qui le vit très mal.

#### F. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

##### 1. Le recul des tuteurs familiaux

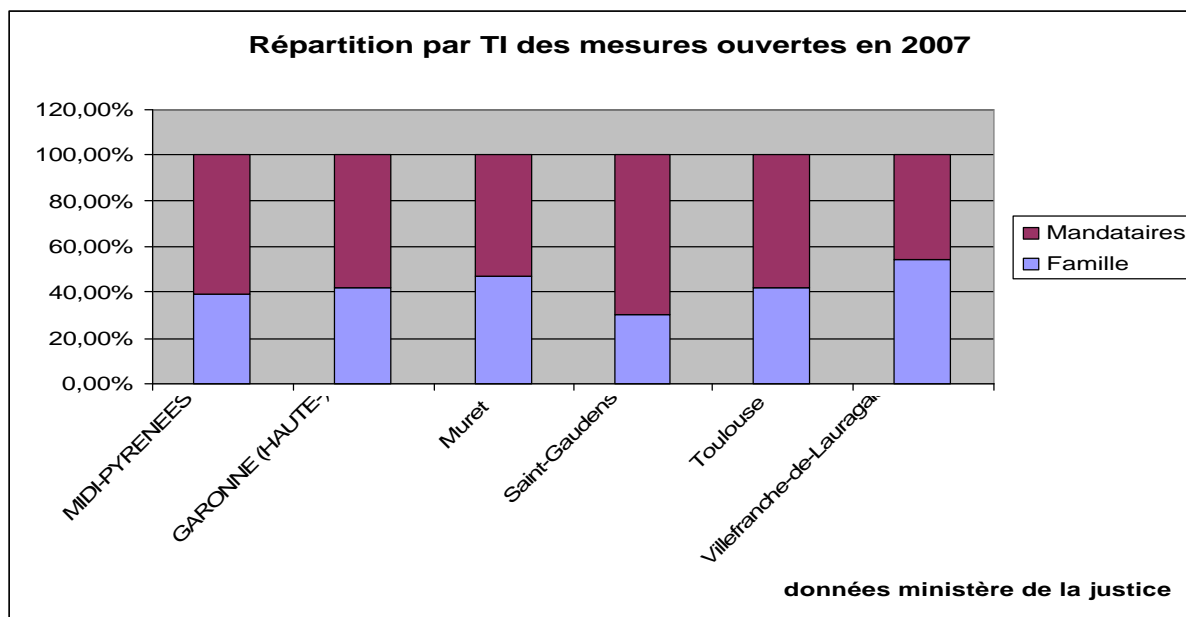
Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 1174 mesures ouvertes en 2007 : 497 ont été confiées à la famille, soit deux sur cinq. Cette tendance participe du constat du recul des tuteurs familiaux. Il est à noter la forte disparité entre les secteurs et notamment ceux de Saint Gaudens et de Villefranche de Lauragais dont les proportions sont opposées : ainsi, sur Saint Gaudens, 30 % des mesures sont confiées à la famille et 53 % sur Villefranche de Lauragais.

Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

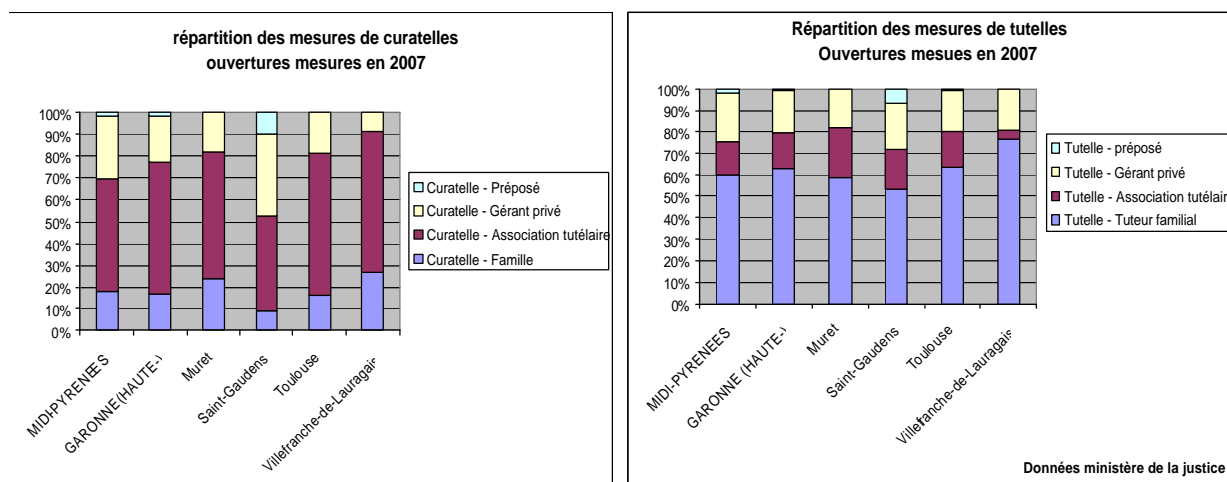
L'impact de la maladie d'Alzheimer qui affecte trop lourdement les familles qui ne se sentent pas en mesure d'assumer en plus la gestion du patrimoine

La protection qui apparaît comme un acte trop technique et les familles renoncent de peur de mal faire

Le contexte de conflit ou de désintérêt des familles



## 2/ La répartition entre mandataires



Si on constate que les mesures sont majoritairement confiées à des mandataires, il faut distinguer les deux types. La tutelle est globalement familiale tandis que la curatelle plutôt de la compétence d'un mandataire. En Aveyron, les mesures sont davantage confiées aux associations tutélaires. Cette tendance est à nuancer selon les secteurs : Saint Gaudens privilégie plutôt les mandataires individuels et Villefranche de Lauragais et Toulouse, se tournent plutôt vers l'associatif.

Il est à noter également la quasi absence de l'affectation à des préposés sauf sur Saint Gaudens. Ce secteur comprend également un nombre plus conséquents d'établissements comportant des préposés.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

L'Udaf a mis en place sur Toulouse une permanence hebdomadaire avec un accueil sur rendez-vous via son point info famille. Elle a pour but de délivrer :

Des réponses aux questions relatives aux mesures de protection

Des conseils, un accompagnement dans le cadre de la mission du tuteur familial.

Par ailleurs, elle organise des journées thématiques en lien avec l'association des tuteurs familiaux.

Un financement spécifique dédié au développement de cette activité est demandé par tous les acteurs et particulièrement les juges des tutelles. Ils considèrent cette action comme centrale et souhaiteraient voir appliquer la réglementation.

### B. La mise en place de la MASP

La Masp sera opérationnelle en début d'année 2010. Actuellement la finalisation des outils de mise en œuvre est en cours. Chaque situation sera étudiée par une instance pluridisciplinaire afin d'élaborer un projet d'accompagnement.



Trois hypothèses devront au préalable être balayées :

Y-a-t-il un risque pour sa santé ?

Existe-t-il des dispositifs subsidiaires de droit commun ?

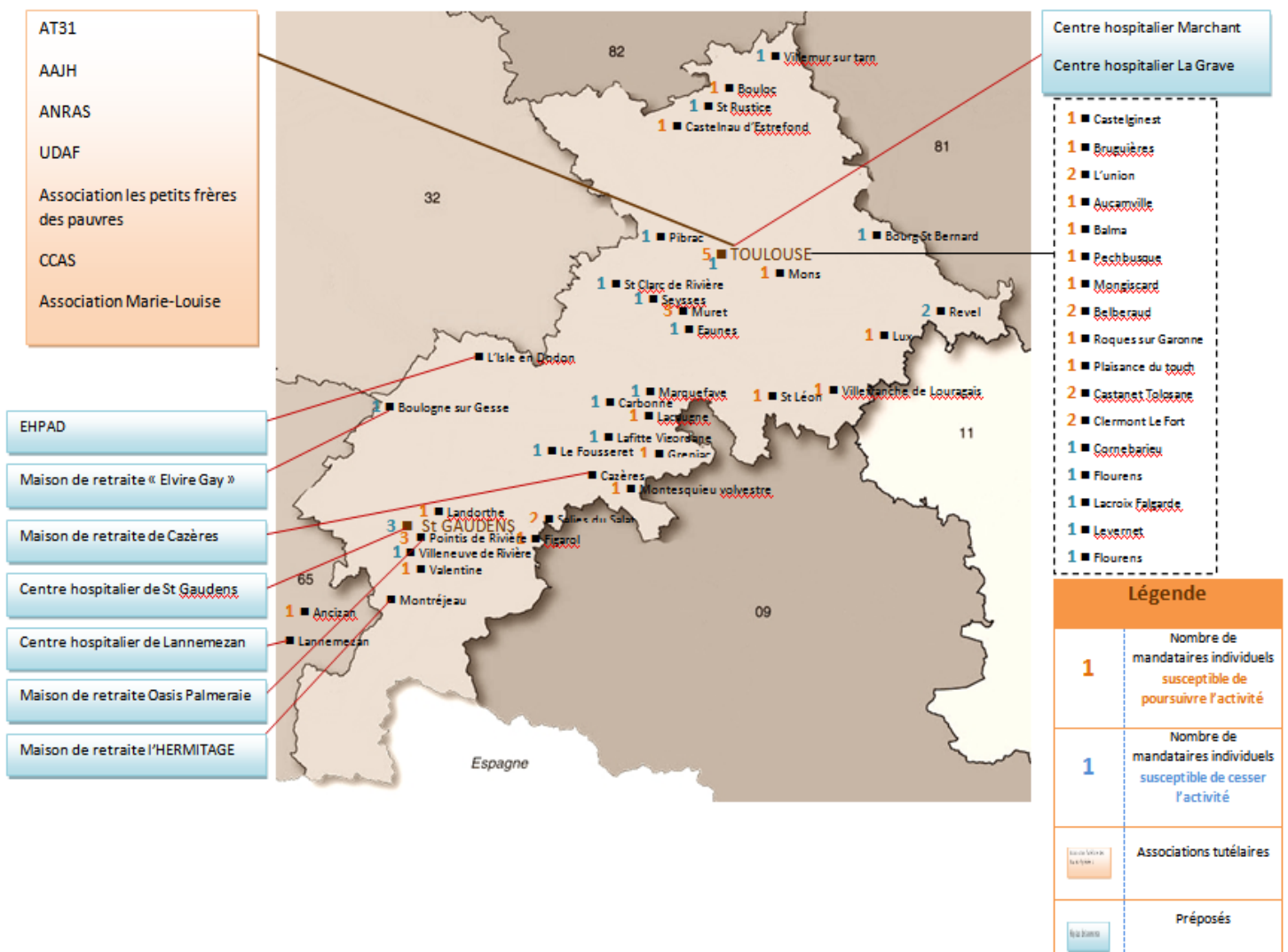
L'utilisateur est-t-il apte à consentir à la MASP ? Dans la négative, la saisine du parquet est envisagée aux fins de prononcé d'une MAJ.

Un bilan des objectifs sera établi avec l'utilisateur. En cas de rupture de l'adhésion, une instance de concertation se réunira autour des trois hypothèses.

L'estimation du volume de mesures s'élève à 450 MASP. Cette volumétrie sera à confirmer.

### C. Une répartition géographique équilibrée

#### Répartition géographique des mandataires judiciaires de la Haute-Garonne (31)



La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

Les associations tutélaires et les mandataires individuels maillent le territoire qui ne souffre pas de zones non couvertes. Ainsi, en dépit de l'habitat dispersé et de la faible densité dans certaines zones du département, toute mesure peut être prise en charge.

Afin de favoriser ce facteur de proximité, les mandataires ont développé des antennes, des permanences dans des mairies ou dans des locaux du conseil général.

Le cœur du métier reste bien la visite à domicile pour les mandataires privés ou associatifs.

Si les mandataires individuels sont bien représentés sur le secteur de Toulouse, on constate une chute de leur effectif sur le nord du département et la région de Saint Gaudens. L'effet de l'âge des mandataires et l'obligation de formation, dont l'investissement tant financier que personnel est important sont des facteurs favorisant l'arrêt de l'activité.

Sur Saint Gaudens, l'estimation d'une réduction de plus de la moitié des mandataires individuels nécessite d'envisager une solution pour maintenir l'objectif de proximité. Les ouvertures de mesures en 2007, sont largement confiées aux mandataires individuels du fait de leur capacité à développer une relation de proximité auprès des personnes âgées. Sur Villefranche de Lauragais, dont le tribunal d'instance va disparaître une chute des effectifs des gérants privés a été observée ; le nombre de mandataires poursuivant leur activité avoisinerait trois.

Sur le secteur de Toulouse, la juge des tutelles est contrainte de différer l'affectation de mesures auprès des associations du fait d'une pénurie conjoncturelle de financement. Il est

impératif que le choix du mandataire par le juge ne soit pas guidé par une pénurie d'offre.

III. Prise en charge des mesures de protection :

A. Freins et échanges de bonnes pratiques

#### 1/ Le certificat médical

Du fait du profil de plus en plus démunis des personnes, le coût du certificat médical de 160 € est un frein à la démarche. Toutefois, le parquet a la possibilité de prendre en charge ce coût en cas d'impécuniosité de la personne.

Le contenu du certificat est très important car oriente la décision du magistrat et influe sur l'affectation de la mesure. Ainsi, sur Toulouse, pour une personne présentant un profil psychiatrique, la mesure sera plutôt confiée à un service, tandis que pour une personne âgée, plutôt à un gérant privé.

#### 2/ la coordination des intervenants

Le suivi des personnes présentant des troubles du comportement est très chronophage et implique de délimiter les compétences de chacun. Tous les professionnels du social et du médical interviennent en effet, sur les mêmes personnes sans parfois communiquer entre eux : tous les majeurs protégés sont connus des AS de secteur, du CCAS de Toulouse. Néanmoins, si le lien avec le secteur psychiatrique doit s'établir, la lourdeur de l'accueil ne passe pas toujours par une analyse médicale ou psychiatrique.

Ainsi, les commissions de synthèse mises en place par le CG évitent les interventions cloisonnées et peut être envisagées pour mettre en place une stratégie convergente.

Une plate forme de coordination pour les différents acteurs sociaux et médicaux faciliterait les échanges. L'équipe pluridisciplinaire facilite l'étayage. Par ailleurs, une réflexion sur l'opportunité et la place d'un référent habilité et reconnu comme coordonnateur s'impose. Dans les faits, les mandataires ont souvent ce rôle mais nécessite qu'il s'inscrive dans un projet de départ avec une évaluation régulière.

### 3/ l'isolement dans la pratique professionnelle

Pour rompre l'isolement que dénoncent les mandataires individuels, la création d'un réseau pour favoriser des échanges techniques s'avèrerait fructueuse. Les deux associations de mandataires sur Toulouse et Saint Gaudens travaillent en ce sens. L'isolement, en effet, peut créer deux types de dérive :

L'envahissement par les majeurs protégés sur la sphère privée du mandataire individuel (réponse au téléphone systématique, adresse personnelle donnée aux majeurs protégés etc.). Des garde fous existent, notamment mettre en place une boîte postale, disposer d'un répondeur. De même, il est indispensable d'engager une réflexion sur la véritable urgence et de rechercher l'harmonisation des pratiques entre services, préposés et mandataires.

La toute puissance sur la personne vulnérable conduisant à une situation de dépendance. Pour éviter ces dérives, la formation et le développement du contrôle devraient limiter certaines pratiques.

## E. La professionnalisation

### 1/ La formation

La formation a vocation à professionnaliser le secteur : on constate des situations très hétérogènes dans les pratiques et l'harmonisation de celles-ci devrait améliorer la qualité de la prise en charge. Le secteur a été soumis à de fortes critiques : du côté des mandataires, sont reprochés des comportements liés à une toute puissance pouvant impliquer un non respect du mandat judiciaire ; du côté des services, ils sont perçus comme insuffisamment humanisés et trop administratifs. La formation de tous au-delà des apports sur les aspects techniques devra favoriser le développement des compétences sociales.

### 2/ Les écrits professionnels

Les rapports sociaux font davantage partie de la culture professionnelle des services. La valeur positive du rapport est rappelée dans son rôle d'évaluation du projet de départ de la mesure, et de la lisibilité de l'action.

Le rapport social est à différencier de la note de situation qui rend compte d'événements particuliers.

### 3/ Les contrôles

Le contrôle de la qualité de la prise en charge peut se centrer sur deux aspects :

Se rendre sur place pour évaluer l'organisation du travail  
Vérifier si les personnes sont effectivement reçues.

Les contrôles devraient cibler en priorité les personnes très isolées car en cas de présence de la famille, celle-ci peut faire alarme en cas de dysfonctionnement.

Au niveau de l'UNAF, un travail sur la démarche qualité est en cours.

GERS  
Réunion de concertation  
du 16 octobre 2009

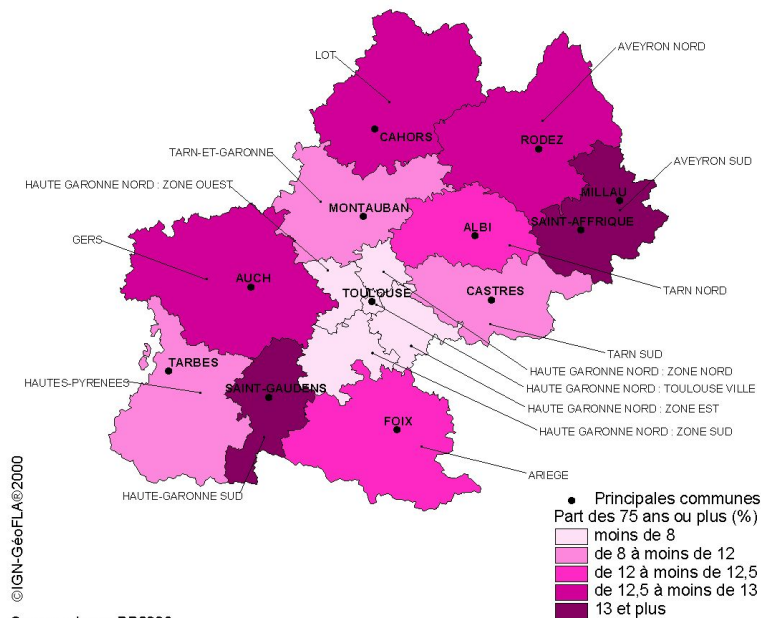
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Une population vieillissante

Le Gers se caractérise par sa population vieillissante avec près d'un quart de sa population âgée de plus de 65 ans.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006

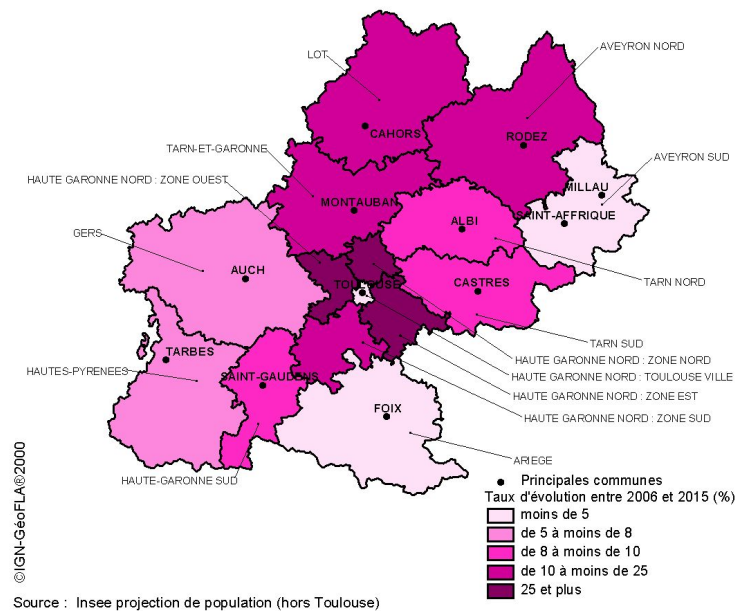


POPULATION : 180 000	Gers	Région
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	29	61
Part des 75 ans et plus	12.6 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	24.1 %	19 %
Indice de vieillissement	116.9	83.5

Sources : statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Dans le département, il atteint 116.9 qui confirme son profil : une population âgée dont le vieillissement s'accroît. Le Gers, est le département avec l'Aveyron où l'indice de vieillissement est le plus élevé de la région. L'objectif de ces personnes âgées est de vivre le plus longtemps possible chez elles. Le maintien à domicile est donc un objectif important pour les mandataires.

Evolution des personnes de 75 ans et plus  
entre 2006 et 2015 (%)



## 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

Le Gers combine les indicateurs sociodémographiques caractéristiques d'une population rurale, isolée et vieillissante. La densité s'élève à 29 habitants au km<sup>2</sup>.

## 3/ Taux d'équipement

Enfin, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est en adéquation à la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	101.65
Places de soins à domicile	18.55	21.46
Lits médicalisés	100.03	101.91

Se dessine un profil de personnes âgées plutôt à domicile mais isolées dans les campagnes nécessitant un temps de transport important de la part des mandataires ainsi que beaucoup de souplesse pour répondre aux impératifs de maintien du lien social.

