

## ETUDE RELATIVE A LA POPULATION DES MAJEURS PROTEGES

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude nationale relative à la population des majeurs protégés, votre département a été sélectionné pour faire partie des 20 départements sur lesquels repose cette enquête.

L'étude repose sur deux questionnaires :

- un très court questionnaire général que vous pouvez retrouver [ICI](#) ;
- un questionnaire « majeur protégé » à remplir pour un échantillon de personnes protégées que vous allez démarrer en indiquant votre code personnel en bas de cette page.

Le questionnaire comprend plusieurs éléments relatifs à la situation individuelle du majeur protégé (type d'hébergement, type de suivi dont bénéficie la personne, revenus, etc.), pensez à préparer ces éléments en amont.

Vous avez la possibilité de répondre au questionnaire en plusieurs fois. En cliquant sur le bouton **REPRENDRE PLUS TARD** (en bas à droite de chaque page), vous recevrez un lien par mail permettant de reprendre la saisie ou de modifier vos réponses.

Merci de répondre **avant le 12 avril** (inclus).

**Pour commencer, indiquez le code personnel qui vous a été communiqué par mail**

*Le code est composé de six caractères*

---

← Précédent

Suivant →

# Identification de la personne bénéficiant d'une mesure (exercice 2023)

## Nom du mandataire

*Tapez votre texte ici*

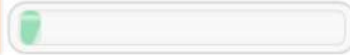
---

## Votre mail :

*Veillez à indiquer une adresse mail facile d'accès car vous y recevrez un lien pour reprendre la saisie ou modifier vos réponses*

---

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

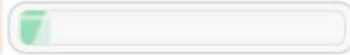
### Type de mandataire

- Service
- Mandataire individuel
- Préposé

### Département du mandataire

- |                          |                          |                          |                           |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> 01 | <input type="radio"/> 25 | <input type="radio"/> 44 | <input type="radio"/> 69  |
| <input type="radio"/> 14 | <input type="radio"/> 33 | <input type="radio"/> 45 | <input type="radio"/> 85  |
| <input type="radio"/> 21 | <input type="radio"/> 35 | <input type="radio"/> 56 | <input type="radio"/> 91  |
| <input type="radio"/> 22 | <input type="radio"/> 37 | <input type="radio"/> 58 | <input type="radio"/> 93  |
| <input type="radio"/> 24 | <input type="radio"/> 38 | <input type="radio"/> 61 | <input type="radio"/> 974 |

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**N° identifiant du majeur protégé** (la table de correspondance entre ce numéro et l'identité du majeur protégé est détenue exclusivement par le mandataire répondant)

---

**Année de naissance**

---

**Sexe**

Masculin

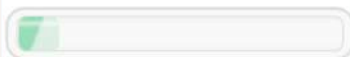
Féminin

**La personne bénéficie-t-elle d'une reconnaissance de handicap (ou d'incapacité) par la MDPH ?**

Oui

Non

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

### Département de domicile

01

14

21

22

24

25

33

35

37

38

44

45

56

58

61

69

85

91

93

974

Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent

Suivant →

✓ Reprendre plus tard

# Caractéristiques de la mesure de protection

## Type de mesure

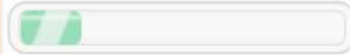
- Tutelle (aux biens et/ou à la personne)
- Curatelle simple
- Curatelle renforcée

- Sauvegarde de Justice
- MAJ (mesure d'accompagnement judiciaire)

## Révision de la mesure au cours de l'exercice 2023

- Oui
- Non

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Si révision de la mesure au cours de l'exercice 2023, précisez :**

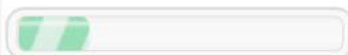
- Mainlevée
- Reconduction sans modification
- Reconduction avec modification

**Si révision de la mesure, pour quel motif ?**

*Tapez votre texte ici*

---

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Dessaisissement du MJPM (quel que soit le mode d'exercice) avec continuation de la mesure : le MJPM change, la mesure continue**

