



**UFR Simone Veil - Santé**  
**CAMPUS DE SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES**

**ACADÉMIE DE VERSAILLES**  
**UNIVERSITÉ DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES**  
**U F R SIMONE VEIL – SANTÉ**

**ANNÉE 2023**

**N°**

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLOME**  
**D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**D.E.S. MÉDECINE GÉNÉRALE**

**PAR**  
**RABÈS Aurélie**  
Née le 02 juillet 1993 à Suresnes

Présentée et soutenue publiquement le 22 juin 2023

**TITRE : Signalements pour mise sous protection juridique par  
l'association locale de développement sanitaire au nord des  
Yvelines en 2020 et 2021 : étude descriptive et analyse de contenu  
des dossiers.**

**JURY :**

Président du jury : Professeur JAMI Alain  
Directeur de thèse : Professeur CLERC Pascal  
Co-directeur de thèse : Docteur DESCOUT Dominique

## Remerciements

Je voudrais tout d'abord remercier le Pr Alain Jami de me faire l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je remercie le Pr Pascal Clerc d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour ton écoute attentive, ta disponibilité et tes précieux conseils.

Je remercie également le Dr Dominique Descout, de m'avoir proposé ce travail de thèse et de m'avoir ensuite épaulée et guidée en tant que co-directeur. Tu as d'abord été un maître de stage attentif et bienveillant, merci pour tout ce que tu m'as transmis.

Je tenais à remercier le Dr Barbery pour son soutien et sa bienveillance durant ce premier stage en ville. Merci également au Dr Kowalski et au Dr El Hamdaoui pour la patience, l'implication et la pédagogie dont vous avez fait preuve avec moi. Mon attrait à la gynécologie médicale a été confirmé à vos côtés et j'espère devenir un médecin aussi bienveillant et à l'écoute que vous.

Merci à toute l'équipe de l'hôpital Sainte-Périne et particulièrement au service SSR de m'avoir si bien accueillie pendant ces 7 mois particuliers... ! J'ai énormément appris à vos côtés et à travers vos prises en charge globales des patients.

Merci à tous mes co-internes pour le soutien et les bons moments partagés.

À tous les copains « Ivres » : Manon, Estelle, Moy, Audrey, Pierre, Clément, Mathieu, Momo, Vicky, Baudi, Doud, Marion, Théo, Marion, Max, Thibault, Flore, Floquet et Queness.

Merci pour tous ces beaux moments partagés en voyage, en festival, autour d'un verre ou plusieurs ! Hâte des prochains événements avec vous ! Petite pensée et pleins de bisous aux deux choupettes Isaure et Andréa que j'adore voir grandir.

Aux copains de la Réunion : Juju, Antoine, Sixtou, Farah, Rémy, Théo, Mélanie, Imad et Louis-marie. Merci pour cette semaine incroyable et surtout pour la belle amitié qui l'a suivie. C'est toujours un plaisir de vous revoir, aux prochaines vacances avec vous !!

À Bastien, il y en a eu des soirées depuis le WEI ... ! C'est toujours un plaisir de faire la fête avec toi ! Merci pour ta bonne humeur, ton écoute et ton soutien.

À Flo et Maé, merci pour votre bienveillance et tous les bons moments passés avec vous. Je suis très heureuse de vos beaux projets, hâte de venir vous voir en Corse !!

À Rudy, de fillot à voisin et ami, quel beau chemin parcouru ! Merci pour ta générosité, ton sourire et tous ces bons moments partagés en voyage ou autour d'un bon repas. À la suite à Suresnes ou ailleurs !

À Pipi, je ne peux pas m'empêcher de sourire en pensant à toi et tous ces moments de franche rigolade ! Merci de te soucier de mon estomac et merci pour cette belle amitié.

À Léa, merci pour ton soutien et ton écoute en toute circonstance. Je sais que l'on peut compter l'une sur l'autre, merci pour tous ces moments partagés et pour tous ceux à venir ! Je t'aime fort.

À Adèle, je ne compte plus les années et les fous rires que l'on a partagé ! Merci pour tout, je sais la chance que j'ai de t'avoir et de partager de si beaux moments avec toi. À tous ceux qui arrivent, je t'aime fort.

À Céline, à cette belle amitié qui nous suit depuis les vestiaires de gym à ceux des urgences de Mignot et de Necker ! J'ai adoré partager tout ça avec toi, les études, les voyages, les nombreuses soirées et discussions sans fin ! Merci d'être toujours là pour moi, je t'aime fort.

À la famille Al-Hamoud, merci à Gisèle et Ghassan de m'avoir si bien accueillie dans votre belle famille, merci pour vos conseils et votre soutien dans nos projets.

À mes « beaux-frères » que j'aime très fort : Raphaël, merci pour ta joie de vivre, tes belles valeurs et tes talents de pizaiolo ! Hâte de suivre vos aventures rouennaises puis bretonnes ? Damien, c'est toujours un plaisir de te retrouver et de partager des moments avec toi. Merci d'être si attentionné et entier, et merci pour la découverte de la belle ville de Lyon, sa gastronomie et ses trottinettes !

Willy, merci pour ta joie de vivre et ton rire communicatif ! Merci de prendre soin de ma Laulau, je suis heureuse des beaux projets qui vous attendent.

À Sandrine, merci pour le bel exemple de calme et de persévérance que tu as été pendant ces longues années d'études. Merci pour ta gentillesse, ton soutien et ta confiance, je t'aime fort.

À Alice, je suis très heureuse que tu fasses partie de la famille, tu es un rayon de soleil plein d'énergie. Merci pour toutes tes petites attentions, ne change rien !

Je pense bien sûr très fort à la plus mignonne des filleules : ma petite Olivia, j'ai hâte de te voir grandir et de t'accompagner du mieux possible.

À ma famille : Tatie Suzie, Denis, Méla, Néna, Alice, Danièle, Serge, Yoann, Laëti et Coco, merci pour votre soutien et votre bienveillance pendant toutes ces années. Je vous aime fort.

À mes grands-mères : mamie Zouzou, ta force de caractère et la sensibilité touchante dont tu fais preuve m'ont toujours impressionnées. Merci pour ces belles racines corses dont je suis fière, je t'aime.

Mamie Maléna, mamita, je pense à toi en ce jour particulier, toi qui as toujours été si fière de tes petites-filles. Merci pour tout l'amour que tu m'as apporté pendant ces années. Tu me manques, je t'aime.

À mes sœurs, mes piliers. Merci pour votre soutien et vos rires qui m'accompagnent chaque jour.

Ma Laulau, je suis très fière de suivre ta trace dans la belle spécialité de la médecine générale. Merci de m'y avoir redonné goût à travers tes histoires et témoignages touchants. Je sais que je pourrai toujours compter sur toi pour ça, mais aussi et surtout, pour tout le reste. Merci pour ton empathie et ta bienveillance, je t'aime.

Ma Nanou, ma petite sœur qui devient grande et qui m'impressionne de plus en plus chaque jour. Je suis si fière de toi, merci d'apporter un peu d'originalité à cette « famille de médecins ». Merci pour ta tendresse et ton écoute, je t'aime.

À mes parents. Merci d'avoir toujours été là, je n'aurais pas pu rêver meilleur cadre pour m'épanouir pendant ces longues années d'études. Je réalise la chance que j'ai de vous avoir, merci de m'avoir donné le goût du travail, du sport et des voyages ! Merci pour cette belle famille que nous formons.

Ma maman, je ne te remercierai jamais assez pour ces longues soirées à me faire réciter des fiches parfois minuscules et illisibles ! Merci pour ta disponibilité et tes câlins au combien réconfortants pendant les moments difficiles. Je t'aime.

Mon papa, merci de m'avoir soutenue et d'avoir su me redonner confiance quand j'en avais besoin. Merci pour ton investissement et ta curiosité sincère dans chacun de mes projets. Tu es pour moi le plus bel exemple du « raisonnable et humain » et je suis fière de suivre, un peu, ton parcours. Je t'aime.

À Antoine... Merci pour l'amour et la joie que tu m'apportes au quotidien. Merci pour les rires, la tendresse et tous les voyages et aventures que j'ai le bonheur de partager avec toi. Merci de m'aider à surmonter les moments les plus difficiles et d'être là pour savourer les plus beaux. Je sais la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés, continuons à grandir et construire ensemble. Je t'aime.

## Liste des abréviations

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ACTP : Allocation Compensatrice pour Tierce Personne

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso Ressources

AGIRC/ARRCO : Association des Régimes de Retraite Complémentaire

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

ALDS : Association Locale de Développement Sanitaire

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées

CADJ : Centre d'Accueil De Jour

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CMS : Centres Médico-Sociaux

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DAC : Dispositif d'Appui à la Coordination

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

GIR : Groupe Iso Ressources

GYNA : Groupement Yvelines Nord pour l'Autonomie

INSEE : Institut National des Statistiques et des Études Économiques

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MAYA : Méthode Aids Yvelines Autonomie

MDA : Maison Départementale pour l'Autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAT : Pôle Autonomie Territoriale

PEL : Plan d'Épargne Logement

SAP : Services à la Personne

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

# Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>2</b>
<b>Liste des abréviations</b> .....	<b>6</b>
<b>Table des matières</b> .....	<b>8</b>
<b>1. Introduction</b> .....	<b>10</b>
<b>2. État de l'art</b> .....	<b>11</b>
<b>2.1. Vieillesse de la population</b> .....	<b>11</b>
<b>2.2. Vieillesse et troubles cognitifs</b> .....	<b>12</b>
<b>2.3. Dépendance</b> .....	<b>13</b>
<b>2.4. Maltraitance</b> .....	<b>14</b>
<b>2.5. Isolement</b> .....	<b>16</b>
<b>2.6. Personne vulnérable</b> .....	<b>16</b>
<b>2.7. Rappel sur les mesures de protection juridiques</b> .....	<b>17</b>
2.7.1. Histoire .....	17
2.7.2. Objectif.....	18
2.7.3. Ouverture d'une mise sous protection juridique .....	19
2.7.4. Place du médecin traitant .....	21
2.7.5. Les différentes mesures de protection juridique .....	22
La sauvegarde de justice .....	22
La curatelle .....	23
La tutelle.....	23
2.7.6. L'obligation de signalement d'une personne vulnérable .....	25
2.7.7. Caractéristiques des patients sous mesures de protection .....	25
<b>2.8. Organisation du secteur social</b> .....	<b>26</b>
<b>3. Matériels et méthodes</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1. Étude quantitative</b> .....	<b>29</b>
<b>3.2. Étude qualitative</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3. Construction d'une typologie de patients</b> .....	<b>30</b>
<b>4. Définition des variables</b> .....	<b>30</b>
<b>4.1. Isolement</b> .....	<b>30</b>
<b>4.2. Troubles cognitifs et du comportement</b> .....	<b>30</b>
<b>4.3. Précarité financière et sociale</b> .....	<b>31</b>
<b>4.4. Ressources financières</b> .....	<b>31</b>
<b>4.5. Personne vulnérable</b> .....	<b>31</b>
<b>5. Résultats</b> .....	<b>32</b>
<b>5.1. Résultats quantitatifs</b> .....	<b>32</b>
<b>5.2. Résultats qualitatifs</b> .....	<b>35</b>
5.2.1. Catégorisation.....	35
Une majorité de patients peu autonomes .....	35



Prédominance des troubles cognitifs.....	36
Difficultés administratives importantes.....	38
Un isolement social fréquent .....	38
Précarité .....	39
Un logement peu salubre pour la majorité.....	40
La diversité des aides .....	40
L'épuisement de l'aidant principal.....	41
Différentes formes de maltraitance.....	41
5.2.2. Profils types des personnes vulnérables.....	42
Profil 1 : Vulnérabilité psychique et cognitive au premier plan .....	44
Profil 2 : Vulnérabilité sociale au premier plan.....	44
Profil 3 : Vulnérabilité physique au premier plan .....	45
Profil 4 : Vulnérabilité financière au premier plan.....	46
<b>6. Discussion.....</b>	<b>47</b>
<b>7. Conclusion .....</b>	<b>51</b>
<b>8. Bibliographie .....</b>	<b>52</b>
<b>9. Annexes.....</b>	<b>55</b>
<b>9.1. Annexe 1 : Tableau GIR.....</b>	<b>55</b>
<b>9.2. Annexe 2 : Répartition des PAT dans les Yvelines .....</b>	<b>56</b>
<b>9.3. Annexe 3 : Codebook.....</b>	<b>57</b>
<b>9.4. Annexe 4 : Niveaux de vie médians en 2015 selon l'INSEE.....</b>	<b>60</b>
<b>9.5. Annexe 5 : Verbatims .....</b>	<b>60</b>
<b>9.6. Annexe 6 : Diagrammes de comparaison.....</b>	<b>83</b>

# 1. Introduction

Le nombre croissant de personnes vulnérables lié au vieillissement de la population française ou à l'isolement social représente aujourd'hui un véritable enjeu médico-social.

En effet, cette vulnérabilité peut amener à une mise sous protection juridique lorsque la personne est, selon le code civil, dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération médicalement constatée soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles, de nature à empêcher l'expression de sa volonté (1).

En 2014, 1,3% de la population française âgée de plus de 20 ans était sous protection juridique, cette proportion monte à 8,2% chez les personnes de plus de 90 ans (2). En 2015, selon la Cour des comptes, environ 700 000 personnes ont fait l'objet d'une mesure restrictive de liberté décidée par un juge (3).

Le nombre de demandes d'ouverture d'une mesure de protection, qui n'a cessé de diminuer entre 2016 et 2020, remonte en 2021 (+ 4,9 % par rapport à 2019), et fin 2021, 713 700 majeurs sont soit sous curatelle, soit sous tutelle (4).

Les situations de signalement au Procureur sont des situations de dernier recours. Le médecin est en première ligne pour dépister les facteurs de vulnérabilité, évaluer leurs conséquences, informer et accompagner les patients et leur entourage. Cependant, il demeure réservé à faire un signalement par manque de temps, de connaissances (5), des contraintes déontologiques et en raison de l'entourage parfois peu enclin.

Par ailleurs, il existe très peu de publications dans ces domaines médico-sociaux et les patients qui font l'objet de mise sous protection sont aujourd'hui peu étudiés au niveau national. Si l'on sait que l'effectif augmente, on ne connaît pas avec précision ses caractéristiques.

Les quelques travaux s'étant intéressés aux patients concernés par une mesure de protection juridique ont évalué les patients pendant ou suivant une période d'hospitalisation. Celle-ci étant courte et parcellaire, elle peut entraîner une perte de repères et majorer les troubles. On peut, lors d'une première hospitalisation, trouver des éléments alertant sur la vulnérabilité mais ils sont souvent insuffisants pour entamer une démarche juridique. Il est également difficile à l'hôpital d'avoir une idée de la réalité du domicile, de mesurer les relations familiales et dépister des actes de malveillance.

Les services sociaux et les aidants à domicile représentent des interlocuteurs privilégiés car ils sont présents au quotidien et peuvent renseigner sur l'état du logement, le comportement à domicile et les relations avec la famille. Les infirmiers libéraux sont également des professionnels du soin qui connaissent le domicile et peuvent alerter lors de difficultés.

C'est ainsi que sont nés les objectifs de ce travail : étudier les caractéristiques de ces personnes en grande difficulté à domicile, faisant l'objet d'une demande de mise sous mesure de protection juridique initiée par le secteur social, afin d'améliorer les connaissances, proposer des éléments de repérage, et préciser l'enjeu organisationnel dans la prise en charge médico-sociale et en soins primaires de ces situations.

Le but de l'étude est de décrire des profils types en analysant rétrospectivement les signalements de ces patients, contenant des informations cliniques et environnementales recueillies au cours du suivi par l'association.

Question de recherche :

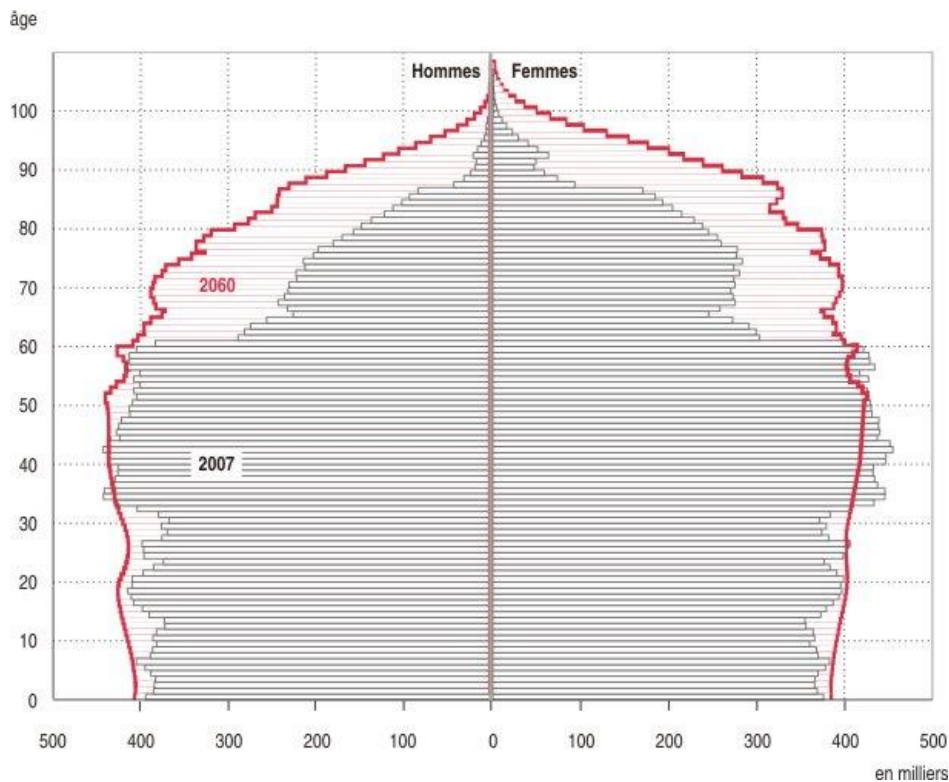
Quelles sont les caractéristiques des patients faisant l'objet d'un signalement de nos jours dans le département des Yvelines en France ?

## **2. État de l'art**

### **2.1. Vieillesse de la population**

L'Institut National des Statistiques et des Études Économiques (INSEE) estime qu'en 2060, environ 24 millions de Français, soit environ un sur trois, seraient âgés de 60 ans ou plus, contre près d'un sur cinq en 2007. Dans le même temps la population âgée de plus de 75 ans doublerait quasiment, passant de 6 à 12 millions de personnes (6).

**Figure 1** : Pyramide des âges en 2007 et 2060 en France métropolitaine



À l'international également, les Nations unies prévoient le doublement du nombre de personnes âgées (65 ans et plus) dans le monde d'ici 2050, passant de 700 millions de personnes en 2020 à 1,5 milliard d'individus en 2050. Leur part dans la population mondiale augmenterait ainsi de 9 à 16 % (7).

Ainsi, le vieillissement inexorable de la population dans l'ensemble des pays développés, crée de nouveaux équilibres auxquels les sociétés doivent s'adapter.

## 2.2. Vieillesse et troubles cognitifs

La démence est l'une des principales causes de handicap et de dépendance chez les personnes âgées (8). On compte 50 millions de personnes atteintes de démence dans le monde. Dans l'ensemble de la population, on estime qu'entre 5 et 8% des personnes âgées de 60 ans et plus sont atteintes de démence à un moment donné. La prévalence de la démence augmente avec l'âge : elle affecte 1 personne sur 14 à partir de 65 ans et 1 personne sur 6 après 80 ans (9).

Le nombre total de personnes atteintes de démence devrait atteindre 82 millions en 2030 et 152 millions d'ici 2050. En France en 2016, environ 1 200 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences (10). Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes.

L'évolution démographique et des pathologies liées à la vieillesse permet de penser que le nombre de personnes vulnérables et donc de signalement sera amené à augmenter dans le futur. Ce vieillissement de la population a donc un enjeu économique et sociétal crucial.

En tant que médecin généraliste, notre place est centrale, car nous suivons nos patients depuis de nombreuses années pour la plupart et sommes en mesure de détecter le plus précocement possible des changements de comportements et une perte d'autonomie. Nous sommes également le premier recours des familles quand elles ressentent le besoin de parler et signaler des difficultés au quotidien avec un proche en situation de dépendance.

### 2.3. Dépendance

Le niveau de dépendance est évalué à l'aide de la grille AGGIR (Groupe Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) en évaluant les activités de la vie quotidienne. Elle permet ainsi de classer les patients en six Groupes Iso Ressources (GIR), de 1 à 6, 1 correspondant au niveau de dépendance le plus élevé (cf annexe 1). Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent le droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) (11).

Selon l'INSEE en France, fin 2013, 8 % des personnes âgées de 60 ans ou plus perçoivent l'APA, soit 1,2 million de personnes. Parmi elles, 59 % vivent à domicile et 41 % en établissement. S'il faut avoir au moins 60 ans pour prétendre à l'APA, neuf bénéficiaires sur dix ont 75 ans ou plus, la dépendance survenant plutôt à des âges élevés (12).

La perte d'autonomie et la notion de dépendance peuvent malheureusement parfois entraîner des situations de maltraitance, car la personne n'étant plus en mesure d'exprimer sa volonté ou d'assurer seule ses besoins vitaux, des personnes mal intentionnées ou épuisées par la charge de travail que cela représente, peuvent abuser ou tirer profit de ces situations de faiblesse.

## 2.4. Maltraitance

D'après l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la définition de la maltraitance comprend : « Tout acte ou omission intentionnel ou volontaire, unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime ». Une personne âgée sur six serait ainsi victime de maltraitance dans le monde (13).

On peut la définir en incluant 5 grands types de maltraitance :

- La violence physique,
- la violence psychologique ou verbale,
- l'abus sexuel,
- l'exploitation financière,
- et enfin la négligence, ou l'incapacité d'un aidant désigné à répondre aux besoins d'une personne âgée dépendante.

Selon les estimations internationales, les prévalences toutes violences confondues, sont estimées de 2,2 % (Canada) à 36,2 % (Chine) avec une moyenne à 14,3 %. L'Europe présente une estimation moyenne à 10,8 %.

Dans une étude française de 2019 sur les caractéristiques des violences chez les personnes âgées de 65 ans et plus aux unités médico-judiciaires de Montpellier et de Béziers (14), les femmes représentaient 66,2 % des victimes. Aucun lien significatif n'a été relevé entre le sexe et les différents types de violences. Une méta analyse de 2015 (15), confirme cette tendance, car la plupart des études indiquent également que les femmes âgées sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes d'abus.

Chez les personnes âgées, un âge plus jeune a été constamment associé à un plus grand risque de maltraitance. L'une des raisons possibles de cette constatation serait que les « jeunes vieux » vivent plus souvent avec un conjoint ou des enfants adultes, les deux groupes les plus susceptibles de commettre des abus.

Enfin, les études suggèrent systématiquement que l'isolement et le manque de soutien social sont des facteurs de risque importants pour la maltraitance des personnes âgées.

A l'exception de la démence, qui est un facteur de risque documenté d'exploitation financière, aucune maladie spécifique n'a été identifiée comme conférant un plus grand risque de maltraitance. Il a cependant été démontré que les déficiences fonctionnelles et la mauvaise santé physique sont associées à un risque accru de maltraitance chez les personnes âgées, quelle que soit la cause de ces limitations.

Il existe en France un numéro national d'écoute : le 3977, dédié aux personnes âgées et aux adultes en situation de handicap, victimes de maltraitance (16). Ce service est gratuit, accessible aux victimes et aux témoins (entourages et professionnels), et l'appel ne figure pas sur les relevés téléphoniques.

En 2020, la plateforme 3977 a reçu 28 198 appels (contre environ 25 000 en 2019) parmi lesquels ont été identifiées et accompagnées 5 095 situations de maltraitance avérées.

Il apparaît que les victimes sont principalement des personnes âgées (83 %), en particulier de plus de 80 ans et des femmes (67 %).

Les appelants sont majoritairement les proches des victimes et les victimes elles-mêmes. Des professionnels ou un entourage plus distant de la victime signalent également des situations de maltraitance. Les maltraitements signalés sont le plus souvent multiples et cumulés : maltraitements psychologiques (32 %), négligences involontaires (15 %), maltraitements physiques (18 %) et financières (12 %).

Les personnes mises en cause sont souvent les proches (52 %) mais aussi les professionnels (17 %) que ce soit en établissement ou à domicile.

Le médecin peut parfois être sollicité par les familles ou les patients eux-mêmes dans des situations de maltraitance. Cependant, la recherche et l'expérience clinique suggèrent que les cas de maltraitance des personnes âgées ne peuvent que rarement, voire jamais, être traités avec succès par le médecin seul. Par conséquent, la réponse du professionnel de santé doit inclure la mise en relation avec des spécialistes d'autres disciplines, notamment le travail social, les forces de l'ordre et les services de protection, idéalement dans le cadre d'une approche interprofessionnelle en équipe.

## 2.5. Isolement

En 2015, 3 % des personnes de 16 ans ou plus sont isolées de leur famille et de leur entourage non familial, au sens où elles ont au plus une rencontre physique ou un contact distant par mois avec leur réseau relationnel en dehors de leur ménage (17). Cette proportion est stable depuis 2006. Les personnes isolées sont plus souvent des hommes, âgées de plus de 40 ans ; elles sont peu diplômées et plus souvent inactives. L'isolement relationnel est associé à une vulnérabilité économique accrue en matière de ressources ou de précarité de l'emploi, à une santé dégradée et à un moindre niveau de bien-être.

## 2.6. Personne vulnérable

La vulnérabilité, question centrale de nombreuses thèses et recherches, est, en droit positif, abordée dans plusieurs branches sans qu'une définition de la vulnérabilité, ou de ce qui fait la vulnérabilité soit proposée (18). Toutes les recherches convergent vers le constat d'une distorsion importante entre la dimension sociale de la notion de vulnérabilité (usage fréquent) et la dimension juridique.

Selon la commission de l'Union européenne (19) : « Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. La vulnérabilité peut résulter de l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse ».

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



## 2.7. Rappel sur les mesures de protection juridiques

### 2.7.1. Histoire

La protection des populations vulnérables n'est pas une problématique récente (20). En effet, il existait déjà dans l'Antiquité deux catégories de personnes considérées comme vulnérables et devant être protégées : d'une part les enfants et les femmes qui se trouvaient automatiquement sous tutelle du chef de famille, d'autre part les personnes atteintes d'un trouble mental et les prodigues (personnes qui dilapident leur fortune) qui eux bénéficiaient d'une curatelle confiée à la famille. Au fil des années, des changements de législation et des modifications du regard porté sur la maladie mentale, l'accent a été mis sur la protection de cette seconde catégorie de personnes. De plus, il est alors question d'élargir la protection des biens à la protection de la personne.

La loi n° 68-5 du 3 janvier 1968, réglementant la protection juridique des majeurs de fin 1968 à fin 2008, trouve ses fondements dans le Code civil de 1804 et dans la loi « sur les aliénés » du 30 juin 1838. En effet, le régime d'interdiction défini dans le Code civil de 1804 comme un régime de représentation dans les actes de la vie civile visant les majeurs dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, donnera par la suite le régime de tutelle, alors que le régime de conseil judiciaire, régime d'assistance dans les actes de la vie civile destiné aux prodigues, correspondra au régime de curatelle dans la loi de 1968.

Les trois principes fondateurs et fondamentaux de cette loi seront ensuite réaffirmés dans la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007, qui a rénové en profondeur la protection juridique des majeurs (Code civil, art. 428)(21) :

- Le principe de nécessité : le juge des contentieux de la protection ne peut prononcer de mesure de protection que si un certificat médical lui démontre que la personne majeure ne peut plus pourvoir seule à ses intérêts, en raison de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles qui l'empêche d'exprimer sa volonté.
- Le principe de proportionnalité : le juge est tenu d'adapter et d'individualiser la mesure de protection en fonction du degré d'altération des facultés personnelles de l'intéressé.
- Le principe de subsidiarité : le juge ne peut prononcer une mesure contraignante que si une mesure plus souple ne peut s'appliquer. Autrement dit, il n'y a pas lieu d'ouvrir

une mesure de protection juridique si elle peut être remplacée par un autre dispositif afin de pourvoir aux intérêts de la personne.