Cet isolement implique d'élaborer des dispositifs complexes afin de répondre à l'objectif de maintien à domicile :

Solliciter le réseau de voisins

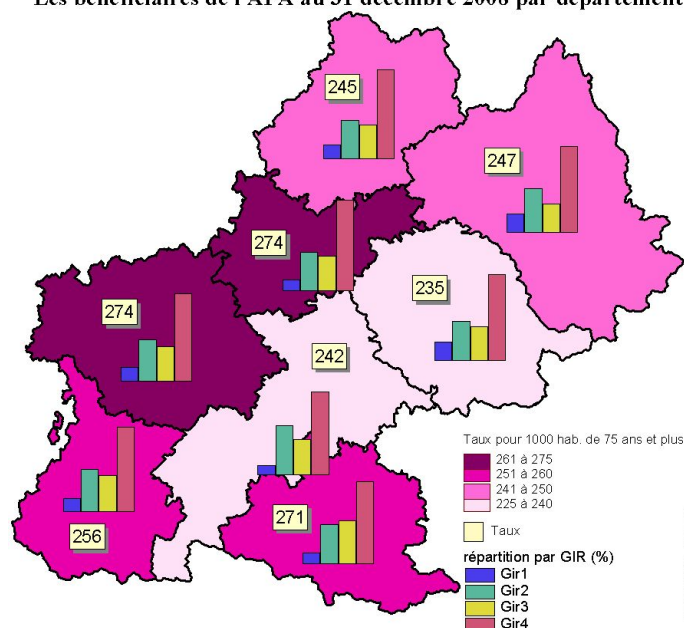
Faire intervenir des auxiliaires de vie

Organiser les soins médicaux à domicile

Développer le partenariat avec les familles

#### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département





Avec 274 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe au dessus de la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants.

### 5/ La fragilité financière des personnes âgées

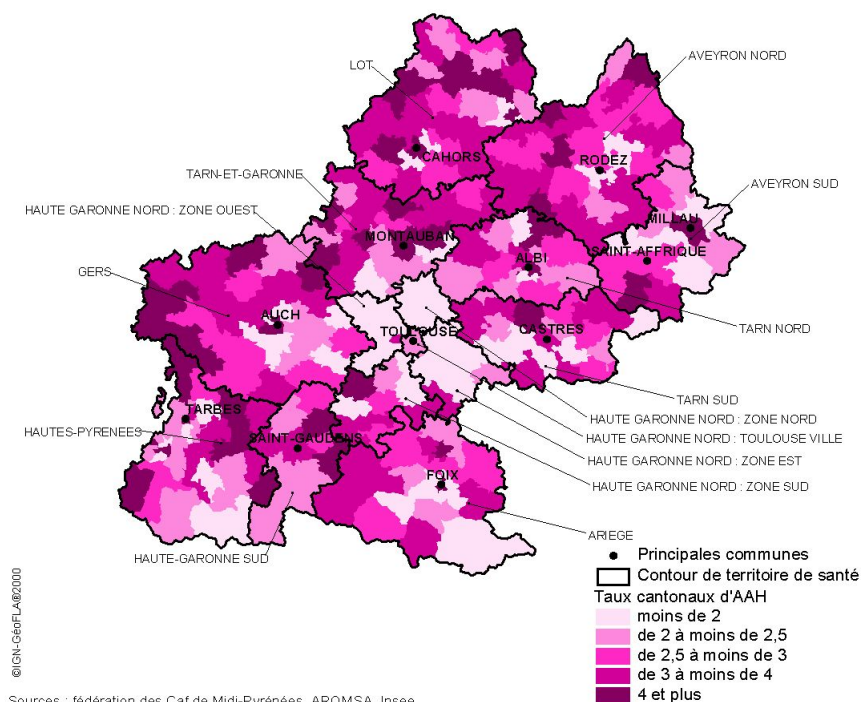
On note parmi cette population âgée, une véritable fragilité financière avec 6.2 % bénéficiaires du minimum vieillesse contre 4.6 % dans la région. Ce minimum social est plus présent parmi les départements ruraux, complétant ainsi le profil très affirmé du Gers.

	Gers	Région
Proportion d'ASPA	6.2 %	4.6 %

## B. les données démographiques : les personnes handicapées

### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH en Midi Pyrénées supérieur à la moyenne nationale

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



Le département se caractérise par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 3.6% ; proportion plus importante que la moyenne régionale qui s'élève à 2.8 % .

La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH participe du taux supérieur du nombre de bénéficiaires de l'AAH.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	1.84
Foyer de vie et FAM	2.38	2.46
ESAT	3.39	3.90

## 2/ La population des majeurs protégés atteinte de plus en plus de troubles psychiques

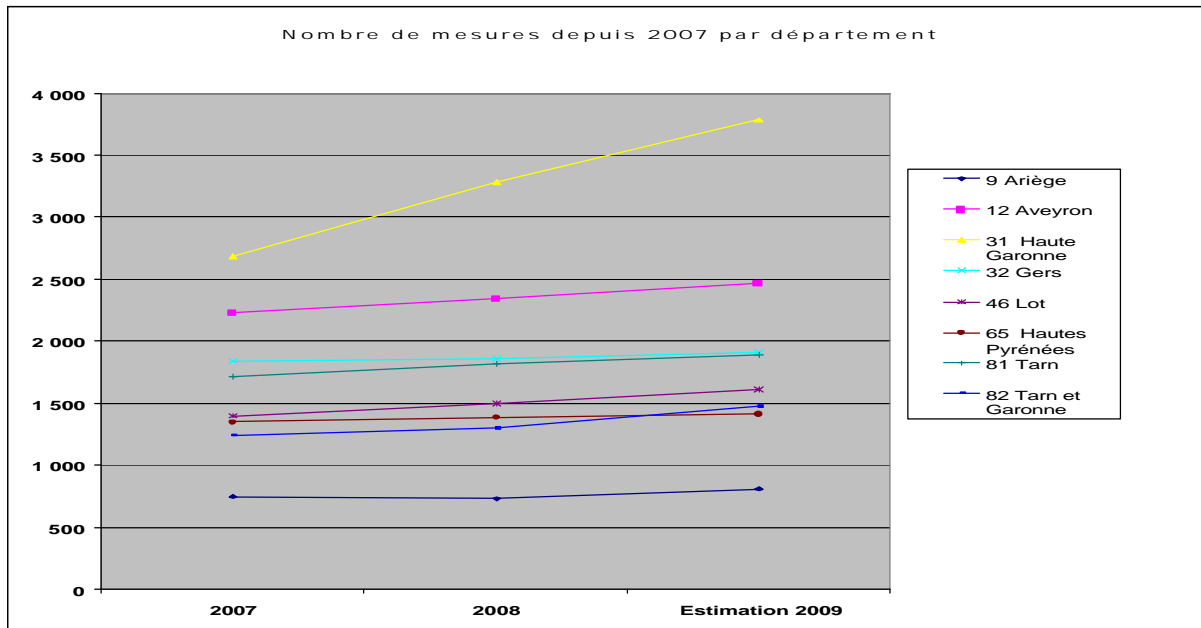
Les mesures sont réparties en fonction des typologies des publics. Les services se voient confier davantage les populations de moins de 60 ans présentant des troubles psychiques ou psychiatriques.

Les mandataires constatent que la prise en charge est de plus en plus liée à une gestion de la précarité due au contexte global d'appauvrissement de la population.

### G. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1. Un nombre de mesures de protection en augmentation

En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélaires donne une indication sur les volumes à venir.



Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2009 est relativement stable.

## 2/ Les mesures de curatelle et de tutelle

Les 242 ouvertures de mesures en 2007 sur le département sont réparties entre 137 curatelles et 105 tutelles (57 % - 43 %). On constate une très grande disparité selon les secteurs. Ainsi, sur Auch, 70 % sont composées de curatelles alors que sur Condom seulement 37 %.

### D . Les caractéristiques des majeurs sous protection juridique

Selon les associations tutélaires, on peut classer le public en 4 catégories :

Les personnes atteintes de maladies mentales qui constituent la part majoritaire des mesures de l'ordre de la moitié

Les malades psychiques de l'ordre de 15 %

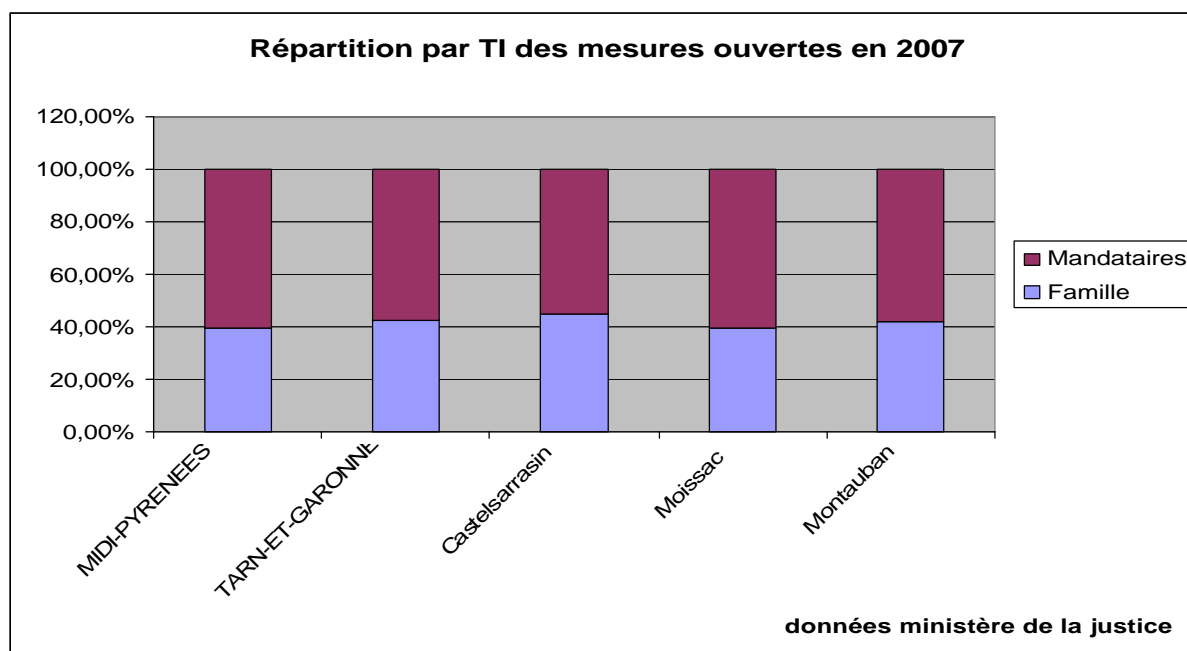
Les personnes âgées qui constituent une mesure sur deux

Les personnes en errance et en exclusion sociale qui représentent un peu moins d'une sur 10 mesures

## F. La répartition des mesures entre tuteurs familiaux et mandataires

### 1/ le recul des tuteurs familiaux

Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 242 mesures ouvertes en 2007 : 86 ont été confiées à la famille, soit un peu plus d'une sur trois. Cette tendance est légèrement inférieure à la moyenne régionale et participe du constat du recul des tuteurs familiaux.



Les familles essaient au début de se débrouiller par elles-mêmes puis commencent à s'épuiser en particulier pour la prise en charge des malades psychiques. Aussi, petit à petit, elles sollicitent le relais d'un tiers. Les familles souhaitent se concentrer sur l'affectif et non pas sur les aspects administratifs et comptables.

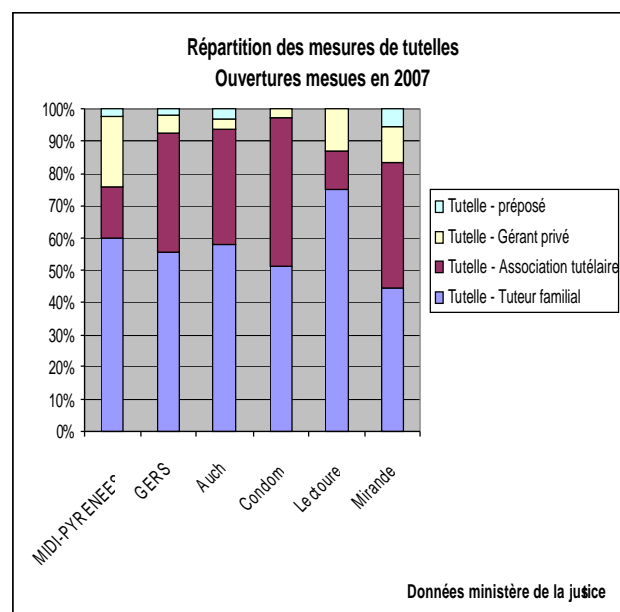
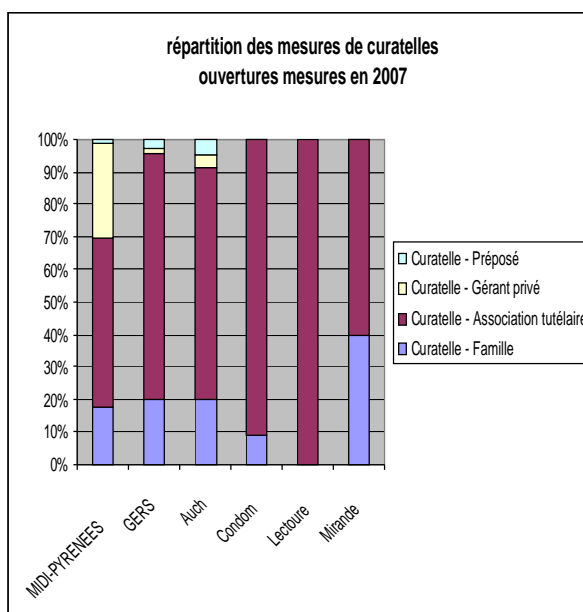
Par ailleurs, il ne faut omettre le contexte de conflits familiaux dans le recul des tuteurs familiaux. Le cas du vieillissement de la personne qui assurait la protection d'un membre de la famille est également évoqué.

Le contexte d'éloignement ne favorise pas la prise en charge et génère également beaucoup de souffrance dans les familles qui culpabilisent de ne pas pouvoir s'occuper d'un de leur membre.

La plupart des mesures exercées par les familles sont celles qui concernent les personnes âgées car il est plus facile de s'occuper d'une personne du troisième ou quatrième âge à qui on impose la décision plutôt qu'à une personne handicapée que l'on doit associer. On retrouve cette distinction dans l'affectation des mesures : les personnes âgées bénéficient davantage de tutelles confiées plutôt à la famille tandis que les personnes handicapées, plutôt sous curatelle, sont prises en charge davantage par les mandataires.

## 2/ La répartition des mesures entre les mandataires

Si on constate que ces mesures sont majoritairement affectées à des mandataires, il faut rappeler le contexte du département où l'offre n'est constituée que par les associations tutélaires. Vingt mandataires individuels sont agréés par arrêté préfectoral. Or la quasi-totalité va cesser son activité. Les gérants de tutelle dans le Gers sont des personnes souvent âgées et assureraient cette activité dans le cadre de leur retraite. A terme, le département ne devrait plus compter de mandataires individuels car actuellement on ne recense pas de véritable démarche en vue d'un agrément.



A noter également la quasi absence en 2007 d'affectation aux préposés. Les préposés constatent une stabilité du nombre de leurs mesures. L'affectation des mesures à un préposé est en général liée à un contexte d'isolement ou de conflit familial.

Certains magistrats ne sont pas favorables à la désignation d'un préposé en raison du risque de dépendance vis-à-vis de la direction de l'établissement. Il y a nécessité selon eux, d'avoir un œil extérieur pour une prise en charge optimale.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. La nécessité d'un soutien technique aux tuteurs familiaux

Sur le département, les deux associations, UDAF 32 et ATG ont mis en place un service gratuit d'informations, de conseils et d'orientation à destination des tuteurs familiaux : le service ACTF 32 (Aide aux Curateur et Tuteurs Familiaux). L'ACTF 32 renseigne gratuitement toute famille qui s'interroge sur les mesures de protection et leur mise en œuvre. Ce service s'organise sous forme de permanence téléphonique ou sur rendez vous dans leurs locaux. Une plaquette d'informations a été réalisée qui est distribuée par les juges des tutelles des tribunaux d'instance du Gers.

### B. La mise en place de la MASP

Le conseil général a mis en place la mesure selon deux niveaux :

La MASP1 est gérée par les CESF du Conseil Général

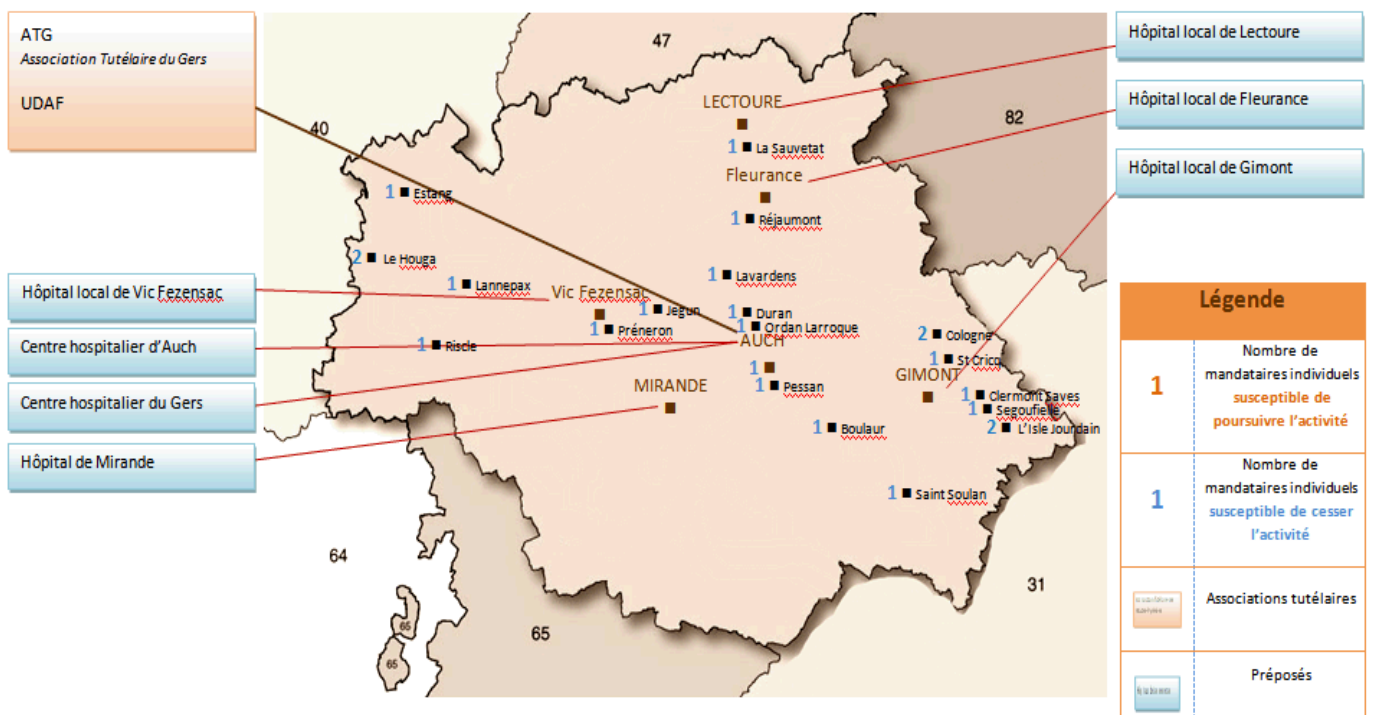
La MASP 2 est confiée à l'UDAF uniquement pour les prestations tandis que l'accueil social reste de la compétence du conseil général.

### D. Une répartition géographique équilibrée

La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du

fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

### Répartition géographique des mandataires judiciaires du Gers (32)



Le département en souffre pas de zone découverte et toute mesure peut être prise en charge quelle que soit le secteur géographique.

#### E. La disparition des mandataires privés

Si le tableau de l'affectation des nouvelles mesures en 2007 tend à indiquer la réduction de la part des mandataires privés,

cette tendance se confirme par le non renouvellement des mandataires individuels. Sur la vingtaine agréés par arrêté préfectoral, 5 ont d'ores et déjà indiqué leur souhait d'arrêter l'activité, et 15 autres ne se sont pas manifestés. Une seule nouvelle demande d'agrément est à noter à actuellement. Le Gers risque d'être un des rares départements où l'objectif de pluralité de l'offre ne pourra pas être maintenu si une action volontariste de développement n'est pas impulsée.

### III. Prise en charge des mesures de protection

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ L'expertise médicale

Le coût du certificat médical reste un frein dans la demande de mesures. Par ailleurs, la liste des médecins spécialistes n'est pas suffisamment étoffée tant quantitativement qu'en type de spécialités ce qui entrave la mise en place des nouvelles mesures.

##### 2/La répartition des rôles

Les associations fonctionnent par spécialisation des tuteurs : selon que le suivi des personnes se déroule à domicile ou en établissement. Cette organisation vise à tisser un lien avec les membres de l'équipe de l'établissement et participe d'une double lecture sociale. Elle favorise les échanges de pratiques et la mutualisation de la réflexion. L'avantage financier est également important car limite les coûts de déplacement. Il faut néanmoins être vigilant sur le risque de mise à distance de la personne protégée.