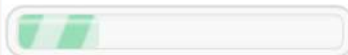
- Oui
- Non

**Si dessaisissement du MJPM, précisez :**

- Transfert à un autre service professionnel du même département
- Transfert à un professionnel d'un autre département
- Transfert à la famille
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Fin de la mesure en 2023 :**

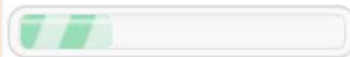
- Oui
- Non

**Si fin de la mesure en 2023, précisez le motif**

- Décès
- Mainlevée
- Changement de prestataire MJPM
- Transfert
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

# Circonstances de la mise en place d'une mesure de protection juridique

Année de la 1ère ouverture d'une mesure de protection juridique pour la personne, quel que soit le gestionnaire ou le type de mesure

\_\_\_\_\_

Année du début de votre intervention (dans le suivi de ce dossier) :

*(il s'agit de l'intervention de la structure si le dossier est confié à un service, et non l'attribution au délégué-mandataire)*

\_\_\_\_\_

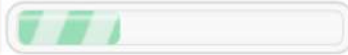
**Circonstance du début de suivi par le MJPM**

*(il s'agit de l'intervention de la structure si le dossier est confié à un service, et non l'attribution au délégué-mandataire)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1ère mesure  | <input type="radio"/> Transfert d'une mesure gérée par un autre service mandataire |
| <input type="radio"/> Transfert d'une mesure familiale                     | <input type="radio"/> Transfert mesure gérée par un préposé                        |
| <input type="radio"/> Transfert d'une mesure gérée par un mandataire privé | <input type="radio"/> Autre  |

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Y a –t-il eu des mesures précédentes différentes de celle ouverte actuellement (changement de mesure) ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, laquelle ou lesquelles** (plusieurs réponses possibles) ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tutelle             | <input type="checkbox"/> Sauvegarde de Justice |
| <input type="checkbox"/> Curatelle simple    | <input type="checkbox"/> MAJ                   |
| <input type="checkbox"/> Curatelle renforcée | <input type="checkbox"/> MASP                  |

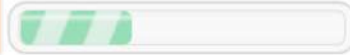
**Les changements de mesure ont-ils été liés à un ou des changements particuliers des conditions de vie ?**

- Oui
- Non

**Si oui, depuis quand (indiquez l'année) :**

\_\_\_\_\_

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

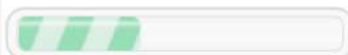
Etes-vous dispensé de l'approbation du compte de gestion du majeur protégé ?

- Oui
- Non

Si oui, depuis quand ?

jj/mm/aaaa 

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

## Situation de vie actuelle du majeur protégé

### Type d'habitat actuel

- Domicile
- Habitat inclusif
- Établissement
- Famille d'accueil
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

## Type d'établissement

- EMS pour enfants
- Foyer d'Hébergement
- Foyer de vie (ou occupationnel)- EANM
- FAM-EAM
- MAS
- Foyer-logement, EHPAD
- CHRS
- maison relais
- USLD
- Services psychiatriques d'un établissement hospitalier
- Autre service d'un établissement hospitalier ou clinique (précisez)
- Appartements de coordination thérapeutique (ACT)
- Entourage
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Si la personne vit à domicile**

- Vit seule
- Vit en couple
- Vit chez ses parents
- Vit chez ses enfants
- Colocation
- Autre

Si 'Autre' précisez :

**Si la personne vit à domicile, est-elle**

- Hébergée gratuitement
- Locataire
- Propriétaire
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Si la personne vit à domicile, bénéficie-t-elle de soins, ou d'accompagnements ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, précisez (plusieurs choix possibles) :**

- SAVS-SAMSAH
- Service d'aide à domicile (aide à domicile, auxiliaire de vie)
- Portage de repas
- SSIAD
- Visite à domicile de soignants du secteur psychiatrique
- Soins palliatifs – HAD
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