Enfin, la loi du 24 mars 2019 est venue renforcer les droits fondamentaux des majeurs protégés. Le majeur n'est plus, par principe, empêché d'exercer son droit, et peut désormais l'exercer sous la surveillance du tuteur ou du curateur. Par exemple, pour se marier ou pour voter. En cas de difficulté ou lorsque le tuteur ne sera pas d'accord avec le majeur protégé, le juge pourra toujours être saisi pour déterminer qui doit prendre la décision.

De manière générale, l'évolution va vers une transformation des systèmes de protection juridique pour les rendre plus souples et plus modulables, suivant en cela les principes de proportionnalité et de subsidiarité. Différents modèles coexistent, basés soit sur une pluralité de mesures (comme en France ou au Royaume Uni par exemple), soit sur une mesure unique mais adaptable (comme en Allemagne qui dispose d'un régime unique mais flexible pouvant être adapté aux situations individuelles et avec une définition préalable et précise du champ d'action du tuteur) (22).

### 2.7.2. Objectif

L'article 425 alinéa premier du Code civil prévoit que (1) : « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique prévue au présent chapitre. S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions. »

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

### 2.7.3. Ouverture d'une mise sous protection juridique

La liste des personnes aptes à le faire est limitative (article 430 du Code civil). Peuvent saisir le juge des contentieux de la protection (23) :

- la personne à protéger elle-même. C'est le cas lorsqu'une personne prend conscience que l'altération de ses facultés mentales et/ou physiques rend très difficile voire impossible la gestion du quotidien et/ou de son patrimoine ;
- le conjoint du majeur ;
- le partenaire avec qui le majeur a conclu un pacte civil de solidarité ;
- le concubin (le juge vérifie toujours, dans ce cas, que la condition de vie commune existe) ;
- un parent (comprend les enfants, les cousins, les neveux, les parents). La famille par alliance peut également saisir le juge (gendre, belle-fille...) ;
- une personne entretenant avec le majeur des liens étroits et stables ;
- une personne qui exerce à l'égard du majeur une mesure de protection juridique.

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

- le formulaire de demande du Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs (CERFA n° 15891\*03) rempli indiquant l'identité de la personne demandeuse et de la personne à protéger. L'énoncé des faits qui appellent cette protection, sa situation personnelle et matrimoniale, l'identité des personnes appartenant à sa famille et à son entourage, le nom de son médecin traitant, les éléments relatifs à sa situation familiale, sociale, financière et patrimoniale ainsi que tout autre élément, relatif notamment à son autonomie ;
- la copie intégrale de l'acte de naissance de la personne à protéger, datant de moins de 3 mois ;
- une copie de la pièce d'identité de la personne à protéger ;
- une copie de la pièce d'identité du demandeur ;
- le certificat médical circonstancié du médecin expert inscrit sur la liste du procureur de la République.

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

En cas d'absence de requérant ayant une des qualités susmentionnées, le juge peut être saisi par le procureur de la République via un signalement. Tout courrier signalant une situation de vulnérabilité doit préciser : les coordonnées de son auteur ; celles de la personne en situation de vulnérabilité ainsi qu'une description factuelle et sans interprétation des faits constatés, avec d'éventuels témoignages de tiers (datés, signés et déclinant leurs identités).

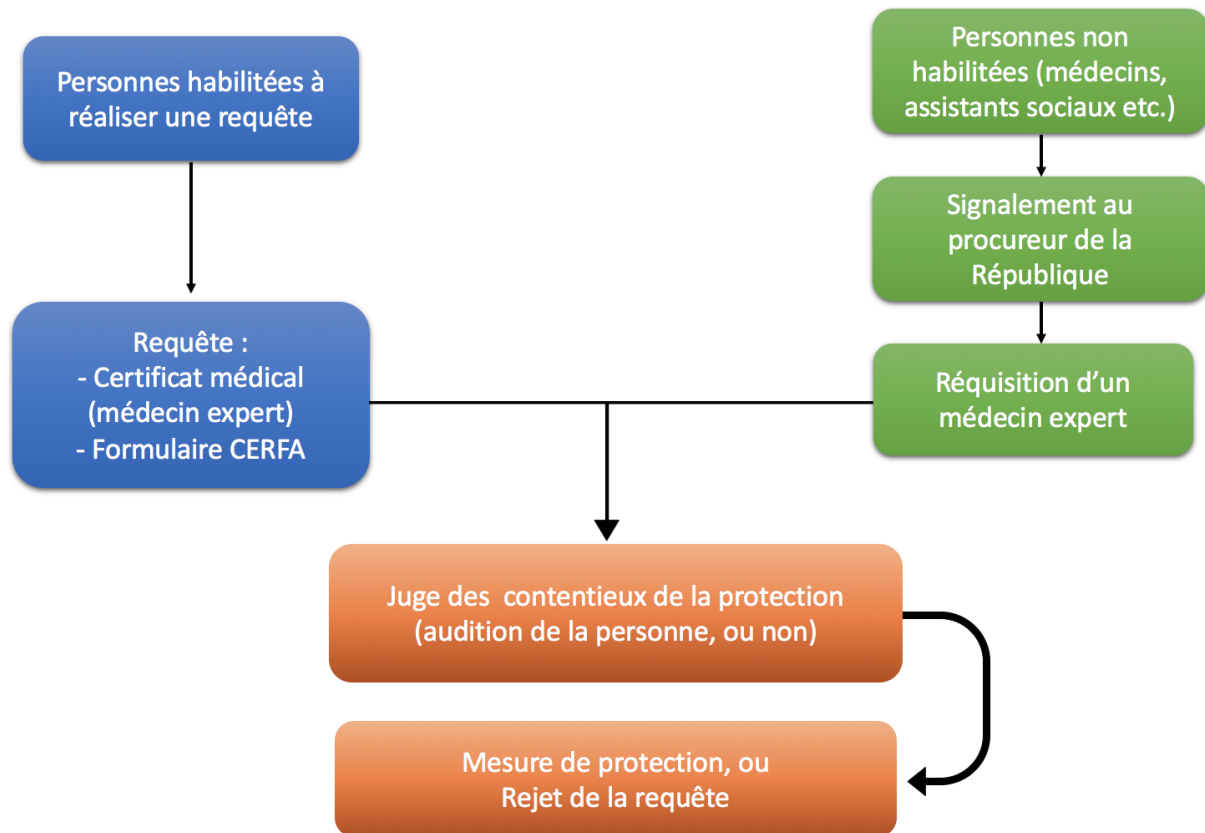
Le juge compétent est le juge du tribunal judiciaire du lieu de résidence de la personne à protéger. Contrairement au procureur de la République, le juge des contentieux de la protection ne peut pas se saisir d'office.

Il existe donc deux voies possibles pour demander une mesure de protection juridique (24) :

- La requête directement auprès du juge des contentieux de la protection, saisi par toute personne habilitée à le faire, comme décrit plus haut, est la plus fréquente.

- La requête déposée par le procureur de la République saisi par un tiers. Toute personne ou service préoccupé par une situation de majeur vulnérable (entourage, services sociaux, établissements de santé, médecins) peut établir un signalement d'adulte vulnérable au procureur de la République. Celui-ci apprécie ensuite l'opportunité d'adresser la demande au juge des contentieux de la protection et missionne par réquisition un médecin expert, afin de réaliser le certificat médical circonstancié. Les frais sont dans ce cas payés par la justice.

Figure 2 : Schéma de mise en place d'une mesure de protection juridique



Le certificat médical tient une place centrale dans la décision de mesure de protection juridique (25). Il devient obligatoire depuis la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 et doit être circonstancié et répondre à des critères précis. Sans ce certificat, aucune mesure de protection ne peut être prononcée. Si malgré les efforts du médecin expert, la personne refuse toujours de répondre aux questions du médecin ou de le recevoir, le médecin dresse un certificat de carence (26).

#### 2.7.4. Place du médecin traitant

Selon la notion d'impartialité, les médecins experts inscrits sur la liste du procureur de la République ne peuvent prendre en charge les certificats des patients pour lesquels ils sont médecin traitant (27). Depuis 2007, le médecin traitant n'est plus habilité à saisir directement le juge des contentieux de la protection et doit passer par le signalement au Procureur de la

République. Il a toujours un rôle consultatif auprès du médecin expert ou du juge des contentieux de la protection.

Par ailleurs, tout médecin peut être sollicité pour établir des certificats médicaux pour accompagner des demandes de renouvellement, d'allègement ou de levée d'une mesure de protection juridique (28). Il doit alors disposer du certificat médical initial circonstancié, établi à l'ouverture de la mesure, et dire si les constatations faites à l'époque restent pertinentes.

### 2.7.5. Les différentes mesures de protection juridique

Il existe trois types de mesures de protection, par ordre croissant d'incapacité : sauvegarde de justice, curatelle et tutelle. Nous ne détaillerons pas ici l'habilitation familiale qui n'entre pas dans le cadre des mesures de protection juridique, puisqu'une fois la personne désignée pour recevoir l'habilitation familiale, le juge n'intervient plus (29).

#### **La sauvegarde de justice**

La sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique de courte durée qui permet à un majeur d'être représenté pour accomplir certains actes (30). Cette mesure peut éviter de prononcer une tutelle ou une curatelle, plus contraignantes. La personne conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf ceux confiés au mandataire spécial. La sauvegarde de justice autorise une annulation d'actes effectués par le majeur s'ils sont contraires à son intérêt. Le délai de prescription est de 5 ans et pourra être demandé par le majeur lui-même ou ses héritiers si le majeur est décédé.

C'est une mesure immédiate pour les situations urgentes, parfois en attendant la mise en place d'une tutelle ou d'une curatelle.

Elle ne peut pas dépasser 1 an, renouvelable une fois par le juge des contentieux de la protection et cesse :

- soit à l'expiration du délai pour lequel elle a été prononcée,
- soit à la levée de la mesure par le juge des contentieux de la protection, après l'accomplissement des actes pour lesquels elle a été ordonnée,
- soit à la levée de la mesure par le juge des contentieux de la protection, lorsque le majeur reprend possession de ses facultés,

- soit par l'ouverture d'une mesure de curatelle ou de tutelle.

### **La curatelle**

La curatelle est une mesure judiciaire destinée à protéger un majeur qui, sans être hors d'état d'agir lui-même, a besoin d'être conseillé ou contrôlé dans certains actes de la vie civile (31). Le curateur est choisi en priorité parmi les proches de la personne à protéger. Si c'est impossible, la curatelle est confiée à un professionnel appelé mandataire judiciaire à la protection des majeurs, inscrit sur une liste dressée par le préfet.

Concrètement, une personne sous curatelle accomplit seule les actes de la vie courante et prend seule les décisions relatives à sa personne (comme changer d'emploi, effectuer des travaux d'entretiens dans son logement, droit de vote, gestion du compte bancaire ou souscription d'assurance). En revanche, elle doit être assistée de son curateur pour des décisions et actes plus importants comme un testament, des donations ou des actes de vente.

La durée est fixée par le juge, elle est de 5 ans maximum, renouvelable pour une même durée ou plus mais n'excédant pas 20 ans si l'altération des facultés du majeur protégé apparaît irrémédiable. Dans ce cas, l'avis conforme du médecin, inscrit sur la liste établie par le procureur de la République est nécessaire.

La mesure peut prendre fin :

- à tout moment si le juge décide qu'elle n'est plus nécessaire, à la demande du majeur ou de toute personne habilitée à demander une mise sous curatelle, après avis médical.
- à l'expiration de la durée fixée, en l'absence de renouvellement,
- si une mesure de tutelle remplace la curatelle.

### **La tutelle**

La tutelle s'adresse à une personne majeure ayant besoin d'être représentée de manière continue dans les actes de la vie civile, du fait de l'altération de ses facultés mentales ou lorsqu'elle est physiquement incapable d'exprimer sa volonté (32).

Le juge nomme un ou plusieurs tuteurs. La tutelle peut être divisée entre un tuteur chargé de la protection de la personne et un tuteur chargé de la gestion du patrimoine. Comme pour la curatelle, le tuteur est choisi en priorité parmi les proches de la personne à protéger, si c'est

impossible, le juge désigne un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, inscrit sur une liste dressée par le préfet.

La personne protégée accomplit seule certains actes dits strictement personnels (exemple : reconnaître un enfant) et la tutelle n'entraîne pas la privation de l'autorité parentale.

Seul le tuteur de la personne protégée peut, en tant que représentant légal, faire la demande de titre d'identité. Le majeur sous tutelle peut se marier ou se pacser sans l'autorisation du tuteur ou du juge, mais il doit l'informer au préalable.

Le majeur en tutelle exerce personnellement son droit de vote pour lequel il ne peut pas être représenté par son tuteur. Il prend également seul, les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. Il peut donc porter plainte seul. En revanche, toute décision concernant le logement principal de la personne protégée doit être autorisée par le juge. Également en ce qui concerne le testament et donation, le majeur peut faire seul son testament mais avec l'autorisation du juge. Il peut faire des donations en étant assisté ou représenté par le tuteur, avec l'autorisation du juge.

La durée de la tutelle est limitée à 5 ans ou 10 ans si l'altération des facultés personnelles de la personne sous tutelle n'apparaît manifestement pas susceptible de connaître une amélioration selon les données acquises par la science. Le juge peut renouveler la mesure directement dans le cas où un certificat médical a indiqué qu'aucune amélioration de l'état de santé du majeur n'était envisageable. Ce renouvellement de la mesure de tutelle ne peut pas excéder 20 ans.

La mesure peut prendre fin :

- à tout moment si le juge décide qu'elle n'est plus nécessaire,
- à la demande du majeur ou de toute personne habilitée (par exemple un parent) ;
- à l'expiration de la durée fixée ;
- en cas de remplacement par une curatelle
- ou bien sûr au décès de la personne protégée.

La mission du tuteur s'arrête le jour du décès de la personne protégée, il doit alors présenter les comptes dans les 3 mois suivant le décès.



### 2.7.6. L'obligation de signalement d'une personne vulnérable

Le signalement d'une personne vulnérable est une obligation. Cette obligation impose à quiconque ayant connaissance de privations, de mauvais traitements ou de toutes autres violences physiques ou psychologiques de prévenir l'autorité compétente. À défaut de signalement, la personne encourt une sanction pénale (peine de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende : article 434-3 du Code pénal) (33).

Si le médecin a connaissance de mauvais traitements sur une personne vulnérable, il a l'obligation de le signaler. Il s'agit là d'un simple signalement et non d'une dénonciation de l'auteur présumé des faits de maltraitance. Le Code pénal prévoit ainsi une dérogation au secret médical (34). Cependant, la maltraitance financière n'est pas une cause de levée du secret médical.

### 2.7.7. Caractéristiques des patients sous mesures de protection

Fin 2021, 713 700 majeurs sont soit sous curatelle soit sous tutelle. Parmi eux, 49 % sont des femmes et 51 % des hommes. Les majeurs sous régime de protection sont en moyenne âgés de 60 ans (65,1 ans pour les femmes contre 55,1 ans pour les hommes) (4).

L'étude réalisée par l'Association Nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations (ANCREAI) en mai 2017 décrit la variété des situations concernées et établit une première typologie des profils des majeurs protégés (22). On y identifie 4 principaux facteurs de vulnérabilité : la vulnérabilité sociale, la dépendance liée à l'âge, les troubles psychiques ou psychiatriques et les situations de handicap.

Deux thèses de 2017 et 2021 se sont intéressées aux patients concernés par une mesure de protection juridique. La première concernait les mesures initiées au Centre Hospitalier d'Angers (35). Au moyen d'un questionnaire à l'attention de 16 assistants sociaux, différentes causes de la vulnérabilité par association d'éléments intrinsèques (maladie, handicap) et extrinsèques défavorables (isolement social, précarité), ont été décrites. La deuxième étudiait les patients faisant l'objet d'une mesure de protection juridique initiée au service de post-

urgences de l'hôpital Purpan à Toulouse (36). L'altération des facultés mentales et l'isolement social étaient les facteurs de vulnérabilité les plus représentés parmi ces patients.

## 2.8. Organisation du secteur social

En France, il existe de nombreux organismes et institutions dans le secteur social, publiques ou privés, pouvant être sollicités par les patients ou les soignants :

- Au niveau local, les CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale) sont en charge de l'action sociale dans les communes (37). Lorsqu'il n'y a pas de CCAS, notamment dans les communes de moins de 1500 habitants, c'est directement à la mairie qu'il convient de s'adresser, ou à l'intercommunalité si elle dispose d'un centre intercommunal d'action sociale. Le service social du CCAS est là pour apporter de l'aide sociale, et organiser des activités sociales. Chacun peut y solliciter son assistant social de secteur pour l'accompagner dans les démarches sociales.
- Le CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination gérontologique) est un service d'accompagnement à destination des personnes de plus de 60 ans et de leur entourage, mis en place et financé par le département. Ses intervenants se déplacent au domicile, constatent et évaluent les difficultés. Ce sont des structures d'accueil de proximité destinées à soutenir les seniors ainsi que leur entourage et répondre aux professionnels en gérontologie dont ceux-ci dépendent. En raison des lois de décentralisation de 1982, les CLIC peuvent avoir une appellation différente selon chaque département : parfois appelés « Coordination Gérontologique », « Pôle Autonomie » ou encore « Pôle Info Seniors » ou « Maison Départementale de l'Autonomie » selon les territoires. Ces points d'information locaux s'adressent aux personnes âgées ainsi qu'à leur entourage, et plus largement à toute personne impliquée dans la perte d'autonomie des seniors. L'accueil, l'information et les conseils proposés par les CLIC sont personnalisés, gratuits et confidentiels. Ils sont mis en œuvre par les départements et animés par des acteurs divers (associations, CCAS, établissements hospitaliers, Conseil Général), et ont un rôle de proximité avec pour mission de faciliter l'accès des personnes âgées à leurs droits en mettant en réseau tous les professionnels du secteur (38). Afin de prendre contact avec un CLIC et trouver

le point d'accueil le plus proche de celui de la personne âgée concernée, il est possible de consulter l'annuaire du portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches (39).

- Depuis 2008, la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) a mis en place la MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie)(40), une méthode visant à améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, financée par les ARS. D'abord mise en œuvre pour les personnes souffrant d'Alzheimer (dans le cadre du plan Alzheimer), elle a élargi son champ d'action depuis 2011. La MAIA prend notamment en charge des cas particulièrement complexes (gestion de cas) sur sollicitation des professionnels et fait la demande de mesure de protection juridique si nécessaire. Le nombre de situations prises en charge est restreint ce qui permet un suivi intensif. Le CLIC et la MAIA sont en étroite relation. Actuellement les MAIA et les réseaux de santé ont été regroupés au sein des DAC (Dispositifs d'Appui à la Coordination).
- Il est également possible de trouver de l'aide et des renseignements sociaux auprès des conseils départementaux via les Centres Médico-Sociaux (CMS) qui sont des services de proximité du département.

#### Particularité des Yvelines :

Le département Yvelines (1 500 000 habitants) situé dans la région Ile de France compte 69 CCAS, une Association France Alzheimer et une Association France Parkinson (41).

En 1992, la direction de l'autonomie a fait un choix spécifique et original, en finançant et en confiant les coordinations gérontologiques (labélisées CLIC) à des associations locales, œuvrant dans le secteur social et connues dans le territoire concerné. Les porteurs doivent effectivement répondre à un cahier des charges mais avec une certaine autonomie, permettant des organisations innovantes.

Au départ, il y avait 12 coordinations gérontologiques. Au fil des années, les coordinations gérontologiques et les coordinations handicaps ont été regroupées en PAT (Pôles Autonomie Territoriale). Actuellement, à la suite du dernier appel à projet il y a 4 PAT dans les Yvelines répartis sur les territoires suivants : Terres d'Yvelines, Seine Aval, Boucle de Seine, Grand Versailles et Saint Quentin (les deux derniers étant regroupés sous un même PAT).

L'ALDS (Association Locale de Développement Sanitaire) dont le siège social est à Meulan-en-Yvelines, est l'un de ces 4 pôles du 78 (cf Annexe 2).

Le travail de recherche de cette thèse est fait sur le territoire Seine Aval (partie nord du département avec 400 000 habitants), tous les signalements émanaient du même groupe médico-social à savoir l'association GYNA (Groupement Yvelines Nord pour l'Autonomie). L'association GYNA est une des nombreuses associations de l'ALDS, fédération d'associations privées à but non-lucratif, du secteur sanitaire, social et médico-sociale.

Créée en 1983, L'ALDS a pour but de favoriser, par une prise en charge médico-sociale globale, avec la coordination des services existants et la création de services manquants, le maintien et le soutien à domicile des personnes adultes, dépendantes ou âgées, nécessitant des actes de prévention, de soins ou d'accompagnement au quotidien (42).

Cette fédération propose au travers de ses différentes associations et services une plateforme, unique en Ile de France, de services médico-sociaux diversifiés qui permettent une prise en charge globale associant des problématiques sanitaires, médico-sociales et sociales, à savoir un SSIAD, SAD, ESA (Équipe Spécialisée Alzheimer), l'aides aux Aidants, les visites de convivialité et un dispositif prévention.

Spécifiquement, l'association GYNA (Groupement Yvelines Nord pour l'Autonomie), créée en 2017, devenue MAYA (Méthode Aids Yvelines Autonomie), est le porteur du Pôle Autonomie Territorial (PAT) Seine Aval, regroupant ainsi les Coordinations Gérontologiques et Handicap du territoire. Son rôle est d'accueillir, informer et orienter les personnes âgées de plus de 60 ans, en situation de dépendance, ainsi que les personnes en situation de handicap pour les aider à mieux vivre au quotidien.

Ses missions sont l'information des personnes âgées ou en situation de handicap ainsi que leur entourage sur l'ensemble des ressources existantes, la mise en place ainsi que la coordination des aides à domiciles dans le respect du projet de vie de la personne âgée ou en situation de handicap, l'aide à la mise en place et au financement du plan d'aide permettant le maintien à domicile, la participation aux actions de lutte contre l'isolement ainsi que le traitement des situations de maltraitance, parfois à travers un signalement adressé au Procureur de la République.

Ce pôle est composé de deux antennes : est et ouest, regroupant 49 communes d'intervention du 78. La ville de Meulan-en-Yvelines fait par exemple partie de l'antenne est du PAT.

### **3. Matériels et méthodes**

Population et recrutement : les données ont été recueillies via les signalements émis par l'association GYNA (faisant elle-même partie de la fédération ALDS : Association Locale de Développement Sanitaire), signés par le Président puis envoyés au Procureur. Le Président de l'association nous a fournis en format numérique (pdf) tous les signalements émis pendant les années 2020 et 2021, soit 34 signalements pour un total de 36 patients (deux patients et un couple ont été signalés sur le même document pdf).

#### **3.1. Étude quantitative**

Analyse descriptive univariée à l'aide du logiciel Excel et le site internet BiostaTGV.

Variables quantitatives : classe d'âge (tous les 10 ans de 60 à 100 ans), classe de revenus (0-499, 500 à 999, 1000 à 1499, > 1500), nombre d'enfants, isolement (binaire), maltraitance (binaire), médecin traitant (binaire), troubles cognitifs (binaire), aides (binaire).

Variables qualitatives : sexe, type de logement (chambre, maison, appartement), statut marital (marié, célibataire, divorcé, veuf).

#### **3.2. Étude qualitative**

Parmi les méthodes d'analyse de contenu, dont l'objectif est d'explicitier le ou les sens qui sont contenu dans les documents textuels, nous avons choisi une méthode qualitative de catégorisation sans à priori théorique ou conceptuel, afin de mettre en évidence les éléments généraux et récurrents de l'ensemble des documents :

À partir des rapports des faits, riches de détails, sensations et comportements difficilement quantifiables, nous avons recueilli de nombreuses données sur les aides, les aidants, les souhaits des patients, leur autonomie, leur environnement social, la gestion de l'administratif,

l'état de leur logement, leurs ressources financières, leur état de santé physique et psychologique ainsi que des éventuels signes de maltraitance. Nous avons ensuite procédé à une analyse de contenu en catégorisant les données textuelles (regrouper les codes dans des thèmes comme l'isolement, et des sous-thèmes comme l'isolement social)(43).

Le logiciel Nvivo 12® a été utilisé et l'anonymat a été respecté lors du codage. Les thèmes et sous-thèmes sont présentés dans le Code-book en annexe 3.

### 3.3. Construction d'une typologie de patients

Le croisement de l'analyse descriptive et de l'analyse de contenu a permis dans un troisième temps de construire des profils types de patients (44).

## 4. Définition des variables

### 4.1. Isolement

Nous avons considéré un patient isolé lorsqu'il présentait la définition utilisée par l'Insee (17) à savoir : au plus une rencontre physique ou un contact distant par mois avec leur réseau relationnel en dehors de leur ménage.

### 4.2. Troubles cognitifs et du comportement

Selon le DSM-5 (45), un trouble neuro cognitif est une réduction acquise, significative et évolutive des capacités dans un ou plusieurs domaines cognitifs. Ce déclin cognitif est persistant, non expliqué par une dépression ou des troubles psychotiques et souvent associé à un changement de comportement, de personnalité. Il peut être léger ou majeur et atteindre un ou plusieurs domaines cognitifs (praxies, langage, mémoires...). On parlait de trouble du comportement lorsqu'il existait un comportement hors des normes (manque de pudeur, propos non conventionnel, agressivité).

### 4.3. Précarité financière et sociale

Le Robert définit la précarité comme une situation instable sans garantie, synonyme d'incertitude et de provisoire (46).

Lorsque nous avons la notion de difficultés financières, d'impayés ou de dettes dans le signalement, les données étaient encodées dans le nœud précarité financière.

La précarité sociale regroupait les situations d'isolement, de barrière de langue ou d'insécurité liée aux conditions de logement.

### 4.4. Ressources financières

En France métropolitaine en 2019, le niveau de vie médian de la population est de 22 040 euros annuels. Les 10 % de personnes les plus modestes ont un niveau de vie inférieur à 11 660 euros. Les 10 % les plus aisées ont un niveau de vie au moins 3,4 fois supérieur, au-delà de 39 930 euros.

Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté. En France et en Europe, le seuil est le plus souvent fixé à 60 % du niveau de vie médian.

En 2019, 9,2 millions de personnes vivent au-dessous du seuil de pauvreté monétaire, soit 1 102 euros par mois.(47)

Quand nous avons des revenus précis (connus pour 13 patients), nous les avons classés en 4 catégories : ressources faibles si en dessous du seuil de pauvreté, ressources correctes au-dessus, patrimoine si notion d'épargne ou de biens immobiliers et dettes.

### 4.5. Personne vulnérable

Selon la commission de l'Union européenne (19) : « Les personnes vulnérables sont celles qui sont menacées dans leur autonomie, leur dignité ou leur intégrité, physique ou psychique. La vulnérabilité peut résulter de l'âge, la maladie, une infirmité, une déficience physique ou psychique ou un état de grossesse ».

Dans notre étude, nous avons considéré tous nos patients comme vulnérables car faisant l'objet d'un signalement pour mise sous protection juridique puis nous avons essayé de trouver pour chacun le type de vulnérabilité qui correspondait le plus à son état : soit une vulnérabilité plutôt intrinsèque, physique ou psychique soit une vulnérabilité extrinsèque avec un contexte de difficultés économiques ou sociales.

## 5. Résultats

### 5.1. Résultats quantitatifs

Notre étude était constituée de 36 patients âgés de 66 à 97 ans avec une proportion quasi équivalente d'hommes et de femmes.

La tranche d'âge majoritaire était celle des 70-80 ans puis des 80-90 ans, les tranches d'âge les plus extrêmes se partageant le reste des patients.