Le fonctionnement par antennes sectorisés facilite aussi la proximité avec l'utilisateur.

#### B. LA PROFESSIONALISATION

##### 1/Les écrits professionnels

Les rapports sont remis au juge principalement à l'occasion d'une évolution de la situation. Ces rapports sont portés à la



connaissance des personnes protégés. Cette transparence fait partie intégrante du rôle du mandataire.

## 2/ La formation

La formation engendre deux coûts majeurs pour les associations :

Un coût financier du fait du montant de la formation et du nombre de mandataires à former.

Un coût organisationnel du fait des remplacements à budgéter qui génère l'équivalent d'1/4 ETP sur deux selon les estimations.

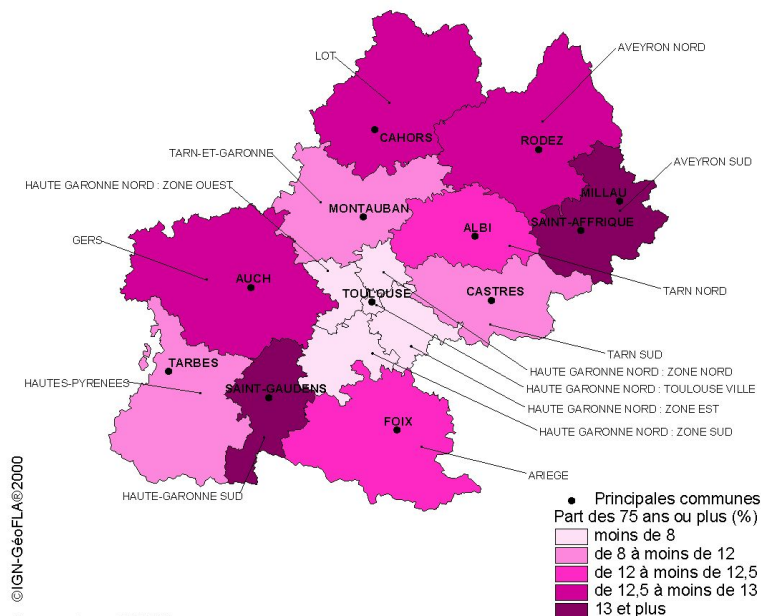
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Une population vieillissante

Le Lot se caractérise par l'importance des personnes âgées au-delà de la moyenne de la région Midi Pyrénées avec 12.7 % des 75 ans et plus.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006

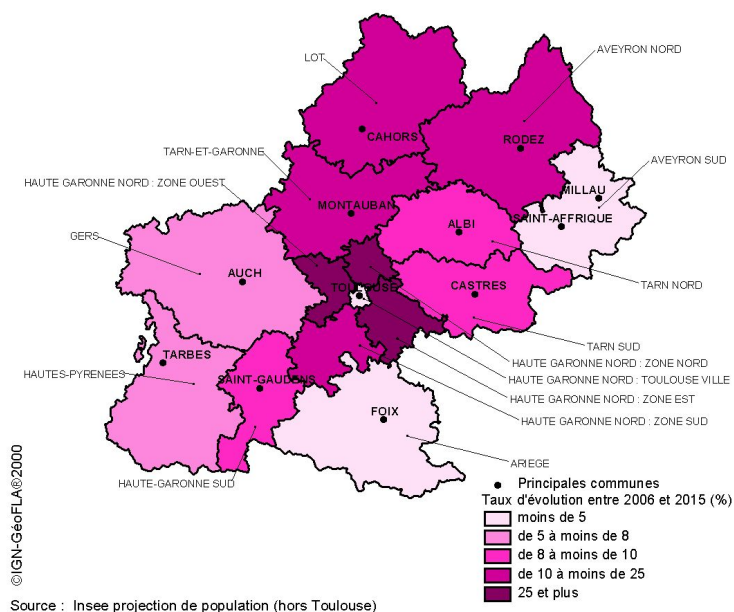


POPULATION : 168 500	LOT	Région
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	32	61
Part des 75 ans et plus	12.7 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	24.4 %	19 %
Indice de vieillissement	119	83.5

Sources : statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Dans le département, il atteint 119.

Evolution des personnes de 75 ans et plus entre 2006 et 2015 (%)



L'évolution des plus de 75 ans d'ici 2015 confirme le profil du département, proche de la région : un département âgé, rural et vieillissant. On assiste à un phénomène de migration au moment de la retraite des personnes originaires du Lot.

## 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

Tout comme au niveau régional, le département est marqué par les phénomènes de vieillissement associés à une densité faible.

La demande de maintien à domicile est forte de la part des familles mais elle implique une forte solidarité familiale. Dans ce cadre, le vieillissement de l'entourage qui ne peut plus assurer la charge de leurs aînés, induit un report des mesures de protection des tuteurs familiaux vers les mandataires.

Du fait de l'isolement croissant des personnes protégées, la demande de soutien est très importante de la part des familles.

Les prises en charges sont plus complexes, nécessitent des déplacements à domicile fréquents, générant des surcoûts et des temps de transport.

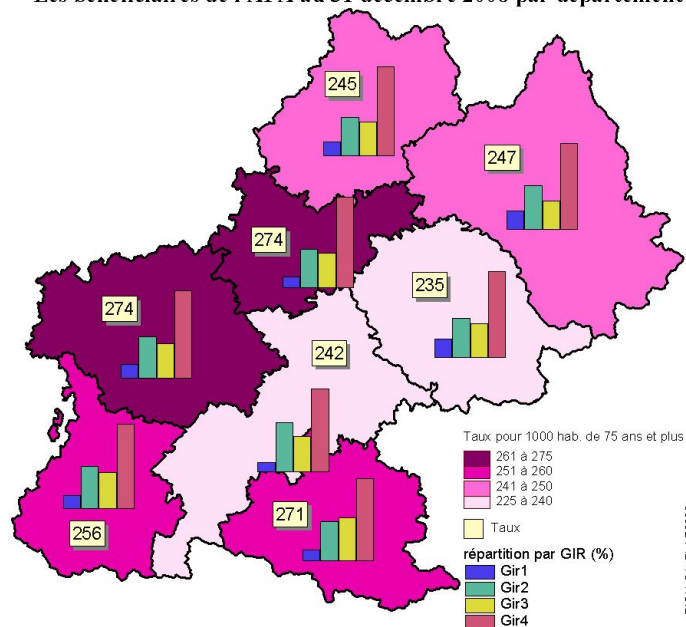
### 3/ Un taux d'équipement important

Enfin, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est plutôt supérieur à la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	134.72
Places de soins à domicile	18.55	21
Lits médicalisés	100.03	102.58

### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Avec 245 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans

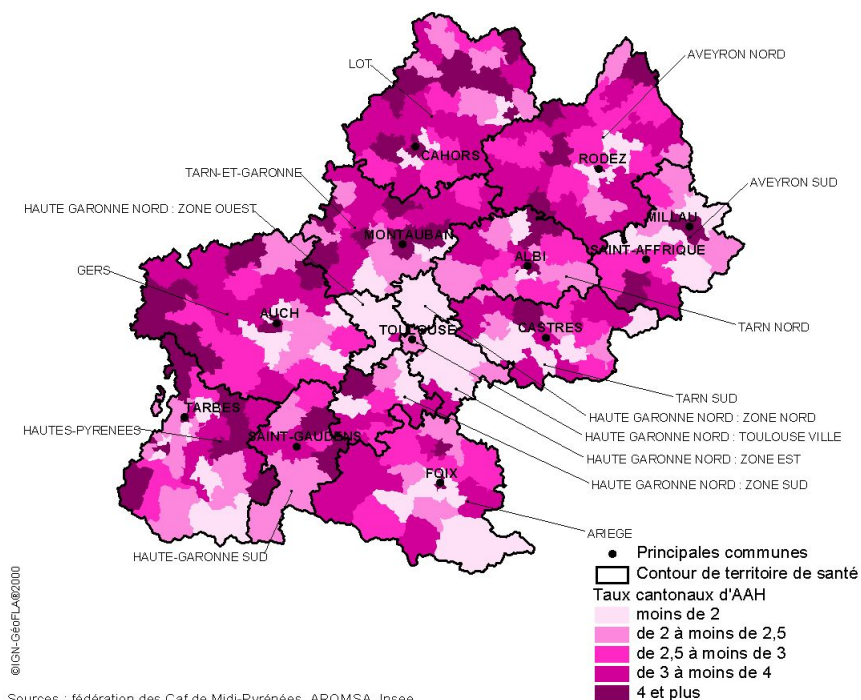
et plus, le département se situe dans la moyenne régionale (246 bénéficiaires pour 1000 habitants).

B. les données démographiques : les personnes handicapées

1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

Le Lot se caractérise par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 3.8 % ; proportion beaucoup plus importante que la moyenne régionale qui s'élève à 2.8 % .

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH indique un taux d'équipement hors MAS dans la moyenne régionale.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	0.80
Foyer de vie et FAM	2.38	2.46
ESAT	3.39	3.90

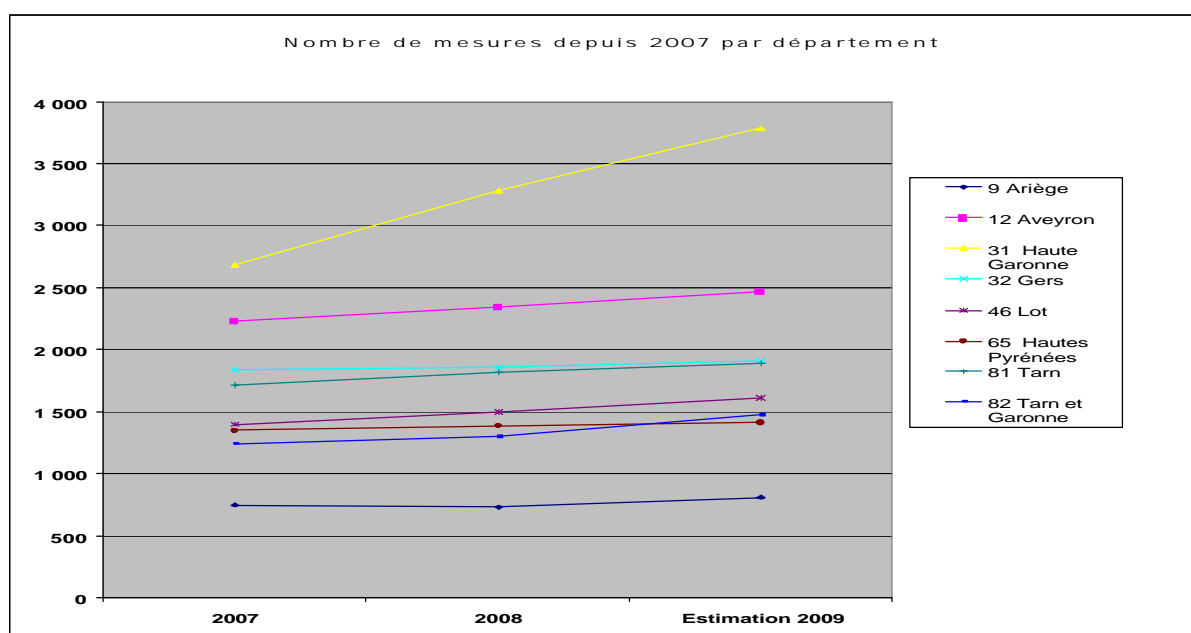
## 2/ Les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

La question de la prise en charge des malades psychiques ou psychiatriques pose celle de l'urgence notamment en cas de mise en danger de la vie des personnes elles-mêmes. Il est parfois difficile de coordonner les différents intervenants entre eux notamment dans le travail autour du projet de sortie. Les mandataires souhaiteraient y être associés. La problématique du soin psychiatrique s'appréhende différemment du point de vue du soignant ou du travailleur social ; les deux logiques professionnelles doivent se croiser pour concilier l'impératif du suivi du patient et du majeur protégé.

Par ailleurs ces accompagnements engendrent un accroissement de la charge de travail et impliquent une communication avec la personne et sa famille.

### C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1/Un nombre de mesures de protection en augmentation



En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées d'informations établies par les services tutélaires donne une indication sur les volumes à venir.

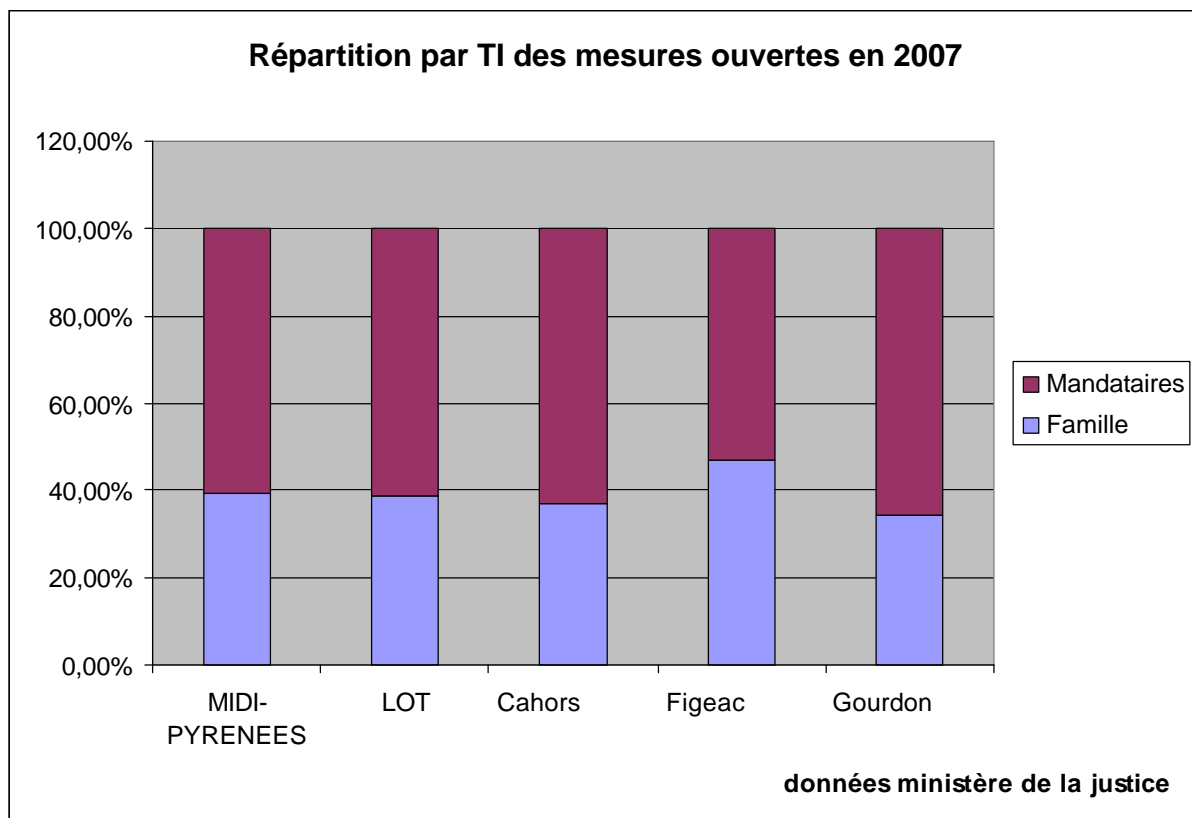
Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2009 est en légère augmentation.

## 2/ Répartition tutelle - curatelle

Les 227 ouvertures de mesures en 2007 sur le département sont réparties en 127 curatelles (56 %) et 97 tutelles (44 %). Il ne peut pas être tiré d'enseignement statistiquement significatif entre les différents secteurs du fait du nombre limité de mesures.

D. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

### 1. Le recul des tuteurs familiaux



Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 225 mesures ouvertes en 2007 : 77 ont été confiées à la famille, soit une sur quatre, en adéquation avec le profil régional. Le recul des tuteurs familiaux est de nouveau constaté.

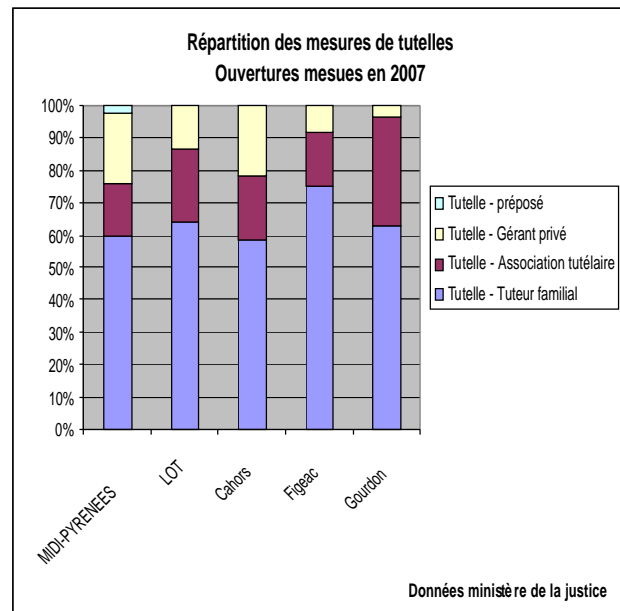
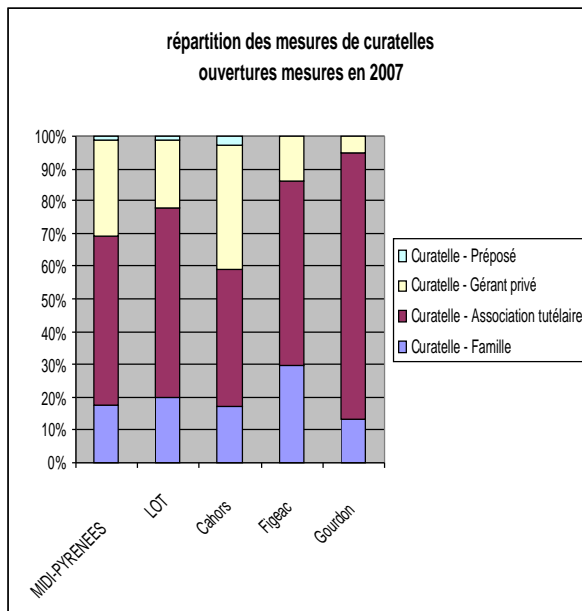
Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

L'UNAFAM a pris la position de ne pas être tuteur familial pour ne pas mélanger les différents aspects de la prise en charge : le lien affectif et la gestion administrative et financière.

L'exercice des mesures requiert de plus en plus de technicité alors que les familles n'y sont pas préparées. Dès lors, elles sollicitent un soutien afin de s'engager dans l'exercice des mesures.

Le contexte de vieillissement des membres de la famille ne pouvant plus assurer cette charge et parfois nécessitent eux-mêmes une mesure de protection.

## 2/ La répartition entre les mandataires



Les mesures sont majoritairement confiées à des mandataires. Toutefois, il faut distinguer les deux types de mesures. La



tutelle est confiée davantage à la famille tandis que la curatelle plutôt à un mandataire.

Le département se caractérise par une forte présence des associations tutélaires liée notamment au retrait d'un nombre important de mandataires individuels. Par ailleurs, certains mandataires n'ont aucune mesure.

Il est à noter également la quasi absence de l'affectation de mesures à des préposés.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

Sur le département, l'UDAF a mis en place une plate forme d'accueil sur internet par le biais du site du Point Info Famille : Le service d'aide aux tuteurs et curateurs familiaux, en partenariat avec le Conseil Départemental d'Accès au Droit du Lot (CDAD). Ce service informe :

- sur les différentes mesures de protection juridique

- sur les droits des majeurs protégés

- sur les droits et obligations des tuteurs et curateurs

Le service propose également des accueils personnalisés par rendez vous « visio » au sein des Espaces de services public de proximité.

Actuellement ce site est gratuit mais le maintien de la permanence est conditionné à son financement.