Si la personne vit à domicile, participe-t-elle à des accompagnements à l'extérieur ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, précisez (plusieurs choix possibles) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour médico-social pour PH ou externat médico-social | <input type="checkbox"/> Groupe d'Entraide Mutuelle |
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour pour PA   | <input type="checkbox"/> Club House                 |
| <input type="checkbox"/> Accueil de nuit   | <input type="checkbox"/> Autre                      |

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Ressources perçues par le majeur protégé (plusieurs choix possibles) :**

- |                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> AAH  | <input type="checkbox"/> ASS                      | <input type="checkbox"/> Allocation chômage                        |
| <input type="checkbox"/> ACTP | <input type="checkbox"/> allocation logement      | <input type="checkbox"/> Revenus du patrimoine immobilier (loyers) |
| <input type="checkbox"/> PCH  | <input type="checkbox"/> Pension de retraite      | <input type="checkbox"/> Revenu de placements financiers           |
| <input type="checkbox"/> APA  | <input type="checkbox"/> Pension alimentaire      | <input type="checkbox"/> Pension d'invalidité                      |
| <input type="checkbox"/> ASPA | <input type="checkbox"/> prestation compensatoire | <input type="checkbox"/> Autre                                     |
| <input type="checkbox"/> RSA  | <input type="checkbox"/> Revenus du travail       |  |

Si 'Autre' précisez :

**Précisez de quel revenu de placements financiers s'agit-il**

*Tapez votre texte ici*

---

**Parmi ces ressources, précisez celle qui constitue le revenu principal de la personne :**

*Tapez votre texte ici*

---

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

Si la personne perçoit l'APA, en quel GIR a-t-elle été évaluée ?

GIR 1

GIR 2

GIR 3

GIR 4

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Situation face à l'emploi :**

- ESAT
- Emploi en milieu ordinaire (y compris entreprise adaptée)
- En formation (y compris stage)
- En recherche d'emploi
- Retraité
- Autre inactif

**La personne connaît-elle actuellement un suivi médical ou psychologique ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, par quels établissements ou professionnels ?** (plusieurs réponses possibles)

- Secteur psychiatrique (consultations au CMP, hôpital de jour, CATTP)
- Psychologue ou psychiatre libéral
- Autres médecins spécialistes
- A un suivi mais sa nature n'est pas connue

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**La personne connaît-elle actuellement un suivi social ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, par quels établissements ou professionnels ?** (plusieurs réponses possibles)

- Assistant social du Conseil départemental
- A un suivi mais sa nature n'est pas connue
- ASS d'un établissement (foyer, Ehpad...)
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**La personne connaît-elle actuellement un suivi individuel dans le cadre d'un réseau gérontologique ou d'un dispositif d'appui à la Coordination (DAC/MAIA) ?**

- Oui  
 Non

- Ne sait pas  
 Non concernée

**La personne utilise-t-elle une aide technique pour sa mobilité et/ou en raison d'un risque vital ?**

- Oui  
 Non  
 Ne sait pas

**Si oui, quelle(s) aide(s) technique(s) ?** (plusieurs réponses possibles)

- Déambulateur  
 Fauteuil roulant  
 Lève-malade  
 Protections pour incontinence et/ou poche urinaire  
 Assistance respiratoire  
 Dialyse  
 Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**La personne bénéficie-t-elle de prestations de soutien à l'autonomie ou à la participation sociale ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, quels types de prestations ?** (plusieurs réponses possibles)

- Utilisation des technologies d'information et de communication
- Accompagnement à des loisirs ou activités culturelles
- Accompagnement à la pratique du sport adapté
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**La personne présente-t-elle des troubles du comportement et/ou une désorientation nécessitant une surveillance humaine permanente ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Y-a-t-il des problématiques particulières de violence ou d'agressivité pour cette situation ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, précisez lesquelles :**