Tableau description échantillon :

Caractéristiques	Population globale (n=36)
Age (années)	Moyenne 77,5 ans, médiane 78 ans
60-70	5 (14%)
70-80	15 (42%)
80-90	10 (28%)
90-100	6 (17%)
Hommes	17 (47%)
Femmes	19 (53%)
Enfants	25 (69%)
Troubles cognitifs	32 patients (88,9%) 16 hommes et 16 femmes dont 18 avec trouble du comportement (56,3%)
Statut marital	
Célibataire	8 (22%)
Divorcé	9 (25%)
Veuf(ve)	14 (39%) (12 femmes et 2 hommes)
Marié	4 (11%)



NR	1 (3%) (1 homme)
Médecin traitant	25 (69%)
Isolement	21 (58,3%)
Logement	
Propriétaire	15
Locataire	15
NR	6
Appartement	18
Maison	15
Chambre	3
Insalubre ou peu entretenu	17
NR	13
Aides en place	27 (75%)
Revenus mensuels	
0-500	1
500-1000	6
1000-1500	2
> 1500	4
NR	23
Suspicion maltraitance	15 (42%)
Femmes	9

Parmi les 6 patients plus âgés, 83,3% sont des femmes. Un peu plus de la moitié des femmes ont plus de 80 ans (52,6%) alors que chez les hommes nous retrouvons une majorité de moins de 80 ans (64,7%).

Age/sexe	F	H	Total général
60-70	2	3	5
70-80	7	8	15
80-90	5	5	10
90-100	5	1	6
Total général	19	17	36

Il y avait une majorité de patients avec des enfants, sans différence significative entre les hommes et les femmes sur le fait d'avoir ou non des enfants.

Enfants	Femme	Homme	Total général
Non	4	7	11
Oui	15	10	25
Total général	19	17	36

Test exact de Fisher : **La valeur p (p-value) de votre test est 0.28**

Quasiment tous les patients souffraient de troubles cognitifs dont un peu plus de la moitié avec des troubles du comportement associés.

En ce qui concerne le statut marital, on retrouvait une majorité de femmes veuves (63%) tandis que les hommes étaient principalement célibataires ou divorcés (respectivement 35%), le dernier tiers se partageait les hommes veufs et mariés.

Sexe/statut marital	Femme	Homme	Total général
Célibataire	2	6	8
NR		1	1
Divorcé(e)	3	6	9
Veuf (ve)	12	2	14
Marié(e)	2	2	4
Total général	19	17	36

Une grande majorité de patients (25 soit 69 %) avaient un médecin traitant.

La majorité de nos patients souffraient d'isolement (21 sur 36) au sens où ils avaient au plus une rencontre physique ou un contact distant par mois avec leur réseau relationnel en dehors de leur ménage. (17)

Parmi nos patients il y avait autant de propriétaires que de locataires, la moitié en appartement, 15 en maison et 3 en chambre. Les logements étaient insalubres ou peu entretenus pour 17 patients sur 36 (47%).

Trois quarts des patients bénéficiaient d'aides au domicile au moment du signalement. Que ce soient des aides complètes ou un simple passage infirmier.

Les revenus mensuels étaient précisés pour uniquement 13 patients sur 36 avec 7 patients sous le seuil de pauvreté (1102 euros par mois en 2019)(47) et 6 au-dessus.

9 des 19 femmes dans notre étude (soit 47%) avaient une suspicion de maltraitance versus 35% des hommes (6 sur 17). La différence entre ces deux groupes n'était pas significative ( $p=0,516$  selon test exact de Fisher). En ce qui concerne la maltraitance avérée, nous avons trop peu de données pour qu'elles soient exploitables.

Suspicion de maltraitance	Femme	Homme	Total général
Non	3	2	5
NR	7	9	16
Oui	9	6	15
Total général	19	17	36

## 5.2. Résultats qualitatifs

### 5.2.1. Catégorisation

#### **Une majorité de patients peu autonomes**

Nous avons pu classer les patients selon leur GIR, allant des patients autonomes sans difficulté pour leurs déplacements, à ceux avec des troubles de la marche importants ou totalement dépendants des aides : « *État grabataire depuis près de 8 mois [...] Besoin d'aide totale pour tous les actes essentiels* » BM 02 ; « *Monsieur est encore en capacité de faire son ménage. Monsieur assure son hygiène corporelle au quotidien.* » BY 22.

La majorité d'entre eux étaient en GIR 2 : soit une autonomie très précaire avec des patients confinés au lit et des fonctions mentales conservées, soit des patients gardant une certaine autonomie mais dont les fonctions mentales sont tellement altérées qu'ils nécessitent une

surveillance permanente : « *État de santé précaire, tant sur le plan psychique et physique. Incapacité de s'occuper de ses démarches administratives et civiques. Déplacements extérieurs très difficiles, ne sort plus depuis plusieurs mois.* » CJ 07 ; « *Madame a des troubles importants de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne, elle ne gère plus aucune démarche, n'a pas de suivi médical [...] Madame ne sort plus de chez elle sauf lorsque les auxiliaires de vie viennent la chercher 2 à 3 fois par semaine.* » LJ 21.

Un peu moins de la moitié des patients (16 sur 36) étaient capables d'assurer leurs transferts et se déplacer seuls, au moins à l'intérieur, avec plus ou moins d'aides techniques : « *Elle se déplace seule sans aides techniques.* » GL 11 ; « *se déplace difficilement à l'aide d'un déambulateur ou d'une canne.* » MG 28.

### **Prédominance des troubles cognitifs**

La grande majorité des patients (32/36) présentaient des troubles cognitifs, diagnostiqués pour 5 d'entre eux : « *Depuis son accident vasculaire, il souffrirait de troubles anxio-dépressifs et de troubles cognitifs (syndrome dysexécutif, trouble de la mémoire de travail).* » GP 15 ; « *Sur le plan psycho-comportemental et cognitif, Madame a passé deux consultations mémoire accompagnée d'une IRM cérébrale révélant une maladie neurodégénérative.* » LJ 21. Les troubles cognitifs n'étaient pas diagnostiqués pour les 27 autres : « *Nous nous interrogeons sur ses facultés cognitives. Il est en rupture de soin depuis un certain temps. Il semble parfois cohérent sur certaines démarches et l'instant d'après être perdu et complètement dépassé.* » DF 08 ; « *Il semble présenter des troubles cognitifs qui ne sont pas diagnostiqués, il est dans le déni de ses troubles.* » GN 10 ; « *Monsieur tient un discours cohérent mais présente quelques désorientations ainsi que des troubles de la mémoire non diagnostiqués.* » GE 14.

Dix-neuf d'entre eux avaient une atteinte du domaine de la mémoire « *régulièrement le chauffeur du bus est obligé d'aller chercher Mme dans le magasin car celle-ci oublie de revenir à l'heure prévue.* » GD 13 ; « *Madame ne connaît pas la date du jour et ne connaît pas entièrement sa date de naissance.* » ME 25 ; « *Il a des pertes de mémoire, oublie les dates de rendez-vous.* » BY 22.

Cinq patients présentaient une atteinte des fonctions exécutives « *Il n'initie plus aucune démarche* » DF 08, quatre du domaine du langage « *Monsieur présente des difficultés d'élocution et son discours est souvent confus.* » TJ 34, et un du domaine des praxies « *Monsieur S. présente une altération de sa mémoire ayant pour conséquence l'incapacité de se souvenir comment fonctionne un micro-onde.* » SM 33.

Ces troubles cognitifs étaient accompagnés de troubles du comportement pour 18 patients : « *Elle semble avoir des troubles de l'humeur et du comportement (dégradation des voitures du voisinage, vol de poubelle, jet d'ordure dans la rue, désorientation temporo-spatiale, déambulations)* » BM 05 ; « *Plaintes des résidents relatives au comportement déplacé de Monsieur G. (nuisances sonores).* » GP 15 ; « *Madame fait des crises et se met à jeter et casser des objets de manière assez fréquente. Elle ne peut pas rester seule plus d'une heure.* » ME 25 ; « *Monsieur aurait tendance à ouvrir toutes les portes du logement sans savoir où il veut aller. Monsieur est continent mais il ne sait plus où se trouvent les toilettes.* » NM 30.

Quatre patients présentaient une addiction à l'alcool, 8 avaient des symptômes anxio-dépressifs et 3 des idées suicidaires : « *Monsieur est aujourd'hui découragé et semble présenter un état dépressif. D'après l'infirmière, Monsieur aurait des propos suicidaires et se sentirait délaissé.* » BM 06.

Huit patients avaient des problèmes médicaux somatiques clairement décrits : « *Monsieur s'est cassé le col du fémur en Janvier 2019 et a fait un infarctus en Avril 2019.* » BM 06 ; « *Monsieur a subi cinq pontages coronariens en avril 2018. Monsieur est diabétique.* » BY 22.

Vingt-cinq patients avaient un médecin traitant mais nous avons l'information d'un suivi médical régulier pour seulement 5 d'entre eux : « *Madame est suivie à l'hôpital Foch tous les 3 mois. Elle nous indique s'y rendre régulièrement et prendre son traitement.* » AN 01 ; « *Cette prise en charge hospitalière aura lieu du 25/09 au 12/11/2019 et se poursuit en hôpital de jour 3 fois par semaine (mardi, jeudi et vendredi de 9h à 15h).* » GP 15.

### **Difficultés administratives importantes**

Pour 29 de nos patients il était précisé qu'aucune gestion administrative n'était possible : « *Il ne gère aucune démarche administrative. Il ne semble avoir aucune notion de ses ressources.* » BP 03 ; « *Mme est perdue dans la gestion administrative. Nous l'avons aidée à classer ses papiers. Nous avons retrouvé des feuilles de soins non envoyées à la sécurité sociale pour remboursement, des chèques non encaissés...* » GD 13 ; « *Monsieur est dépassé par la gestion administrative et financière. Il ne sait plus où il range ses papiers d'identité.* » SM 33.

Seulement une patiente avait une gestion correcte et 4 une gestion difficile : « *Monsieur essaye de gérer au mieux ses papiers et son compte bancaire. Il conserve ses papiers dans des boîtes d'archive dans l'armoire de sa chambre.* » BY 22.

L'information n'était pas fournie pour les deux patients restants.

### **Un isolement social fréquent**

Près de 2/3 des patients (21/36) étaient concernés, avec un isolement à la fois social et familial, donc très marqué, pour deux tiers d'entre eux (14 sur 21) comme présenté dans ces extraits de signalement : « *Le couple a deux enfants, un fils et une fille, qu'ils ne voient plus suite à des conflits familiaux. [...] Elle est isolée, rencontre des difficultés d'expression. Sa langue maternelle est le portugais.* » FM 09 ; « *Environnement social : néant [...] Grande vulnérabilité du fait de son âge avancé (97 ans), son isolement (veuve, sans enfant ni frère et sœur, pas d'ami, en froid avec le voisinage)* » BM 02.

On retrouvait un isolement plutôt social pour 3 et plutôt familial pour 5 d'entre eux.

Cependant, seuls 3 patients exprimaient clairement un sentiment de solitude : « *Madame exprime régulièrement un sentiment de solitude qui se manifeste par des angoisses et des sollicitations multiples auprès de partenaires.* » BM02 « *Monsieur G. verbalise très fréquemment son sentiment de solitude.* » GD 17.

En dehors des aides et du ménage, 14 patients bénéficiaient de contacts réguliers : « *Mme Josiane B. amie d'enfance de Mme C. venait déjeuner tous les jeudis chez Mme C.* » RJ 32 ; et un seul était bien entouré : « *Père de 7 enfants vivants (3 de 2 premières unions et 4 du troisième lit) dont un serait encore au domicile des parents. En son absence, c'est leur fille Leila qui a pris son père chez elle et s'en occupe.* » NM 30.

Une patiente avait un isolement familial marqué malgré des contacts réguliers : « *Madame M. est veuve depuis 2017. Elle a 3 enfants avec qui elle n'a plus aucun contact. Aucune autre*

*famille connue. [...] Madame est aidée au quotidien par ses voisins, notamment par Madame C. » ME 24.*

### **Précarité**

Quand la notion de difficulté financière, d'impayés ou de dettes était précisée dans le signalement, les patients étaient regroupés dans le nœud précarité financière. Celle-ci concernait 11 patients : *« Par le passé, les employés de la commune ont signalé à plusieurs reprises qu'ils avaient vu Madame M. fouillant les poubelles. Madame explique qu'elle n'a pas les ressources financières suffisantes pour faire ses courses. » ME 24 ; « Le pavillon et la dépendance ont été vendus en janvier 2020 par adjudication, car le couple avait accumulé des dettes très importantes. » AN 01.*

Lorsque des revenus ou patrimoines précis étaient connus (pour 17 patients), ils étaient regroupés en :

- Ressources faibles (en dessous du seuil de pauvreté) pour 7 patients : *« Il perçoit 900€/mois. » GD 17 ; « Madame M. a de faibles ressources. Elle perçoit une retraite d'environ 510€ par mois. » ME 24 ; « Il perçoit l'Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées (903 euros) par mois. » TJ 34.*
- Ressources correctes au-dessus de ce seuil pour 6 patients : *« Le couple a environ 3000 euros de retraite mensuelle » GD 13 ; « Au niveau de ses ressources, Monsieur G. perçoit une pension de retraite mensuelle, à hauteur de 1569,43€ » GE 14 ; « Madame est retraitée et touche une pension de 1300€ environ. » LG 20.*
- Patrimoine pour 7 : *« Valeur immobilière de son pavillon : 3800€ du m2. Mme aurait 68610€ d'épargne en juillet 2021 (PEL et assurance vie) » BM 02 ; « Épargne de 14 000€ en compte bancaire. » LG 20 ; « Il est difficile d'évaluer précisément l'épargne/placement de Madame M. mais cela semble représenter près de 400.000€. » MC 23.*
- Dettes pour 5 : *« A ce jour, Madame F. a donc plus de 5 000 euros de dettes auprès de différents organismes » FM 09 ; « D'importantes dettes sont les conséquences de son incapacité à pouvoir gérer seul correctement sa situation sociale et financière notamment depuis son accident vasculaire. [...] Il pourrait être expulsé de la résidence autonomie où il vit depuis un an du fait de troubles du comportement et d'impayés s'élevant à plus de 4000€ aujourd'hui. » GP 15 ; « Madame a des dettes liées à la réparation de sa maison au Portugal. » ME 25.*

Une précarité sociale au sens d'isolement ou de conditions de vie difficiles était retrouvée pour 19 de nos patients : « Une procédure d'expulsion est en cours. Madame a reçu un commandement de quitter les lieux au 22 novembre 2020. » AN 01 ; « Monsieur B. est âgé de 79 ans. Il vit seul dans une résidence sociale aux Mureaux depuis 1989. Monsieur est très peu entouré. [...] Nous apprenons ce même jour que les aides à domicile ont été suspendues à cause de la présence de cafards dans le logement, d'après le service d'aide. » BM 06 ; « Actuellement Monsieur G. vit toujours dans le logement de cette dernière. Toutefois ce logement fait l'objet d'un arrêté de péril et d'habitat « menaçant ruine » (infiltrations d'eau, risque d'affaissement du toit, problèmes électriques...) De ce fait, Monsieur doit libérer les lieux au plus vite. » GD 17 ; « Monsieur est retraité et vit seul, isolé, abandonné par ses enfants qui ne viennent plus le voir et n'a strictement aucun lien avec eux depuis très longtemps. » MT 27.

### **Un logement peu salubre pour la majorité**

Un logement insalubre était clairement décrit pour près d'un tiers des patients (10 sur 36) : « Le logement est dans un état insalubre. Lors de visites avec le Secteur d'Action Sociale, nous avons remarqué une accumulation importante de déchets ainsi que la porte d'entrée avec les vitres cassées. Madame vit sans eau ni électricité. Elle possède un chauffage au fioul pour se chauffer l'hiver. » AN 01 ; « Appartement au 17eme étage insalubre et envahi de cafards et punaises de lit. » DF 08.

Il était peu entretenu pour 7 et entretenu pour seulement 3 patients : « Monsieur habite un appartement type F3. Le logement est bien entretenu » BY 22.

Le logement n'était pas adapté pour 7 de nos patients : « De plus, le logement n'est plus adapté à ce jour. Monsieur rencontre des difficultés pour se déplacer et ne peut franchir les escaliers. Le foyer n'est pas équipé d'un ascenseur. » GJ 12 ; « Madame M. est logée dans une petite maison de plain-pied de type T2[...] qui n'est pas adapté à son handicap visuel. » MC 23.

### **La diversité des aides**

Les aides étaient familiales, sociales ou de la part de l'entourage (voisins, amis), à des fréquences allant d'aucune aide (5 patients) à une aide complète (5 patients) : « Une auxiliaire de vie vient 1h30 tous les mardis pour une aide au ménage et aux courses, monsieur ayant du mal à se déplacer. » BY 22 ; « Monsieur est aidé au quotidien par Madame A., auxiliaire de vie



à raison de 87h par mois. [...] Lorsque Madame part en vacances, Monsieur intègre un EHPAD. » BM 04.

La plupart des patients (13 d'entre eux) avaient une aide quotidienne, 6 une aide ponctuelle et 10 un passage infirmier.

Nous avons également noté qu'un obstacle extérieur aux aides était notifié pour 9 patients : « Nous apprenons ce même jour que les aides à domicile ont été suspendues à cause de la présence de cafards dans le logement, d'après le service d'aide » BM 06.

### **L'épuisement de l'aidant principal**

Les informations recueillies concernant les aidants principaux de 8 patients étaient principalement liées à leur état d'épuisement ou aux raisons pour lesquelles ils ne pouvaient plus assurer leur rôle : « Mr Z. ne veut plus se charger de l'aider car la prise en charge est trop lourde. » MT 27 ; « Monsieur N. vit avec sa troisième et actuelle épouse, [...] qui verbalise son épuisement et son incapacité à accompagner son époux malade. » NM 30.

### **Différentes formes de maltraitance**

De la maltraitance était suspectée pour 15 patients. Financière pour 9 d'entre eux : « Nous nous sommes entretenues avec les professionnels du foyer, il semblerait que des personnes proches de Monsieur lui soutireraient de l'argent. » GJ 12 ; « L'intervenant a été récemment remercié suite à un positionnement inquiétant. En effet ce dernier aurait réinitialisé les comptes informatiques de Madame donnant accès à ses comptes bancaires et aurait détenu ses papiers d'identité. » MC 23.

Pour 3 patients la maltraitance suspectée était de type physique, dont un patient avec suspicion de négligence associée et pour 4 patients, la maltraitance suspectée était de type psychique dont une patiente avec suspicion de maltraitance financière associée : « Depuis le décès de son époux en 2017, Madame vivrait sous l'emprise d'un ami de la famille, un dénommé A. [...] A. posséderait la carte de retrait de Madame M. Cette dernière a sollicité à plusieurs reprises la Banque Postale afin de faire opposition. Cependant, Monsieur recommanderait une carte bancaire via l'application de la banque à chaque opposition. » ME 24.

Une maltraitance avérée était signalée pour 5 patients avec des signes de négligence pour 3 d'entre eux : « *Madame était dans son lit médicalisé il faisait 12 degrés dans la chambre.* » GD 18 ; « *Leïla N. les a appelés pour les informer que son père n'avait pas été douché ni changé depuis une semaine, depuis qu'elle l'avait fait elle-même.* » NM 30. Une patiente subissait de la négligence ainsi que des maltraitances physique et psychique avérées : « *Celle-ci subit depuis près de 50 ans des violences conjugales, se traduisant par des coups physiques, des injures et dénigrement, des privations (nourriture, moyens de paiement, sorties du domicile etc...)* » FM 09. Et deux avec une maltraitance financière : « *Des retraits et des virements importants ont été effectués sur le compte bancaire de Madame M. Ainsi, il y a 3 forfaits Internet qui sont prélevés, des abonnements téléphoniques pour des lignes de portable dont elle n'est pas propriétaire, des factures EDF/GDF.* » MC 23.

### 5.2.2. Profils types des personnes vulnérables

Nous avons fait ressortir 4 profils de patients selon le type de vulnérabilité auquel ils correspondaient. Certains patients souffraient bien sûr de plusieurs types de vulnérabilité mais nous avons trouvé un facteur prédominant pour chacun.

**Figure 3** : Comparaison des codes de vulnérabilité selon le nombre d'éléments encodés



- La vulnérabilité plutôt psychique, cognitive : troubles cognitifs ou psychiatriques au premier plan ; Ils sont représentés par la moitié des patients (18/36)
- La vulnérabilité plutôt sociale concernait un quart des patients (9/36) avec barrière de langue, isolement marqué voire risque d'expulsion du logement ;
- La vulnérabilité plutôt physique concernait un cinquième des patients (7/36) patients avec la dépendance physique ou les problèmes médicaux somatiques au premier plan.
- La vulnérabilité plutôt financière : concernant deux patients avec des dettes importantes dans l'incapacité de gérer ces difficultés ;

## Description des profils :

### Profil 1 : Vulnérabilité psychique et cognitive au premier plan

Profil type : Il s'agit de patients relativement autonomes sur le plan physique, plutôt non isolés et avec des aides variables, mais dans le refus de celles-ci et avec des troubles du comportement importants. Peu à risque de maltraitance et avec des ressources variables.

Les patients présentant une vulnérabilité cognitive au premier plan étaient les plus nombreux (18 sur 36) avec 10 femmes (de 67 à 94 ans) et 8 hommes (de 69 à 85 ans).

En termes d'autonomie, les troubles cognitifs les plaçaient en GIR 2 pour la grande majorité mais 8 sur 18 étaient capables de marcher seul ou avec une aide technique, ajoutant un éventuel risque de fugue à ces situations déjà complexes. Des troubles du comportement étaient retrouvés pour 14 patients sur 18.

Ils n'étaient capable d'aucune gestion administrative. La moitié d'entre eux avaient des contacts réguliers mais vivaient seuls (10/18) et seulement 2 exprimaient un sentiment de solitude.

Le logement était insalubre ou non entretenu pour 8 patients et non adapté ou entretenu pour 3. Les ressources étaient variables : 4 avaient du patrimoine ou des ressources correctes et 4 des ressources faibles ou des dettes.

Au niveau des aides cela était assez variable avec des aides quotidiennes pour 5, ponctuelles pour 4, complètes pour 3 et un passage infirmier pour 5 patients.

On remarque que la moitié de ces patients exprimaient un refus des aides et un obstacle extérieur aux aides existait pour 5 sur 18.

Peu étaient à risque de maltraitance : 2 sur 18 avaient un type de maltraitance avérée et 4 sur 18 une suspicion de maltraitance.

### Profil 2 : Vulnérabilité sociale au premier plan

Profil type : patients très isolés vivant dans des conditions difficiles, non autonomes et avec des troubles cognitifs majeurs. Disposant de ressources variées et pouvant faire l'objet de maltraitance.

En ce qui concerne les neuf patients présentant une vulnérabilité sociale au premier plan, ils souffraient tous d'un isolement très important, ne parlaient pas français ou étaient à risque d'expulsion de leur logement. On retrouvait 6 hommes (de 66 à 90 ans) et 3 femmes plutôt jeunes entre 75 et 79 ans.

Ils n'avaient sur le plan médical pas de pathologie somatique, une seule pathologie psychiatrique, un patient souffrant d'anxiété/dépression et pas d'idées suicidaires. La moitié d'entre eux présentaient un trouble cognitif majeur mais non diagnostiqué atteignant principalement la mémoire et quasiment pas de trouble du comportement associé. Le suivi médical a été peu évalué.

Ils ne bénéficiaient d'aucune aide familiale et une seule d'une aide extérieure. Les aides sociales mises en place étaient inexistantes ou quotidiennes pour 5 d'entre eux. Il n'y avait presque pas d'obstacle ni de refus des aides de la part de ces patients (1 sur 9 à chaque fois). En ce qui concerne leur autonomie, ils étaient principalement GIR 2 donc non autonomes. Un seul était GIR 6.

Ils n'avaient aucune gestion administrative. Nous avons l'information claire que 6 d'entre eux vivaient seul et un seul exprimait un sentiment de solitude. Les logements n'étaient pas adaptés, peu entretenus ou insalubres.

Ces patients faisaient, pour 4 d'entre eux, l'objet de suspicion de maltraitance financière et la seule patiente souffrant de maltraitance physique, psychologique et négligence avérée était dans ce profil type de patients.

Au niveau financier c'était à peu près équilibré : 4 patients avec des dettes ou des revenus faibles et 3 avec du patrimoine ou des revenus correctes.

### Profil 3 : Vulnérabilité physique au premier plan

Profil type : patients non autonomes bénéficiant le plus souvent d'aides importantes. Faisant l'objet de maltraitance avec de probables troubles cognitifs et sans trouble psychiatrique associé. Pas de notion d'isolement ni de difficultés financières.
--

Sept de nos 36 patients présentaient une vulnérabilité plutôt physique au premier plan. En effet on retrouvait des patients peu ou non autonomes : GIR 1, 2 ou 3, concernant 5 femmes (de 76 à 97 ans) et 2 hommes de 70 et 72 ans.

Au niveau de la santé, 3 sur 7 avaient des problèmes médicaux, 2 avaient de l'anxiété, étaient déprimés voire avaient des idées suicidaires. Ils n'étaient pas atteints de pathologie psychiatrique autre et n'avaient pas de trouble cognitif majeur ou diagnostiqué. 6 patients sur 7 semblaient avoir des troubles cognitifs non diagnostiqués.

Nous avons des informations sur le suivi médical et les ressources pour deux patients uniquement à chaque fois (un suivi régulier, l'autre aucun suivi et un certain patrimoine pour les deux ressources connues).

Une aide complète ou quotidienne était en place pour 6 patients sur 7 et l'aidant principal était épuisé pour 3 d'entre eux. Ils n'avaient aucune gestion administrative et n'étaient plutôt pas isolés. En effet 4 sur 7 avaient des contacts réguliers et aucun isolement familial.

Leur logement était insalubre ou non adapté pour 6 sur 7.

En ce qui concerne la maltraitance, 5 patients sur 7 faisaient l'objet d'un type de maltraitance supposée ou avérée.

Profil 4 : Vulnérabilité financière au premier plan

Profil type : patients plutôt autonomes, pas de trouble cognitif ou léger mais avec un isolement important et une détresse psychologique associées. Pas de maltraitance retrouvée chez nos deux patients.
---

Un homme et une femme sur 36 avaient une vulnérabilité financière au premier plan (dettes pour les deux). Ils ne bénéficiaient pas d'aides sociales ou mineures uniquement et étaient des patients plutôt autonomes (GIR 4 et 6).

Ils n'avaient pas de trouble cognitifs ou légers mais aucune gestion administrative et une détresse psychologique (idées suicidaires pour un).

Ils présentaient une précarité sociale importante (logement insalubre ou non adapté, isolement familial et social marqué).

Ces deux patients n'avaient aucun signe de suspicion ou de maltraitance avérée et avaient un suivi médical régulier.

## 6. Discussion

Cette étude qui présente les résultats de l'analyse d'une population de patients faisant l'objet d'un signalement pour mise sous protection juridique par l'association GYNA dans le département des Yvelines sur deux années est l'une des premières à s'intéresser aux majeurs protégés de ce territoire.

Le premier profil type représentant plus de la moitié de nos patients correspondait à un patient âgé avec des troubles cognitifs majeurs. Un médecin traitant déclaré sans suivi médical régulier, des enfants mais un isolement familial et social marqué avec une précarité du logement. Ces troubles cognitifs avaient un impact important sur les aides et leur mise en place car il en découlait souvent un refus voire des comportements agressifs mettant en échec les interventions sociales.

Ce profil rejoint les caractéristiques des patients décrits à Angers et Toulouse en 2017 et 2021, notamment sur le plan des troubles cognitifs et du suivi médical, de l'isolement et de la précarité des logements. En effet, l'altération des facultés mentales représentait le diagnostic principal motivant la demande de protection juridique pour 87,1% des patients à Toulouse (36), et était citée dans tous les entretiens comme le critère incontournable caractérisant les patients nécessitant une mesure de protection juridique à Angers (35). L'absence de suivi est en accord avec l'étude de 2021 et cette précarité médicale pourrait être liée aux troubles cognitifs, troubles du jugement et du comportement, entraînant soit un refus de soins soit une incapacité à solliciter des soins ou à s'organiser.

Concernant l'isolement, caractéristique du profil 2, il était également majoritaire dans le travail mené à Toulouse avec 95,4% des patients isolés socialement (36) et l'on retrouvait surtout des hommes, comme décrit dans une étude de l'Insee (17). Enfin, dans l'étude réalisée à Angers en 2017, tous les entretiens évoquent un problème de maintien à domicile, ou au sens large, un problème d'avenir. Des résultats similaires sont retrouvés dans l'étude de 2021 à Toulouse où 54,1% des patients n'avaient pas de logement décent et parmi eux 38,5% avaient un logement insalubre.