### B. La mise en place de la MASP

Le conseil général va mettre en place la MASP fin 2009 début 2010 selon les modalités suivantes :

- MASP 1 : gestion interne

- MASP 2 : délégation par convention avec les opérateurs UDAF et Alisé sur la base d'un référentiel

L'organisation s'articulera selon le schéma suivant :

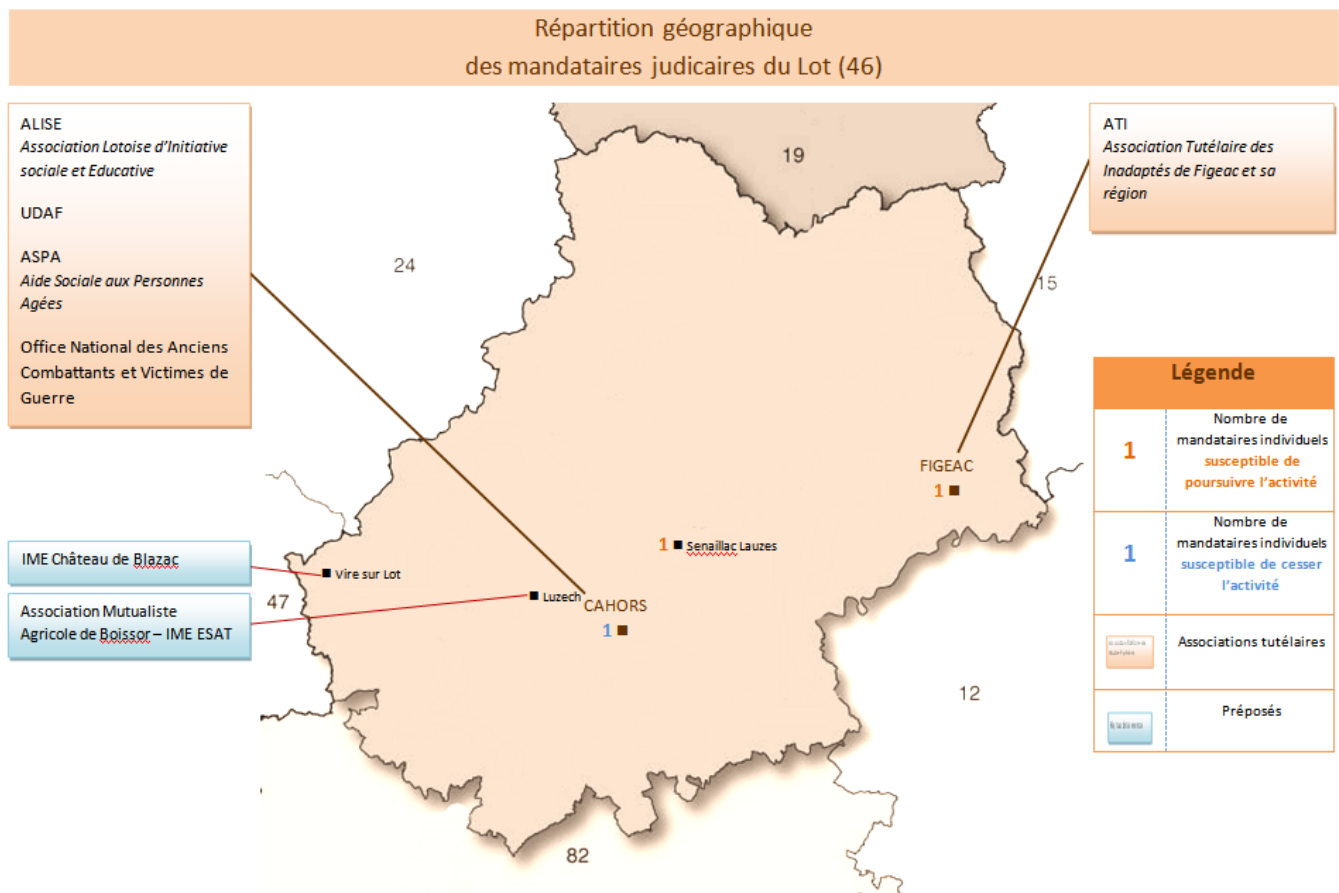
Phase d'évaluation de la demande par le conseil général qui bénéficie d'une bonne connaissance du public en raison de la taille du département.

Travail sur l'adhésion de la personne

Point sur son état de santé

La prévision de la gestion associative est estimée à 30 mesures.

### C. Une répartition géographique équilibrée



La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il

a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

Les mandataires maillent le territoire qui ne souffre pas de zones non couvertes. Ainsi, en dépit de l'habitat dispersé et de la faible densité du territoire, toute mesure peut être prise en charge.

Par ailleurs, on constate la faible représentation des mandataires individuels et donc le risque que l'offre ne se restreigne. Le Lot risque donc de devenir un des rares départements où la diversité de l'offre ne pourra être maintenue.

Le maillage du département s'établit en partenariat avec tous les mandataires associatifs ou individuels. Le cœur du métier demeure bien la visite à domicile. L'UDAF dispose de plusieurs antennes et permanences assurant un maillage assez complet. Alisé en plus de ses deux sites reçoit dans des les CCAS ou dans les locaux des AS du conseil général. La bonne connaissance de tous les intervenants sociaux, liée à la taille du département facilite la communication et le travail en réseau.

Les mandataires privés assurent une proximité géographique avec les usagers. Aussi du fait des distances et de l'objectif d'assurer au minimum une visite par mois, ont circonscrit leur périmètre d'action.

Les préposés de par leur inscription sur l'établissement assurent une proximité dont l'accueil peut être celui de l'indépendance. Il est donc important de dissocier dans un établissement, prise en charge du résident et protection du majeur.

La proximité quotidienne pour autant n'allège pas la charge de travail car il faut gérer les difficultés au quotidien et les événements particuliers.

### III. Prise en charge des mesures de protection :

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ Le certificat médical

Du fait du profil de plus en plus démunis des personnes, le coût du certificat médical de 160 € est un frein à la démarche. Par ailleurs, du fait des frais déplacements, le montant de cet acte s'élève rapidement à 250 €, somme impossible à déboursier pour une bonne part des familles. Pour les mandataires, cela a un effet immédiat sur la prise en charge, car les factures ne sont pas acquittées du fait des retards de prises en charge, ou des agios sur les comptes et les besoins primaires ne sont pas assurés.

Concernant la prise en charge par l'Etat de ce coût, la pratique du Parquet consiste à épuiser toutes les possibilités de recherche d'un membre de la famille susceptible de fiancer ce montant afin de réduire le coût pour l'Etat.

Par ailleurs, le nombre de médecins spécialisés inscrit sur la liste du Procureur est suffisant. Néanmoins, sa répartition géographique insuffisante implique trop de frais de déplacement. Par ailleurs, si la liste comprend des médecins spécialistes, elle souffre d'une pénurie de généralistes. Son développement est donc à envisager.

##### 2/ la coordination des intervenants

La taille du département facilite la communication entre les différents intervenants. A ce titre, l'utilisation des mêmes permanences avec les assistantes sociales participe de cette interconnaissance.

Par ailleurs, le travail avec les assistantes sociales de l'hôpital sur le projet de sortie améliore l'accompagnement à la sortie. Ceci n'est valable qu'en cas d'hospitalisation ; les patients des urgences passent à travers ce processus.

Ces échanges entre les différents intervenants réduisent le sentiment d'isolement dans sa pratique professionnelle. Par ailleurs, la notion d'urgence, en se partageant, se relativise et s'appréhende de manière concertée.

## B. La professionnalisation

### 1/ Les écrits professionnels

Les juges des tutelles n'ont pas de demande spécifique concernant ces écrits mais les associations ont une culture du rapport du fait de nombreux travailleurs sociaux parmi les mandataires. En revanche, le travail sur les écrits professionnels doit être poursuivi en parallèle avec la réflexion sur le positionnement du travailleur social dans le cadre du mandat judiciaire. Par ailleurs, il convient de souligner que des rapports de situations sont remis en cas de survenance d'événements particuliers.

### 2/ Les contrôles

Le contrôle exercé par la service en charge de la cohésion sociale sur la qualité de la prise en charge s'inscrit dans la droite ligne de la réflexion menée par les services. Pour l'UDAF, un référentiel national est en cours d'élaboration. Par ailleurs, les aspects de qualité pourraient être intégrés dans le projet de service.

HAUTES PYRENEES  
Réunion de concertation  
du 20 octobre 2009

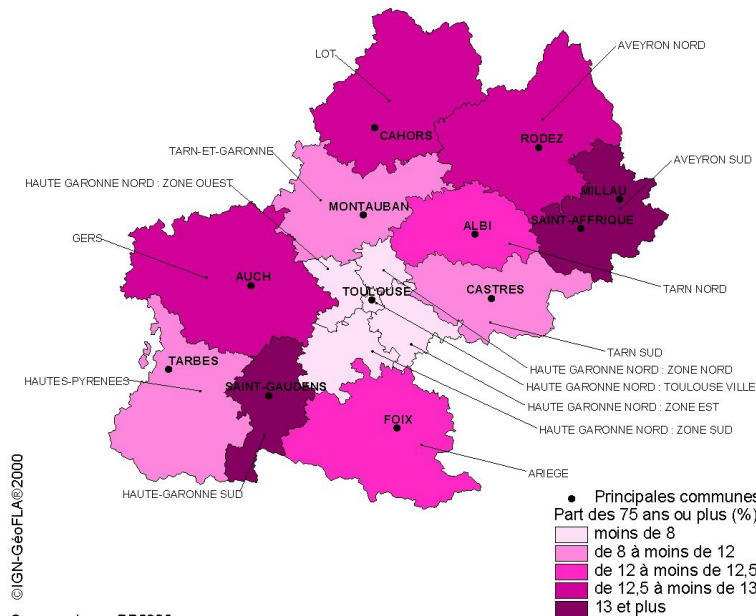
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Une population vieillissante

Les Hautes Pyrénées se caractérisent par l'importance des personnes âgées au-delà de la moyenne de la région Midi Pyrénées avec 11.3 % des 75 ans et plus. Une personne sur 5 a plus de 65 ans dans le département.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006

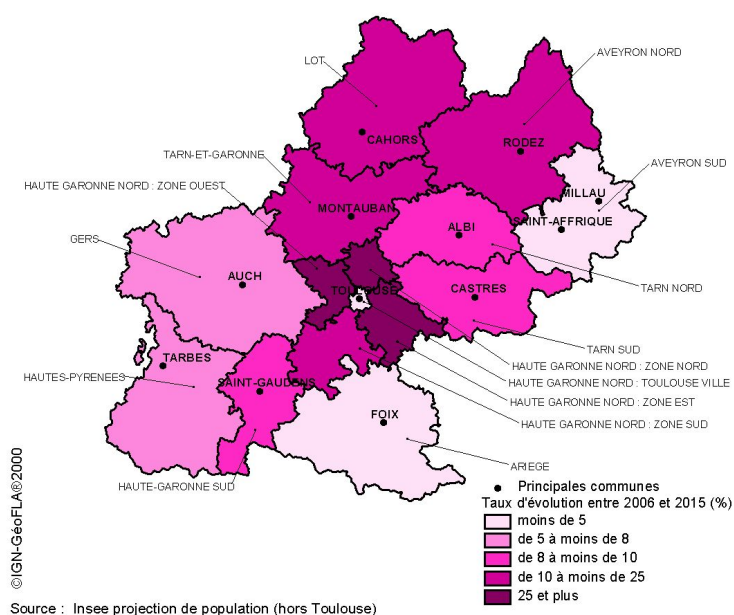


POPULATION 230 500	HAUTES PYRENEES	Région
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	52	61
Part des 75 ans et plus	11.3 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	22 %	19 %
Indice de vieillissement	104.6	83.5

Sources : statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Dans le département, il atteint 104.6.

Evolution des personnes de 75 ans et plus  
entre 2006 et 2015 (%)



Le peuplement de personnes âgées en Hautes Pyrénées se caractérise par une forte migration. L'attractivité de Lourdes comme du Sanatorium n'est pas à minorer dans ces stratégies d'installation. Par ailleurs, le département bénéficie d'un contexte de qualité de vie, sans véritable tension au niveau du logement : les Hautes Pyrénées sont associées à une image positive où la vie même avec de faibles ressources est facilitée. Pour les personnes âgées ce contexte est très favorable puisque selon certaines estimations, 60 % des plus de 60 ans ne seraient pas originaires de la région.

## 2/ Une densité faible : un isolement accru des personnes âgées

Tout comme dans la région, le département associe phénomène de vieillissement et densité de population faible.

L'isolement s'explique en partie par le poids des migrations à la retraite des personnes non originaires de la région : la famille est donc le plus souvent éloignée.

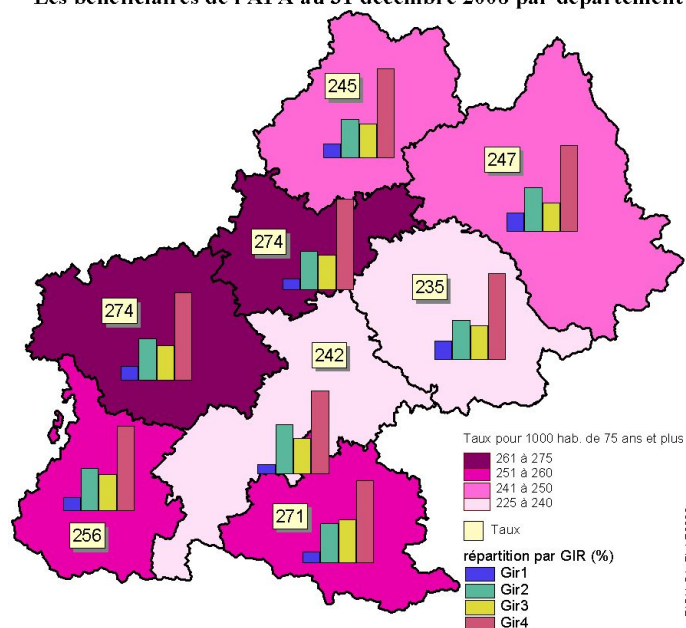
### 3/ Un taux d'équipement important

Enfin, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées est nettement supérieur à la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	110.35
Places de soins à domicile	18.55	20.60
Lits médicalisés	100.03	111.19

### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Avec 256 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe au dessus de la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants.

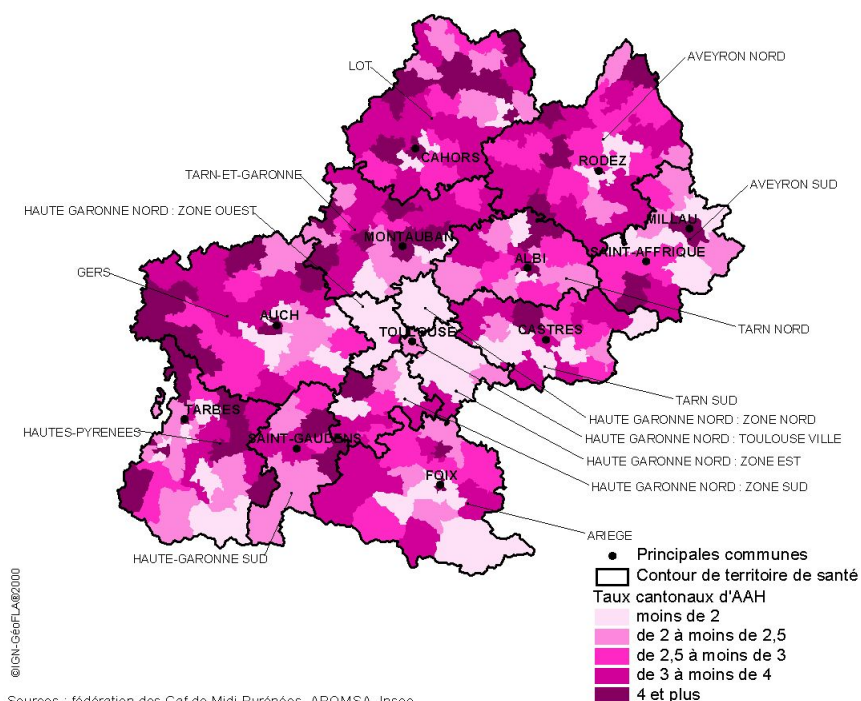


## B. les données démographiques : les personnes handicapées

### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

Les Hautes Pyrénées se caractérisent par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 4.1% ; proportion beaucoup plus importante que la moyenne régionale qui s'élève à 2.8 % .

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH confirme le constat des opérateurs de terrains : le département dispose de structures sociales et médicosociales importantes qui favorisent l'installation des publics.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	2.40
Foyer de vie et FAM	2.38	2.98
ESAT	3.39	5.51

## 2/ Les personnes en errance et les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

L'isolement est aussi celui du lien social : le département véhicule une tradition de solidarité avec les personnes en errance et beaucoup viennent s'y installer. De plus en plus de personnes atteintes de troubles psychiques sont présentes sur le territoire. L'importance des structures sociales et médico-sociales est elle aussi source d'attractivité. Ainsi, l'hôpital psychiatrique de Lannemezan draine une population importante. De nombreux établissements prennent en charge les toxicomanes qui ensuite s'installent sur le département.

Le profil de ces personnes se caractérise par une fragilité et un isolement familial. L'udaf précise qu'elle a été sollicitée pour créer des structures d'accueil pour personnes très déstructurées ou des familles très fragiles. On constate également sur le département une augmentation de pension de famille « sauvages » qui drainent la population sortant notamment des hôpitaux sans solution d'hébergement. Ces personnes sont très fragilisées et peu autonomes. Il ne s'agit pas d'un public qui pourrait relever de la MASP car la combinaison des difficultés (errance, toxicomanie etc.) a parfois entraîné une altération des facultés.

Les mandataires constatent une prise en charge de plus en plus lourde que ne comptabilise pas l'indicateur poids des mesures.

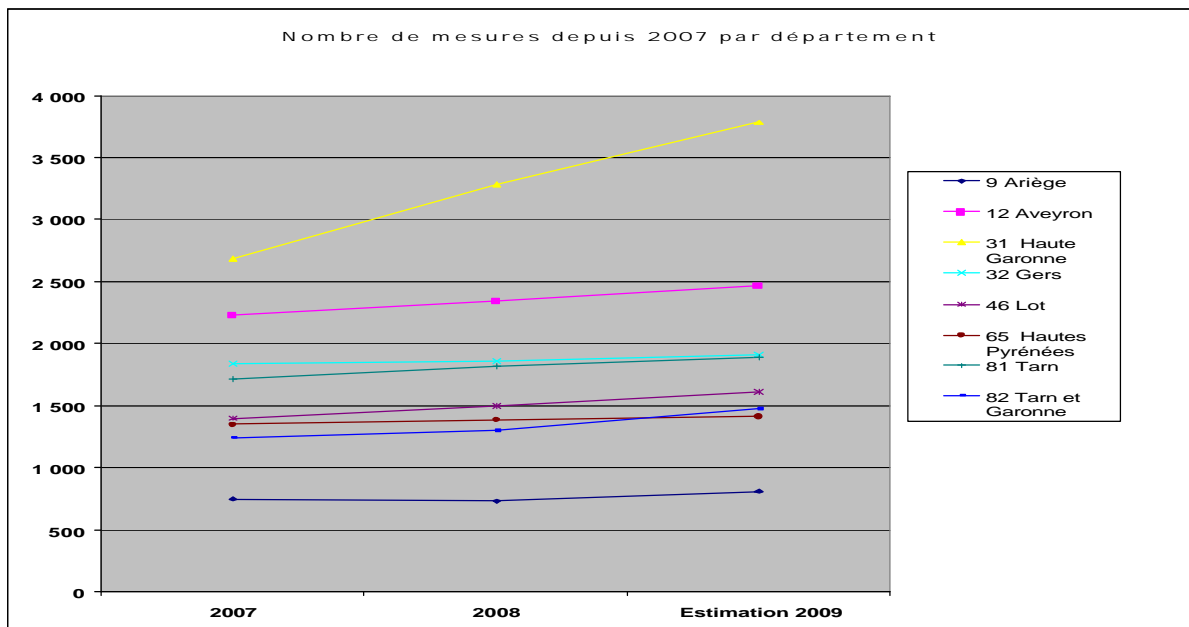
Ces mesures représentent une charge de travail très importante et une vigilance accrue en raison des comportements agressifs voire violents créant du trouble de voisinage, des conflits familiaux.

### C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1/Un nombre de mesures de protection stable

En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélaires donne une indication sur les volumes à venir.

Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2008 est plutôt stable.



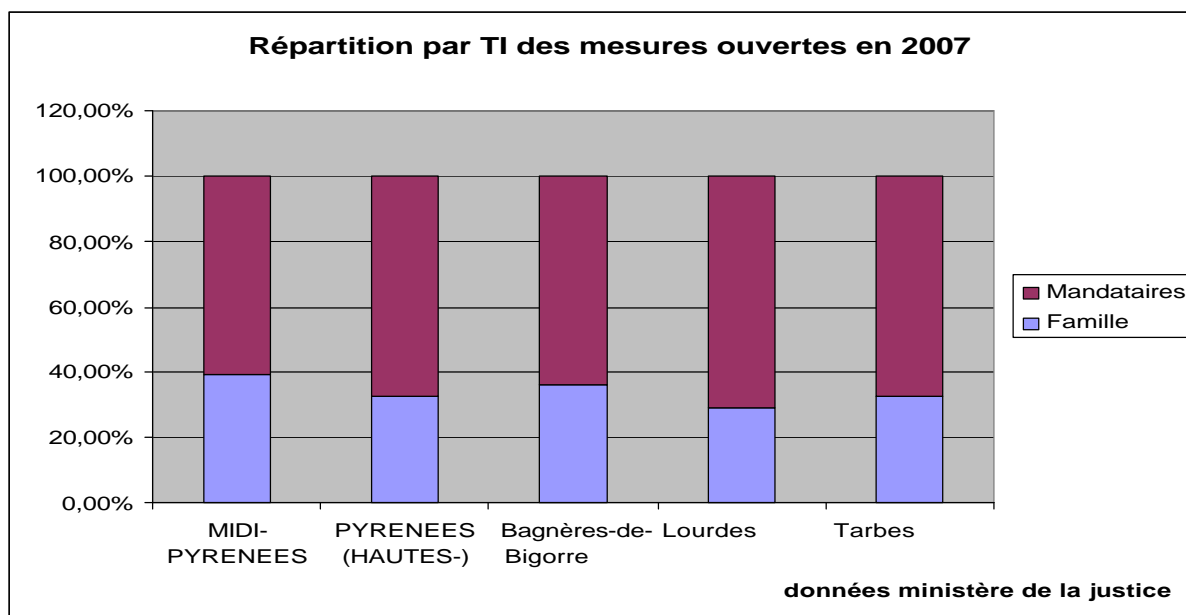
## 2/ Répartition tutelle - curatelle

Les 297 ouvertures de mesures en 2007 sur le département se partagent équitablement entre curatelles (149) et tutelles (148). Pour autant, des disparités sont à constater selon les secteurs. Si Tarbes qui draine les 2/3 de mesures est conforme à cette répartition, les deux autres secteurs, Lourdes et Bagnères de Bigorre présentent des tendances très différentes. A Lourdes, 60 % des ouvertures sont constituées de curatelle alors que seulement 37 % à Bagnères de Bigorre.