*Tapez votre texte ici*

---

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

## Éléments de parcours

A votre connaissance, la personne a-t-elle connu par le passé une hospitalisation complète en psychiatrie ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Si la personne a moins de 25 ans, quelle scolarité a-t-elle connue ?** (plusieurs réponses possibles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Non concernée  | <input type="checkbox"/> Scolarité dans un établissement médico-social (IME, ITEP) |
| <input type="checkbox"/> Aucune scolarité   | <input type="checkbox"/> Ne sait pas   |
| <input type="checkbox"/> Scolarité dans une classe ordinaire  | <input type="checkbox"/> Autre   |
| <input type="checkbox"/> Scolarité dans des classes spécialisées dans une école ordinaire (CLIS, ULIS, SEGPA, etc.) |  |

Si 'Autre' précisez :

**La personne a-t-elle bénéficié de l'Aide Sociale à l'Enfance lors de sa minorité ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**La personne a-t-elle déjà connu dans le passé un accueil dans une structure sociale ou médico-sociale ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**Si oui, précisez laquelle ou lesquelles ?** (plusieurs réponses possibles)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ESMS pour enfants                                      | <input type="checkbox"/> FAM-MAS                        | <input type="checkbox"/> Accueil de jour pour personnes âgées  |
| <input type="checkbox"/> Structures d'accompagnement en protection de l'enfance | <input type="checkbox"/> Maison relais                  | <input type="checkbox"/> Accueil temporaire en EHPAD           |
| <input type="checkbox"/> ESAT   | <input type="checkbox"/> CHRS                           | <input type="checkbox"/> Ne sait pas quel type d'établissement |
| <input type="checkbox"/> Foyer d'hébergement                                    | <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement d'urgence | <input type="checkbox"/> Autre                                 |
| <input type="checkbox"/> Foyer de vie   | <input type="checkbox"/> Appartement collectif          |  |

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

## Partenariats/ collaborations du MJPM pour cette situation

### Partenariat avec l'entourage familial du majeur protégé

- Pas d'entourage familial
- Peu de contact avec l'entourage
- Des relations régulières avec l'entourage mais problématiques
- Des relations régulières et constructives avec l'entourage familial
- Autre

Si 'Autre' précisez :

### Partenariat avec les soignants du secteur de la psychiatrie (publique ou libérale)

- Pas de suivi
- Peu de contact
- Des relations régulières mais problématiques
- Des relations régulières et constructives
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

### Partenariat avec les autres soignants (y compris SSIAD)

- Pas de suivi
- Peu de contact
- Des relations régulières mais problématiques
- Des relations régulières et constructives
- Autre

Si 'Autre' précisez :

### Partenariat avec les partenaires du secteur médico-social et services sociaux

- Pas de suivi
- Peu de contact
- Des relations régulières mais problématiques
- Des relations régulières et constructives
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

### Partenariat avec les services d'aide à domicile (aide à domicile et auxiliaires de vie)

- Pas de suivi
- Peu de contact
- Des relations régulières mais problématiques
- Des relations régulières et constructives
- Autre

Si 'Autre' précisez :

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

**Quels sont les éventuels freins ou obstacles à un accompagnement satisfaisant de CETTE situation par vous ?**

*Tapez votre texte ici*

---

**Quels sont les éventuels leviers qui favorisent une gestion satisfaisante de CETTE situation ?**

*Tapez votre texte ici*

---

← Précédent



Suivant →

✓ Reprendre plus tard

## Quelles seraient vos attentes en termes de partenariat pour la gestion de cette mesure ?

*Tapez votre texte ici*

---

### Comment cette situation va évoluer selon vous dans les deux prochaines années ? (plusieurs réponses possibles)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas d'évolution particulière  | <input type="checkbox"/> Amélioration de l'état de santé et/ou de l'autonomie |
| <input type="checkbox"/> Dégradation de l'état de santé et/ou de l'autonomie mais maintien de l'hébergement actuel | <input type="checkbox"/> Ne sait pas  |
| <input type="checkbox"/> Entrée en institution pour PA   | <input type="checkbox"/> Autre  |
| <input type="checkbox"/> Entrée en institution pour PH   |   |

Si 'Autre' précisez :

**MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !**

**N'oubliez pas d'enregistrer vos réponses**



← Précédent



✓ Enregistrer

✓ Reprendre plus tard