Par ailleurs, près de la moitié des femmes de notre population faisaient l'objet d'une suspicion de maltraitance, caractéristique du profil 3, contre un tiers des hommes. Cela va également dans le sens des études connues sur ce sujet, notamment d'une méta analyse de 2015 (15), qui retrouvait dans la plupart des études que les femmes âgées étaient plus susceptibles que les hommes âgés d'être victimes de maltraitance.

Nos résultats confirment également l'état d'épuisement dans lequel se trouvent certaines familles au moment de la mise en place de la mesure de protection juridique (22). En effet, quand une famille ou un aidant est présent et mobilisé, il essaie très souvent de compenser les limitations fonctionnelles du proche avant de faire appel à un tiers.

En revanche, les caractéristiques de notre cohorte diffèrent sur plusieurs points de celles des patients sous mesure de protection juridique en France :

- Nos patients sont âgés de 66 à 97 ans avec une moyenne d'âge de 77,5 ans donc une population âgée, et sont tous à domicile avec des aides plus ou moins en place. Selon une étude réalisée par l'Association Nationale des Centres Régionaux d'Études, d'Actions et d'Informations (ANCREAI) en 2017 (22), plus de la moitié des majeurs protégés ont moins de 60 ans et les personnes en situation de dépendance liée à l'âge ne représentent qu'un majeur protégé sur quatre, essentiellement accueillis en établissement pour personnes âgées.
- Également, moins d'un cinquième de nos patients présentaient des problèmes médicaux somatiques clairement décrits ou avaient une vulnérabilité physique au premier plan. Bien que la majorité soient évalués en GIR 2, ceci était plutôt lié aux troubles cognitifs qu'à une réelle déficience physique. Dans le travail de l'ANCREAI, plus de la moitié (57%) des majeurs protégés vivaient une situation de handicap (22). Les patients présentant un handicap ont souvent bénéficié d'une mesure de protection juridique rapidement après le début de leur handicap ou depuis l'enfance ce qui pourrait expliquer le faible nombre de patient présentant une vulnérabilité physique au premier plan dans notre étude.
- Par rapport à la précarité financière, plus de la moitié des patients de notre cohorte avaient des ressources correctes ou un patrimoine, ce qui est plutôt étonnant par rapport à ce que l'on aurait pu croire et par rapport à ce qui est décrit par l'étude ANCREAI retrouvant une population à faibles revenus : la moitié des majeurs protégés



ont des ressources inférieures au seuil de pauvreté et plus de trois quarts ne possèdent aucun bien immobilier (22). Cette discordance pourrait s'expliquer en grande partie du fait d'un niveau de vie plus élevé dans ce département (cf Annexe 3 (48)), mais également, par le fait qu'ils soient déjà connus des services sociaux et donc certaines aides sociales sont déjà en place, comme l'APA par exemple.

Ces éléments financiers ne sont pas toujours étudiés car nécessitent une approche particulière. On sait que la précarité financière est un facteur de vulnérabilité mais c'est surtout la négligence de gestion du courrier ou des démarches qui déclenchent la mesure de protection (35).

L'analyse de contenu de notre travail apporte enfin des informations novatrices et des détails non rapportés jusqu'alors, tout d'abord sur le sentiment de solitude, peu exprimé spontanément par ces personnes isolées. Également sur l'isolement qui n'est, dans notre étude, pas corrélé au fait d'avoir ou non des enfants. Ce facteur ne protège donc pas forcément de l'isolement contrairement à ce que l'on aurait pu croire. Ceci pourrait s'expliquer par l'évolution des rapports familiaux dans notre société, en effet la solidarité familiale existe toujours mais les personnes âgées sont plus rarement accueillies chez leurs descendants et la mobilité des personnes entraîne parfois un éloignement géographique des familles (35). Et enfin sur les troubles cognitifs notamment avec les troubles du comportement associés et le refus de soins, qui sont très fréquents dans notre population et souvent à l'origine du signalement.

Finalement, ce qui semble le plus influencer une demande de mise sous protection dans les Yvelines sont les troubles cognitifs avec le refus des aides et les troubles du comportement qui en découlent. Les résultats retrouvés sur d'autres territoires en France sont toujours d'actualité et les médecins des Yvelines devront également y prêter attention dans leur pratique.

## Limites et forces :

Notre travail comporte plusieurs limites : tout d'abord, tous les signalements émanaient d'une association de développement sanitaire pour l'autonomie (ALDS) dans le département des Yvelines.

Ensuite, le fait d'avoir réalisé le recueil pendant la pandémie SARS-CoV2 a pu entraîner des biais, car la mise en place des aides était peut-être plus compliquée durant cette période. Par ailleurs, la précarisation et l'isolement social des patients déjà en situation de vulnérabilité ont pu s'accroître davantage.

Enfin, les demandes de mise sous protection juridique dans notre étude étaient émises par la voie du signalement d'adulte vulnérable au procureur de la République. Celle-ci est plus longue que la requête, peut prendre plusieurs mois avant d'aboutir et est utilisée en dernier recours lorsqu'il y a une absence totale de famille ou d'entourage ou lors d'une mise en danger. On ne peut donc pas généraliser nos résultats à tous les patients faisant l'objet d'une demande pour mise sous protection juridique et l'on peut se demander si les patients faisant l'objet de requêtes adressées directement au juge des contentieux présentent les mêmes caractéristiques que ceux étudiés ici.

Notre étude est la première s'intéressant aux patients à domicile faisant l'objet d'un signalement émanant du secteur social dans le département des Yvelines. En effet, la population des patients âgés faisant l'objet d'une mise sous protection est encore peu étudiée de nos jours en France et dans le monde.

Le fait d'utiliser une analyse quantitative et qualitative de ces données est novateur et apporte du relief et de la profondeur à nos résultats.

Tous les signalements émanant d'une même association nous ont permis d'avoir des pratiques similaires pour tous les patients. Ce travail a donc une limite territoriale mais est totalement homogène sur un type de population et a du sens pour celle-ci, au niveau de ce territoire et de cette population.

## 7. Conclusion

La notion de vulnérabilité ainsi que la question de la mise sous protection juridique concernent et vont concerner, du fait du vieillissement de la population et des problématiques qui en découlent, un nombre croissant de patients. A travers ce travail, il ressort un profil de patients auquel le social et le médical devront porter attention : la complexité des situations associant des patients âgés, avec des troubles cognitifs majeurs accompagnés de troubles du comportement et un isolement marqué dans un logement précaire.

Cependant, le fait de passer par les signalements d'une association ne prend pas en compte les éventuelles difficultés du médecin traitant à repérer et signaler des situations de fragilités. En effet, la démarche de dépistage des sujets fragiles est encore loin d'être intégrée dans les pratiques (49). Le manque de temps et le manque d'inter-professionnalité encore trop présent peuvent être des facteurs limitants dans la mise en place de mesures adaptées. En cas de maltraitance financière isolée, les médecins peuvent se retrouver face à une contrainte déontologique, celle-ci n'étant pas une cause de levée du secret médical.

De plus, les connaissances des médecins généralistes concernant les démarches juridiques des mesures de protection juridique semblent être insuffisantes. Le sujet est peu enseigné au cours des études médicales et elles sont perçues comme complexes et chronophages (5). Cependant, plus d'un médecin généraliste sur deux souhaite être mieux formé à la prise en charge de ces patients (50). Une éventuelle piste d'amélioration serait donc la mise à disposition de façon claire et concise des numéros directs des PAT ou des assistantes sociales de la commune aux médecins. Une formation continue simple et pratique, sur les mesures de protection juridique et leur mise en place serait également à instaurer.

La création récente des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé), centres où différents professionnels de la santé et du social travaillent ensemble est un nouvel outil qui semble adapté à améliorer la prise en charge de ces situations complexes.

Créées en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, (51) les CPTS constituées à l'initiative des professionnels de santé, ont vocation à rassembler les acteurs de santé de leur territoire. Elles se composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire. Ainsi, elles contribuent à une meilleure coordination de ces professionnels et à la structuration des parcours de santé des patients.

Le lien entre médico-social et médical est crucial. L'amélioration de ce lien au sein des CPTS est indispensable et doit prendre de l'ampleur. Les médecins pourront apprendre à travailler en coordination avec le secteur médico-social et repérer les profils de personnes vulnérables, afin de mettre en place une équipe adaptée à la situation.

Enfin, pour plus d'efficacité envers ces patients et quelle que soit la décision du juge, la création d'une équipe dédiée portant aide à ces personnes dans des situations extrêmement complexes nous paraît indispensable. Nous préconisons par exemple un seul référent pour les familles et les organismes, qui pourrait suivre les patients dans la durée et tout au long de leur parcours au domicile, à l'hôpital ou en institution.

## 8. Bibliographie

1. Article 425 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006427435/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006427435/)
2. Infostat justice juillet 2016 [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/stat\\_Infostat\\_143.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/stat_Infostat_143.pdf)
3. La protection juridique des majeurs : une réforme ambitieuse, une mise en œuvre défailante | Cour des comptes [Internet]. 2016 [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20161004-rapport-protection-juridique-majeurs.pdf>
4. La protection juridique des majeurs 2021 [Internet]. [cité 17 févr 2023]. Disponible sur : [http://www.justice.gouv.fr/art\\_pix/RSJ2021%206.2.pdf](http://www.justice.gouv.fr/art_pix/RSJ2021%206.2.pdf)
5. Marchadier F. Pratiques professionnelles des médecins généralistes installés en Midi-Pyrénées dans la mise en place de mesures de protection juridique des majeurs. Université de Toulouse; 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/2825/1/2019TOU31091.pdf>
6. Projections de population à l'horizon 2060 - Insee Première - 1320 [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
7. Le vieillissement de la population s'accélère en France et dans la plupart des pays développés [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 30 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/actualites/presse/le-vieillissement-de-la-population-sE28099accelere-en-france-et-dans-la-plupart-des-pays-developpes/>
8. La démence [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
9. Chiffres-clés [Internet]. Institut du Cerveau. [cité 10 févr 2023]. Disponible sur : <https://institutducerveau-icm.org/fr/chiffres-cles/>
10. Maladie d'Alzheimer et autres démences. Santé Publique France [Internet]. [cité 18 févr

2023]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-neurodegeneratives/maladie-d-alzheimer-et-autres-demences>

11. Apa : qu'est-ce que le Gir 1, 2, 3 ou 4 de la grille Aggir ? [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

12. Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les départements - Insee Focus - 71 [Internet]. [cité 10 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2513082>

13. Maltraitance des personnes âgées [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abuse-of-older-people>

14. Dubois C. Violence against people over 65 years old: prospective study at the Medico-Judiciary Units of Montpellier and Béziers [Internet]. 2019 [cité 19 févr 2023]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02500122>

15. Lachs MS, Pillemer KA. Elder Abuse [Internet]. [cité 16 nov 2021]. Disponible sur : <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404688>

16. Le 3977 : agir contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-vulnerables/lutte-contre-la-maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/le-3977-agir-contre-la-maltraitance-des-personnes-agees-et-handicapees>

17. 3 % des individus isolés de leur famille et de leur entourage : un cumul de difficultés socioéconomiques et de mal-être - Insee Première - 1770 [Internet]. [cité 11 oct 2022]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4205228>

18. Caroline Lantero. "La vulnérabilité du patient", Dossier : colloque Vulnérabilité et droits fondamentaux, 19 et 20 avril 2018, Université de la Réunion, Revue des droits et libertés fondamentaux, 2019, chron. n° 11. La vulnérabilité du patient. Disponible sur : <https://hal.uca.fr/hal-02122067/document>

19. Vulnerable person [Internet]. [cité 2 janv 2023]. Disponible sur : [https://home-affairs.ec.europa.eu/pages/glossary/vulnerable-person\\_en](https://home-affairs.ec.europa.eu/pages/glossary/vulnerable-person_en)

20. Genevois-Malherbe P. Adult wards in France: enumeration, characteristics and dynamics of a little-known sub-population [Internet]. Université Montesquieu - Bordeaux IV ; 2012 [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : <https://theses.hal.science/tel-00718644>

21. Réforme des règles applicables aux majeurs vulnérables [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : <http://www.justice.gouv.fr/justice-civile-11861/reforme-des-regles-applicables-aux-majeurs-vulnerables-32335.html>

22. Etude relative à la protection des majeurs protégés : profils, parcours et évolution. DGCS-ANCREAI-mai 2017 [Internet]. [cité 18 févr 2023]. Disponible sur : [http://www.creai-pdl.fr/images/rapportfinal\\_mjpm\\_ancreai\\_dgcs\\_mai2017.pdf](http://www.creai-pdl.fr/images/rapportfinal_mjpm_ancreai_dgcs_mai2017.pdf)

23. Requête en vue d'une protection juridique d'un majeur (habilitation familiale ou protection judiciaire) (Formulaire 15891\*03) [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R50473>

24. Les demandes d'ouverture d'une mesure de protection [Internet]. Cour d'appel de Nancy. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.cours-appel.justice.fr/nancy/les-demandes-douverture-dune-mesure-de-protection>

25. Article 1219 - Code de procédure civile - Légifrance [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038810482/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038810482/)

26. Difficultés pour établir un certificat médical de tutelle [Internet]. 2014 [cité 20 févr 2023].

Disponible sur : <https://lacan-avocat.com/certificat-medical-de-tutelle/>

27. Article R4127-105 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006912985/2022-04-04](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912985/2022-04-04)
28. Les certificats demandés pour les mesures de protection juridique. Mai 2019 ; Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche\\_pratique/1cm4wul/cnom\\_protection\\_juridique.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/fiche_pratique/1cm4wul/cnom_protection_juridique.pdf)
29. Habilitation familiale [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33367>
30. Sauvegarde de justice [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2075>
31. Curatelle d'une personne majeure [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2094>
32. Tutelle d'une personne majeure [Internet]. [cité 22 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2120>
33. Article 434-3 - Code pénal - Légifrance [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000037289453](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000037289453)
34. Article R4127-44 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000025843583](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843583)
35. GROS A. Les mesures de protection juridique initiées au CHU d'Angers [Internet]. Disponible sur : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127283/2017MCEM6847/fichier/6847F.pdf>
36. Robert C, Tubery M. Mesures de protection juridique initiées au service de Post-urgences médicales de l'hôpital Purpan: analyse descriptive des facteurs de vulnérabilité. 2021.
37. Le centre communal d'action sociale (CCAS) / la Mairie [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-centre-communal-daction-sociale-ccas-la-mairie>
38. Pierry D. CLIC : Quelles sont les missions du Centre Local d'Information et de Coordination [Internet]. Aide-Sociale.fr. 2018 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.aide-sociale.fr/clic-personnes-agees/>
39. Annuaire des points d'information | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-points-dinformation-et-plateformes-de-repit>
40. Le dispositif MAIA : qu'est-ce que c'est ? Comment ça marche ? [Internet]. Journal des seniors. 2020 [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://journaldesseniors.20minutes.fr/droits/maia-dispositif/>
41. CCAS dans les Yvelines : une liste complète [Internet]. Medipages.org. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur : <http://www.medipages.org/aidants/CCAS/ile-de-france/yvelines>
42. Présentation [Internet]. Federation-alds.fr. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.federation-alds.fr/presentation>
43. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. Collection U. 2012;231-314.
44. Lazard G. Vers une typologie scientifique. La linguistique. 2008 ;44 :13-24.
45. Haute Autorité de Santé. Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. Troubles cognitifs et troubles neurocognitifs. [Internet]. 2018. Disponible sur : <https://www.has->

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche\_1\_troubles\_cognitifs\_et\_trouble\_neurocognitifs.pdf

46. B. Tudrej "Précarité, analyse d'un concept" Mémoire de Master 1 [Internet]. [cité 6 févr 2023]. Disponible sur : [http://ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m1\\_tudrej.pdf](http://ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/m1_tudrej.pdf)

47. En 2019, le niveau de vie médian augmente nettement et le taux de pauvreté diminue - Insee Première - 1875 [Internet]. [cité 5 févr 2023]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5431993>

48. Niveau de vie et pauvreté par type de commune. Les revenus et le patrimoine des ménages, édition 2018-Insee Références :144-5.

49. Bertillot H, Bloch MA. Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique. *Revue française des affaires sociales*. 2016;107-28.

50. Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques des médecins généralistes. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 7 mars 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/prise-en-charge-des-patients-en-situation-de-vulnerabilite-sociale>

51. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 2 janv 2023]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/>

## 9. Annexes

### 9.1. Annexe 1 : Tableau GIR

<b><u>Gir</u></b>	<b>Degrés de dépendance</b>
Gir 1	- Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou demandeur en fin de vie
Gir 2	- Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - Ou demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Demander ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	- Demandeur n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - Ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Demander ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Demander encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante





### 9.3. Annexe 3 : Codebook.

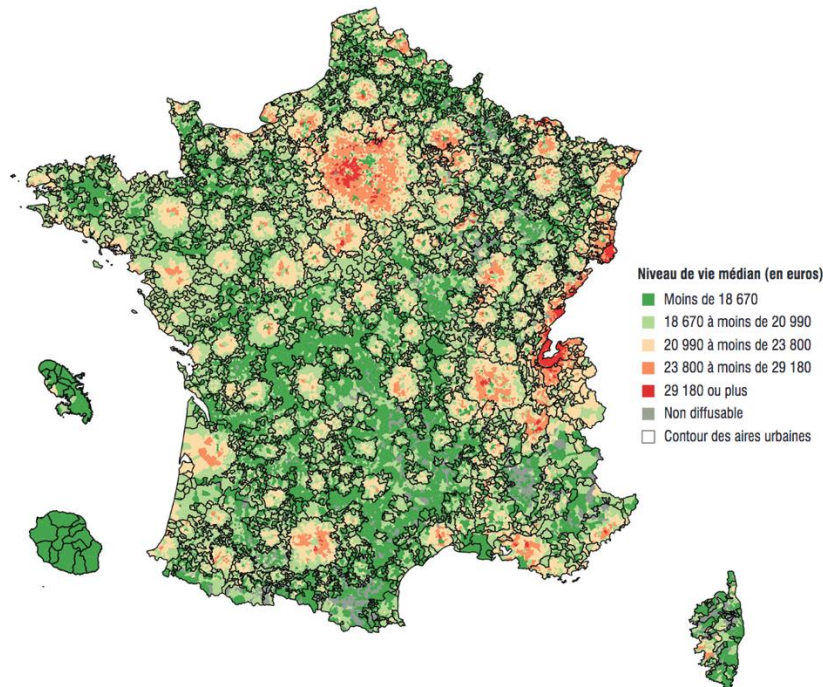
Toutes les données qui ont été étudiées et encodées à partir des signalements des patients.

Nom	Description	Fichiers	Références
Aidant principal		0	0
Aidant principal ne pouvant plus assurer son rôle		3	3
Aidant principal épuisé		5	12
Aides		0	0
Aides extérieures		5	8
Aides familiales		4	4
Aides sociales en place		0	0
Aide complète		5	6
Aide ponctuelle		5	6
Aide quotidienne		13	16
Passage infirmier		10	11
Aucune aide		5	6
Obstacle extérieur aux aides		9	14
Souhait du patient		0	0
Accepte aides		6	6
Entrée en institution		1	2
Exprime besoin d'aide		3	4
Refus des aides		11	15
Rester au domicile		2	3
Autonomie		0	0
GIR 1		2	3
GIR 2		22	52
GIR 3		3	6
GIR 4		4	8
GIR 5		2	5
GIR 6		2	3
Marche difficile, avec aide technique		7	10
Marche seul		8	9
Difficultés administratives		0	0
Aucune gestion		28	40
Gestion correcte		1	1

Nom	Description	Fichiers	Références
Gestion difficile		4	5
Environnement social		0	0
Bien entouré		1	4
Contacts réguliers		14	19
Isolement		0	0
Isolement familial		4	7
Isolement familial et social		14	26
Isolement social		3	6
Placement des enfants		1	1
Présence d'animaux de compagnie		1	1
Sentiment de solitude		3	6
Vit seul		18	20
État du logement		0	0
Logement entretenu		3	4
Logement insalubre		9	12
Logement non adapté		7	8
Logement peu entretenu		7	11
Maltraitance		0	0
Avérée		0	0
Maltraitance financière		2	2
Maltraitance physique		1	1
Maltraitance psychologique		1	1
Négligence		3	4
Suspicion		0	0
Suspicion maltraitance financière		9	17
Suspicion maltraitance physique		3	7
Suspicion maltraitance psychologique		4	9
Suspicion négligence		1	1
Médical		0	0
Problèmes médicaux somatiques		8	10
Santé mentale		0	0

Nom	Description	Fichiers	Références
Addiction		4	4
Anxiété-dépression		8	12
Aucun trouble cognitif		2	2
Idées suicidaires		4	4
Pathologie psychiatrique		2	3
Trouble cognitif		0	0
Sur domaine de la mémoire		17	25
Sur domaine des praxies		1	1
Sur domaine du comportement		18	37
Sur domaine du langage		4	4
Sur les fonctions exécutives		5	5
Trouble cognitif diagnostiqué		4	5
Trouble cognitif léger		3	5
Trouble cognitif majeur		12	17
Trouble cognitif non diagnostiqué		26	41
Suivi médical		0	0
Aucun suivi médical		7	8
Suivi médical régulier		5	6
Précarité		0	0
Précarité financière		10	16
Précarité sociale		19	28
Ressources financières		0	0
Dettes		5	9
Patrimoine		7	7
Ressources correctes		6	6
Ressources faibles		7	7
Vulnérabilité		0	0
Vulnérabilité financière		2	3
Vulnérabilité physique		7	9
Vulnérabilité psychique		16	25
Vulnérabilité sociale		9	13

## 9.4. Annexe 4 : Niveaux de vie médians en 2015 selon l'INSEE



## 9.5. Annexe 5 : Verbatims

Aidant principal

Aidant principal épuisé : BM 02 « Elle ne veut rien entendre lorsque son auxiliaire de vie verbalise être arrivée à son point de rupture (physique et psychologique) » ; GD 18 « nous mettons le fils en garde sur son épuisement avec le risque d'un comportement qui peut dévier. » ; MT 27 « Mr Z. est désemparé car les difficultés sont incontrôlables et intenable. (...) Mr Z. ne veut plus se charger de l'aider car la prise en charge est trop lourde. » ; NM 30 « Monsieur N. vit avec sa troisième et actuelle épouse, Z. N., âgée de 58 ans, en activité (assistante maternelle agréée), qui verbalise son épuisement et son incapacité à accompagner son époux malade. (...) Madame semble dépassée par la situation et ne sait plus quoi faire. Madame travaille comme assistante maternelle et a besoin d'être soulagée et que son mari soit pris en charge pour pouvoir exercer son activité professionnelle. » ; TD 35 « Le fils de Madame est épuisé et a lui-même des problèmes de santé. (...) Monsieur T. exprime son épuisement (...) Monsieur T. contacte 1e PAT car il est épuisé par la prise en charge de sa mère, cette dernière le sollicitant sans cesse. Depuis décembre 2019, Madame T. a multiplié les allers retours domicile, hôpital, séjour de répit. (...) Le fils sollicite constamment les différents partenaires et il tient des propos suicidaires : « je ne vais pas tenir longtemps ». (...) Le fils dit être « épuisé de tout gérer » : quotidien, la gestion administrative, budgétaire et qu'ils « vont se suicider à deux ». »

Aidant principal ne pouvant plus assurer son rôle :

BM 05 « Son fils unique est son curateur (curatelle aménagée). Il est actuellement hospitalisé pour plusieurs mois et est dans l'incapacité psychique d'effectuer son rôle de curateur. » ; GE 14 « Il a perdu sa femme le 28 juillet 2020. Cette dernière était malade depuis plusieurs années, et gérait le quotidien du couple : gestion administrative, budgétaire, sorties extérieures et gestion des repas. Elle était l'aidante

principale de Monsieur. » ; SM 33 « Actuellement, c'est son petit cousin germain qui gère à distance le paiement des factures mais ce dernier rencontre des problèmes de santé et ne peut assurer ces actions dans les temps. »

#### Aides

Aides extérieures : GJ 12 « Il y a une entraide au sein du foyer et des résidents aident Monsieur pour la préparation de ses repas. » ; ME 24 « Madame est aidée au quotidien pas ses voisins, notamment par Madame C. (...) Aujourd'hui, pour tous les actes de la vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, se soigner), Madame dépend entièrement de la générosité de son voisinage. » ; ME 25, MA 26 : « Les courses sont effectuées par l'ami du couple le plus souvent. (...) Son ami indique qu'il ne se lave plus et qu'il l'aide. » ; MT 27 : « Mr M. a connu Mr Z. (aidant principal) en 2014 dans les moments difficiles suite à sa sortie d'hôpital alors qu'il n'avait personne pour l'aider. Depuis, Mr Z. a toujours soutenu, apporté son aide : préparation des repas, entretien du logement et du linge, aide aux courses et accompagnement aux différentes consultations médicales. (...) Mr Z. a tout réaménagé dans le logement de Mr M. ; il a fait des travaux de rénovation (peinture, réfection de la cuisine). Il faut savoir que Mr Z. n'a ni logement ni papiers mais il était d'une grande aide et surtout une relation de confiance régnait entre les deux hommes. » ; PC 31 : « Désormais il y a notamment une voisine qui intervient quotidiennement pour aider Mme P. à la toilette, l'habillage, la préparation des repas et l'entretien du logement. Mme C. et Mme G. ont pu rencontrer cette voisine qui expliquera aux travailleurs sociaux qu'elle n'est pas rémunérée pour ces interventions. »

Aides familiales : BM 02 « La position de fils et de curateur pour Mr M. semble fragiliser sa capacité à prendre des décisions (relation émotionnelle forte). Il ne semble pas en capacité de se positionner face au refus de sa mère et son comportement ambivalent met en échec les décisions communes prises en amont pour le bien être de Madame (suivi médical, accompagnement hospitalier, aides à domicile, aide à la toilette). » ; MA 26 « Monsieur est l'aidant familial de son épouse en situation de handicap. » ; NM 30 « Monsieur N. vit avec sa troisième et actuelle épouse, Z. N., âgée de 58 ans, en activité (assistante maternelle agréée), qui verbalise son épuisement et son incapacité à accompagner son époux malade. » ; TD 35 « deux fils dont un qui vit au domicile. Il est l'aidant principal de Madame. »

Aides sociales en place : Aides complète : BM 02 « Depuis janvier 2021. Mme R. emploie Mme L. au-delà de la réglementation légale du code du travail (travaille 7j/7 sans repos ; 4 à 5 heures /jour). Mme R. ne semble pas mesurer qu'elle est en dehors du cadre légal et semble ne pas s'en soucier non plus voir se considère au-dessus de la loi. Elle est excessivement directive et exigeante. » ; BM 04 « Monsieur est aidé au quotidien par Madame A., auxiliaire de vie. Il la rémunère en CESU. Les interventions de Madame A. ont dû être augmentées début octobre et passent de 52h à 87h par mois. (...) Lorsque Madame part en vacances, Monsieur intègre un EHPAD. » ; BM 06 « Monsieur a aujourd'hui des passages réguliers d'une auxiliaire de vie jusqu'à 68 heures par mois pour de l'aide : à la toilette, aux courses et à la préparation de repas. Il bénéficie aussi de passages infirmiers tous les matins pour sa prise de médicament. » ; RJ 32 « Auxiliaire de vie Mme A. emploi direct déclaré via le CESU, intervenait environ 3 fois par jour. Cabinet infirmier libéral de Mme A., passait matin et soir. » ; VC 36 « Elle a 3 passages par jour d'aide à domicile : le matin, le midi et le soir + 2 passages d'infirmière libérale par semaine. L'infirmière libérale passe pour préparer le pilulier, les auxiliaires de vie l'aident pour la toilette, habillage, préparation repas, course, ménage, gestion administrative. »