### D. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

#### 1/Le recul des tuteurs familiaux

Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 297 mesures ouvertes en 2007 : 97 ont été confiées à la famille, soit une sur trois. Cette tendance est en deçà de la moyenne régionale et confirme le recul des tuteurs familiaux.



Plusieurs facteurs concourent à cette tendance :

Le contexte d'isolement lié aux phénomènes de migrations vers le département déjà évoqué. Le contexte d'isolement pour des motifs de rupture familiale est une caractéristique importante du public sous protection. Le profil de la personne vivant seule et sans entourage est assez courant.

Le choix des familles qui n'arrivent pas à assumer les exigences de technicité administrative et financière.

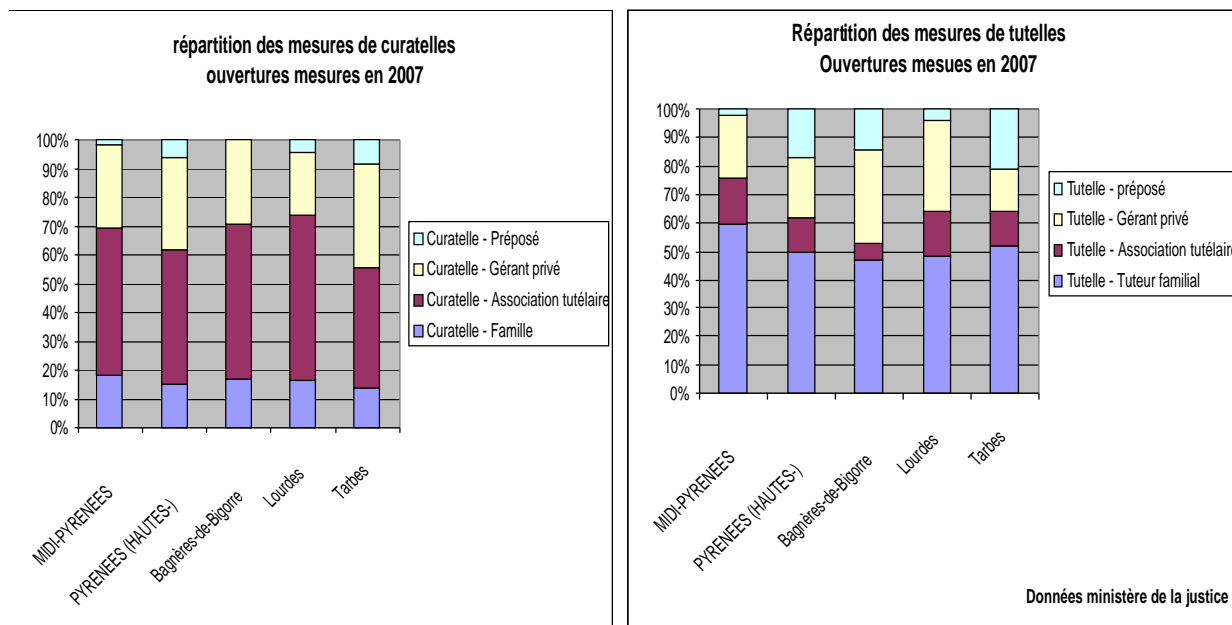
La pratique de certains magistrats viserait à affecter plus spécifiquement le profil des personnes difficiles plutôt aux associations et plutôt les personnes âgées dépendantes ou les jeunes handicapés en excluant les profils agressifs.

## 2/ La répartition entre mandataires

La tutelle est globalement une mesure familiale tandis que la curatelle est plutôt confiée à un mandataire.

Le département se caractérise par une plus forte présence des préposés alors que dans la région cette profession semble chercher une légitimité. L'instance du CEDETPH est un atout important dans cette place de l'activité de préposé. Par ailleurs,

le projet à l'étude d'une convention de 3 établissements de proximité, type EPHAD est une expérimentation à mener. Il conviendra alors d'entamer la réflexion sur la pertinence de la mutualisation de cette activité tout en maintenant l'objectif de maintien de la proximité avec l'utilisateur. Au vu du bilan de ce projet, une transposition pourrait être envisagée sur les autres départements.



## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

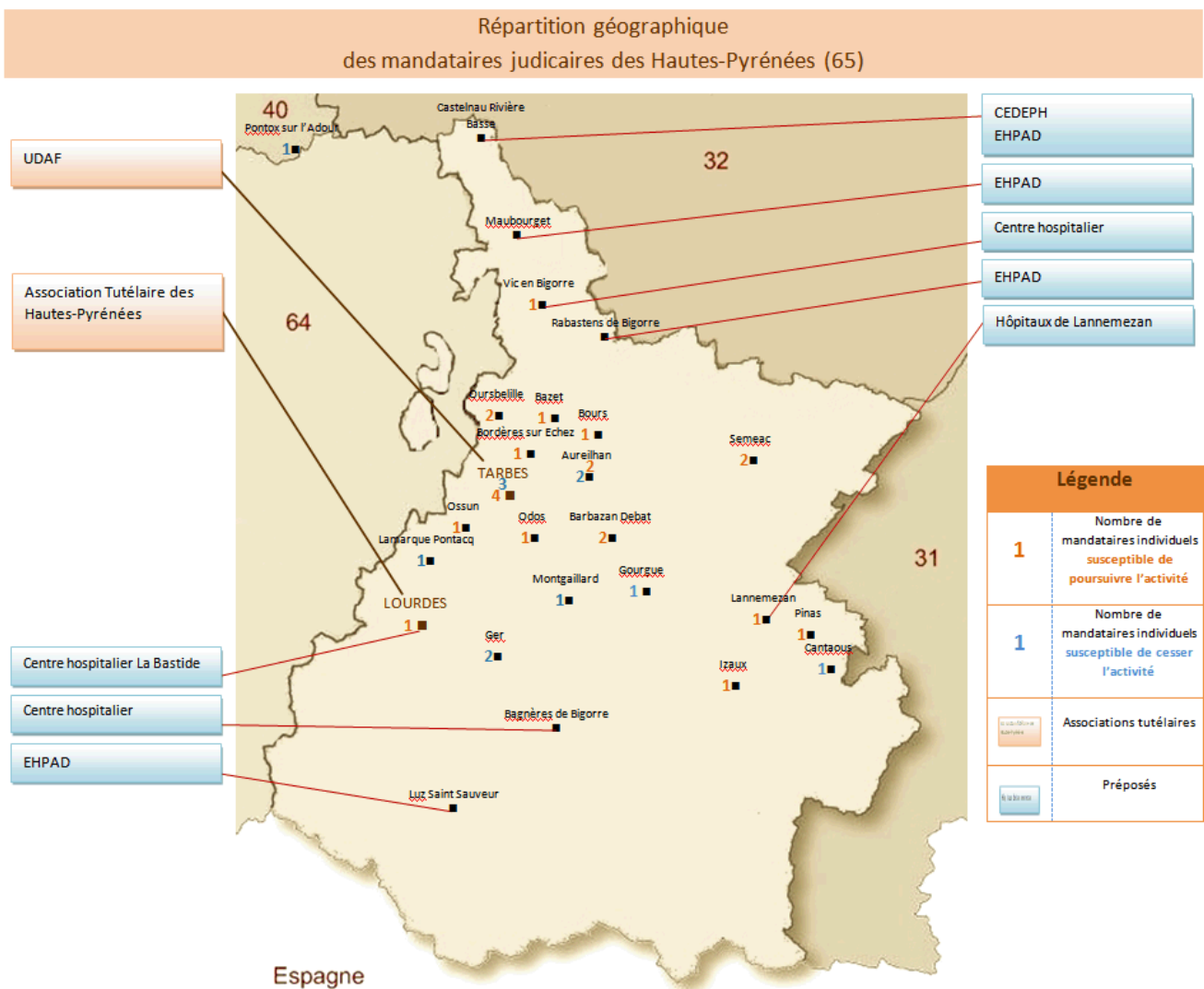
Sur le département, l'UDAF et l'AT ont élaboré deux projets non concrétisés faute de financement. L'AT intervient dans les conseils de la vie sociale des établissements afin d'expliquer la réforme. Les associations répondent ponctuellement à la demande mais la réflexion doit être approfondie selon elles, entre information et formation, information et conseil. Comme dans les autres départements, le greffe du tribunal est régulièrement sollicité par les familles en quête d'information.

### B. La mise en place de la MASP

Le conseil général a opté pour la gestion à l'interne de la MASP 1 et 2 au sein de la mission logement. L'objectif est de

dissocier cet accueil social des autres dispositifs d'accueil sociaux. Du fait de la mise en place récente courant 2009, le public cible est constitué de personnes souffrant de dépression et des bénéficiaires de l'AAH et du RSA. En revanche, les demandes émanant de personnes sans prestations sociales ni altération des facultés mentales, restent sans réponse.

### C. Une répartition géographique équilibrée



La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il

a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

Les mandataires maillent le territoire qui ne souffre pas de zones non couvertes. L'UDAF intervient sur 5 sites. Parallèlement, les mandataires individuels interviennent par visite à domicile et exercent également sur tout le territoire. Ainsi, en dépit de l'habitat dispersé et de la faible densité du territoire, toute mesure peut être prise en charge.

#### D. Une réelle complémentarité entre associations tutélaires, mandataires privés et préposés

Les mandataires privés assurent une proximité géographique avec les usagers. Ils travaillent seuls mais certains ont élaboré des partenariats avec d'autres mandataires. Par ailleurs, la plupart se sont créés un réseau de professionnels (notaires, avocats etc.) La demande est forte en termes d'échange de pratiques et de mutualisation de certains actes (permanences téléphoniques du week end, rapport type etc). Les mandataires individuels sont en demande d'information sur ce qui peut être fait par un délégué remplaçant, notamment en période de congés. Certains délégués ressentent une certaine solitude dans leur pratique.

Au regard des éléments de cartographie, il s'avère que le département ne risque pas de subir une déperdition importante du nombre de ses mandataires privés en raison de la nouvelle réglementation. Le nombre de mandataires individuels doit être maintenu et les zones d'intervention préservées.

L'association pyrénéenne des mandataires judiciaires à la protection des majeurs (APMJM) comprend 22 membres qui ont tous suivi la formation. Certains mandataires ne font pas partie de l'association et cette latitude doit être maintenue afin de laisser le libre choix de l'activité.

Les mandataires individuels s'organisent principalement en visites à domicile ou dans l'établissement. Des permanences

sont également possibles au siège de l'association. L'organisation tend vers une sectorisation afin d'éviter des frais de déplacement. Ponctuellement, des personnes peuvent être reçues dans les locaux du tribunal.

Les services mandataires interviennent sur la totalité du département avec une organisation autour de permanences sur Tarbes, Madiran, Lourdes et de visites à domicile ou en établissements.

Les préposés exercent dans plusieurs établissements. Ils assurent une permanence téléphonique quotidiennement et physique deux fois par mois dans les annexes et permanences dédiées.

Actuellement du fait de la stagnation des mesures, associations et mandataires sont en attente de nouvelles affectations. Aussi, en l'état de la demande, l'offre de mandataires ne nécessite pas de développement particulier.

### III. Prise en charge des mesures de protection :

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ Le certificat médical

Du fait du profil de plus en plus démunis des personnes, le coût du certificat médical de 160 € est un frein à la démarche. Pour les mandataires, aborder la question du coût peut être compliqué dans une prise en charge fondée sur la relation de travail et de confiance avec l'usager dès lors qu'il faut demander des justificatifs d'absence de ressource.

Il est à noter qu'en cas d'impécuniosité de la famille, le financement de ce certificat par l'Etat est assuré pleinement.

Le certificat pose également le problème du nombre et des spécialités des médecins inscrits sur la liste du procureur. Dans le département, les magistrats ont pallié au déficit de médecins par une politique volontariste de communication qui a porté ses fruits. La liste des médecins s'est étoffée et surtout la plupart des spécialités est représentée : gériatrie, psychiatrie, spécialistes du handicap.



## 2/ la coordination des intervenants

La proximité avec l'utilisateur engendre parfois une surenchère de la demande à laquelle les mandataires ne peuvent pas répondre ce qui peut générer tantôt de la culpabilité et tantôt des reproches de la part des familles des usagers. Le risque d'épuisement professionnel peut alors émerger et notamment pour les cas les plus lourds.

La constitution d'un groupe de travail sur l'usure au travail est envisagée afin de réfléchir à ces questions. Dans ce cadre des réflexions sur les pratiques professionnelles et des échanges techniques devraient réunir les trois types de professionnels.

### B. La professionnalisation

#### 1/ Les écrits professionnels

Les juges des tutelles ont souhaité la communication d'un rapport social joint au compte de gestion. Le contenu de ce rapport rappelle le déroulement des événements marquants durant l'année. Parallèlement chaque incident fait l'objet d'une information du magistrat.

#### 2/ Les contrôles

Un document de cadrage du contrôle exercé par les services en charge de la cohésion sociale sur la qualité de la prise en charge pourra être élaboré en lien avec les juges qui souhaitent être associés à la démarche.

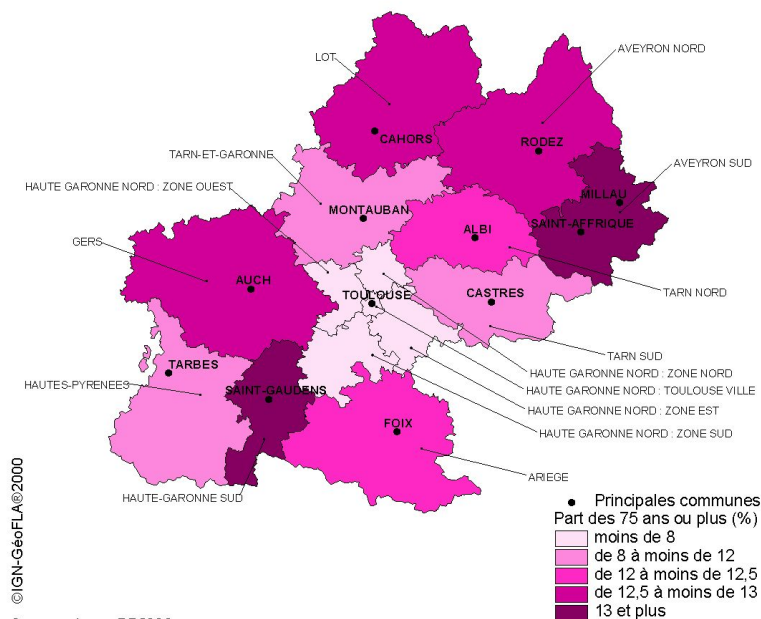
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/ Une population vieillissante

Le Tarn se rapproche de la moyenne régionale au niveau des indicateurs socio démographique du fait du poids d'Albi dont la proximité de Toulouse tend à attirer une population jeune et urbaine. Néanmoins les indicateurs de vieillissement restent élevés avec une part prédominante dans le Nord. Plus d'une personne sur deux a plus de 65 ans.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006

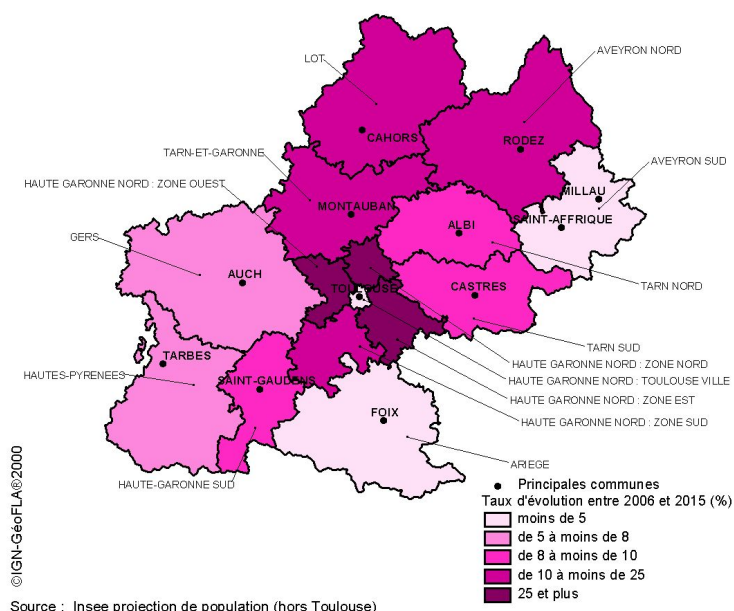


POPULATION : 364 999	TARN sud	TARN nord	Région
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	60.6	65.3	61
Part des 75 ans et plus	11.2 %	12 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	21.5 %	22.7 %	19 %
Indice de vieillissement	94.9	104.9	83.5

Sources : statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Dans le département, il atteint 94.9, dans le sud et 104.9 dans le nord.

Evolution des personnes de 75 ans et plus entre 2006 et 2015 (%)



## 2/ La densité

Contrairement au profil des autres départements, le Tarn présente une densité de population proche de la région. La disparité s'explique par la forte urbanisation d'Albi et par une population rurale très importante laquelle ne sollicite pas forcément les dispositifs sociaux et médico-sociaux.

## 3/ Un taux d'équipement important

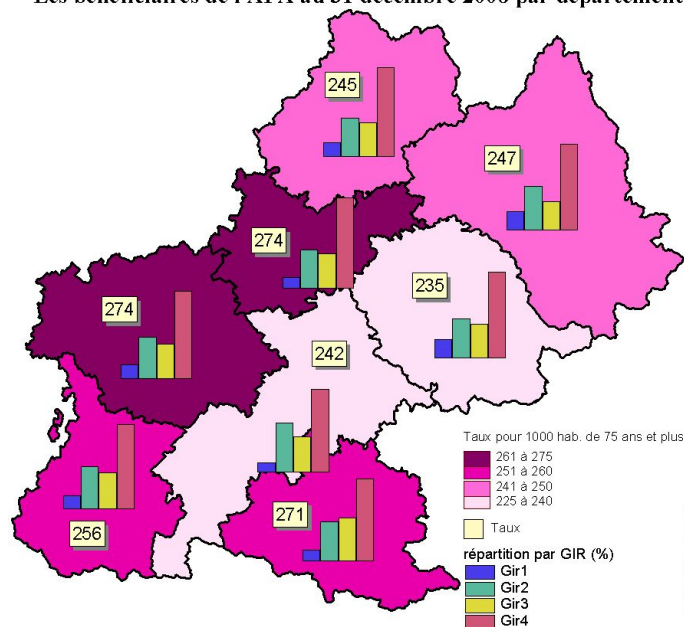
Enfin, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour

personnes âgées est plutôt supérieur à la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Equipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	122.89
Places de soins à domicile	18.55	17.28
Lits médicalisés	100.03	120.25

#### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Avec 235 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe au dessous de la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants. Le Tarn est le département qui compte le moins de bénéficiaires de l'APA dans la région. Une hypothèse d'explication s'oriente autour du profil des personnes âgées ne sollicitant pas d'aides dans la crainte d'un retour sur succession.

## 5/ La fragilité financière des personnes âgées

	TARN sud	TARN nord	Région
Proportion d'ASPA	3.8 %	4.1 %	4.6 %

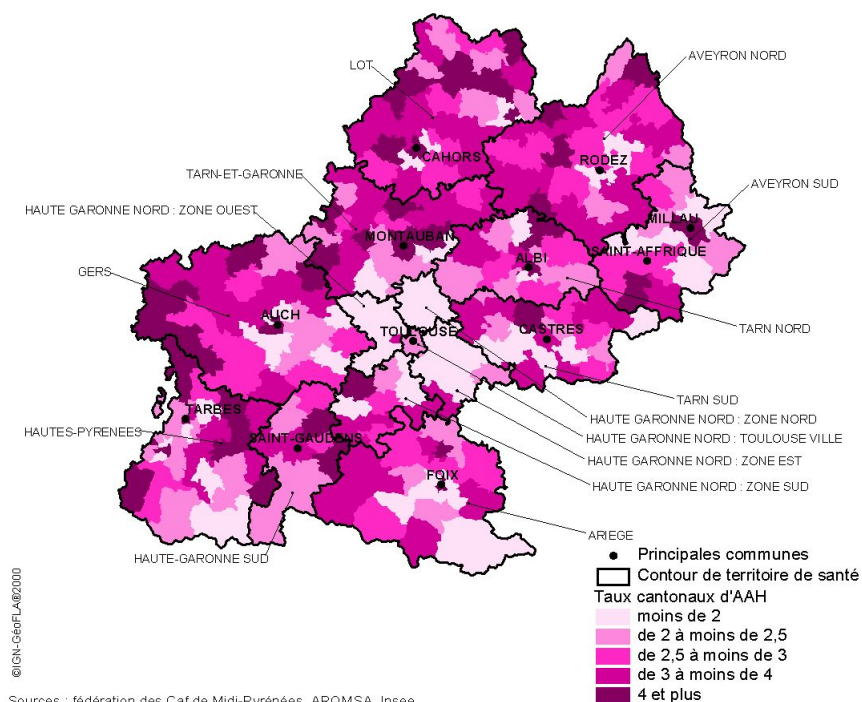
Le Tarn compte une forte population agricole qui possède un patrimoine rural très important mais sans revenu conséquent.

B. les données démographiques : les personnes handicapées

### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

Le Tarn se caractérise par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 2.9% dans le sud du département et 3.8 % dans le nord ; proportion plus importante que la moyenne régionale qui s'élève à 2.8 %. La disparité entre le nord et le sud est aussi reliée aux autres indicateurs sociodémographiques.

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La corrélation entre taux d'équipement (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH participe du taux supérieur du nombre de bénéficiaires de l'AAH.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	1.02
Foyer de vie et FAM	2.38	2.96
ESAT	3.39	3.97

## 2/ Les personnes en errance et les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

La population jeune de moins de 30 ans bénéficiant d'une mesure de protection est de plus en plus difficile à prendre en charge en raison de son caractère volatile. La mesure non acceptée par le majeur protégé génère de l'agressivité et de la frustration. Pour ces accompagnements, il est primordial d'assurer un travail en réseau entre les différents professionnels.

Ces mesures requièrent une charge de travail très importante et une vigilance accrue en raison des comportements agressifs voire violents créant troubles de voisinage et conflits familiaux.

Ces situations nécessitent des accompagnements très lourds que ne comptabilise pas l'indicateur poids des mesures. Plusieurs stratégies sont mises en place en cas de risque :

Renoncer à la visite lorsqu'elle est susceptible de générer de l'agressivité ;

S'appuyer sur l'interlocuteur privilégié dans le village : le maire qui connaît bien tous ses administrés ;

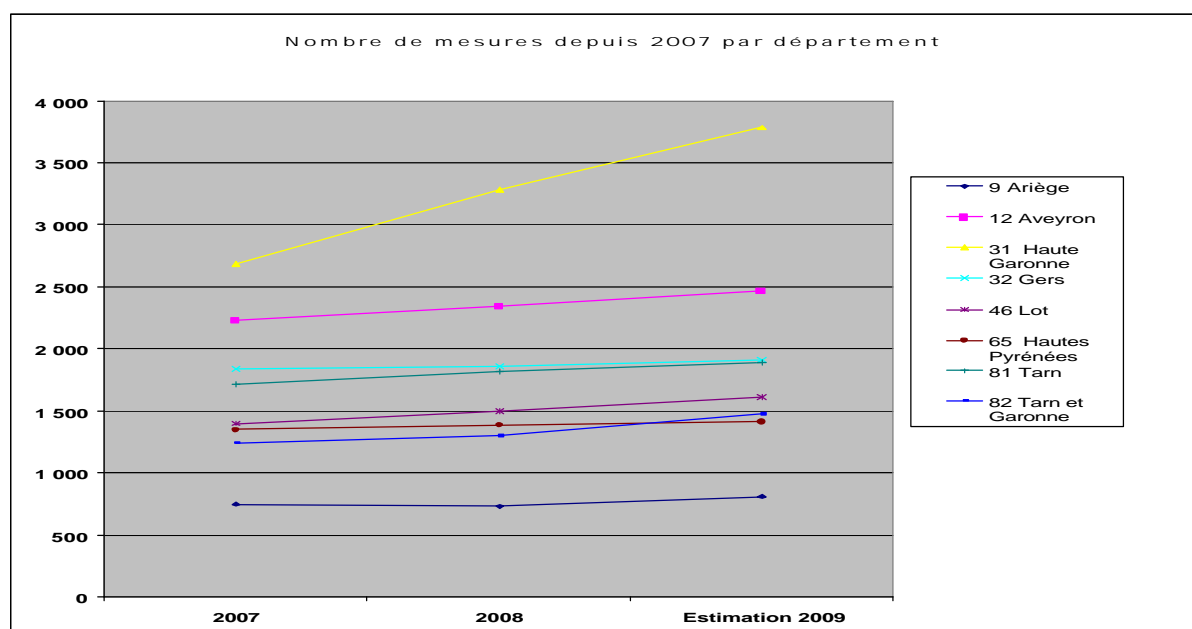
Faire la visite en binôme.

## C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

### 1/ Un nombre de mesures de protection en légère augmentation

En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélares donne une indication sur les volumes à venir.

Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2008 est en légère augmentation.



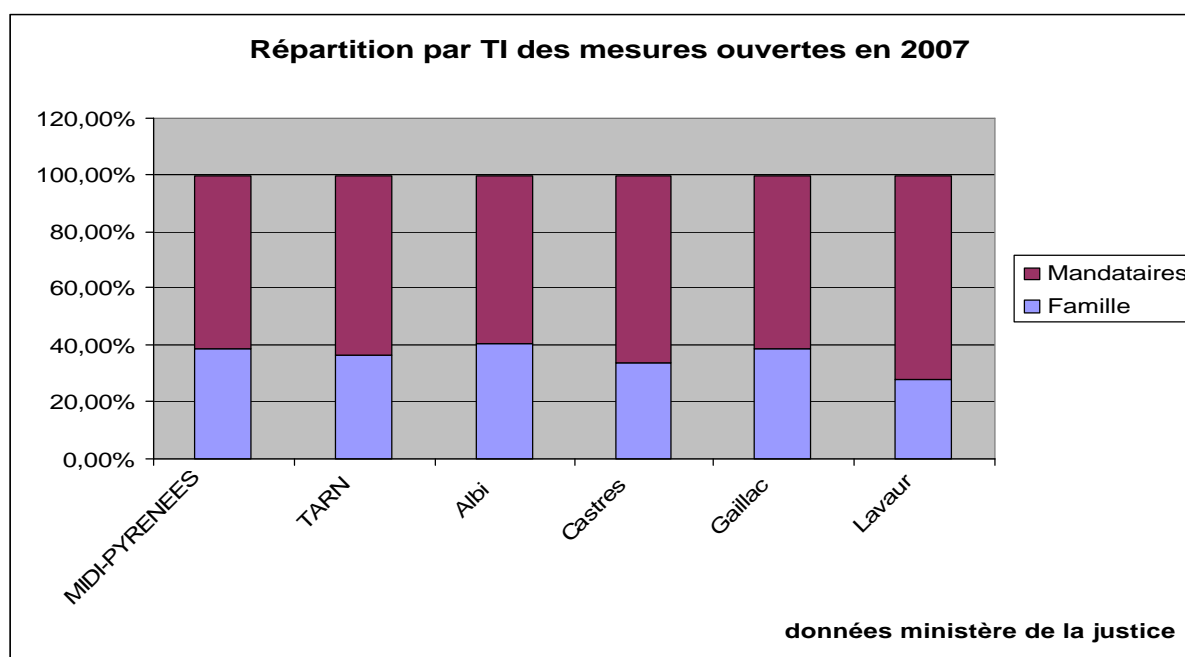
### 2/ Répartition tutelle - curatelle

Les 469 ouvertures de mesures en 2007 sur le département sont réparties quasi équitablement entre curatelles (243) et tutelles (226). Pour autant, des disparités sont à constater selon les secteurs. Sur Albi qui draine les 40 %, on constate cette répartition départementales. Sur les autres secteurs, la répartition est plus contrastée. A Castres, sur 150 mesures, 59 % sont constituées de curatelle alors que Gaillac seulement 28 %.

## D. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

### 1/Le recul des tuteurs familiaux

Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 469 mesures ouvertes en 2007 : 171 ont été confiées à la famille, soit une sur trois. Cette tendance est légèrement inférieure à la moyenne régionale et participe du constat du recul des tuteurs familiaux.



Si le principe demeure de privilégier la famille, il s'avère que cette règle est inapplicable quand la famille est dépassée. Par ailleurs en cas de désaccord entre les membres de la famille, le recours à tiers professionnel apaise les tensions.

Les niveaux de revenus sont également un motif qui peut inciter à confier les mesures aux mandataires : en cas de difficultés financières et sociales de la famille, le soutien d'un mandataire semble plus adapté. A l'inverse, quand il y a nécessité d'actes patrimoniaux, les mandataires disposent d'une technicité plus adaptée.

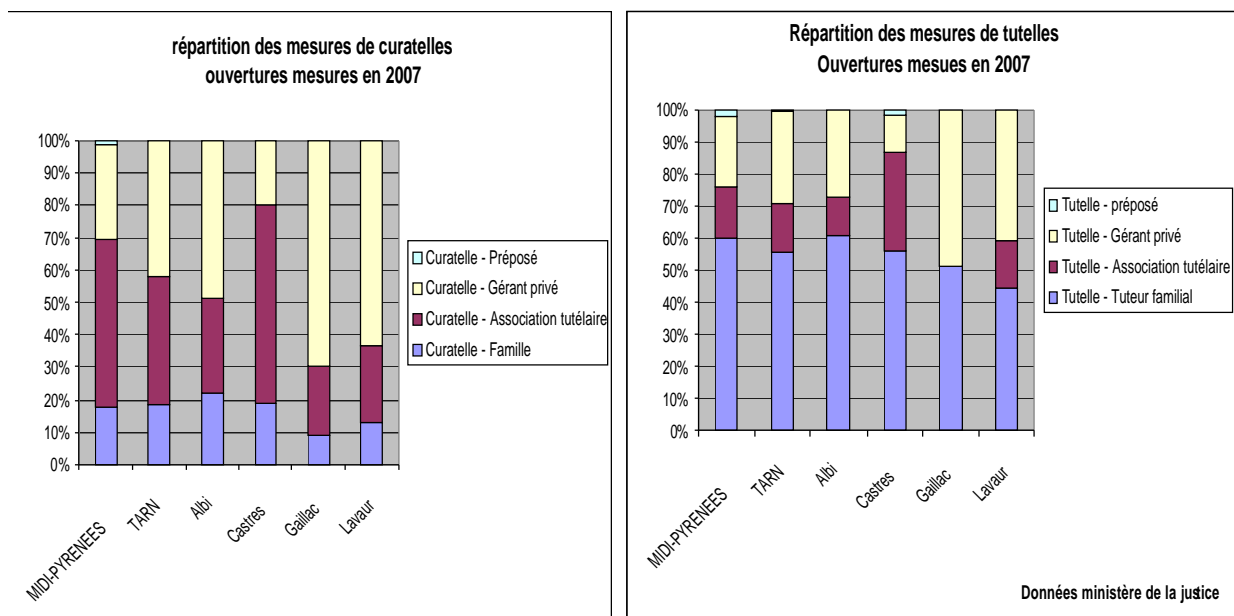
Par ailleurs, les familles elles-mêmes ne souhaitent parfois pas exercer la mesure et préfèrent voir confier cette tâche à un professionnel pour éviter des erreurs.



Dans le Tarn, est constaté également, un nombre significatif de familles vieillissantes assurant la protection d'un de leur membre. Ces personnes ont beaucoup de difficulté à accepter de confier à un tiers cette gestion d'une partie de leur vie privée. Pourtant ce vieillissement risque d'entraîner à terme deux mesures, celle du tuteur familial vieillissant et celle du protégé.

## 2/ La répartition entre mandataires

Si on constate que ces mesures sont majoritairement confiées à des mandataires, il faut distinguer les deux types de mesures. La tutelle est globalement familiale tandis que la curatelle plutôt de la compétence d'un mandataire.



Le département se caractérise par le poids important des mandataires individuels avec des disparités importantes selon les secteurs. Ainsi, sur Gaillac, le recours à l'associatif en 2007 est plutôt faible tandis que sur Castres, l'association tutélaire est davantage privilégiée.

A noter également l'absence en 2007 d'affectation de mesures nouvelles aux préposés. Ils constatent une réduction de leurs mesures et avancent que certains magistrats ont des réticences vis-à-vis de leur intervention.

Par ailleurs, certains établissements ne sont pas adaptés à une prise en charge par le préposé notamment dans les hôpitaux psychiatriques où le séjour peut être court. A l'inverse dans des

établissements de très long séjour, type MAS, recourir plutôt à un tiers extérieur peut palier l'absence de contact familial. L'indépendance vis-à-vis de la direction du préposé est de nouveau réaffirmée dans leur pratique quotidienne.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

Sur le département, une permanence quotidienne de 10 H à 12 H est proposée aux familles soit par téléphone soit sur rendez vous. Une plaquette est également à disposition comme relais de l'information. Actuellement, cette permanence se finance sur fond propre ce qui limite son développement. De son côté, le greffe demeure une source importante de renseignements pour les familles.

### B. La mise en place de la MASP

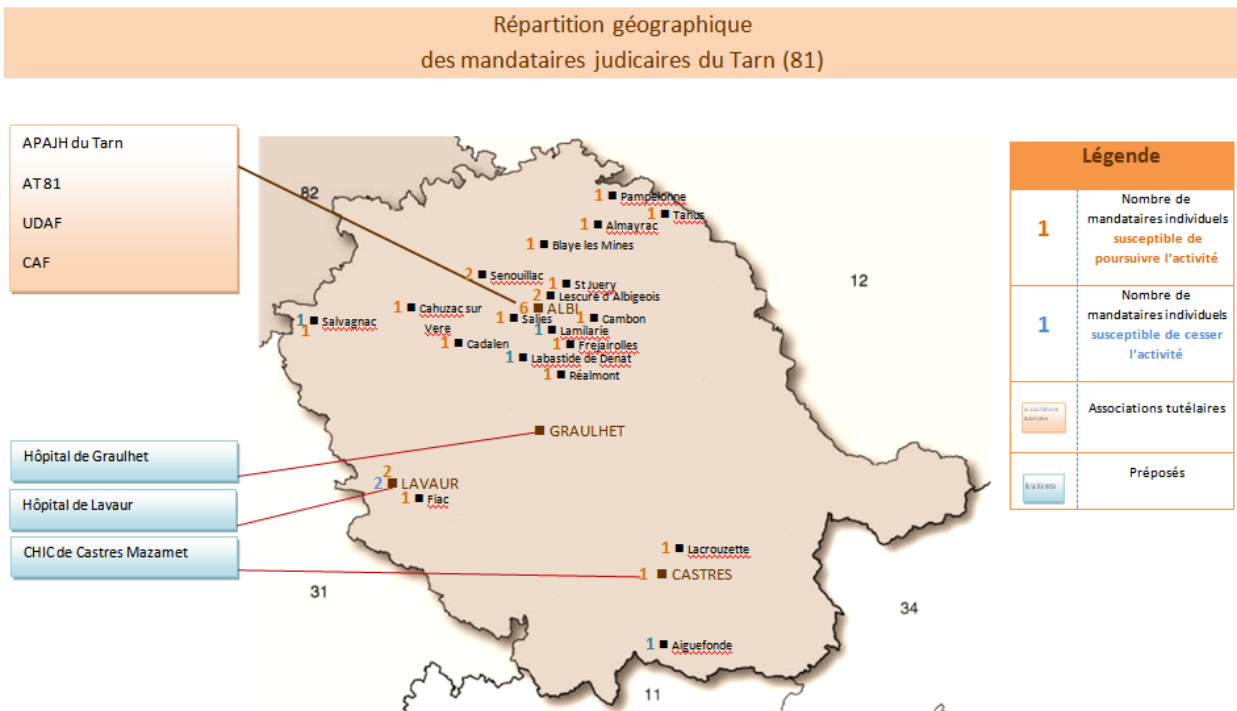
Le conseil général a opté pour la gestion à l'interne de la MASP 1 avec recrutement d'une CESF. Pour la MASP 2, une délégation de gestion a été conclue avec les associations conventionnées sur une volumétrie conséquente : 30 dossiers par délégués.

Actuellement les TPSA sont toutes transformées en MAJ en l'attente de la mise en place de la MASP. La question des demandeurs de MASP non bénéficiaires de prestations sociales est également posée.

### C. Une répartition géographique équilibrée

La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux

services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.



Au regard des éléments de cartographie, il s'avère que le département ne risque pas de subir une déperdition importante du nombre de ses mandataires privés en raison de la nouvelle réglementation. Leur nombre et leur répartition doivent être maintenus tant en terme quantitatif qu'en zone d'intervention.

Le nombre de mandataires ne devrait que peu diminuer en raison de l'âge et de l'exigence de formation. Selon l'association des mandataires individuels, il devrait rester une vingtaine de professionnels ce qui en l'état de la demande semble suffisant. Actuellement, les mandataires sont en quête de mesures et aucune mesure n'est en attente d'affectation.

Le département est entièrement couvert par les mandataires. Pour les services trois conditions doivent être remplies :

- présence sur tout le territoire,
- maintien de la proximité,
- pluridisciplinarité pour répondre à toutes demandes.

Le fonctionnement par antennes demeure ici efficient car assure une maîtrise des coûts kilométriques et réduit les pertes de temps de transport. Les permanences sont aussi assurées dans les CMP, les CCASS afin de couvrir tout le territoire.

Les mandataires individuels précisent leur zone d'intervention afin de limiter ces déplacements : soit le nord ou le sud du département, soit la zone de Castres ou d'Albi, soit pour certains, la totalité du département.

### III. Prise en charge des mesures de protection :

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ Le certificat médical

Contrairement aux autres départements, le coût du certificat médical n'est pas avancé comme argument de renoncement à la demande de protection. Le Parquet d'Albi peut se saisir lui-même pour mandater le médecin spécialiste. Le nombre de médecins s'il est suffisant dans le nord souffre de pénurie dans le sud du département.

##### 2/ la coordination des intervenants

La proximité avec l'utilisateur engendre parfois une surenchère de la demande à laquelle les mandataires ne peuvent pas répondre ce qui peut générer tantôt de la culpabilité et tantôt des reproches de la part des familles des usagers. Le risque d'épuisement professionnel peut alors émerger et notamment dans les cas les plus lourds.

Un groupe de travail sur l'usure au travail est envisagé afin de réfléchir à ces questions. Dans le prolongement des réflexions sur les pratiques professionnelles et des échanges techniques devraient réunir les trois types de professionnels.

## B. La professionnalisation

### 1/ La formation

Dans les associations, le plan de formation est établi jusqu'en 2011. Dans les UDAF, la formation est mutualisée et les groupes sont constitués.

La nécessité d'un double CNC pour la formation de DPF et de mandataire judiciaire pose la question de l'allongement du temps de formation qui risque d'augmenter les coûts liés au remplacement du personnel en formation.

Les interlocuteurs s'interrogent : la professionnalisation va-t-elle déboucher sur la délivrance d'une carte professionnelle ?

### 2/ Les écrits professionnels

#### a- la notice d'information

Ce document peut être un support adéquat pour cadrer l'intervention du mandataire et notamment poser ses limites. Ce document peut rappeler le cadre légal de l'intervention :

- le rôle du tuteur
- le fonctionnement du service
- Les sites d'accueil et les horaires
- Les voies de recours

L'objectif est d'être le plus transparent. Dans cet écrit, il semble important de contractualiser la fréquence des visites.

#### b- Les rapports remis au juge.

Les juges des tutelles ont fait la demande d'un rapport social joint au compte de gestion. Le contenu de ce rapport rappelle le déroulement des événements marquants durant l'année. Parallèlement chaque incident fait l'objet d'une information du magistrat.

### 3/ Les contrôles

Le contrôle sur la qualité de la prise en charge est appréhendé comme un moteur de l'activité. La réflexion sur la qualité de la prise en charge fait l'objet d'une évaluation interne à l'UDAF autour d'un référentiel.