Aide ponctuelle : BM 05 « Un portage de repas est assuré par la ville depuis environ 5 mois mais nous constatons qu'elle ne les consomme pas. » ; GD 13 « Depuis peu il y a eu mise en place d'un service d'aide à la personne pour le couple à raison de 18h mensuelles pour Mme et 18h mensuelles pour Mr pour les aider dans le quotidien. » ; GP 15 « 33h/mois d'aide à domicile. » ; GD 18 « Un plan d'aide est mis en place pour accompagner Madame G. dans les actes de la vie quotidienne telle que l'aide à l'hygiène corporelle. » ; LJ 21 « Madame ne sort plus de chez elle sauf lorsque les auxiliaires de vie viennent la chercher 2 à 3 fois par semaine. » ; BY 22 « Une auxiliaire de vie vient 1h30 tous les mardis pour une aide au ménage et aux courses, monsieur ayant du mal à se déplacer. »

Aide quotidienne : BP 03 « La livraison de plateaux repas a été mise en place en urgence par le CCAS. (...) Il est accompagné de l'auxiliaire de vie pour se rendre au supermarché. » ; CJ 07 « La MAIA a pris en

charge la situation de Mlle C. en Février 2013 et l'ont accompagné et vue très souvent pour des démarches, des courses, pour travailler sur un suivi médical, etc. » ; DF 08 « A ce jour le service d'aide à la personne passe 1h/jour. Il l'aide pour sa toilette quand il accepte, quelques courses, l'incite dans la prise des repas et de ses médicaments, gère l'entretien du logement comme il peut aux vues de la situation. » ; FM 09 « Repas à domicile. (...) aide à domicile trois fois/semaine. (...) Auxiliaire de vie 5 fois/semaine. » ; GN 10 « Il a tout de même accepté le portage de repas, mais son fils et sa belle-fille doivent l'appeler et se rendre à son domicile tous les jours pour s'assurer qu'il a pris son repas correctement. » ; GL 11 « Madame bénéficie des interventions d'un service prestataire, sur la base de 2h30 par jour du lundi au samedi et d'une heure le dimanche. » ; GE 14 « Monsieur a fini par accepter le passage d'aides à domicile, avec l'intervention de Maintien Adom. » ; LG 20 « Madame bénéficie de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) avec un plan d'aide de 36H/mois mais n'utilise que 27h/mois d'aide à la toilette, ménage et courses, exercé par un service prestataire d'aide à la personne. » ; MC 23 « Suite à une évaluation APA, Madame est accompagnée par un service d'aide à la personne, Petit Fils depuis juin 2020 à raison de 60h/ mois. » ; MG 28 « Mise en place de la livraison de plateaux repas en urgence par le CCAS. » ; NM 30 « Le plan APA est adapté au 01/10/2019 : CADJ « Richard » 3 jours/semaine (le maximum autorisé) + pédicure + transports PAM78 (pour aider à la mobilité) enveloppe de 50€/mois pour son transport jusque chez son fils à Asnières ou chez sa fille à Sartrouville qui le prennent en charge le week-end + SAP « Maison&Compagnie » 35h/mois soit 8h/semaine du lundi au samedi. » ; SM 33 « un service d'aide à domicile intervient auprès de Monsieur sur la base de 1h /jour pour une stimulation aux repas et 2 h/semaine pour un accompagnement aux courses et de l'entretien du logement. » ; TD 35 « Madame bénéficie des visites de convivialité de l'association les petits frères des pauvres depuis plusieurs années. Le service d'aide à la personne « Amalia Dom » intervient quatre fois par semaine pour l'entretien du logement ; hygiène corporelle et Vie sociale. »

#### Passage infirmier :

BM 06 « Il bénéficie aussi de passages infirmiers tous les matins pour sa prise de médicament. » ; GJ 12 « D'après les dires de Monsieur, il y aurait des passages journaliers pour les médicaments. » ; GP 15 « Interviennent au quotidien des infirmières pour notamment le traitement de son diabète insulino-requérant. » ; GD 18 « plusieurs passages d'infirmier dans la journée par rapport à sa pathologie chronique. » ; BY 22 « Monsieur bénéficie d'un passage infirmier deux fois par jour 7j/7 pour l'observance du traitement, la gestion du diabète et régulièrement pour des soins d'escarre aux pieds. » ; MT 27 « Infirmière en place avec passage quotidien pour l'insuline. » ; MG 28 « Mme souffrait en mars d'une plaie à la jambe gauche pour laquelle elle a des passages infirmiers. » ; RJ 32 « Cabinet infirmier libéral de Mme A, passait matin et soir 7j/7. » ; TJ 34 « Une infirmière libérale passe plusieurs fois par semaine pour les soins. » ; VC 36 « L'infirmière libérale passe pour préparer le pilulier. »

#### Aucune aide

AN 01 « Pour conclure, nous essayons d'accompagner Madame dans ses démarches de relogement, mais nous sommes limités dans nos actions. » ; GM 16 « Ce jour, nous n'arrivons pas à avancer dans cette situation. Madame est en demande d'aide, elle appelle régulièrement le pôle autonomie territorial. Cependant, son fils bloque nos propositions d'accompagnement et de mise en place d'aide à domicile. » ; GD 17 « Plusieurs professionnels et services travaillent ensemble à l'accompagnement de Monsieur G. (CCAS, SAS, PAT, MAIA) afin de l'aider à stabiliser sa situation financière et sociale. Toutefois des décisions quant à son projet de vie doivent être prises et dépassent nos missions. (...) Monsieur est connu du SAS (Secteur d'Action Sociale) depuis environ 10 ans dans le cadre d'un accompagnement social de secteur (ouverture de droit à la retraite, recherche d'un centre d'hébergement, ...) et en lien avec la MAIA et le PAT depuis Avril 2021. » ; LG 19 « La mise en place APA (Allocation Personnalisée Autonomie) n'est pas possible pour l'instant (Mr est démuné de tout papiers administratif). » ; MJ 29 « Mr est autonome dans les actes de la vie quotidienne. Il a 90 ans. Il est perdu dans les démarches administratives qui sont trop complexes pour lui. Il souhaiterait pouvoir être soutenu dans ce sens. »

## Obstacle extérieur aux aides

BM 05 « *La position de fils et de curateur pour Mr M. semble fragiliser sa capacité à prendre des décisions (relation émotionnelle forte). Il ne semble pas en capacité de se positionner face au refus de sa mère et son comportement ambivalent met en échec les décisions communes prises en amont pour le bien être de Madame (suivi médical, accompagnement hospitalier, aides à domicile, aide à la toilette).* » ; BM 06 « *Nous apprenons ce même jour que les aides à domicile ont été suspendues à cause de la présence de cafards dans le logement, d'après le service d'aide. La résidence a pu ensuite faire le nécessaire pour désinsectiser l'appartement pour que les aides reprennent.* » ; CJ 07 « *Puis, en Février 2019 la MAIA a arrêté ses interventions car l'accompagnement par les gestionnaires de cas n'a pas été significatif.* » ; GM 16 « *Son fils refuse les aides à domicile car il a peur que les auxiliaires de vie soient « séropositives » et lui transmette donc le sida. (...) Il dit pouvoir gérer la maison et sa mère, il ne souhaite pas mettre en place d'aide au domicile. Le fils souhaite commander les courses par téléphone. (...) N'arrivant pas à rassembler les documents nécessaires et le fils s'interposant à ce dossier, le dossier n'a pu être constitué à ce jour. (...) Cependant, son fils bloque nos propositions d'accompagnement et de mise en place d'aide à domicile.* » ; GD 18 « *Le 18 mai 2020 un nouvel événement pousse le service d'aide à rompre le contrat qui le lie avec Madame. Le fils était mécontent qu'un passage soit décalé dans la semaine au vue du pont de l'ascension. Il a présenté un comportement violent et a menacé la responsable de secteur. Les interventions se sont arrêtées immédiatement.* » ; LG 19 « *Nous venons d'apprendre que Mme L. a agressé une soignante et le projet d'entrée définitivement est remis en cause du moins à Andrézy.* » ; NM 30 « *l'attitude de l'épouse entrave la prise en charge. Madame N. serait agressive, insultante, crierait beaucoup, trouverait é redire sur tout et filmerait les intervenantes. (...) « Maison&Compagnie » informe le PAT d'une nouvelle problématique avec l'épouse. L'intervenante présente comme prévue à l'heure convenue, aurait été insultée car elle dérangeait l'épouse qui faisait la sieste avec les enfants qu'elle garde. « Maison&Compagnie » déclare que c'est très difficile car Madame N. remet en cause constamment le plan d'aide au soutien à domicile de son époux.* » ; PC 31 « *Ce dernier semble être dans le déni de la situation. Il ne souhaite pas collaborer avec les travailleurs sociaux. Il refuse les différentes aides proposées ayant pour but d'améliorer le maintien à domicile et réfléchir à un projet de vie adapté. Il refuse également de leur donner les coordonnées des enfants ainsi que les documents administratifs demandés (papier d'identité, avis d'imposition...). Mr trouve des excuses, demande du temps, ne rappelle pas.* » ; TD 35 « *A ce jour, Monsieur T. ne peut finaliser le dossier d'Aide Sociale car son frère ne veut pas financer l'EHPAD au vu de ses ressources.* »

## Souhait du patient

### Accepte aides :

GD 13 « *Mme est consciente de ses difficultés et est d'accord pour qu'une tierce personne l'aide dans la gestion administrative et financière.* » ; GE 14 « *Monsieur a fini par accepter le passage d'aides à domicile, avec l'intervention de Maintien Adom.* » ; GP 15 « *Monsieur G. accepte qu'on sollicite le Secteur d'Action Sociale (SAS) pour un accompagnement social budgétaire.* » ; GD 17 « *Monsieur G. est informé de ce signalement et semble adhérer à une mesure de protection.* » ; MC 23 « *C'est dans ce contexte que Madame M. sur nos conseils a accepté de solliciter une mesure de protection.* » ; MJ 29 « *Mr est totalement perdu dans les démarches administratives. Il est au courant de ce signalement et d'accord avec cette démarche.* »

Entrée en institution : LG 20 « *Madame ne veut plus rester chez elle et demande à être en établissement. (...) Madame L. a accepté d'y entrer.* »

Exprime besoin d'aides : BM 04 « *Monsieur B. souhaite que Madame A. devienne sa tutrice légale.* » ; GM 16 « *Elle aimerait qu'il y ait une solution pour le futur pour son fils, quand elle ne sera plus là. Madame est très angoissée par rapport à cela. Elle s'inquiète de savoir comment son fils va gérer le quotidien de la maison, et comment va-t-il faire financièrement. (...) Madame est en demande d'aide, elle appelle régulièrement le Pôle autonomie Territorial.* » ; GD 18 « *Le service d'aide a été contacté par Madame G. sollicitant de l'aide à son domicile ; qu'il fallait que les auxiliaires de vie reviennent l'aider.* »

Refus des aides : BM 02 « *refuse toute prise en charge hospitalière, contrôle médical (par exemple suivi de son pacemaker) et projet d'entrer en EHPAD.* » ; BP 03 « *Incurique sur lui, il nécessite une stimulation*

à la toilette, à l'habillage qu'il refuse à ce jour. » ; BM 05 « Elle refuse toutes aides humaines (aide à domicile, infirmier, etc...). (...) Madame refuse toutes interventions d'aides humaine à son domicile. (...) Madame refusant catégoriquement de se rendre à l'hôpital malgré le soutien de partenaire de confiance (CCAS, MAIA) et la préparation en amont de cette hospitalisation avec l'ensemble des partenaires et le fils. » ; CJ 07 « Mademoiselle n'accepte pas ces aides. L'entretien est interrompu car il devient difficile de discuter avec Mademoiselle au bout de deux heures. » ; GN 10 « refuse toutes les aides à domicile. (...) Il maintient vouloir qu'on le laisse tranquille et qu'il ne veut pas d'aides, qu'il peut se débrouiller seul. (...) Ses filles ont tenté de mettre en places des aides à domicile, un lit médicalisé, ou encore la téléassistance mais Monsieur a refusé les aides. » ; LG 19 « Son frigo est vide et il refuse tout aide de ma part. » ; LJ 21 « Madame est assez réfractaire à la mise en place des aides à domicile car elle ne laisse entrer personne dans son logement. » ; MT 27 « Il est vrai que sa force de caractère, a retardé la mise en place des aides. Il était dans le refus total. Il n'acceptait que l'accompagnement et la présence de Mr Z. » ; MG 28 « Nécessite une aide partielle à la toilette, à l'habillage qu'elle refuse à ce jour. » ; NM 30 « La toilette est devenue très compliquée à réaliser car Monsieur est opposant. » ; TJ 34 « Il refuse d'être sous tutelle. Il refuse également une aide au ménage. »

Rester au domicile : BM 02 « Ses propos et comportements agressifs mettent en péril son maintien à domicile alors que c'est ce qu'elle désire, « rester dans sa maison et fermer les yeux ». » ; VC 36 « Madame refuse une entrée en EHPAD. (...) Elle refuse l'entrée en EHPAD pour pouvoir continuer à voir sa fille qui est sous tutelle et habite à côté de chez elle. »

#### Autonomie

GIR 1 : BM 02 « État grabataire depuis près de 8 mois suite refus de verticalisation en post fracture spiroïdale diaphysaire fémorale gauche. Besoin d'aide totale pour tous les actes essentiels (toilette, habillage, gestion de l'élimination, se servir à manger, mobilisation et transferts, déplacement extérieur en ambulance uniquement). » ; TD 35 « Perte d'autonomie de Madame T. : facultés motrices et mentales. (...) Madame est en perte d'autonomie. Madame rencontre des difficultés de mobilité : les déplacements sont en fauteuil roulant poussé par une tierce personne. Madame n'est pas cohérente quand nous lui posons des questions et elle est parfois agressive. »

GIR 2 : BM 04 « Madame A. aide Monsieur pour le ménage, les courses, les démarches administratives et le stimule beaucoup pour la réalisation de la toilette, l'habillage et l'élimination. » ; BM 05 « Madame déambule, souffre d'angoisses et de solitude. Elle sollicite différents partenaires de manière incessante et répétée, commet des actes de vandalisme sur les véhicules stationnés devant chez elle, invite des inconnus à son domicile, déverse ses détritiques dans la rue et chez les voisins. (...) Malgré la livraison des repas à domicile, un doute persiste sur la prise des repas. (...) Elle semble avoir des troubles de l'humeur et du comportement (dégradation des voitures du voisinage, vol de poubelle, jet d'ordure dans la rue, désorientation temporo-spatiale, déambulations). » ; BM 06 « Depuis son retour au domicile en Février 2020, Monsieur est devenu non voyant et ne peut plus se déplacer seul et correctement. Son état physique s'est dégradé, il ne s'alimente pas correctement et ne peut plus se déplacer seul. (...) Au retour d'hospitalisation, la révision APA a révélé la dégradation de l'autonomie de Monsieur, le faisant passer du GIR 4 au GIR 2. (...) Monsieur ne réalisait plus les gestes d'hygiène corporelle. Il explique que personne ne l'aide et qu'il ne peut pas effectuer ces actes seul. (...) Il ne se déplace plus sans l'aide d'une tierce personne, ne peut plus assurer son hygiène seul, préparer sa nourriture et manger correctement seul. Il reste la plupart de son temps dans son lit, dans l'attente qu'une personne vienne l'aider. » ; CJ 07 « État de santé précaire, tant sur le plan psychique et physique. Incapacité de s'occuper de ses démarches administratives et civiques. Déplacements extérieurs très difficiles, ne sort plus depuis plusieurs mois. (...) Mademoiselle a des problèmes de santé d'ordre psychiatriques. (...) L'auxiliaire de vie trouve que Mademoiselle C. a maigrit, qu'elle dit jeter la nourriture par la fenêtre, qu'elle aurait des difficultés pour se déplacer mais refuse une aide médicale. » ; DF 08 « Monsieur ne pouvant plus se déplacer, il n'a plus de suivi médical, ses médicaments ne sont plus renouvelés, il ne peut plus effectuer ses démarches administratives. (...) Monsieur n'est plus autonome à ce jour. Il ne peut plus du tout se déplacer pour effectuer des démarches. Il ne gère pas les échanges téléphoniques qui sont très compliqués, il ne retrouve pas les informations à communiquer. Il n'a pas accès à internet et ne sait pas l'utiliser. (...) En



ce qui concerne son quotidien, il ne se lave pas seul, il ne peut plus se raser. Il s'habille seul mais avec beaucoup de difficultés et ne change pas ses vêtements régulièrement. Il ne cuisine pas. Il fait réchauffer les plats du portage de repas quand il se sent bien et que le plat lui convient. Il bouge peu au sein de son logement, il est difficile pour lui de nous expliquer comment il occupe ses journées. A priori, il passe sa journée dans la salle à manger où il y a une télévision, ses papiers et le canapé. » ; FM 09 « Madame est devenue totalement dépendante de son mari, ne sortant plus de son domicile, n'effectuant plus aucune démarche, ni achat, ni même de préparation des repas. » ; GL 11 « Cette prise en charge est dédiée à l'accompagnement dans les différents actes de la vie quotidienne (toilette, habillage, élimination, entretien du logement et aide à la préparation du repas). Au niveau de son autonomie, elle se déplace seule sans aides techniques. (...) L'apparition de troubles cognitifs non diagnostiqués depuis 2019 et de pertes de repères spatiotemporels. (...) Elle a aussi retrouvé un sous vêtement rempli d'excréments dans le placard de la cuisine. (...) Madame est en grande difficulté dans la gestion du quotidien. » ; GE 14 « Au niveau de son autonomie, Monsieur rencontre des difficultés pour les actes de la vie quotidienne : toilette, habillage, préparation des repas et courses. Il se déplace sans aides techniques mais se fatigue rapidement. Il possède un lit médicalisé et reste alité la plupart du temps. Il ne sort plus seul à l'extérieur. » ; GM 16 « Madame G. présente des troubles de la mémoire importants. Elle aurait besoin d'aide pour la gestion administrative et financière, pour retrouver un médecin traitant (plus de suivi médical) et pour la mise en place d'aide à domicile pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, repas). » ; GD 17 « Monsieur souffre d'incurie et d'un affaiblissement lié à une alimentation irrégulière. Il ne semble pas autonome dans les actes de la vie quotidienne. » ; LG 19 « Une barbe de plusieurs mois. (...) Par ailleurs, le frigo est vide, elle ne sait comment il s'alimente. (...) Troubles cognitifs présents (...) Mon père n'est plus autonome, il ne se fait plus à manger, ne prends plus soin de lui comme avant, lui qui était un homme très propre et élégant. » ; LJ 21 « Madame a des troubles importants de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne, elle ne gère plus aucune démarche, n'a pas de suivi médical. Madame est très isolée et présente un syndrome de Diogène. (...) Madame ne sort plus de chez elle sauf lorsque les auxiliaires de vie viennent la chercher 2 à 3 fois par semaine. » ; ME 24 « Aujourd'hui, pour tous les actes de la vie quotidienne (se nourrir, se vêtir, se soigner), Madame dépend entièrement de la générosité de son voisinage. (...) De plus, Madame M. est fragile et elle semble avoir une altération de ses facultés mentales. Elle n'est pas en capacité d'assumer seule la gestion de sa vie quotidienne, ses démarches administratives, ainsi que son suivi médical. » ; ME 25 « Madame est en perte d'autonomie. Son ami indique que Madame n'est plus lavée correctement. Auparavant, c'est son époux qui s'en occupait. Le couple ne mangerait plus correctement et se nourrit uniquement de yaourts, fruits, pâté... Les courses sont effectuées par l'ami du couple le plus souvent. » ; MA 26 « Monsieur est en perte d'autonomie. Son ami indique qu'il ne se lave plus et qu'il l'aide. Il ne mangerait plus correctement et se nourrit de yaourts, fruits, pâté. (...) Les courses sont effectuées par l'ami de Monsieur le plus souvent. Lorsque Monsieur en fait, il prend de la nourriture non équilibrée. » ; MT 27 « Aujourd'hui, l'état de Mr M. s'est détérioré avec des troubles cognitifs accentués avec perte d'orientation et de repère. Il est agité, il fugue et se fait appréhender par la police au moment du Covid. Au domicile, il laisse les marmites sur le feu sans surveillance. » ; MG 28 « Sa mobilité est très réduite : déplacements extérieurs impossibles, Mme B. nécessite d'être accompagnée par une tierce personne et d'une aide technique. (...) Nécessite une aide partielle à la toilette, à l'habillage qu'elle refuse à ce jour. Par ailleurs, elle a besoin d'une tierce personne également pour la préparation des repas (même pour simplement faire réchauffer) et à la prise des repas (surveillance et stimulation pour l'hydratation et l'alimentation avec aide pour installer, couper, servir). (...) Une aide-ménagère pour la réfection du lit, l'entretien du linge et du logement est indispensable. (...) Mme a des troubles de la vue et de l'audition. Fragilisée par son grand âge (95 ans), l'altération de ses facultés physiques, son fils non aidant, le décès récent et brutal de son mari qui gérait tout, Mme est décontenancée et confuse. » ; NM 30 « En perte totale d'autonomie. (...) Sa mobilité est encore relativement correcte mais il n'a plus de notion du sens qu'il peut donner à ses transferts et déplacements. Il n'a plus aucune notion du danger. Il nécessite l'aide de tiers pour assurer les actes essentiels de la vie (GIR 2). » ; PC 31 « Troubles cognitifs importants, désorientation temporo-spatiale, incapacités à la gestion administrative et financière. Mme a besoin d'aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. » ; RJ 32 « Auxiliaire de vie Mme A. emploi

direct déclaré via le CESU, intervenait environ 3 fois par jour. Cabinet infirmier libéral de Mme A. passait matin et soir. (...) Perte d'autonomie, altération des facultés. (...) Retrouvée par son auxiliaire de vie au sol dans ses urines. » ; SM 33 « Monsieur n'est plus en capacité de conduire pour faire ses courses. Monsieur est dépassé par la gestion administrative et financière. Il ne sait plus où il range ses papiers d'identité. (...) Monsieur S. présente une altération de sa mémoire ayant pour conséquence l'incapacité de se souvenir comment fonctionne un micro-onde. (...) Il consomme des plats préparés froids ; Monsieur ne s'alimente pas de façon régulière, n'a plus de sensation de faim et ne se souvient plus s'il a mangé. Monsieur est très amaigri. » ; TJ 34 « Monsieur présente une perte d'autonomie sévère suite à un handicap. Il a besoin d'être accompagné dans tous les actes de la vie quotidienne (toilette, repas, ménage, course, aide administrative). Il se déplace avec deux cannes. Il a de grandes difficultés à monter et descendre les deux étages. Il souffre également d'addictions. (...) Monsieur présente des difficultés d'élocution et son discours est souvent confus. » ; VC 36 « L'infirmière libérale passe pour préparer le pilulier. Les auxiliaires de vie l'aident pour la toilette, habillage, préparation repas, course, ménage, la gestion administrative. »

GIR 3 : GN 10 « Les enfants sont inquiets car il semble ne plus pouvoir effectuer correctement certains actes de la vie courante comme, son hygiène corporelle, l'entretien de son linge, ses courses, ses démarches administratives ou encore la prise régulière des repas. » ; GJ 12 « De plus, le logement n'est plus adapté à ce jour. Monsieur rencontre des difficultés pour se déplacer et ne peut franchir les escaliers. (...) Monsieur se déplace avec des béquilles ou en fauteuil roulant (...). Il y a une entraide au sein du foyer et des résidents aident Monsieur pour la préparation de ses repas. » ; MC 23 « Madame M. a été évaluée en GIR3. (...) Madame M. est peu autonome dans les actes de la vie quotidienne. Elle est accompagnée par le service prestataire Petit Fils pour la toilette, l'habillage, le ménage, les courses et la gestion administrative courante. »

GIR 4 : BP 03 « Incurie sur lui, il nécessite une stimulation à la toilette, à l'habillage qu'il refuse à ce jour (...) Le fils conduisait encore parfois car il se chargerait des courses. » ; GP 15 « Son autonomie physique est modérément altérée (légère hémiplegie du côté gauche). Il peut se déplacer à l'aide d'une canne tripode (périmètre de marche 100m environ). Le risque de chute quotidien est cependant majeur. Seul, il est en difficulté grave pour se laver et il ne s'habille pas correctement (il doit porter des vêtements amples faciles à enfiler). (...) Mr G. a une très forte volonté d'autonomie. Il fait sa toilette seul avec difficultés. Il gère son élimination avec difficultés et il y a des accidents. Pour l'habillage, il ne peut ni boutonner, ni remonter une fermeture éclair, ni nouer un cordon ou ses lacets. Monsieur a adapté par force et non choix ses vêtements à sa situation. Souvent, ces difficultés sont telles qu'il n'est qu'à moitié vêtu au niveau du bas du corps. Il n'a pas de préhension de la main gauche, ne peut donc pas seul couper, éplucher et se servir correctement à manger. (...) Évaluation globale à domicile du PAT dans le cadre de l'APA. GIR 4. » ; GD 18 « Un plan d'aide est mis en place pour accompagner Mme dans les actes de la vie quotidienne telle que l'aide à l'hygiène corporelle. » ; LG 20 « Madame bénéficie de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) avec un plan d'aide de 36H/mois mais n'utilise que 27h/mois d'aide à la toilette, ménage et courses. (...) Depuis un an, Madame chute à répétition à son domicile. Il faut savoir que sa démarche est rapide avec des petits pas serrés ce qui la fait trébucher. »

GIR 5 : GD 13 « Mme utilise le mini bus de la commune pour aller le jeudi après-midi en course. (...) Depuis peu il y a eu mise en place d'un service d'aide à la personne pour le couple à raison de 18h mensuelles pour Mme et 18h mensuelles pour Mr pour les aider dans le quotidien. » ; BY 22 « Mr essaye de gérer au mieux ses papiers et son compte bancaire. (...) Monsieur est encore en capacité de faire son ménage. Monsieur assure son hygiène corporelle au quotidien. (...) Une auxiliaire de vie vient 1h30 tous les mardis pour une aide au ménage et aux courses, monsieur ayant du mal à se déplacer. Il se fait à manger seul. »

GIR 6 : AN 01 « Au niveau de son autonomie, Mme semble autonome pour les actes de la vie quotidienne, malgré un manque d'hygiène important. Elle ne conduit plus et arrive à prendre un taxi et se rendre à Auchan pour un minimum de courses. Cependant, des doutes se font sur l'alimentation suffisante de Madame. » ; MJ 29 « Mr est autonome dans les actes de la vie quotidienne. (...) Mr fait tous ses achats à pied. »

### Marche difficile, avec aide technique

GJ 12 « Monsieur se déplace avec des béquilles ou en fauteuil roulant. » ; GP 15 « Il peut se déplacer à l'aide d'une canne tripode (périmètre de marche 100m environ). Le risque de chute quotidien est cependant majeur. (...) Monsieur G. est en plein désarroi. Il a déjà chuté deux fois depuis son arrivée et n'est pas sorti de la résidence. » ; GD 17 « Le logement ne semble pas adapté aux difficultés à la marche de Monsieur qui tombe régulièrement. » ; LG 20 « Depuis un an, Madame chute à répétition à son domicile. Il faut savoir que sa démarche est rapide avec des petits pas serrés ce qui la fait trébucher. » ; LJ 21 « Madame ne sort plus de chez elle sauf lorsque les auxiliaires de vie viennent la chercher 2 à 3 fois par semaine. » ; BY 22 « Une auxiliaire de vie vient 1h30 tous les mardis pour une aide au ménage et aux courses, monsieur ayant du mal à se déplacer. » ; MG 28 « Sa mobilité est très réduite : déplacements extérieurs impossibles, Mme B. nécessite d'être accompagnée par une tierce personne et d'une aide technique. (...) se déplace difficilement à l'aide d'un déambulateur ou d'une canne. » ; TJ 34 « Il se déplace avec deux cannes. Il a de grandes difficultés à monter et descendre les deux étages. »

### Marche seule

BP 03 « Le fils conduisait encore parfois car il se chargerait des courses. » ; BM 05 « Madame déambule (...) Madame se perd à 200 m de chez elle. » ; GL 11 « Elle se déplace seule sans aides techniques. » ; GD 13 « Mme utilise le mini bus de la commune pour aller le jeudi après-midi en course. » ; ME 24 « Madame ne s'était pas rendue chez son médecin depuis plus de 6 mois. Elle n'y est que récemment retournée afin de renouveler ses traitements. » ; MT 27 « Il fugue. » ; MJ 29 « Mr fait tous ses achats à pied. » ; NM 30 « Sa mobilité est encore relativement correcte mais il n'a plus de notion du sens qu'il peut donner à ses transferts et déplacements. »