TARN ET GARONNE  
Réunion de concertation  
du 13 octobre 2009

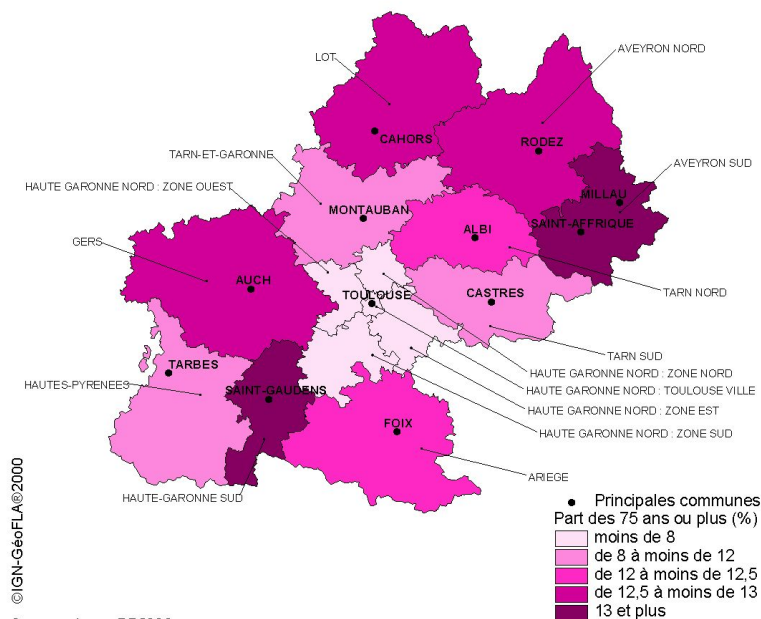
I. Les besoins concernant la protection des majeurs vulnérables

A. Les données démographiques : le vieillissement de la population

1/. Une population vieillissante

Le Tarn et Garonne se rapproche de la moyenne régionale au niveau des indicateurs socio démographiques du fait du poids de Montauban dont la proximité de Toulouse tend à attirer une population plus jeune et urbaine. Néanmoins, la population de plus de 75 ans représente 11.6 %, caractéristique d'un département âgé.

Part de la population des 75 ans ou plus  
au 01/01/2006

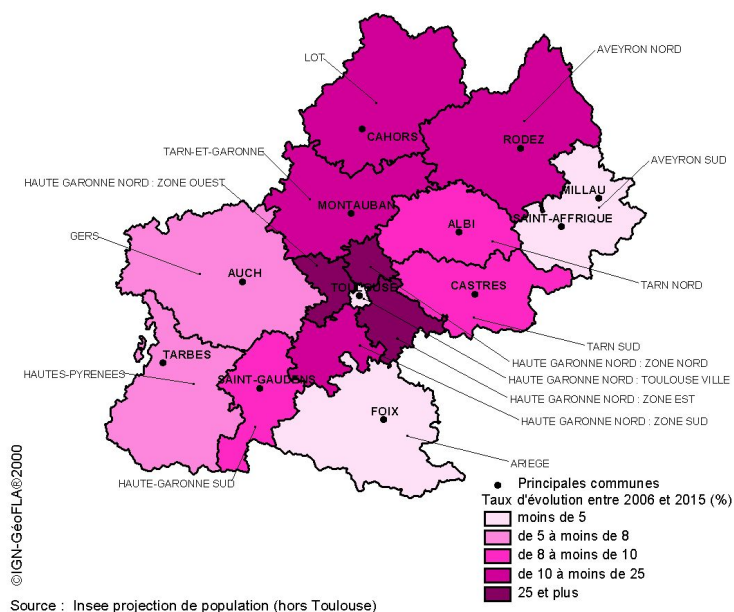


POPULATION : 222 999	Tarn et Garonne	Région
Densité (hab. /km <sup>2</sup> )	60	61
Part des 75 ans et plus	11.6 %	9.8 %
Part des 65 ans et plus	20.3 %	19 %
Indice de vieillissement	85.8	83.5

Sources : statiss 2008

L'indice de vieillissement, rapport du nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, s'établit à 83,5 en Midi Pyrénées. Dans le département, il atteint 85.8, soit proche de la moyenne régionale.

Evolution des personnes de 75 ans et plus entre 2006 et 2015 (%)



## 2/ La densité de population

Contrairement au profil des autres départements, le Tarn et Garonne présente une densité proche de la région. A noter toutefois, la forte urbanisation de Montauban en proximité de Toulouse qui se distingue d'une population rurale très importante ne sollicitant pas forcément les dispositifs sociaux et médico-sociaux.

## 3/ Un taux d'équipement important

Enfin, le taux d'équipement en structures d'hébergement pour

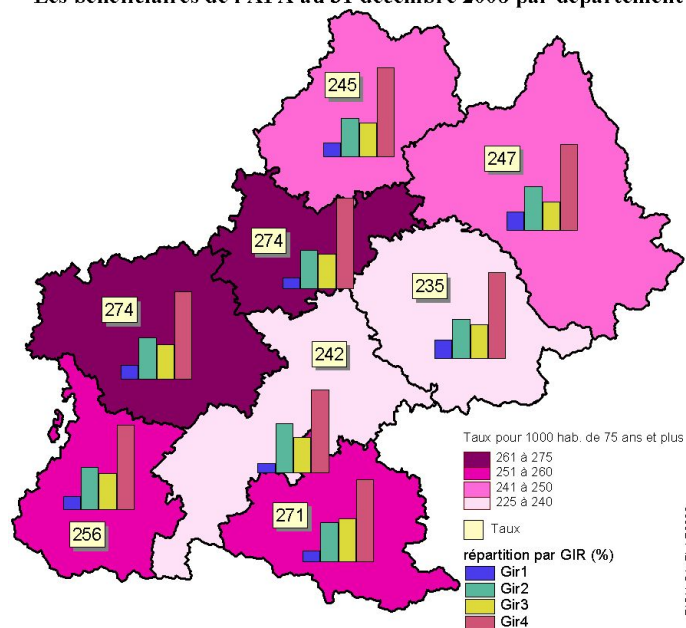
personnes âgées est plutôt supérieur à la moyenne régionale avec en janvier 2007:

Équipement	Région	département
Structure d'hébergement complet	115.94	122.89
Places de soins à domicile	18.55	17.28
Lits médicalisés	100.03	120.25

Se dessine un profil de personnes âgées plutôt à domicile mais isolées dans les campagnes nécessitant un temps de transport important de la part des mandataires ainsi que beaucoup de souplesse pour répondre à une demande de lien social.

#### 4/ Une population âgée de plus en plus dépendante

Les bénéficiaires de l'APA au 31 décembre 2008 par département



Source : Conseils Généraux - Exploitation DRASS

Avec 274 bénéficiaires de l'APA pour 1 000 habitants de 75 ans et plus, le département se situe au dessus de la moyenne régionale établie à 246 bénéficiaires pour 1000 habitants.

#### 5/ La fragilité financière des personnes âgées

On note parmi cette population âgée, une véritable fragilité financière avec 5.4 % de bénéficiaires du minimum vieillesse



contre 4.6 % dans toute la région. Ce minimum social est davantage présent dans les départements ruraux. Avec l'Ariège, le Tarn et Garonne fait partie des 20 départements français les plus touchés par la pauvreté des plus de 65 ans.

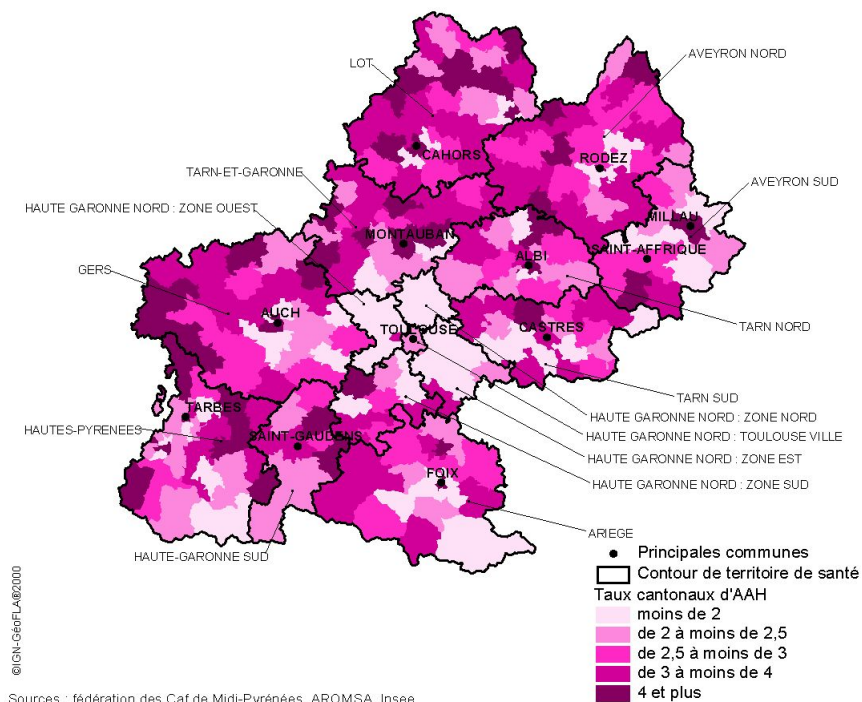
	Tarn et Garonne	Région
Proportion d'ASPA	5.4 %	4.6 %

## B. les données démographiques : les personnes handicapées

### 1/ Un nombre d'allocataires de l'AAH supérieur à la moyenne régionale

Le département se caractérise par la part élevée d'allocataires de l'AAH parmi la population âgée de 20 à 59 ans : 3.7% ; proportion plus importante que la moyenne régionale qui s'élève à 2.8 % .

AAH en 2007.  
Part des allocataires AAH parmi la population des 20 à 59 ans



La corrélation entre taux d'équipement en foyer de vie et FAM (nombre de places pour 1 000 adultes entre 20 et 59 ans) et proportion d'allocataires d'AAH explique en partie ces taux élevés.

Equipement	Région	département
MAS	1.11	0.62
Foyer de vie et FAM	2.38	5.10
ESAT	3.39	2.72

## 2/ Les personnes en errance et les majeurs protégés atteints de troubles psychiques

Les services se voient confier davantage les personnes de moins de 60 ans présentant des maladies psychiques ou psychiatriques. Les mandataires sont plutôt concentrés sur la prise en charge des personnes âgées plus isolées.

Plus globalement les prises en charge s'alourdissent du fait de la complexification des problèmes qui souvent se cumulent : le handicap de plus en lourd, les problèmes sociaux et familiaux. Le contexte d'appauvrissement général est à prendre en compte dans l'évolution des mesures et de leur prise en charge.

Les mandataires constatent une augmentation des HDT. Au-delà du comportement agressif de certains majeurs protégés, le nomadisme entre mandataires ne facilite pas la prise en charge de ces populations.

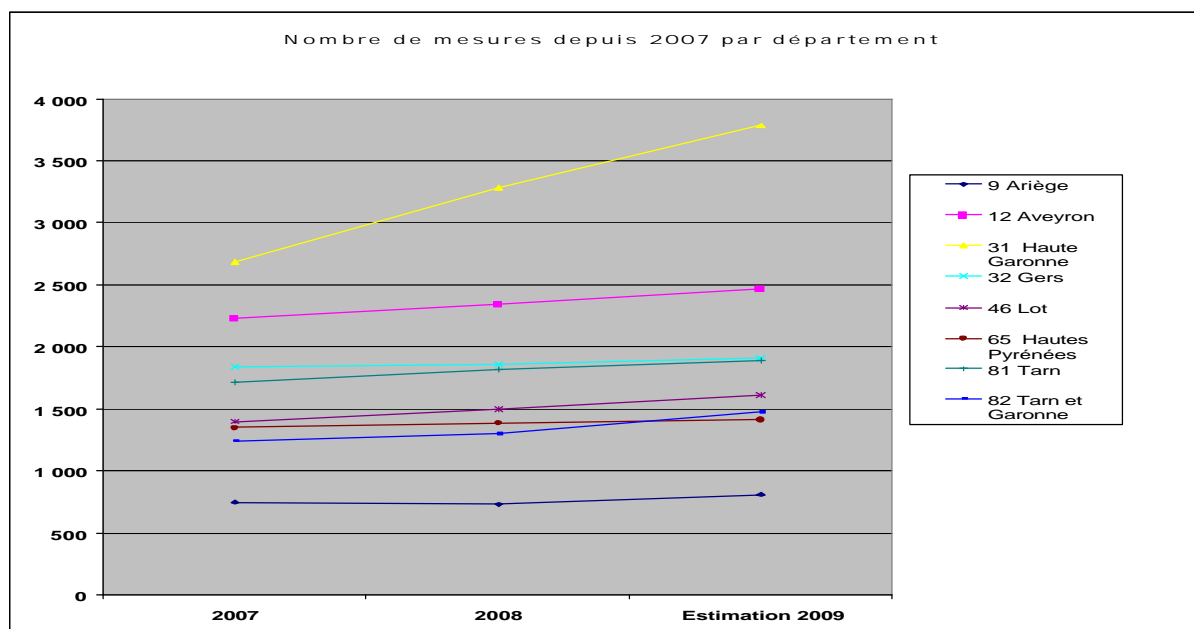
Aussi, le poids de la mesure ne rend pas compte de la lourdeur de ces prises en charge.

### C. Le nombre et le type de mesures, indicateurs de besoins

#### 1/Un nombre de mesures de protection en augmentation

En l'absence de statistique globale sur le nombre total de mesures, une projection à partir des remontées établies par les services tutélaires donne une indication sur les volumes à venir.

Pour le département, le nombre de mesures entre 2007 et 2009 est en légère augmentation.



## 2/ Répartition tutelle - curatelle

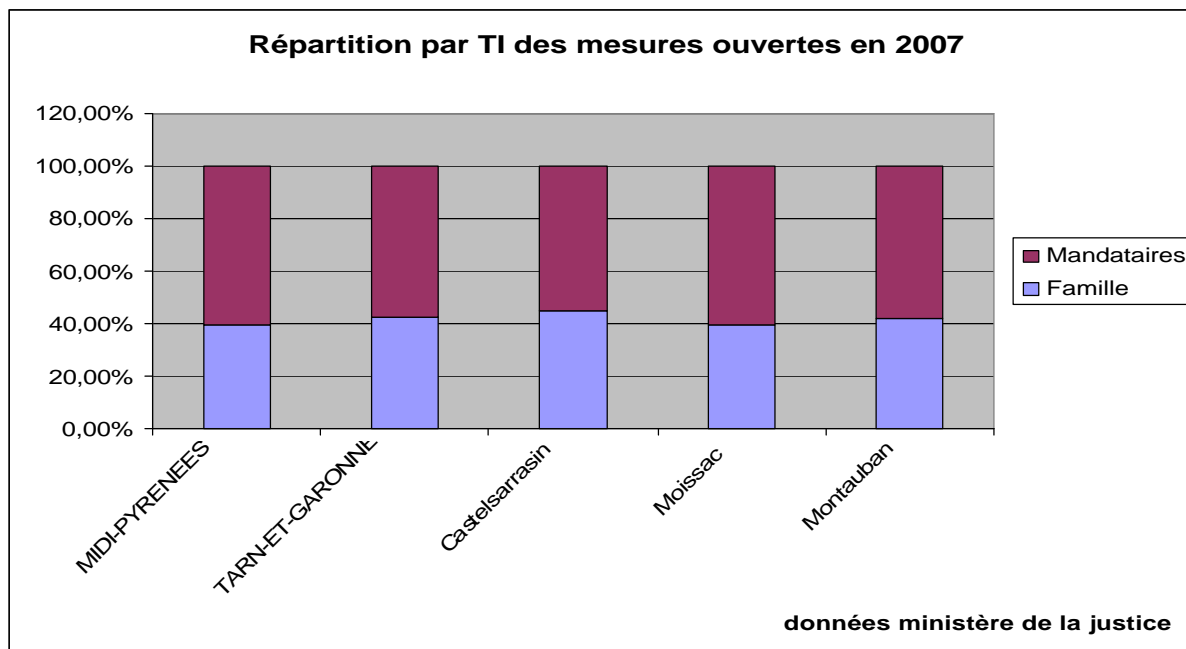
Les 342 ouvertures de mesures en 2007 sur le département se partagent équitablement comme pour la région entre curatelles (181) et tutelles (161). Il est à noter que sur le secteur de Moissac dont la volumétrie est faible, la part des curatelles représente près de 60 % des mesures ouverte en 2007.

D. La répartition des mesures entre mandataires et tuteurs familiaux

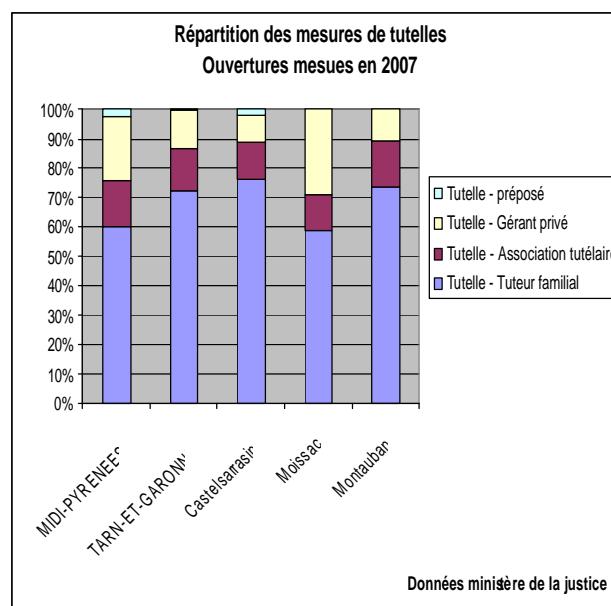
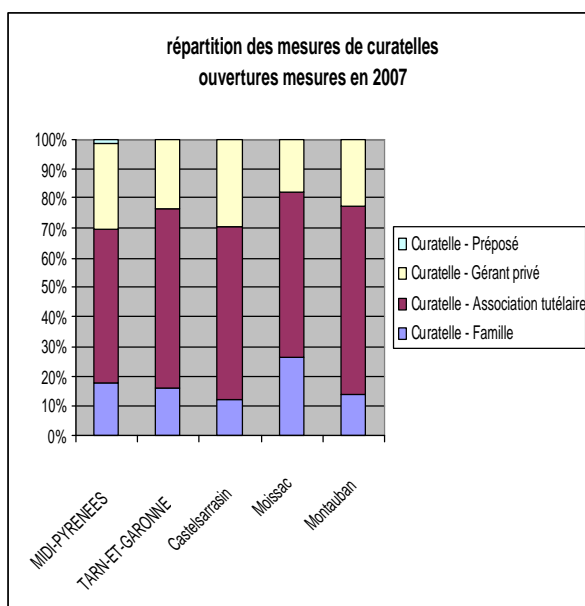
### 1/Le recul des tuteurs familiaux

Selon les données du Ministère de la justice, le département recense 342 mesures ouvertes en 2007 : 145 ont été confiées à la famille, soit une sur quatre. Cette tendance est identique la moyenne régionale et participe du constat du recul des tuteurs familiaux dans la prise en charge des membres de leur famille.

Les acteurs constatent un recul des solidarités familiales dû en partie au contexte d'appauvrissement de toute la famille. De plus en plus de ménages connaissent des difficultés ce qui obère leurs possibilités de venir en aide aux autres membres de la famille.



## 2/ La répartition entre mandataires



Si les mesures sont majoritairement confiées à des mandataires, il faut distinguer les deux types de mesure. La

tutelle est globalement familiale tandis que la curatelle plutôt de la compétence d'un mandataire.

Cette caractéristique constaté au plan régional est plus fortement marquée sur le département.

Le département se caractérise par le poids important des mandataires associatifs et notamment sur la curatelle.

A noter également la quasi absence en 2007 d'affectation de mesures nouvelles aux préposés.

## II. L'offre : l'organisation du secteur tutélaire

### A. Soutien technique aux tuteurs familiaux

Sur le département, une démarche originale a été mise en place sous l'égide d'un partenariat tuteurs familiaux et l'AT 82 en février 2009.

Ce soutien s'articule sur deux niveaux :

Une permanence d'informations tenue par un délégué à la tutelle afin d'aider à la mise en œuvre de la mesure. L'information est délivrée soit par téléphone soit à la suite d'un rendez-vous physique.

Constituer une mallette du tuteur familial qui comprendrait les informations et outils utiles dans la mise en œuvre d'une mesure.

Actuellement la permanence se finance sur le fond spécial et le service est gratuit. Toutefois, le principe de gratuité demeure en réflexion et l'idée de créer une prestation de service prélevée sur la personne protégée, ordonnée par le juge, est à l'étude.

Les juges sont partie prenante du projet.

Les préposés sont également beaucoup en contact avec les familles et participent ainsi de cette mission de soutien.

## B. La mise en place de la MASP

Le conseil général a mis en place la mesure au 1<sup>er</sup> janvier 2009 en s'appuyant sur les travailleurs sociaux des 12 territoires du département. Les CESF se sont appropriées cette mesure qui transite au préalable par le médiateur centralisé qui est le même quels que soient les aides du CG. Cela donne une bonne vision des difficultés de la famille. Le médiateur instruit et présente le dossier. La MASP se déroule sur 6 mois ; actuellement 35 MASP sont ouvertes. Le mode contractuel en suscitant l'adhésion de la personne est un levier pertinent pour régler certaines difficultés. Le mode de fonctionnement est sensiblement identique à la TPSA excepté qu'en l'absence d'adhésion la TPSA était très adaptée.

## C. Une répartition géographique équilibrée

### Répartition géographique des mandataires judiciaires du Tarn-et-Garonne (82)



La projection relative au nombre de mandataires individuels poursuivant leur activité après avoir satisfaits aux exigences de la nouvelle réglementation est difficile à établir précisément du

fait de l'absence de données objectives exploitables. La cartographie présentée part de l'hypothèse suivante : la totalité des personnes mentionnées reflète l'arrêté préfectoral tel qu'il a été reconduit. Les personnes susceptibles de cesser l'activité sont celles qui n'ont pas adressé les annexes financières aux services de l'Etat en charge de la cohésion sociale, donc ne sollicitant aucun financement public. Dès lors, il est supposé que ces personnes, soit n'ont plus de mesures, soit vont cesser d'exercer. Toutefois, cette hypothèse comporte plusieurs biais et notamment celui des mandataires dont le financement est assuré en totalité par les revenus de la personne protégée.