### Difficultés administratives

Aucune gestion : AN 01 « grosses difficultés administratives. Les seuls papiers que nous avons retrouvés au domicile sont le commandement de quitter les lieux car Madame venait de le recevoir, ainsi que sa pièce d'identité, son permis de conduire et sa carte vitale. (...) Madame n'avait jamais déclaré ses impôts. » ; BP 03 « Il ne gère aucune démarche administrative. Il ne semble avoir aucune notion de ses ressources. Dans l'incapacité de pouvoir aider sa mère âgée, c'est leur voisine aidée du CCAS qui s'est chargée des démarches administratives suite au décès de Mr J. B. » ; BM 04 « Madame A. a procuration pour toutes les démarches administratives de Monsieur. » ; BM 05 « Madame est depuis sous curatelle aménagée (Décembre 2019). La mesure est exercée par son fils, Mr M. P. » ; BM 06 « Par conséquent, il n'effectue plus ses démarches administratives et ne s'en préoccupe plus (renouvellement CMUC, renouvellement carte bleue...). (...) Monsieur semblait perdu dans sa gestion administrative mais il n'avait pas l'air inquiet de la situation. » ; CJ 07 « Incapacité de s'occuper de ses démarches administratives et civiques. » ; DF 08 « Il est dans l'incapacité d'effectuer son suivi administratif. Il exprime ne plus savoir quoi faire et comment faire les choses étant donné qu'il ne peut plus se déplacer. » ; FM 09 « Madame est perdue, ne sait pas quelles démarches effectuer. La fille du couple prend en charge les obsèques de son père. (...) Madame présente tous les courriers reçus et elle ne sait pas à quoi cela correspond. Elle présente des documents administratifs qui datent de plusieurs décennies. » ; GN 10 « Les enfants sont inquiets car il semble ne plus pouvoir effectuer correctement certains actes de la vie courante comme, son hygiène corporelle, l'entretien de son linge, ses courses, ses démarches administratives ou encore la prise régulière des repas. » ; GJ 12 « Monsieur n'a pas été en mesure de nous fournir son avis d'impôt ni ses documents bancaires. Nous n'avons aucune visibilité sur ses revenus. Monsieur ne sait pas répondre à nos questions. Il semblerait qu'il n'ait pas fait sa déclaration d'impôt. » ; GD 13 « Mme est perdue dans la gestion administrative. Nous l'avons aidé à classer ses papiers. Nous avons retrouvé des feuilles de soins non envoyées à la sécurité sociale pour remboursement, des chèques non encaissés... » ; GE 14 « Difficultés importantes dans la gestion des démarches administratives, et de son budget. (...) Monsieur ne récupère et n'ouvre pas son courrier. » ; GP 15 « Depuis 2015, il n'aurait pas été en mesure de déclarer ses revenus. Il ne dispose par conséquent pas d'avis d'imposition sur le revenu, justificatifs indispensables pour faire valoir des droits comme des aides financières. » ; GD 17 « Du fait de troubles cognitifs, Monsieur G. n'initie aucune démarche :

ouvertures de droits (APA, APL, ...), santé, logement et plus généralement concernant son projet de vie. (...) Monsieur peine à gérer ses moyens de paiement. (...) En Aout 2021, Monsieur a perdu ou s'est fait voler son portefeuille comprenant l'ensemble de ses affaires (carte d'identité, carte vitale, carte bancaire, etc...). Il n'a pas été en mesure de faire les démarches nécessaires suite à cet incident. » ; LG 19 « Le père ne possède aucun papier d'identité, ni carte bancaire, ni même sa carte vitale. Il a cessé de régler son loyer depuis 7 mois. » ; LJ 21 « Madame ne gère plus du tout son administratif et son budget (elle dépense peu d'argent, fait peu de courses). » ; MC 23 « Madame M. est peu autonome dans les actes de la vie quotidienne. Elle est accompagnée par le service prestataire Petit Fils pour la toilette, l'habillage, le ménage, les courses et la gestion administrative « courante ». » ; ME 24 « De plus, Madame M. est fragile et elle semble avoir une altération de ses facultés mentales. Elle n'est pas en capacité d'assumer seule la gestion de sa vie quotidienne, ses démarches administratives, ainsi que son suivi médical. » ; ME 25, MA 26 « Le couple n'a pas payé son loyer pendant plusieurs mois. » MG 28 « Ce dernier gère depuis de nombreuses années l'ensemble des démarches administratives et financières du foyer. (...) L'ensemble des démarches relatives aux obsèques de Mr B. ont été dans l'urgence faites par la voisine et amie Mme V. avec le soutien du CCAS. » ; MJ 29 « Mr est totalement perdu dans les démarches administratives. » ; NM 30 « En perte totale d'autonomie du fait d'une maladie neurodégénérative provoquant une altération des facultés d'orientation dans le temps et l'espace, des troubles de la mémoire et du comportement. Désorienté et confus, il n'est pas capable de discerner et de prendre une décision. (...) Il nécessite l'aide de tiers pour assurer les actes essentiels à la vie (GIR 2). » ; PC 31 « Incapacité à la gestion administrative et financière. » ; RJ 32 « Sa fille aurait procuration sur une partie des comptes (société générale et banque postale). (...) Perte d'autonomie, altération des facultés. » ; SM 33 « Monsieur est dépassé par la gestion administrative et financière. Il ne sait plus où il range ses papiers d'identité. Actuellement, c'est son petit cousin germain qui gère à distance le paiement des factures. » ; TJ 34 « Monsieur n'a pas déclaré ses impôts depuis plus de quatre ans. (...) Il ne gère plus ses démarches administratives, réception du courrier et gestion du compte bancaire. » ; TD 35 « La déclaration d'imposition de Madame n'a pas été vérifiée, et il y a une erreur. » ; VC 36 « Elle n'est plus en capacité de gérer son administratif ni ses finances (elle n'ouvre plus son courrier par exemple). »

Gestion correcte : LG 20 « Elle gère assez bien son budget. »

Gestion difficile : BM 02 « Un courrier est rédigé avec Mme R. à l'attention de sa banque demandant et autorisant la clôture de son compte épargne logement et d'en verser la totalité sur son compte dépôt. » ; GL 11 « Madame est en grande difficulté dans la gestion du quotidien. » ; GM 16 « Elle aurait besoin d'aide pour la gestion administrative et financière. » ; BY 22 « Monsieur ne parvient plus à assurer le suivi administratif et financier ainsi que la prise de ses rendez-vous. (...) Mr essaye de gérer au mieux ses papiers et son compte bancaire. Il conserve ses papiers dans des boîtes d'archive dans l'armoire de sa chambre. »

Environnement social

Bien entouré : NM 30 « Monsieur N. vit avec sa troisième et actuelle épouse, Z. N., âgée de 58 ans, en activité (assistante maternelle agréée). (...) Père de 7 enfants vivants (3 de 2 premières unions et 4 du troisième lit) dont un serait encore au domicile des parents (H.). (...) En son absence, c'est leur fille L. N. qui a pris son père chez elle et s'en occupe. (...) Elle dit avoir conduit son père chez son demi-frère pour "qu'il soit à l'abri". »

Contacts réguliers : GN 10 « Il a tout de même accepté le portage de repas, mais son fils et sa belle-fille doivent l'appeler et se rendre à son domicile tous les jours pour s'assurer qu'il a pris son repas correctement. » ; GL 11 « Elle vit seule dans un pavillon à Perdreaux. C'est une personne appréciée par le voisinage, qui a régulièrement des visites. Madame G. a un fils avec qui elle n'a plus de contact. Elle a aussi une fille de « cœur » et amie, Madame M., qui s'occupe de toutes ses démarches administratives. Cependant, elle habite à 200 km et ne peut se rendre au domicile de Mme G. que tous les 15 jours. » ; GJ 12 « D'après les dires de Monsieur, il y aurait des passages journaliers pour les médicaments ; il y a une entraide au sein du foyer et des résidents aident Monsieur pour la préparation de ses repas. » ; GD 13 « Mme utilise le mini bus de la commune pour aller le jeudi après-midi en course. (...) Les deux autres enfants sont au courant de la situation. Mme explique qu'elle aide ponctuellement

son fils pour l'achat de nourriture. » ; GE 14 « Il reste en lien téléphonique avec ses cousins et neveux de manière régulière. » ; GM 16 « Environnement social : son fils en situation de handicap vit à domicile. (...) Une sœur en province avec qui elle a des contacts réguliers par téléphone. » ; GD 18 « Madame a 5 enfants. Un enfant qui est décédé, une fille qui a coupé tous contacts suite à une enfance trop douloureuse selon les dires du fils ; et 3 autres enfants avec qui Madame a des liens. » ; LG 19 « Mr L. est divorcé depuis 1998, il a 3 enfants avec qui, il garde quelques liens. (...) Monsieur habite au-dessous de leur maison et il n'est pas seul, il ramène chez lui d'autres personnes inconnues sans domicile fixe. » ; LJ 21 « Madame a une sœur qui habite à Paris, elles s'appellent au téléphone régulièrement. » ; MC 23 « Elle a une cousine qui réside sur Saint Ouen et qui est présente auprès d'elle depuis peu. » ; ME 24 « Madame est aidée au quotidien par ses voisins, notamment par Madame C. (...) Madame vivrait sous l'emprise d'un ami de la famille, un dénommé A. » ; PC 31 « Mme a un ami qui lui rend visite quotidiennement et qui l'aide pour la gestion administrative. » ; RJ 32 « Mme B. amie d'enfance de Mme (...) Ce serait une femme âgée de 90 ans, discrète, qui venait déjeuner tous les jeudis chez Mme. » ; TD 35 « Madame T. a deux fils dont un qui vit au domicile. (...) Madame bénéficie des visites de convivialité de l'association les petits frères des pauvres depuis plusieurs années. »

#### Isolement

Isolement familial : LG 21 « Madame est divorcée depuis plusieurs années du père de ses enfants, vit seule. Madame est mère de 3 enfants avec lesquels elle n'a plus de contact. » ; BY 22 « Monsieur est divorcé depuis plusieurs années de la mère de ses enfants, vit seul. Monsieur est père de 4 enfants. Selon lui ils vivent tous du côté de Toulouse, il a des contacts partiels avec sa fille Isabelle. » ; ME 24 « Composition de la famille de la personne à protéger : Mme M. est veuve depuis 2017. Elle a 3 enfants avec qui elle n'a plus aucun contact. Aucune autre famille connue. » ; ME 25 « Madame est entourée d'un ami qu'elle héberge, Monsieur F. Daniel. Elle n'a pas de famille en France. » ; MA 26 « Monsieur est entouré d'un ami qu'il héberge, Monsieur F. Daniel. Il n'a pas de famille en France. (...) D'après l'ami de Monsieur, de l'argent serait envoyé tous les mois à son fils au Portugal. » ; MT 27 « Monsieur est retraité et vit seul, isolé, abandonné par ses enfants qui ne viennent plus le voir et n'a strictement aucun lien avec eux depuis très longtemps. »

Isolement familial et social : AN 01 « De plus, madame est très isolée. Elle est en contact avec une de ses voisines qui accepte qu'elle recharge son téléphone chez elle, mais elle le fait de façon très irrégulière. Les relations avec ses enfants sont très difficiles. Elle avait gardé contact avec son fils. Ce dernier lui faisait quelques courses, mais il ne l'a pas revu depuis le mois de juillet 2020, suite à une dispute, sur la mesure de protection. » ; BM 02 « composition de la famille de la personne à protéger : Veuve. Sans enfant. Environnement social : néant. (...) veuve, sans enfant, ni frère et sœur, pas d'ami, en froid avec le voisinage. » ; BM 04 « Monsieur est célibataire sans enfant. (...) Les parents de Monsieur sont décédés depuis plusieurs années. (...) Environnement social : isolé. » ; BM 05 « Depuis l'hospitalisation de son fils début septembre 2020, aucun membre de la famille n'est en mesure de prendre le relai sur la situation de Madame. Elle se retrouve isolée à domicile sans proche aidant. » ; BM 06 « Il vit seul dans une résidence sociale aux Mureaux depuis 1989. Monsieur est très peu entouré. Il n'aurait qu'un neveu comme famille mais ce dernier ne peut être présent pour son oncle, sa femme ayant une sclérose en plaque. » ; CJ 07 « Célibataire, isolée : aucun entourage familial ou amical. » ; DF 08 « Mr. nous dit avoir une fille mais avec laquelle il n'est plus en contact depuis plusieurs années. (...) Monsieur est une personne très isolée. Il n'a plus de contact avec sa famille depuis plusieurs années. Il n'a personne autour de lui. Une voisine peut parfois lui rendre service, mais en lien avec l'insalubrité de son logement, notamment les punaises de lit, elle souhaite être de moins en moins en contact pour se protéger. » ; FM 09 « Le couple a deux enfants, un fils et une fille, qu'ils ne voient plus suite à des conflits familiaux. Ces derniers sont âgés de 51 et 48 ans. (...) Elle est isolée, rencontre des difficultés d'expression. Sa langue maternelle est le portugais. (...) Madame est de plus en plus perdue, isolée. Le français n'étant pas sa langue maternelle, Madame éprouve des difficultés à s'exprimer, à communiquer. » ; GP 15 « Il habitait Mayotte depuis une dizaine d'années. Il souffre aujourd'hui d'isolement. (...) Monsieur aurait deux filles majeures d'un premier lit mais suite à des différends familiaux il y a plus de dix ans, il n'aurait plus de contact avec elles ni son épouse dont il est séparé. » ; GD 17 « Après plus de dix années passées dans la

rue. Monsieur G. a été hébergé plus de 20 ans par Mme G., une habitante de la commune des Mureaux. Celle-ci est décédée en avril 2021. (...) Monsieur G. n'a pas d'entourage familial connu. Il n'a jamais été marié et n'a pas d'enfants. Il indique avoir 4 demi-frères dans l'Aisne avec lesquels il n'a pas de contact. » ; LG 20 « Célibataire sans enfants, vit seule au domicile. Elle n'a plus de famille (mère et frère décédés). Elle n'a qu'une seule cousine résidente à Lyon avec qui les liens sont distants et souvent compliqués car Mme L. est difficile de relation. Son seul lien est sa gardienne d'immeuble Madame L. à qui elle fait confiance avec malgré tout un soupçon de méfiance. (...) isolement familial (pas de lien ni d'ascendants direct). » ; MJ 29 « Mr est divorcé depuis 1963. (...) Mr est isolé, il a deux fils avec qui il a très peu de contact. Une nièce en Normandie qui l'aide ponctuellement. » ; SM 33 « Monsieur vit seul depuis que sa compagne l'a quitté ; la maison est isolée du reste des habitations. » ; TJ 34 « Monsieur vit seul dans une chambre d'hôtel depuis 2003. (...) son entourage familial vit en Allemagne mais il n'a plus de contact avec la fratrie. Il a divorcé en 1993. Son ex- épouse est décédée en 2010. Il n'a pas d'enfant. »

Isolement social : BP 03 « Père décédé le 13/03/2021. Mère qui l'héberge. (...) Fils unique P. B., âgé de 73 ans, célibataire, sans enfant. Ce dernier vit au domicile des parents depuis près de 30 ans. » ; MG 28 « Veuve depuis le 13/03/2021. Fils unique non-aidant au domicile ». ; VC 36 « Madame est veuve. Elle a une fille Madame V. G. qui est sous tutelle. (...) Environnement social : isolé. (...) Elle refuse l'entrée en EHPAD pour pouvoir continuer à voir sa fille qui est sous tutelle et habite à côté de chez elle. »

Placement des enfants : AN 01 « Ils ont eu 3 enfants, placés à l'ASE pendant leur enfance ».

Présence d'animaux de compagnie : AN 01 « elle vit seule, avec ses deux chiens »

Sentiment de solitude : BM 05 « Madame déambule, souffre d'angoisses et de solitude. (...) Madame exprime régulièrement un sentiment de solitude qui se manifeste par des angoisses et des sollicitations multiples auprès des partenaires. (...) se plaint aux passants d'être seule, interpelle des EHPAD en demandant d'être accueillie, passe des appels réguliers aux services sociaux. » ; GD 17 « Depuis le décès de son hébergeante et amie. Monsieur G. verbalise très fréquemment son sentiment de solitude. » ; VC 36 « Elle appelle tous les professionnels qui l'accompagne plusieurs fois par jour en indiquant qu'elle se sent seule, malade et qu'elle va mourir seule. (...) Madame alerte tous les professionnels qu'elle est seule et malade. »

Vit seul : AN 01 « Aujourd'hui, elle vit seule, avec ses deux chiens, dans une dépendance de son pavillon. » ; BM 05 « Madame est âgée de 85 ans et vit seule en résidence pavillonnaire. » ; BM 06 « Il vit seul dans une résidence sociale aux Mureaux depuis 1989. » ; CJ 07 « Elle vit seule dans un appartement. » ; FM 09 « Madame reste seule au domicile. » ; GN 10 « Il vit seul dans un pavillon à Mantes la Ville. Sa femme est décédée il y a plusieurs années. » ; GL 11 « Elle vit seule dans un pavillon à Perdreauville. » ; GE 14 « Depuis le décès de son épouse, Monsieur est isolé et se retrouve seul à son domicile. » ; LG 19 « Monsieur habite seul depuis plusieurs années. » ; LG 20 « Célibataire sans enfants, vit seule au domicile. » ; LJ 21 « Madame est divorcée depuis plusieurs années du père de ses enfants, vit seule. » ; BY 22 « Monsieur est divorcé depuis plusieurs années de la mère de ses enfants, vit seul. » ; MC 23 « Madame M. est logée dans une petite maison. » ; MT 27 « Monsieur est retraité et vit seul. » ; MJ 29 « Mr vit dans un appartement au 1<sup>er</sup> étage. Mr est isolé. » ; PC 31 « Mme vit seule à domicile. » ; RJ 32 « Mme habite la maison où elle est née. Il s'agit d'une maison de ville. » ; SM 33 « Monsieur vit seul depuis que sa compagne la quitté. » ; TJ 34 « Monsieur vit seul dans une chambre d'hôtel depuis 2003. »

État du logement

Logement entretenu : BY 22 « Monsieur habite un appartement type F3. Le logement est bien entretenu » ; TD 35 « Le service d'aide à la personne « Amalia Dom » intervient quatre fois par semaine pour l'entretien du logement »

Logement insalubre : AN 01 « Le logement est dans un état insalubre. Lors de visites, avec le secteur d'action sociale, nous avons remarqué une accumulation importante de déchets ainsi que la porte d'entrée avec les vitres cassées. Madame vit sans eau ni électricité. Elle possède un chauffage au fioul pour se chauffer l'hiver. Les chiens ne semblent pas sortir de la dépendance. » ; BP 03 « Les appareils d'électroménager désuets semblent être hors d'usage (machine à laver le linge, lave-vaisselle, aspirateur...). Au vu de l'état d'incurie du logement, un gros nettoyage serait nécessaire avant que

*n'interviennent des aides. » ; DF 08 « Appartement au 17eme étage insalubre et envahi de cafards et punaises de lit. » ; GJ 12 « chambre étroite et insalubre. » ; GD 17 « Vit dans un logement précaire et insalubre qui va faire l'objet, sous peu, d'un arrêté de péril et d'habitat « menaçant ruine » (infiltrations d'eau, risque d'affaissement du toit, problèmes électriques, ...). » ; GD 18 « Madame a évoqué un projet de déménagement car la maison est insalubre. » ; LJ 21 « Pavillon encombré d'objets divers. (...) Pour atteindre le logement il faut passer un grand portail et traverser le jardin laissé à l'abandon volontairement par Madame pour que l'on ne pénètre pas sa propriété. Le logement est encombré du sol au plafond. Madame est équipée de l'électricité mais pas de l'eau courante (elle nous explique que la maison a été construite sur une nappe phréatique qui serait asséchée depuis un moment et que la maison n'est pas raccordée au tout à l'égout. Madame fait sa toilette avec des lingettes pour enfant et des bouteilles d'eau. » ; ME 25, MA 26 « Madame vit avec son époux dans un appartement insalubre avec la présence de cafard. (...) L'odeur dans la pièce est insoutenable La même pièce est très encombrée par une accumulation de vêtements et d'objets. » ; MG 28 « Dans sa maison à étages et en situation d'incurie (...) Les appareils d'électroménager désuets semblent être hors d'usage (machine à laver le linge, lave-vaisselle, aspirateur...). Au vu de l'état d'incurie du logement, un gros nettoyage serait nécessaire avant que n'interviennent des aides. »*

Logement non adapté : CJ 07 « tout est sombre, aucune lumière. » ; GJ 12 « De plus, le logement n'est plus adapté à ce jour. Monsieur rencontre des difficultés pour se déplacer et ne peut franchir les escaliers. Le foyer n'est pas équipé d'un ascenseur. » ; GP 15 « Outre le logement peu adapté (...) Monsieur G. est en plein désarroi. Il a déjà chuté deux fois depuis son arrivée et n'est pas sorti de la résidence. » ; GD 17 « Le logement ne semble pas adapté aux difficultés à la marche de Monsieur qui tombe régulièrement. » ; MC 23 « Madame M. est logée dans une petite maison de plain-pied de type T2 de 42m2. Elle est locataire de ce logement depuis juin 2020 qui n'est pas adapté à son handicap visuel. » ; MG 28 « La maison est sur 3 niveaux : sous-sol, pièces de vie (cuisine, salle séjour et à manger), deux chambres et salle de bain avec WC. Il y a un fort risque de chute majoré par la présence de tapis et des escaliers. Les extérieurs de la maison sont inadaptés à une personne à mobilité réduite car le terrain est pentu et non aménagé. » ; TJ 34 « Monsieur vit seul dans une chambre d'hôtel depuis 2003, au 2eme étage sans ascenseur. Le logement et son environnement ne sont pas adaptés à sa perte d'autonomie. La salle de bain est sur le palier et n'est pas adaptée à son handicap. Sa chambre ne possède pas de cuisine. »

Logement peu entretenu : BM 06 « Son appartement comporte une seule pièce très étroite avec des sanitaires communs. Son logement n'est pas entretenu, Monsieur ne pouvant effectuer le ménage. (...) Nous avons constaté que l'appartement n'était pas entretenu » ; CJ 07 « Elle prend des notes sur des morceaux de cartons et des papiers qu'elle disperse dans son salon (ses conversations téléphoniques, les démarches à faire, etc.) (...) tout est sombre, aucune lumière. » ; GM 16 « Le logement n'est pas entretenu, il y a beaucoup de moucheron qui volent dans le logement. » ; LG 19 « manque d'hygiène important au sein de son logement. (...) Son intérieur est sale. » ; ME 23 « Le logement est vétuste et peu entretenu. Madame dit ne plus avoir d'eau chaude. » ; PC 31 « Ce jour le réfrigérateur et le congélateur sont quasiment vides. Il y a un pot de cornichons périmé depuis 2018. La cuisine n'est pas entretenue, il y a des miettes sur les surfaces et sur le sol. Au niveau de la salle de bain, la baignoire ne semble pas être utilisée, elle est sèche et peu entretenue. Mme a les cheveux sales, elle est en pyjama, une odeur corporelle émane de la locataire. » ; SM 33 « n'est pas correctement entretenue. »

Maltraitance avérée

Financière : MC 23 « des retraits et des virements importants ont été effectués sur le compte bancaire de Mme. Ainsi, il y a 3 forfaits Internet qui sont prélevés, des abonnements téléphoniques pour des lignes de portable dont elle n'est pas propriétaire, des factures EDF/GDF importantes au regard de la taille du logement, des dépenses inexpliquées par Madame. » ; MT 27 « Aussi, il y avait un projet de repartir au Maroc définitivement. Il est allé d'ailleurs en été 2018 mais la famille a pillé tout son argent et Monsieur est revenu au bout d'un mois. »

Physique : FM 09 « subit depuis près de 50 ans des violences conjugales, se traduisant par des coups physiques. »

Psychologique : FM 09 « *subit depuis près de 50 ans des violences conjugales, se traduisant par des coups physiques, des injures et dénigrement.* »

Négligence : FM 09 « *des privations (nourritures, moyens de paiement, sorties du domicile etc..)*. » ; GD 18 « *Madame était dans son lit médicalisé, il y avait 12 degrés dans la chambre.* » ; NM 30 « *L. N. les a appelés pour les informer que son père n'avait pas été douché ni changé depuis une semaine, depuis qu'elle l'avait fait elle-même. (...) Cette dernière reconnaît avoir, à deux reprises depuis le début du mois, quitté le logement en enfermant son mari seul dans le logement durant des demi-journées. Elle expliquera avoir pris soin d'en informer la voisine. Elle ne semble pas réaliser sa négligence et cherche à minimiser son acte.* »

Suspicion maltraitance

Financière : GJ 12 « *Nous nous sommes entretenues avec les professionnels du foyer, il semblerait que des personnes proches de Monsieur lui soutireraient de l'argent.* » ; GE 14 « *Il m'indique également que des chèques et des bijoux lui ont été volés m'ais n'est pas en mesure de donner plus d'informations. (...) Suspicion de vols de chèques au domicile indiqué par Mr G.* » ; GD 17 « *Sur les relevés de compte de sa carte de retrait du mois de mars 2021, il a été constaté plusieurs retraits inhabituels dans des villes éloignées de son lieu d'habitation pour une somme totale de 260€). Monsieur assure qu'il ne s'y est jamais rendu.* » ; LG 19 « *Aussi, il semblerait que beaucoup de personnes squattent son logement selon les propriétaires et la fille. (...) il ramène chez lui d'autres personnes inconnues sans domicile fixe. (...) Mon père s'est fait voler sa carte bleue et sa carte nationale d'identité. (...) En allant à son domicile, j'ai constaté qu'il y avait des gens qui squattaient chez lui. Des gens sans domicile...* » ; MC 23 « *L'intervenant a été récemment remercié suite à un positionnement inquiétant. En effet ce dernier aurait réinitialisé les comptes informatiques de Madame donnant accès à ses comptes bancaires et aurait détenu ses papiers d'identité. (...) Tous ces éléments ont attiré notre attention car de par son handicap visuel, plusieurs personnes (voisins, bénévoles, famille éloignée...) gravitent autour de la situation de Madame M. L'une de ses voisines s'est d'ailleurs présentée auprès de nos services comme étant sa fille. (...) Madame M. semble être victime d'abus de faiblesse et n'est pas en mesure de veiller à ses intérêts personnels.* » ; ME 24 « *Deux à trois fois par mois, A. effectuerait des retraits sur le compte bancaire d'environ 400/500 euros. Selon Madame M., ces sommes servent à payer les huissiers. Cependant, les factures du bailleur nous permettent de constater qu'il n'y a aucun retard de loyer. A. posséderait la carte de retrait de Mme M. Cette dernière a sollicité à plusieurs reprises la Banque Postale afin de faire opposition. Cependant, Monsieur recommanderait une carte bancaire via l'application de la banque à chaque opposition. (...) Mme M. nous dit qu'A. possède les clés de l'appartement. Il l'aurait vidé de tous ses biens de valeurs (outils du mari décédé, matériel hi-fi, ordinateurs).* » ; PC 31 « *Lors de la visite, le frère de Mr C. s'énerve lorsque la question des finances est abordée. Il refuse de communiquer le montant des ressources de Mme P. ainsi que son avis d'imposition.* » ; RJ 32 « *Depuis 2 ans, il y aurait des agissements envers sa mère devenue vulnérable qui interrogent. Elle serait victime de manipulations et peut-être d'abus de faiblesse par son voisin. Cette personne qui serait supposée être malveillante aurait déjà pu racheter à moindre coût la maison des parents de Mme C. J. il y a de ça environ 4 ans et y habiterait.* » ; TJ 34 « *Il dit avoir subi des vols de sa carte bancaire et de ses papiers. (...) Il dit « confier sa carte bleue au gérant pour qu'il puisse retirer l'argent du loyer ».* »

Physique : BP « *Mr B. s'alcooliserait massivement au quotidien et serait un danger pour sa mère.* » ; MG 28 « *sa blessure à la jambe serait « des suites de coups portés par son fils ivre ».* » ; NM 30 « *L'épouse de Monsieur N., âgée de 20 ans de moins que lui, serait épuisée en tant qu'aidante. Elle en serait venue aujourd'hui à taper son mari. Monsieur N. aurait des hématomes.(...) Il dit que son père serait régulièrement couvert de bleus.(...) La fille, R. N., informe le PAT que sa belle-mère aurait brûlé le bras de son père avec de l'eau bouillante durant leur séjour au Maroc.(...) Le CADJ dira au PAT que la prise en charge de Monsieur N. se déroule sans problème tout au long de la journée sauf au moment de partir de la structure d'accueil et de rentrer à son domicile où il devient alors agressif, craintif.(...) La cause probable des difficultés serait sa prise en charge inadaptée au domicile durant deux semaines.* »

Psychologique : GD 18 « *Cependant Mme G. confie aux intervenantes que son fils n'est pas toujours bienveillant envers elle et qu'il se montre parfois méchant. (...) Nous pouvons constater des échanges*



houleux entre Madame et son fils faisant suite à un litige entre eux. » ; ME 24 « Depuis le décès de son époux en 2017, Madame vivrait sous l'emprise d'un ami de la famille, un dénommé A. (...) A. possède les clés de l'appartement de Madame. Il y vient régulièrement sans y être invité. Il exercerait des pressions et menacerait Madame M. afin que cette dernière soit isolée. (...) Mme M raconte qu'A. la menace, il la manipule. Il lui fait notamment croire qu'elle risque l'expulsion si elle ne l'écoute pas. » ; RJ 32 « Depuis 2 ans, il y aurait des agissements envers sa mère devenue vulnérable qui interrogent. Elle serait victime de manipulations et peut-être d'abus de faiblesse par son voisin. (...) Le remplaçant du Dr F. aurait reçu en rdv Mme C. J. accompagnée de cette personne dans le but d'obtenir un certificat qui aurait pu stipuler que Mme était en possession de toutes ses facultés. » ; TD 35 « Lors du rendez-vous le fils se montre parfois virulent envers sa mère qui le sollicite constamment. »

**Négligence** : NM 30 « Il déclarera que durant les fortes chaleurs fin juin, elle l'aurait privé d'eau en lui empêchant l'accès aux points d'eau du domicile et qu'il aurait par conséquent souffert de déshydratation. Elle trouverait qu'il aurait trop souvent besoin d'uriner et que cela l'excéderait. Elle l'empêcherait aussi de regarder la télévision. »

## Médical

**Problèmes médicaux somatiques** : BM 06 « Monsieur s'est cassé le col du fémur en Janvier 2019 et a fait un infarctus en Avril 2019. Cela a entraîné des hospitalisations dans divers hôpitaux pendant près d'un an. (...) Monsieur a une prothèse à la hanche. » ; GP 15 « Souffre de séquelles d'un accident vasculaire cérébral survenu en 2017. (...) diabète insulino-requérant. » ; GD 18 « passages d'infirmier dans la journée par rapport à sa pathologie chronique. » ; BY 22 « Monsieur a subi cinq pontages coronariens en avril 2018. Monsieur est diabétique. Monsieur se plaint régulièrement de problème de vue. » ; MT 27 « Infirmière en place avec passage quotidien pour l'insuline. » ; MG 28 « troubles de la vue et de l'audition. » ; PC 31 « Mme a des problèmes de vue importants qui nécessitent une opération. » ; RJ 32 « Retrouvée par son auxiliaire de vie au sol dans ses urines, Mme a été hospitalisée à l'hôpital de Poissy. »

**Santé mentale : Addictions** : AN 01 « mais peut être un problème d'alcool. » ; BP 03 « Mr P. B. s'alcooliserait massivement au quotidien. » ; GD 17 « Il semblerait que ce soit en lien avec une consommation d'alcool depuis plusieurs années. » ; TJ 34 « Il souffre également d'addictions. »

**Anxiété/dépression** : BM 02 « Elle fait quotidiennement du chantage au suicide. » ; BM 05 « Madame déambule, souffre d'angoisses et de solitude. (...) Madame exprime régulièrement un sentiment de solitude qui se manifeste par des angoisses et des sollicitations multiples auprès de partenaires. » ; BM 06 « Monsieur est aujourd'hui découragé et semble présenter un état dépressif. (...) D'après l'infirmière, Monsieur aurait des propos suicidaires et se sentirait délaissé. » ; GL 11 « fragilité psychologique. » ; GP 15 « Son autonomie psychique est fortement altérée. Depuis son accident vasculaire, il souffrirait de troubles anxiodépressifs et de troubles cognitifs (syndrome dysexécutifs, trouble de la mémoire de travail). » ; GM 16 « Elle exprime être inquiète pour le devenir de son fils car elle se sent partir. » ; LG 20 « Depuis quelque mois et surtout ces derniers jours, Madame déclenche à plusieurs reprises sa télé assistance pour alerter les pompiers et les fait déplacer. Mme L. qui la visite régulièrement dit qu'elle n'a aucun souci de santé et c'est devenu une alerte à l'isolement. » ; VC 36 « Elle appelle tous les professionnels qui l'accompagnent plusieurs fois par jour en indiquant qu'elle se sent seule, malade et qu'elle va mourir seule. Elle semble complètement angoissée. (...) Madame alerte tous les professionnels qu'elle est seule et malade. Elle appuie une dizaine de fois par jour sur sa télé assistance. Il y a eu 3 hospitalisations en l'espace de 15 jours car Madame « se sentait mourir ». (...) Son angoisse est telle qu'elle peut être incohérente et se mettre elle-même en danger. »

**Aucun trouble cognitif** : AN 01 « Elle ne semble pas constater de troubles cognitifs. » ; GD 18 « Madame présente un fort caractère et s'exprime parfaitement sur ces choix de vie. »

**Idées suicidaires** : BM 06 « D'après l'infirmière, Monsieur aurait des propos suicidaires et se sentirait délaissé. » ; CJ 07 « Personne ne m'aide, je suis à découvert, si on me coupe le téléphone je saute par la fenêtre. » ; GP 15 « Il aurait des idées suicidaires. » ; TD 35 « Le fils dit être « épuisé de tout gérer » : quotidien, gestion administrative / budgétaire, qu'ils « vont se suicider à deux ». »

**Pathologie psychiatrique** : CJ 07 « Mme a des problèmes de santé d'ordre psychiatriques, elle a eu des suivis il y a de nombreuses années, mais les a arrêtés. (...) Elle a des soucis d'anorexie, de boulimie et des

problèmes ophtalmiques. » ; LG 20 « Histoire difficile depuis son jeune âge avec des problèmes de santé nécessitant de multiples séjours en psychiatrie. »

#### **Trouble cognitif :**

Sur domaine de la mémoire

BM 02 « On peut s'interroger sur un possible trouble de la personnalité ainsi que sur un début de troubles mnésiques (selon les jours elle n'est pas en mesure d'indiquer le jour de la semaine, le mois, la saison et verbalise alors elle-même une plainte mnésique). » ; BM 06 « Monsieur semblait désorienté. (...) Monsieur semblait perdu dans sa gestion administrative mais il n'avait pas l'air inquiet de la situation. » ; DF 08 « Il ne gère pas les échanges téléphoniques qui sont très compliqués, il ne retrouve pas les informations à communiquer. Il n'a pas accès à internet et ne sait pas l'utiliser. » ; FM 09 « Elle parle de sa vie, de ses petits-enfants, de son mari sans aucun lien ni cohérence. » ; GL 11 « Fragilité psychologique, et une dégradation de son état de santé, avec l'apparition de troubles cognitifs non diagnostiqués depuis 2019 et de pertes de repères spatiotemporels. » ; GD 13 « Régulièrement le chauffeur du bus est obligé d'aller chercher Mme dans le magasin car celle-ci oublie de revenir à l'heure prévue. » ; GE 14 « Monsieur tient un discours cohérent mais présente quelques désorientations ainsi que des troubles de la mémoire non diagnostiqués. » ; GM 16 « Madame G. présente des troubles de la mémoire importants. (...) Elle présente d'important troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale. » ; GD 17 « Monsieur G. présentait des troubles de la mémoire et un discours parfois incohérent. » ; LJ 21 « Madame a des troubles importants de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne, elle ne gère plus aucune démarche, n'a pas de suivi médical. Madame est très isolée et présente un syndrome de Diogène. (...) Madame a la mémoire immédiate altérée elle oublie à mesure de ce qu'elle peut faire. » ; BY 22 « Monsieur a d'importants troubles de la mémoire qui peuvent nuire à son quotidien. (...) Il fait encore des démarches mais pas toujours adaptées (comme souscrire à une deuxième mutuelle par démarchage téléphonique et ne plus être d'accord lorsque les courriers arrivent). Il a des pertes de mémoire, oublie les dates de rendez-vous. Il reconnaît les professionnels qui passent au domicile. » ; MC 23 « Elle n'est plus en capacité de se repérer dans le temps et d'effectuer des démarches administratives de par son handicap visuel. Elle confond facilement les administrations et peine à présenter sa situation sociale/ familiale et budgétaire. Les éléments transmis sont peu précis et sans chronologie. » ; ME 25 « Madame ne connaît pas la date du jour et ne connaît pas entièrement sa date de naissance. » ; MA 26 « Mr présente une altération des facultés mentales. D'après son ami, Monsieur n'aurait plus notion du temps. Il a indiqué à son ami qu'il allait chercher du pain alors qu'il était minuit. (...) Monsieur demande à plusieurs reprises les mêmes informations et ne comprend pas les réponses que nous lui apportons. » ; MT 27 « Aujourd'hui, l'état de Mr M. s'est détérioré avec des troubles cognitifs accentués avec perte d'orientation et de repère. » ; NM 30 « Monsieur parle très peu français et a des pertes de mémoire importantes. » ; PC 31 « Le gardien indique que cet été Mme a oublié de fermer le robinet de son lavabo créant ainsi une importante inondation du 6eme étage jusqu'au RDC. Mme aurait un discours décousu et incohérent depuis quelques temps. (...) Mme n'arrive pas à se situer dans son logement, elle confond les pièces et semble perdue. » ; SM 33 « Il ne sait plus où il range ses papiers d'identité. » ; TJ 34 « Il nous dit qu'il n'a plus de papiers administratifs et passeport, les documents ont été volés et/ou détruits par l'incendie. Il est incapable de nous informer de ses ressources (retraite, AAH, APL). »

Sur domaine des praxies

SM 33 « Monsieur S. présente une altération de sa mémoire ayant pour conséquence l'incapacité de se souvenir comment fonctionne un micro-onde. »

Sur domaine du comportement

BM 02 « Troubles du comportement avec agressivité envers tous les intervenants à son domicile. (...) Mme a pu avoir à plusieurs reprises des attitudes fâcheuses jusqu'à déborder de colère en menaçant de jet d'objet à la figure (fait le geste et se maintient). » ; BM 04 « Monsieur B. a des troubles sévères du comportement avec médication. » ; BM 05 « Présente des troubles cognitifs et du comportement non traités. (...) Madame déambule, souffre d'angoisses et de solitude. Elle sollicite différents partenaires de manière incessante et répétée, commet des actes de vandalisme sur les véhicules stationnés devant chez elle, invite des inconnus à son domicile, déverse ses détritiques dans la rue et chez les voisins. (...) Elle semble

avoir des troubles de l'humeur et du comportement (dégradation des voitures du voisinage, vol de poubelle, jet d'ordure dans la rue, désorientation temporospatiale, déambulations). » ; BM 06 « Monsieur s'est montré agité et agressif dans ses paroles. » ; CJ 07 « Mademoiselle C. a un mode de vie singulier (ongles très longs, habillée très légèrement, vivant dans l'obscurité, ne dormant pas avant quatre heures du matin, grignotant dans la journée, ne chauffant pas les plats pour les manger). (...) Mademoiselle parle beaucoup, dans tous les sens, ne veut pas aborder le sujet de l'entourage et devient agressive au fur et à mesure de l'entretien. (...) Mademoiselle n'accepte pas ces aides. L'entretien est interrompu car il devient difficile de discuter avec Mademoiselle au bout de deux heures. » ; GN 10 « Ce dernier nous a surpris dans la rue et est venu à notre rencontre. Il nous a fait entrer dans son jardin et nous a fait visiter l'extérieur sans connaître notre identité. » ; GL 11 « De la vaisselle sale a été retrouvé dans les placards. De plus, Mme M. m'informe également qu'elle a aussi retrouvé un sous-vêtement rempli d'excréments dans le placard de la cuisine. Mme M. a ajouté que Mme G. dépense beaucoup d'argent dans les ventes par correspondance et retire des sommes considérables (500 euros) au distributeur devant elle impuissante. » ; GP 15 « plaintes des résidents relatives au comportement déplacé de Monsieur G. (nuisances sonores). » ; GD 17 « Monsieur souffre d'incurie et d'un affaiblissement lié à une alimentation irrégulière. » ; LG 19 « La fille explique qu'elle n'a pas vu venir cette dégradation dans le comportement de son père. Elle dit même que les troubles cognitifs sont visibles et importants. (...) Mme M. ne cesse de nous alerter face aux harcèlements de Mr L. qui vient frapper à sa porte en l'insultant. Selon Mme M., il fait peur aux voisinages qui sont pour la plupart des femmes seules car il va quémander de l'argent à leur porte. » ; LJ 21 « Madame est assez réfractaire à la mise en place des aides à domicile car elle ne laisse entrer personne dans son logement. (...) Elle présente un syndrome de Diogène, elle ne laisse entrer personne chez elle. » ; ME 25 « L'époux de Madame doit fermer l'ensemble des pièces à clef, notamment la pièce où se trouvent les médicaments. Sinon Madame pourrait en prendre avec excès. (...) Madame fait des crises et se met à jeter et casser des objets de manière assez fréquente. Elle ne peut pas rester seule plus d'une heure. » ; MA 26 « Monsieur se rend au Pôle Autonomie presque deux fois par semaine. Le dossier de l'épouse de Monsieur est en attente de traitement, Monsieur demande à plusieurs reprises les mêmes informations et ne comprend pas les réponses que nous lui apportons. (...) Monsieur est alors verbalement agressif en portugais et il lui est arrivé récemment de menacer les agents d'accueil avec un parapluie en tapant sur des vitres de séparation. » ; MT 27 « Mr M. est connu pour son très fort caractère. (...) Il est agité, il fugue et se fait appréhender par la police au moment du COVID. Au domicile, il laisse les marmites sur le feu sans surveillance. (...) Il a été hospitalisé récemment puis a fugué. De nouveau ré hospitalisé depuis juin 2020 en gériatrie mais il est capable de se sauver au moment où je vous écris. » ; NM 30 « Maladie neurodégénérative provoquant une altération des facultés d'orientation dans le temps et l'espace, des troubles de la mémoire et du comportement. (...) Monsieur aurait tendance à ouvrir toutes les portes du logement sans savoir où il veut aller. Monsieur est continent mais il ne sait plus où se trouve les toilettes. (...) Il ne sort plus tout seul car il ne retrouve plus son domicile. Pendant la visite, Monsieur a tenté à plusieurs reprises de sortir du domicile. (...) Monsieur N. porte des protections urinaires jour et nuit qu'il lui arrive d'enlever et aurait déjà fait ses besoins à même le sol. La toilette est devenue très compliquée à réaliser car Monsieur est opposant. » ; PC 31 « Le gardien indique que cet été Mme a oublié de fermer le robinet de son lavabo créant ainsi une importante inondation du 6eme étage jusqu'au RDC. Mme aurait un discours décousu et incohérent depuis quelque temps. Il précise également que la porte palière est souvent grande ouverte et que les lumières sont tout le temps allumées. D'après le gardien il est déjà arrivé que Mme P. toque chez les voisins pour leur dire qu'elle a faim ou soif. » ; RJ 32 « Retrouvée par son auxiliaire de vie au sol dans ses urines. » ; TD 35 « Madame n'est pas cohérente quand nous lui posons des questions et elle est parfois agressive. » ; VC 36 « Madame alerte tous les professionnels qu'elle est seule et malade. Elle appuie une dizaine de fois par jour sur sa télé assistance. »

Sur domaine du langage

BM 06 « Mr avait des difficultés à formuler ses phrases. » ; GJ 12 « Monsieur ne sait pas répondre à nos questions. » ; TJ 34 « Monsieur présente des difficultés d'élocution et son discours est souvent confus. » ; TD 35 « Madame n'est pas cohérente quand nous lui posons des questions et elle est parfois agressive. »

#### Sur les fonctions exécutives

BP 03 « *Le fils est apathique, confus et n'apparaît pas capable de discerner ni de prendre une décision.* » ; DF 08 « *Il n'initie plus aucune démarche.* » ; MC 23 « *Elle n'est plus en capacité de se repérer dans le temps et d'effectuer des démarches administratives de par son handicap visuel. Elle confond facilement les administrations et peine à présenter sa situation sociale/ familiale et budgétaire. Les éléments transmis sont peu précis et sans chronologie.* » ; MJ 29 « *Mr est totalement perdu dans les démarches administratives.* » ; NM 30 « *Désorienté et confus, il n'est pas capable de discerner et de prendre une décision.* »

#### Diagnostiqué

BM 04 « *Monsieur B. a des troubles sévères du comportement avec médication.* » ; GP 15 « *Son autonomie psychique est fortement altérée. Depuis son accident vasculaire, il souffrirait de troubles anxio-dépressifs et de troubles cognitifs (syndrome dysexécutifs, trouble de la mémoire de travail).* » ; LJ 21 « *Sur le plan psycho-comportemental et cognitif, Madame a passée deux consultations mémoire accompagnée d'une IRM cérébrale révélant une maladie neurodégénérative.* » ; BY 22 « *Monsieur a une maladie neurodégénérative diagnostiquée mais exprime encore ses besoins et son point de vue.* » ; NM 30 « *maladie neurodégénérative provoquant une altération des facultés d'orientation dans le temps et l'espace, des troubles de la mémoire et du comportement.* »

#### Léger

BM 06 « *Monsieur semblait désorienté et avait des difficultés à formuler ses phrases. (...) Monsieur semblait perdu dans sa gestion administrative mais il n'avait pas l'air inquiet de la situation.* » ; GP 15 « *Il souffrirait de troubles anxio-dépressifs et de troubles cognitifs (syndrome dysexécutifs, trouble de la mémoire de travail). (...) Mr s'est équipé d'un ordinateur et d'une imprimante. Il a un abonnement internet.* » ; MJ 29 « *Mr est autonome dans les actes de la vie quotidienne. Il est perdu dans les démarches administratives qui sont trop complexes pour lui. (...) Mr est totalement perdu dans les démarches administratives.* »

#### Majeur

DF 08 « *Il ne gère pas les échanges téléphoniques qui sont très compliqués, il ne retrouve pas les informations à communiquer. Il n'a pas accès à internet et ne sait pas l'utiliser. Il est dans l'incapacité d'effectuer son suivi administratif.* » ; GM 16 « *Madame G. présente des troubles de la mémoire importants. (...) Elle présente d'importants troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale.* » ; LG 19 « *La fille explique qu'elle n'a pas vu venir cette dégradation dans le comportement de son père. Elle dit même que les troubles cognitifs sont visibles et importants.* » ; LJ 21 « *Madame a des troubles importants de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne, elle ne gère plus aucune démarche, n'a pas de suivi médical. Madame est très isolée et présente un syndrome de Diogène.* » ; BY 22 « *Monsieur ne parvient plus à assurer le suivi administratif et financier ainsi que la prise de ses rendez-vous. Il ne laisse aucune visibilité sur son budget. Monsieur est d'accord avec les propositions d'aide puis hostile sur certains documents à fournir ou démarche à faire. Monsieur a d'importants troubles de la mémoire qui peuvent nuire à son quotidien.* » ; ME 24 « *Madame M. est fragile et elle semble avoir une altération de ses facultés mentales. Elle n'est pas en capacité d'assumer seule la gestion de sa vie quotidienne, ses démarches administratives, ainsi que son suivi médical.* » ; ME 25 « *Mme présente une altération des facultés mentales avec des troubles cognitifs importants.* » ; MA 26 « *Mr présente une altération des facultés mentales. D'après son ami, Monsieur n'aurait plus notion du temps. Il a indiqué à son ami qu'il allait chercher du pain alors qu'il était minuit.* » ; MT 27 « *Aujourd'hui, l'état de Mr M. s'est détérioré avec des troubles cognitifs accentués avec perte d'orientation et de repère.* » ; NM 30 « *Désorienté et confus, il n'est pas capable de discerner et de prendre une décision. (...) Monsieur parle très peu français et a des pertes de mémoire importantes.* » ; PC 31 « *Il semblerait que la locataire ait des troubles cognitifs et également visuels très importants.* » ; SM 33 « *Il ne sait plus où il range ses papiers d'identité. (...) Monsieur S. présente une altération de sa mémoire ayant pour conséquence l'incapacité de se souvenir comment fonctionne un micro-onde.* » ; TJ 34 « *Monsieur présente des difficultés d'élocution et son discours est souvent confus. Il nous dit qu'il n'a plus de papiers administratifs et passeport, les documents ont été volés et/ou détruits par l'incendie. Il*

*est incapable de nous informer de ses ressources (retraite, AAH, APL). » ; VC 35 « Elle n'est plus en capacité actuellement de gérer son quotidien et sa gestion administrative. »*

Non diagnostiqué

*BM 02 « On peut s'interroger sur un possible trouble de la personnalité ainsi que sur un début de troubles mnésiques (selon les jours elle n'est pas en mesure d'indiquer le jour de la semaine, le mois, la saison et verbalise alors elle-même une plainte mnésique). » ; BP 03 « Le fils est apathique, confus et n'apparaît pas capable de discerner ni de prendre une décision. (...) Il ne gère aucune démarche administrative. Il ne semble avoir aucune notion de ses ressources. » ; BM 05 « présente des troubles cognitifs et du comportement non traités. (...) troubles cognitifs non diagnostiqués. » ; BM 06 « Monsieur semblait désorienté et avait des difficultés à formuler ses phrases. (...) Monsieur semblait perdu dans sa gestion administrative mais il n'avait pas l'air inquiet de la situation. » ; DF 08 « Il ne gère pas les échanges téléphoniques qui sont très compliqués, il ne retrouve pas les informations à communiquer. Il n'a pas accès à internet et ne sait pas l'utiliser. Il est dans l'incapacité d'effectuer son suivi administratif. (...) Nous nous interrogeons sur ses facultés cognitives. Il est en rupture de soin depuis un certain temps. Il semble parfois cohérent sur certaines démarches et l'instant d'après être perdu et complètement dépassé. » ; FM 09 « Elle parle de sa vie, de ses petits-enfants, de son mari sans aucun lien ni cohérence. » ; GN 10 « Il semble présenter des troubles cognitifs qui ne sont pas diagnostiqués, il est dans le déni de ses troubles. » ; GL 11 « fragilité psychologique, et dégradation de son état de santé, avec l'apparition de troubles cognitifs non diagnostiqués depuis 2019 et de pertes de repères spatiotemporels. » ; GJ 12 « Monsieur n'a pas été en mesure de nous fournir son avis d'imposition ni ses documents bancaires. (...) Monsieur ne sait pas répondre à nos questions. Il semblerait qu'il n'ait pas fait sa déclaration d'impôt. » ; GD 13 « Régulièrement le chauffeur du bus est obligé d'aller chercher Mme dans le magasin car celle-ci oublie de revenir à l'heure prévue. » ; GE 14 « Monsieur tient un discours cohérent mais présente quelques désorientations ainsi que des troubles de la mémoire non diagnostiqués. » ; GM 16 « Madame G. présente des troubles de la mémoire importants. (...) Elle présente d'important troubles de la mémoire et une désorientation temporo-spatiale. (...) Lors des visites à domicile. Madame exprime le fait d'être perdue et de ne plus comprendre les choses. » ; GD 17 « Monsieur G. présentait des troubles de la mémoire et un discours parfois incohérent. » ; LG 19 « La fille explique qu'elle n'a pas vu venir cette dégradation dans le comportement de son père. Elle dit même que les troubles cognitifs sont visibles et importants. » ; MC 23 « Madame M. semble présenter des troubles cognitifs débutants. » ; ME 24 « Madame M. est fragile et elle semble avoir une altération de ses facultés mentales. Elle n'est pas en capacité d'assumer seule la gestion de sa vie quotidienne, ses démarches administratives, ainsi que son suivi médical. » ; ME 25 « Madame présente une altération des facultés mentales avec des troubles cognitifs importants. » ; MA 26 « Mr présente une altération des facultés mentales. D'après son ami, Monsieur n'aurait plus notion du temps. Il a indiqué à son ami qu'il allait chercher du pain alors qu'il était minuit. (...) Monsieur demande à plusieurs reprises les mêmes informations et ne comprend pas les réponses que nous lui apportons. » ; MT 27 « Aujourd'hui, l'état de Mr M. s'est détérioré avec des troubles cognitifs accentués avec perte d'orientation et de repère. » ; MG 28 « Mme B. est décontenancée et confuse. » ; MJ 29 « Mr est totalement perdu dans les démarches administratives. » ; PC 31 « Elle se répète et ne répond pas toujours correctement aux questions. Il semblerait qu'elle ait des troubles cognitifs et des troubles visuels importants. (...) Mme n'arrive pas à se situer dans son logement. Elle confond les pièces et semble perdue. » ; RJ 32 « Perte d'autonomie, altération des facultés. » ; SM 33 « Il ne sait plus où il range ses papiers d'identité. (...) Monsieur S. présente une altération de sa mémoire ayant pour conséquence l'incapacité de se souvenir comment fonctionne un micro-onde. » ; TJ 34 « Monsieur présente des difficultés d'élocution et son discours est souvent confus. (...) Il est incapable de nous informer de ses ressources (retraite, AAH, APL). » ; TD 35 « Madame n'est pas cohérente quand nous lui posons des questions et elle est parfois agressive. » ; VC 36 « Elle n'est plus en capacité actuellement de gérer son quotidien et sa gestion administrative. »*

Suivi médical : **Aucun suivi** : BM 02 « Refuse toute prise en charge hospitalière, contrôle médical (par exemple suivi de son pacemaker) et projet d'entrer en EHPAD. Il n'y a pas eu d'évaluation de trouble neurodégénératif ni de désorientation temporo-spatiale. » ; BP 03 « Le fils n'aurait pas vu de médecin

depuis longtemps. » : CJ 07 « aucun suivi médical ni médecin traitant. » ; GM 16 « Madame n'a plus de médecin traitant. (...) Elle est en rupture de soins. » ; LG 19 « Mr n'a aucun médecin traitant. » ; PC 31 « Mme n'est pas suivi médicalement hormis par un ophtalmologue. » ; SM 33 « Monsieur n'a plus de suivi médical. »

**Suivi régulier** : AN 01 « Au niveau médical, Madame est suivie à l'hôpital Foch tous les 3 mois. Elle nous indique s'y rendre régulièrement et prendre son traitement. Le médecin du Pôle Autonomie a contacté son médecin traitant pour obtenir plus d'informations sur la situation de Madame. Le docteur D. nous explique suivre Madame depuis de nombreuses années mais ne l'a jamais vue à son domicile et ignorait l'état d'insalubrité de celui-ci. Elle précise ne pas l'avoir vu en consultation depuis plusieurs mois. Elle a essayé de la faire hospitaliser pour un bilan mais Madame a refusé. » ; BM 05 « Après l'intervention d'un nouveau médecin traitant en Avril 2020, un traitement médical a été mis en place afin de calmer les angoisses de Madame. (...) Le médecin traitant a proposé une hospitalisation en service de médecine gériatrique afin de faire le point sur la santé de Madame. Trois tentatives d'hospitalisations programmées ont été soldées par un échec. » ; GP 15 « séjour en médecine physique et de réadaptation afin d'améliorer ses capacités de déplacement et d'autonomie. Cette prise en charge hospitalière aura lieu du 25/09/2019 au 12/11/2019 et se poursuit en hôpital de jour 3 fois par semaine. » ; ME 24 « Madame ne s'était pas rendue chez son médecin depuis plus de 6 mois. Elle n'y est que récemment retournée afin de renouveler ses traitements. » ; TD 35 « Depuis décembre 2019, Madame T. a multiplié les allers retours domicile/hôpital ; séjour de répit. »