Au regard des éléments de cartographie, il s'avère que le département ne risque pas de subir une déperdition importante du nombre de ses mandataires privés en raison de la nouvelle réglementation. Le nombre de mandataires individuels et leur répartition doivent être maintenus tant en terme quantitatif qu'en zone d'intervention.

Le nombre de mandataires ne devrait que peu diminuer en raison de l'âge et de l'exigence de la formation. Selon l'association des mandataires individuels, 15 ont commencé la formation.

Le département est entièrement couvert par les mandataires.

Du fait des temps de trajet importants, les mandataires individuels délimitent leur zone d'intervention dans un rayon de 50 km.

### III. Prise en charge des mesures de protection

#### A. Freins et échanges de bonnes pratiques

##### 1/ Le certificat médical

Le coût du certificat médical reste un frein dans la demande de mesures. Par ailleurs, le nombre de médecins spécialistes inscrit sur la liste du Procureur n'est pas suffisant. La conséquence est le ralentissement de la mise en place des nouvelles mesures.

## 2/ La coordination des intervenants

Les mandataires individuels reconnaissent avoir de plus en plus de difficultés à instaurer des limites auprès des protégés. Certains possèdent leur adresse et peuvent se présenter au domicile : la sphère privée se mélange à la sphère professionnelle. La question de la limite est donc cruciale d'autant plus avec les profils d'usagers très déstructurés. Par ailleurs, dans les situations de maladies psychiatriques, les mandataires ne se sentent pas soutenus par les médecins qui ne les reconnaissent pas comme des interlocuteurs. Il semble donc important de travailler sur la clarification des rôles et des responsabilités de chacun.

Au sein de l'association des mandataires, un travail sur les modes de fonctionnement est en cours. Le développement du réseau doit avoir pour objectif de trouver le bon interlocuteur pour une question spécifique.

La demande est forte sur un pilotage et sur la mutualisation. La mutualisation doit se fonder sur des intérêts communs sans enjeu financiers et matériels.

### B. La professionnalisation

#### 1/ Les écrits professionnels

Les rapports remis au juge se composent de notes de situation. En cas de problème, une demande d'audience est sollicitée. Les écrits professionnels sont des comptes rendus factuels. La question de la neutralité est posée.

#### 2/ Les contrôles

Le contrôle sur la qualité de la prise en charge doit être appréhendé sur deux axes : l'organisation du travail et l'accompagnement proprement dit.



## ANNEXES

STATISTIQUES 2007 DU MINISTÈRE  
DE LA JUSTICE RELATIVES AUX  
OUVERTURES DE MESURES

REMONTEES D'ACTIVITÉ DES  
SERVICES TUTELAIRES 2007-2009

BIBLIOGRAPHIE

PAR REGION - DEPARTEMENT - TRIBUNAL D'INSTANCE

REGION-DEPARTEMENT-TI	TOTAL	CURATELLE										TUTELLE											
		Total Curatelle		Curatelle - Famille		Curatelle - Association tutélaire		Curatelle - Gérant privé		Curatelle - préposé		Total Tutelle		Tutelle - Conseil de famille		Tutelle - Tuteur familial		Tutelle - Association tutélaire		Tutelle - Gérant privé		Tutelle préposé	
France	66 562	32 450	48,75%	6 361	19,60%	19 725	60,78%	5 780	17,81%	585	1,80%	34 111	51,25%	80	0,23%	20 781	60,92%	7 251	21,26%	4 416	12,94%	1 584	4,62%
MIDI-PYRENEES	3 388	1 668	49,23%	296	17,74%	861	51,64%	488	29,27%	23	1,35%	1 720	50,77%	4	0,24%	1 026	59,66%	275	16,00%	376	21,83%	39	2,31%
ARIEGE	234	100	42,53%	18	17,62%	36	36,64%	46	45,74%	0	0,00%	134	57,47%	0	0,00%	72	53,72%	2	1,50%	58	43,29%	2	1,49%
Foix	100	34	34,00%	4	12,03%	12	34,34%	18	53,63%	0	0,00%	66	66,00%	0	0,00%	38	57,58%	0	0,00%	27	40,91%	1	1,50%
Pamiers	72	39	53,51%	5	12,56%	25	64,37%	9	23,07%	0	0,00%	33	46,49%	0	0,00%	17	51,49%	2	6,05%	14	42,46%	0	0,00%
Saint-Girons	62	27	43,55%	9	31,85%	0	0,00%	18	68,15%	0	0,00%	35	56,45%	0	0,00%	17	48,57%	0	0,00%	17	48,57%	1	2,86%
AVEYRON	406	208	51,17%	42	20,39%	54	25,95%	111	53,66%	0	0,00%	198	48,83%	0	0,00%	112	56,48%	31	15,76%	55	27,76%	0	0,00%
Espalion	50	26	52,00%	1	5,29%	8	31,35%	16	63,37%	0	0,00%	24	48,00%	0	0,00%	11	45,83%	2	8,33%	11	45,83%	0	0,00%
Millau	68	28	41,18%	5	17,86%	7	23,81%	16	58,33%	0	0,00%	40	58,82%	0	0,00%	17	42,50%	3	7,50%	20	50,00%	0	0,00%
Rodez	162	96	59,43%	29	29,84%	2	1,68%	66	68,48%	0	0,00%	66	40,57%	0	0,00%	48	72,58%	0	0,00%	18	27,42%	0	0,00%
Saint-Affrique	39	20	52,52%	0	0,00%	15	75,00%	5	25,00%	0	0,00%	18	47,48%	0	0,00%	7	39,18%	11	60,82%	0	0,00%	0	0,00%
Villefranche-de-Rouergue	87	37	42,53%	7	19,56%	22	59,86%	8	20,58%	0	0,00%	50	57,47%	0	0,00%	29	58,00%	15	30,00%	6	12,00%	0	0,00%
GARONNE (HAUTE-)	1 174	523	44,60%	87	16,71%	318	60,70%	110	20,95%	9	1,63%	650	55,40%	3	0,46%	406	62,50%	107	16,52%	125	19,29%	8	1,25%
Muret	155	48	31,12%	11	23,30%	28	58,48%	9	18,21%	0	0,00%	107	68,88%	0	0,00%	62	58,50%	25	23,58%	19	17,92%	0	0,00%
Saint-Gaudens	156	84	53,85%	8	9,11%	37	43,48%	31	37,23%	9	####	72	46,15%	1	1,39%	38	52,78%	13	18,06%	15	20,83%	5	6,94%
Toulouse	769	349	45,43%	57	16,45%	226	64,63%	66	18,92%	0	0,00%	420	54,57%	2	0,48%	266	63,40%	67	16,03%	81	19,38%	3	0,70%
Villefranche-de-Lauragais	94	42	44,68%	11	26,53%	27	65,01%	4	8,47%	0	0,00%	52	55,32%	0	0,00%	40	76,92%	2	3,85%	10	19,23%	0	0,00%
GERS	242	137	56,66%	27	19,75%	104	75,68%	3	2,07%	3	2,50%	105	43,34%	0	0,00%	59	55,92%	38	36,34%	6	5,84%	2	1,96%
Auch	103	72	69,63%	14	19,82%	51	71,40%	3	3,98%	3	4,79%	31	30,37%	0	0,00%	18	58,01%	11	35,52%	1	3,26%	1	3,27%
Condom	62	23	37,10%	2	8,70%	21	91,30%	0	0,00%	0	0,00%	39	62,90%	0	0,00%	20	51,28%	18	46,15%	1	2,56%	0	0,00%
Lectoure	32	15	47,97%	0	0,00%	15	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	17	52,03%	0	0,00%	12	75,18%	2	12,06%	2	12,77%	0	0,00%
Mirande	46	27	60,13%	11	39,83%	17	60,17%	0	0,00%	0	0,00%	18	39,87%	0	0,00%	8	44,71%	7	38,82%	2	10,98%	1	5,43%
LOT	225	127	56,70%	25	19,85%	74	58,04%	27	20,89%	2	1,22%	97	43,30%	0	0,00%	62	63,85%	22	22,76%	13	13,39%	0	0,00%
Cahors	97	51	52,58%	9	17,10%	22	42,27%	19	37,58%	2	3,05%	46	47,42%	0	0,00%	27	58,70%	9	19,57%	10	21,74%	0	0,00%
Figeac	63	39	61,90%	12	29,74%	22	56,41%	5	13,85%	0	0,00%	24	38,10%	0	0,00%	18	75,00%	4	16,67%	2	8,33%	0	0,00%
Gourdon	65	37	57,81%	5	13,27%	30	81,25%	2	5,48%	0	0,00%	27	42,19%	0	0,00%	17	62,74%	9	33,51%	1	3,75%	0	0,00%

REGION- DEPARTEMENT- TI	TOTAL	CURATELLE										Total Tutelle		Tutelle Conseil de famille	
		Total Curatelle		Curatelle - Famille		Curatelle - Association tutélaire		Curatelle - Gérant privé		Curatelle - préposé					
PYRENEES (HAUTES-)	297	149	50,17%	22	15,03%	70	46,89%	48	32,05%	9	6,02%	148	49,83%	0	0,00%
Bagnères-de- Bigorre	54	20	37,04%	3	16,96%	11	53,57%	6	29,46%	0	0,00%	34	62,96%	0	0,00%
Lourdes	62	37	59,68%	6	16,49%	21	57,57%	8	21,89%	2	4,05%	25	40,32%	0	0,00%
Tarbes	181	92	50,83%	13	14,03%	38	41,15%	34	36,70%	7	8,13%	89	49,17%	0	0,00%
TARN	469	243	51,75%	45	18,53%	96	39,61%	102	41,86%	0	0,00%	226	48,25%	1	0,49%
Albi	191	99	51,83%	22	21,88%	29	29,45%	48	48,67%	0	0,00%	92	48,17%	0	0,00%
Castres	150	89	59,11%	17	18,98%	54	61,40%	17	19,62%	0	0,00%	61	40,89%	0	0,00%
Gaillac	60	17	28,33%	2	8,82%	4	21,57%	12	69,61%	0	0,00%	43	71,67%	0	0,00%
Lavaur	68	38	55,98%	5	13,10%	9	23,36%	24	63,54%	0	0,00%	30	44,02%	1	3,74%
TARN-ET- GARONNE	342	181	52,92%	29	15,92%	109	60,48%	43	23,60%	0	0,00%	161	47,08%	0	0,00%
Castelsarrasin	106	52	49,06%	6	12,14%	30	58,42%	15	29,44%	0	0,00%	54	50,94%	0	0,00%
Moissac	58	34	58,62%	9	26,47%	19	55,88%	6	17,65%	0	0,00%	24	41,38%	0	0,00%
Montauban	178	95	53,37%	13	14,21%	60	63,26%	21	22,53%	0	0,00%	83	46,63%	0	0,00%

source : RGC,  
SDSE

DACS, PEJC

OUVERTURES DE REGIME DE PROTECTION 2007,  
SELON LE MODE DE GESTION DE LA MESURE

PAR REGION - DEPARTEMENT -  
TRIBUNAL D'INSTANCE

REGION-DEPARTEMENT-TI	TOTAL	Gestion			
		Famille		Mandataires	
		nombre	%	Nombre	%
France	66 562	27 222	40,90%	39 340	59,10%
MIDI -PYRENEES	3 388	1 327	39,15%	2 062	60,85%
ARIEGE	234	90	38,36%	144	61,64%
Foix	100	42	42,09%	58	57,91%
Pamiers	72	22	30,66%	50	69,34%
Saint-Girons	62	26	41,29%	36	58,71%
AVEYRON	406	154	38,01%	252	61,99%
Espalion	50	12	24,75%	38	75,25%
Millau	68	22	32,35%	46	67,65%
Rodez	162	76	47,18%	86	52,82%
Saint-Affrique	39	7	18,60%	32	81,40%
Villefranche-de-Rouergue	87	36	41,65%	51	58,35%
GARONNE (HAUTE-)	1 174	497	42,34%	677	57,66%
Muret	155	74	47,55%	81	52,45%
Saint-Gaudens	156	47	29,91%	109	70,09%
Toulouse	769	325	42,33%	443	57,67%
Villefranche-de-Lauragais	94	51	54,41%	43	45,59%
GERS	242	86	35,43%	156	64,57%
Auch	103	32	31,42%	70	68,58%
Condom	62	22	35,48%	40	64,52%
Lectoure	32	12	39,11%	19	60,89%
Mirande	46	19	41,77%	27	58,23%
LOT	225	87	38,90%	137	61,10%
Cahors	97	36	36,83%	61	63,17%
Figeac	63	30	46,98%	33	53,02%
Gourdon	65	22	34,14%	43	65,86%
PYRENEES (HAUTES-)	297	96	32,46%	201	67,54%
Bagnères-de-Bigorre	54	19	35,91%	35	64,09%
Lourdes	62	18	29,19%	44	70,81%
Tarbes	181	59	32,54%	122	67,46%

TARN	469	171	36,50%	298	63,50%
Albi	191	78	40,66%	113	59,34%
Castres	150	51	34,04%	99	65,96%
Gaillac	60	24	39,17%	37	60,83%
Lavaur	68	19	27,87%	49	72,13%
TARN-ET-GARONNE	342	145	42,34%	197	57,66%
Castelsarrasin	106	47	44,63%	59	55,37%
Moissac	58	23	39,66%	35	60,34%
Montauban	178	74	41,85%	104	58,15%

## INDICATEURS DES ASSOCIATIONS TUTELAIRES

Services mandataires judiciaires à la protection des majeurs

Répartition des personnes en fonction de la perception ou non d'une prestation sociale et en fonction de la perception ou non d'une prestation sociale

	TOTAL des personnes									
	Sans Prestation sociale	AAH et ses compléments	API	ALS et APL versées directement à la personne	RSA	RMI	APA	Prestation de compensation du handicap ou allocation compensatrice	Allocation de solidarité aux personnes âgées ou Minimum vieillesse	Allocation supplémentaire d'invalidité
9 Ariège	24,2%	46,8%	0,1%	6,6%	0,0%	3,6%	2,3%	0,1%	2,9%	3,5%
12 Aveyron	41,9%	31,8%	0,0%	2,6%	0,0%	2,7%	5,7%	0,6%	2,6%	0,9%
31 Haute Garonne	31,8%	41,5%	0,3%	1,9%	0,0%	3,8%	4,4%	1,3%	5,1%	4,1%
32 Gers	25,0%	47,2%	0,1%	8,0%	0,1%	1,3%	4,6%	1,3%	1,4%	2,2%
46 Lot	27,0%	41,6%	0,5%	4,2%	0,0%	1,5%	6,0%	1,7%	4,7%	2,6%
65 Hautes Pyrénées	8,5%	60,5%	0,1%	2,9%	0,0%	1,9%	3,0%	0,4%	6,3%	4,8%
81 Tarn	15,9%	47,1%	0,0%	4,6%	0,1%	4,4%	7,3%	1,0%	10,4%	2,7%
82 Tarn et Garonne	17,8%	54,7%	0,5%	6,4%	0,0%	3,4%	4,1%	1,2%	4,8%	1,9%

Midi-Pyrénées	26,0%	44,7%	0,2%	4,2%	0,0%	2,9%	4,9%	1,0%	4,8%	2,9%
France	33,0%	41,7%	0,2%	5,2%	0,0%	3,7%	3,8%	1,1%	3,5%	1,8%

INDICATEURS DES ASSOCIATIONS TUTELAIRES

Mesures au 31 décembre 20												
	Curatelle renforcée		Curatelle simple		Tutelle		TPSA simple ou mesure d'accompagnement judiciaire		TPSA doublée d'une curatelle renforcée		TPSA doublée d'une curatelle simple	
	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	m
9 Ariège	224	29,9%	26	3,5%	243	32,4%	63	8,4%	134	17,9%	57	
12 Aveyron	1 189	53,4%	82	3,7%	636	28,6%	145	6,5%	93	4,2%	23	
31 Haute Garonne	1 064	39,6%	73	2,7%	838	31,2%	170	6,3%	367	13,7%	128	
32 Gers	424	23,1%	110	6,0%	431	23,5%	89	4,9%	342	18,6%	425	2
46 Lot	382	27,3%	75	5,4%	160	11,4%	28	2,0%	433	31,0%	288	2
65 Hautes Pyrénées	304	22,6%	20	1,5%	423	31,4%	131	9,7%	305	22,6%	147	1
81 Tarn	602	35,1%	48	2,8%	509	29,7%	194	11,3%	230	13,4%	98	
82 Tarn et	503	40,8%	63	5,1%	309	25,0%	148	12,0%	153	12,4%	52	



Garonne												
Midi-Pyrénées	4 692	35,6%	497	3,8%	3 549	26,9%	968	7,3%	2 057	15,6%	1 218	9,1%
France	137 564	46,8%	10 928	3,7%	88 988	30,3%	13 038	4,4%	24 785	8,4%	13 800	4,1%

## INDICATEURS DES ASSOCIATIONS TUTELAIRES

Mesures au 31 décembre											
	Curatelle renforcée		Curatelle simple		Tutelle		TPSA simple ou mesure d'accompagnement judiciaire		TPSA doublée d'une curatelle renforcée		
	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	
9 Ariège	224	30,6%	23	3,1%	234	32,0%	25	3,4%	160	21,9%	
12 Aveyron	1 276	54,4%	90	3,8%	681	29,1%	130	5,5%	95	4,1%	
31 Haute Garonne	1 413	43,0%	102	3,1%	977	29,8%	164	5,0%	393	12,0%	
32 Gers	507	27,3%	115	6,2%	447	24,0%	68	3,7%	308	16,6%	
46 Lot	411	27,5%	91	6,1%	179	12,0%	29	1,9%	429	28,7%	
65 Hautes Pyrénées	481	34,6%	32	2,3%	491	35,3%	113	8,1%	167	12,0%	

81 Tarn	664	36,5%	58	3,2%	553	30,4%	190	10,5%	223	12,3%
82 Tarn et Garonne	581	44,6%	69	5,3%	349	26,8%	129	9,9%	114	8,7%
Midi-Pyrénées	5 557	39,1%	580	4,1%	3 911	27,5%	848	6,0%	1 889	13,3%
France	148 983	48,8%	11 441	3,7%	95 191	31,2%	11 286	3,7%	20 689	6,8%

INDICATEURS DES ASSOCIATIONS TUTELAIRES

Estimation des Mesures au										
	Curatelle renforcée		Curatelle simple		Tutelle		TPSA simple ou mesure d'accompagnement judiciaire		TPSA doublée d'une curatelle renforcée	
	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures	Nombre	% du total des mesures
9 Ariège	289	35,6%	32	3,9%	237	29,2%	32	3,9%	163	20,1%
12 Aveyron	1 342	54,4%	94	3,8%	717	29,1%	129	5,2%	97	3,9%
31 Haute Garonne	1 713	45,3%	107	2,8%	1 236	32,6%	155	4,1%	384	10,1%
32 Gers	695	36,4%	131	6,9%	617	32,3%	67	3,5%	144	7,5%
46 Lot	675	42,0%	103	6,4%	234	14,5%	53	3,3%	319	19,8%

65 Hautes Pyrénées	602	42,7%	48	3,4%	544	38,6%	108	7,7%	52	3,7%
81 Tarn	817	43,2%	66	3,5%	606	32,0%	185	9,8%	123	6,5%
82 Tarn et Garonne	729	49,3%	84	5,7%	440	29,8%	140	9,5%	51	3,5%
Midi-Pyrénées	6 862	44,7%	665	4,3%	4 631	30,1%	869	5,7%	1 333	8,7%
France	165 892	52,3%	12 238	3,9%	103 293	32,5%	10 019	3,2%	11 893	3,7%

Etudes et statistiques

- Statistiques et Indicateurs de la santé et du Social de Midi-Pyrénées (STATISS 2008)
- Portraits sanitaires et sociaux des territoires de santé de Midi-Pyrénées :
  - Population et vieillissement
  - Adultes en situation de handicap
  - Perte d'autonomie des personnes âgées
  - Offre hospitalière psychiatrie générale
- Rapport 2007 de l'Observatoire National des Populations « Majeurs Protégés »
- Etude INSEE Midi-Pyrénées de 2008 : Une pauvreté marquée en Midi-Pyrénées
- DRESS  
Chiffres précarité - voir sources

Ouvrages et articles

Fabienne Dague : « Dans quelles régions meurt-on le plus tard au début du XXIème siècle ? » INSEE, Première n°1114 - décembre 2006

RÉFORMER LES TUTELLES - Avis du Conseil économique et social sur le rapport présenté par Mme Rose Boutaric au nom de la section des affaires sociales adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 27 septembre 2006

Actualités Sociales Hebdomadaires du 27 mars 2009 : La protection des majeurs vulnérables

Courrier Juridique des Affaires Sociales de mars avril 2008 : Dossier les volets social et financier de la loi du 5 mars 2007