#### Précarité

Précarité financière : AN 01 « Le pavillon et la dépendance ont été vendus en janvier 2020 par adjudication, car le couple avait accumulé des dettes très importantes. » ; BM 04 « Monsieur est propriétaire de son logement. Il a très peu de ressources. » ; CJ 07 « Mademoiselle dépense environ 300 euros de cigarettes par mois. Elle vit toujours à découvert chaque mois. » ; FM 09 « Aout et début septembre 2020, la nièce de Madame contacte le travailleur social du PAT pour lui faire part des dernières dettes découvertes. A ce jour, Madame F. a donc plus de 5 000 euros de dettes auprès de différents organismes. » ; GD 13 « Mme aurait beaucoup aidé financièrement son plus jeune fils, contre accord de son époux. Elle s'est mise en difficulté financière. » ; GP 15 « situation économique et sociale très précaire. (...) D'importantes dettes sont les conséquences de son incapacité à pouvoir gérer seul correctement sa situation sociale et financière notamment depuis son accident vasculaire. (...) Il pourrait être expulsé de la résidence autonomie où il vit depuis un an du fait de troubles du comportement et d'impayés s'élevant à plus de 4000€ aujourd'hui. (...) Le PAT contacte Monsieur G. qui confirme l'état inquiétant de sa situation financière avec des dettes de loyer et de restauration auprès de la résidence autonomie, des dettes hospitalières (problème de carte vitale), de consultations à son médecin traitant entre autres. » ; GD 17 « Toutefois, à ce jour il a plusieurs dettes hospitalières. » ; LG 19 « Mr L. est dans le déni et ne reconnaît pas avoir des impayés de loyers. » ; ME 24 « Par le passé, les employés de la commune ont signalé à plusieurs reprises qu'ils avaient vu Madame M. fouillant les poubelles. Madame explique qu'elle n'a pas les ressources financières suffisantes pour faire ses courses. » ; ME 25, MA 26 « Madame a des dettes liées à la réparation de sa maison au Portugal. (...) Le couple n'a pas payé son loyer pendant plusieurs mois. (...) Monsieur a des dettes liées à la réparation de sa maison au Portugal. »

Précarité sociale : AN 01 « Une procédure d'expulsion est en cours. Madame a reçu un commandement de quitter les lieux au 22 novembre 2020. » ; BM 02 « son isolement : veuve, sans enfant, ni frère et sœur, pas d'ami, en froid avec le voisinage. (...) Problème de financement à court terme du maintien à domicile de Mme R. car elle n'a pas assez d'argent sur le compte courant. Mme est alitée, personne n'a de procuration, sa banque ne se déplaçant pas en cause du contexte sanitaire, faire débloquer de l'argent de ses comptes épargne pour le compte courant est impossible. » ; BP 03 « Son père Mr B. J., est décédé à l'âge de 96 ans au domicile. Ce dernier gérait depuis de nombreuses années l'ensemble des démarches administratives et financières du foyer, également celles du fils unique, âgé de 73 ans, célibataire, sans enfant. Ce dernier vit au domicile des parents depuis près de 30 ans, ces derniers l'ayant récupéré après une succession de problématiques personnelles (licenciement, rupture sentimentale, syndrome anxio-dépressifs réactionnel avec éthylisme chronique, des dires de sa mère il aurait été aussi victime d'abus

de faiblesse). » ; BM 05 « Madame se perd à 200 m de chez elle, se plaint aux passants d'être seule, interpelle des EHPAD en demandant d'être accueillie, passe des appels réguliers aux services sociaux. » ; BM 06 « Il vit seul dans une résidence sociale aux Mureaux depuis 1989. Monsieur est très peu entouré. Il n'aurait qu'un neveu comme famille mais ce dernier ne peut être présent pour son oncle, sa femme ayant une sclérose en plaque. (...) Nous apprenons ce même jour que les aides à domicile ont été suspendues à cause de la présence de cafards dans le logement. » ; CJ 07 « Célibataire, isolée : aucun entourage familial ou amical. » ; DF 08 « Mr est une personne très isolée. Il n'a plus de contact avec sa famille depuis plusieurs années. Il n'a personne autour de lui. Une voisine peut parfois lui rendre service, mais en lien avec l'insalubrité de son logement, notamment les punaises de lit, elle souhaite être de moins en moins en contact pour se protéger. » ; FM 09 « Malgré les propositions d'entretiens et de visites à domicile, la fille n'a pas recontacté les travailleurs sociaux depuis le mois de mars. Les enfants ne sont pas présents pour assister leur mère dans ses démarches. De son côté, la nièce ne souhaite plus s'en occuper. Elle serait soulagée si un professionnel prenait le relais. Madame F. est donc isolée et seule face à ses difficultés. » ; GE 14 « Ces derniers sont venus lui rendre visite lors des funérailles mais sont repartis prématurément, suite à un conflit avec l'une des voisines de Mr. Cette voisine lui rend visite quotidiennement, depuis la dégradation subite de l'état de santé de sa femme, au mois d'avril 2020, et l'accompagne depuis ce temps à ses rendez-vous extérieurs. (...) Monsieur a également pour projet de retourner vivre en Pologne, mais il est dans l'incapacité aujourd'hui de gérer les démarches et d'organiser son départ. Sa famille n'est pas en capacité de l'aider, ne maîtrisant pas la langue française. » ; GP 15 « situation économique et sociale très précaire. (...) Il pourrait être expulsé de la résidence autonomie on il vit depuis un an du fait de troubles du comportement et d'impayés s'élevant à plus de 4000€ aujourd'hui. » ; GD 17 « Actuellement Monsieur G. vit toujours dans le logement de cette dernière. Toutefois ce logement fait l'objet d'un arrêté de péril et d'habitat « menaçant ruine » (infiltrations d'eau, risque d'affaissement du toit, problèmes électriques. ...) De ce fait, Monsieur doit libérer les lieux au plus vite. » ; LG 20 « célibataire sans enfants, vit seule au domicile. Elle n'a plus de famille (mère et frère décédés). Elle n'a qu'une seule cousine résidente à Lyon avec qui les liens sont distants et souvent compliqués car Mme L. est difficile de relation. Son seul lien est sa gardienne d'immeuble à qui elle fait confiance avec malgré tout un soupçon de méfiance. (...) isolement familial (pas de lien ni d'ascendants direct). » ; LJ 21 « Madame est divorcée depuis plusieurs années du père de ses enfants, vit seule. Madame est mère de 3 enfants avec lesquels elle n'a plus de contact. » ; ME 24 « Composition de la famille de la personne à protéger : Madame M. est veuve depuis 1e 09/04/2017. Elle a 3 enfants avec qui elle n'a plus aucun contact. Aucune autre famille connue. (...) le logement est vétuste et peu entretenu. Madame dit ne plus avoir d'eau chaude. (...) Depuis les voisins lui apportent à manger. » ; MT 27 « Monsieur est retraité et vit seul, isolé, abandonné par ses enfants qui ne viennent plus le voir et n'a strictement aucun lien avec eux depuis très longtemps. » ; MJ 29 « Mr vit dans un appartement au 1<sup>er</sup> étage depuis plusieurs décennies. Le logement a été vendu. Mr a reçu un avis d'expulsion effectif en juin 2022. Le bâtiment va être rasé pour la création d'un parking pour le RER. (...) Mr est divorcé depuis 1963. (...) Mr est isolé, il a deux fils avec qui il a très peu de contact. Une nièce en Normandie qui l'aide ponctuellement. (...) Des relogements ont été proposés à Mr mais éloignés géographiquement du centre-ville. Or Mr fait tous ses achats à pied. » ; PC 31 « Ce jour le réfrigérateur et le congélateur sont quasiment vides. Il y a un pot de cornichon périmé depuis 2018. La cuisine n'est pas entretenue, il y a des miettes sur les surfaces et le sol. Une odeur corporelle émane de la locataire. Il n'y a pas d'enfants ni conjoint connu. » ; SM 33 « Ce dernier nous signale la situation de Monsieur S. Monsieur vit seul depuis que sa compagne la quitté ; la maison est isolée du reste des habitations. Celle-ci n'est pas correctement entretenue. (...) Je me suis rendue au domicile de Monsieur S. j'ai pu constater un grand isolement. » ; TJ 34 « Monsieur vit seul dans une chambre d'hôtel depuis 2003, au 2eme étage sans ascenseur. Le logement et son environnement ne sont pas adaptés à sa perte d'autonomie. La salle de bain est sur le palier et n'est pas adaptée à son handicap. Sa chambre ne possède pas de cuisine. (...) Il a été relogé dans une chambre suite à un incendie dans sa chambre précédente où il a perdu ses vêtements, ses papiers... Il ne possède plus aucune affaire personnelle. »

## Ressources financières

Dettes : AN 01 « Le pavillon et la dépendance ont été vendus en janvier 2020 par adjudication, car le couple avait accumulé des dettes très importantes. Une procédure d'expulsion est en cours. » ; FM 09 « A ce jour, Mme F. a donc plus de 5000 euros de dettes auprès de différents organismes. » ; GP 15 « D'importantes dettes sont les conséquences de son incapacité à pouvoir gérer seul correctement sa situation sociale et financière notamment depuis son accident vasculaire.(...) Il pourrait être expulsé de la résidence autonomie on il vit depuis un an du fait de troubles du comportement et d'impayés s'élevant à plus de 4000€ aujourd'hui.(...) Le PAT contacte Monsieur G. qui confirme l'état inquiétant de sa situation financière avec des dettes de loyer et de restauration auprès de la résidence autonomie, des dettes hospitalières (problème de carte vitale), de consultations à son médecin traitant entre autres. (...) La résidence autonomie « Les Magnolias » où les loyers pour des studios de 30m2 s'élèvent à plus de 800€ par mois. Afin de s'installer et pouvoir régler ses loyers, Monsieur G. aurait souscrit un prêt bancaire de 7000€ qu'il rembourserait encore aujourd'hui. » ; GD 17 « Il perçoit 900€/mois. Ces dernières années, étant hébergé, Monsieur participait aux frais du logement. Toutefois, à ce jour il a plusieurs dettes hospitalières : 2018/2020 : 1835 € 2021 : 3160€ » ; ME 25 « Madame a des dettes liées à la réparation de sa maison au Portugal. » ; MA 26 « Monsieur a des dettes liées à la réparation de sa maison au Portugal. »

Patrimoine : BM 02 « Mme aurait 68 610 € d'épargne (PEL et assurance vie). » ; BP 03 « Assurance vie banque populaire : 88 909,93€ ; PEP BNP : 111 638,42€ ; Revenu fiscal de référence 2020 : 18 667 €. » ; GE 14 « Au 11/07/2020, son compte courant, transféré en juillet dernier, a la Société Générale, fait état d'un solde créditeur de 182 078, 28€. » ; GM 16 « Lieu de vie : pavillon dont elle est propriétaire. » ; LG 20 « Madame est retraitée et touche une pension de 1300€ environ. Épargne de 14 000€ en compte bancaire. » ; MC 23 « Il est difficile d'évaluer précisément l'épargne /placement de Madame M. mais cela semble représenter près de 400 000€. » ; MJ 29 « Mr semble avoir un peu de capitaux immobiliers. »

Ressources correctes : BM 02 « 1800€/mois de retraite. » ; GD 13 « Le couple a environ 3000 euros de retraite mensuelle. » ; GE 14 « Au niveau de ses ressources, Monsieur G. perçoit une pension de retraite mensuelle, à hauteur de 1569,43€, répartis comme suit : CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) : 458,12€/mois, AGIRC/ARRCO (régimes de retraites complémentaires) : 584,83€/mois + 526,48€/mois. » ; GP 15 « Les ressources mensuelles de Monsieur G. s'élèveraient à environ 1300€. » ; LG 20 « Madame est retraitée et touche une pension de 1300€ environ. » ; PC 31 « Ressources mensuelles environ 1300 euros par mois. »

Ressources faibles : CJ 07 « 708 euros par mois de la CNAV et 72 euros par mois d'ARRCO, d'après la MAIA. Madame touche toujours l'APL (Aide personnalisée au logement) de la CAF pour le loyer. » ; FM 09 « Ressources 553,58 euros par mois. » ; GD 17 « Il perçoit 900€/mois. » ; ME 24 « Mme M. a de faibles ressources. Elle perçoit une retraite d'environ 510€ par mois. » ; MA 26 « Il perçoit l'ACTP (Allocation compensatrice pour tierce personne) au taux de 40% soit 447.43€. » ; MT 27 « Revenu mensuel (retraite et complémentaire) : environ 800€. » ; TJ 34 « Il perçoit l'ASPA (Allocation de solidarité aux personnes âgées) (903 euros) par mois. »

## Vulnérabilité

Vulnérabilité financière : AN 01 « Le pavillon et la dépendance ont été vendus en janvier 2020 par adjudication, car le couple avait accumulé des dettes très importantes. Une procédure d'expulsion est en cours. » ; GP 15 « D'importantes dettes sont les conséquences de son incapacité à pouvoir gérer seul correctement sa situation sociale et financière. (...) Il pourrait être expulsé de la résidence autonomie on il vit depuis un an du fait de troubles du comportement et d'impayés s'élevant à plus de 4000€ aujourd'hui. »

Vulnérabilité physique : BM 02 « Elle refuse toute prise en charge hospitalière, contrôle médical (par exemple suivi de son pacemaker). (...) Très grande vulnérabilité du fait de son âge très avancé (97ans), son isolement (veuve sans enfant ni frère et sœur, pas d'ami, en froid avec le voisinage) et de sa situation de dépendance. » ; BM 06 « Monsieur s'est cassé le col du fémur en Janvier 2019 et a fait un infarctus en Avril 2019. Cela a entraîné des hospitalisations dans divers hôpitaux pendant près d'un an. Avant ces deux accidents, Monsieur ne voyait déjà pas correctement mais pouvait encore se déplacer et accomplir



*certains actes de la vie quotidienne. Depuis son retour au domicile en Février 2020, Monsieur est devenu non voyant et ne peut plus se déplacer seul et correctement. » ; GJ 12 « Monsieur se déplace avec des béquilles ou en fauteuil roulant. » ; GD 18 « Plusieurs passages infirmiers dans la journée par rapport à sa pathologie chronique. (...) Madame était dans son lit médicalisé. (...) Le service d'aide a été contacté par Mme G. sollicitant de l'aide à son domicile ; qu'il fallait que les auxiliaires de vie reviennent l'aider. » ; MC 23 « Tous ces éléments ont attiré notre attention car de par son handicap visuel, plusieurs personnes (voisins, bénévoles, famille éloignée...) gravitent autour de la situation de Madame M. » ; MG 28 « Mme B. a des troubles de la vue et de l'audition. Fragilisée par son grand âge, l'altération de ses facultés physiques, son fils non aidant, le décès brutal cette année de son mari qui gérait tout, Mme B. est décontenancée et confuse. (...) Sa mobilité est très réduite : déplacements extérieurs impossibles, Mme B. nécessite d'être accompagnée par une tierce personne et d'une aide technique. » ; TD 35 « Madame est en perte d'autonomie. Madame rencontre des difficultés de mobilité : les déplacements sont en fauteuil roulant poussé par une tierce personne. »*

Vulnérabilité psychique : BP 03 « Mr B. s'alcooliserait massivement au quotidien. (...) Le fils est apathique, confus et n'apparaît pas capable de discerner ni de prendre une décision. Il ne gère aucune démarche administrative. Il ne semble avoir aucune notion de ses ressources. » ; BM 04 « Monsieur B. a des troubles sévères du comportement avec médication. » ; BM 05 « Présente des troubles cognitifs et du comportement non traités. » ; CJ 07 « Mademoiselle a des problèmes de santé d'ordre psychiatriques. (...) Mademoiselle C. a un mode de vie singulier (ongles très longs, habillée très légèrement, vivant dans l'obscurité, ne dormant pas avant quatre heures du matin, grignotant dans la journée, ne chauffant pas les plats pour les manger). Elle a des soucis d'anorexie, de boulimie et des problèmes ophtalmiques. » ; GN 10 « Ce dernier nous a surpris dans la rue et est venu à notre rencontre. Il nous a fait entrer dans son jardin et nous a fait visiter l'extérieur sans connaître notre identité. » ; GL 11 « Suite au décès de son mari en 2016, on note une fragilité psychologique, et une dégradation de son état de santé, avec l'apparition de troubles cognitifs non diagnostiqués depuis 2019 et de pertes de repères spatiotemporels. (...) Mme M. a ajouté que Mme G. dépense beaucoup d'argent dans les ventes par correspondance et retire des sommes considérables (500 euros) au distributeur devant elle impuissante. (...) Elle présente des altérations psychiques telles qu'il conviendrait qu'elle soit mise sous sauvegarde de justice. » ; GD 13 « En effet, régulièrement le chauffeur du bus est obligé d'aller chercher Mme dans le magasin car celle-ci oublie de revenir à l'heure prévue. » ; GM 16 « Madame G. présente des troubles de la mémoire importants. (...) Madame est très vulnérable du fait de ses troubles cognitifs. » ; LG 19 « La fille explique qu'elle n'a pas vu venir cette dégradation dans le comportement de son père. Elle dit même que les troubles cognitifs sont visibles et importants. » ; LJ 21 « Madame a des troubles importants de la mémoire ayant un retentissement sur la vie quotidienne, elle ne gère plus aucune démarche, n'a pas de suivi médical. (...) maladie neurodégénérative. (...) Madame a la mémoire immédiate altérée elle oublie à mesure de ce qu'elle peut faire. » ; BY 22 « Mr ne parvient plus à assurer le suivi administratif et financier ainsi que la prise de ses rendez-vous. Il ne laisse aucune visibilité sur son budget. Mr est d'accord avec les propositions d'aide puis hostile sur certains documents à fournir ou démarche à faire. Mr a d'importants troubles de la mémoire qui peuvent nuire à son quotidien. (...) Mr a une maladie neurodégénérative diagnostiquée mais exprime encore ses besoins et son point de vue. » ; ME 25 « Madame présente une altération des facultés mentales avec des troubles cognitifs importants. » ; MA 26 « Mr présente une altération des facultés mentales. » ; MT 27 « Aujourd'hui, l'état de Mr M. s'est détérioré avec des troubles cognitifs accentués avec perte d'orientation et de repère. Il est agité, il fugue. » ; NM 30 « M. N. est âgé de 78 ans, en perte totale d'autonomie du fait d'une maladie neurodégénérative provoquant une altération des facultés d'orientation dans le temps et l'espace, des troubles de la mémoire et du comportement. Désorienté et confus, il n'est pas capable de discerner et de prendre une décision. » ; PC 31 « Troubles cognitifs importants, désorientation temporo-spatiale, incapacités à la gestion administrative et financière. Mme a besoin d'aide pour la réalisation des actes de la vie quotidienne. » ; RJ 32 « Perte d'autonomie, altération des facultés. (...) il y aurait des agissements envers sa mère devenue vulnérable qui interrogent. » ; VC 35 « Son angoisse est telle qu'elle peut être incohérente et se mettre elle-même en danger. »

Vulnérabilité sociale : DF 08 « Monsieur est une personne très isolée. Il n'a plus de contact avec sa famille depuis plusieurs années. Il n'a personne autour de lui. Une voisine peut parfois lui rendre service, mais en lien avec l'insalubrité de son logement, notamment les punaises de lit, elle souhaite être de moins en moins en contact pour se protéger. (...) La désinsectisation prévue ne sera pas suffisante, des recherches de solutions sont en cours pour pouvoir intervenir plus profondément, car Monsieur n'a aucune solution d'hébergement et son état de santé complique la situation. » ; FM 09 « Elle est isolée, rencontre des difficultés d'expression. Sa langue maternelle est le portugais. » ; GE 14 « Depuis le décès de son épouse, Monsieur est isolé et se retrouve seul à son domicile. Il n'a pas d'enfants et sa famille se trouve en Pologne. » ; GD 17 « Monsieur G. est âgé, isolé et vit dans un logement précaire et insalubre qui va faire l'objet, sous peu, d'un arrêté de péril et d'habitat menaçant ruine. (...) Monsieur G. n'a pas d'entourage familial connu. Il n'a jamais été marié et n'a pas d'enfants. Il indique avoir 4 demi-frères dans l'Aisne avec lesquels il n'a pas de contact. » ; LG 20 « Depuis quelque mois et surtout ces derniers jours, Madame déclenche à plusieurs reprises sa télé assistance pour alerter les pompiers et les fait déplacer. Mme L. qui la visite régulièrement dit qu'elle n'a aucun souci de santé et c'est devenu une alerte à l'isolement. (...) isolement familial (pas de lien ni d'ascendants direct). » ; ME 24 « Mme M. est veuve depuis le 09/04/2017. Elle a 3 enfants avec qui elle n'a plus aucun contact. Aucune autre famille connue. » ; MJ 29 « Le logement a été vendu, Mr a reçu un avis d'expulsion effectif en juin 2022. (...) Mr est isolé, il a deux fils avec qui il a très peu de contact. (...) Mr n'est pas en mesure de se défendre seul face à son expulsion. » ; SM 33 « Monsieur vit seul depuis que sa compagne la quitté ; La maison est isolée du reste des habitations. » ; TJ 34 « Monsieur vit seul dans une chambre d'hôtel depuis 2003, au 2eme étage sans ascenseur. Le logement et son environnement ne sont pas adaptés à sa perte d'autonomie. La salle de bain est sur le palier et n'est pas adaptée à son handicap. Sa chambre ne possède pas de cuisine. (...) Son entourage familial vit en Allemagne mais il n'a plus de contact avec la fratrie. Il a divorcé en 1993. Son ex- épouse est décédée en 2010. Il n'a pas d'enfant. »

## 9.6. Annexe 6 : Diagrammes de comparaison

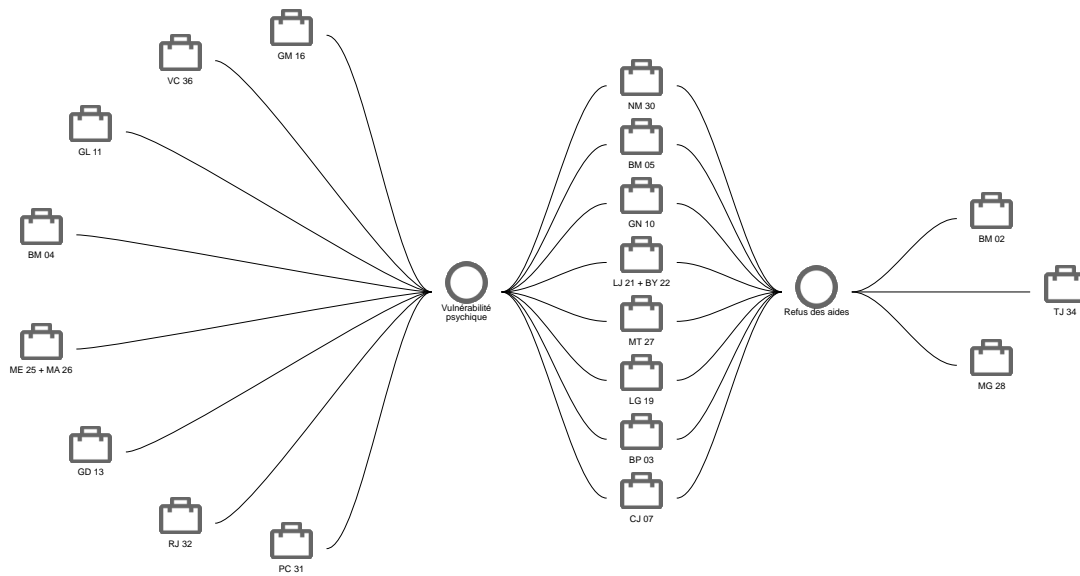


Figure 1 Diagramme de comparaison vulnérabilité psychique et refus des aides

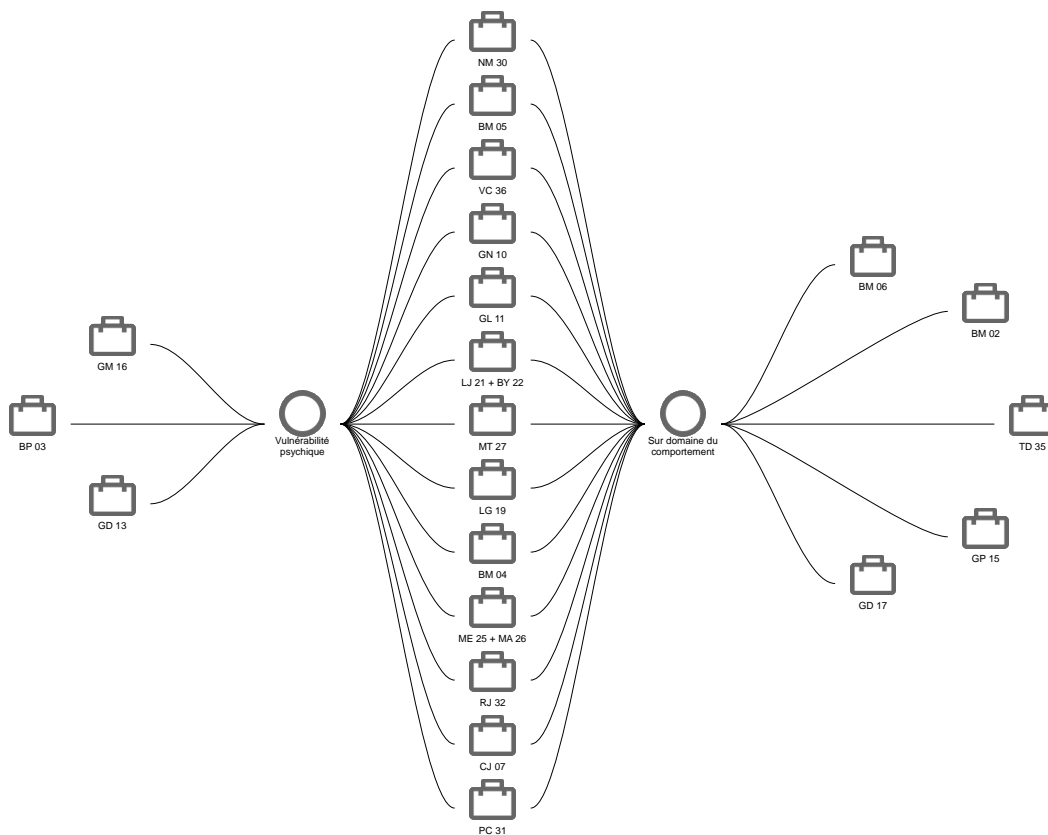


Figure 2 Diagramme de comparaison vulnérabilité psychique et troubles du comportement

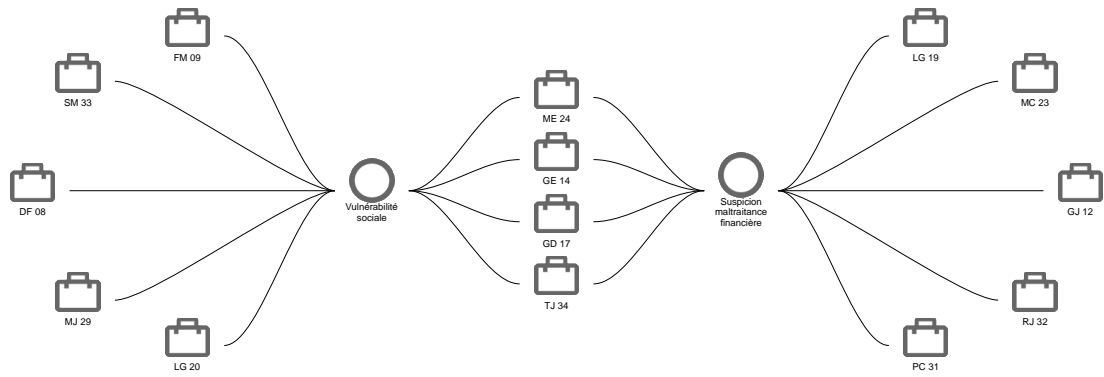


Figure 3 Diagramme de comparaison vulnérabilité sociale et suspicion de maltraitance financière

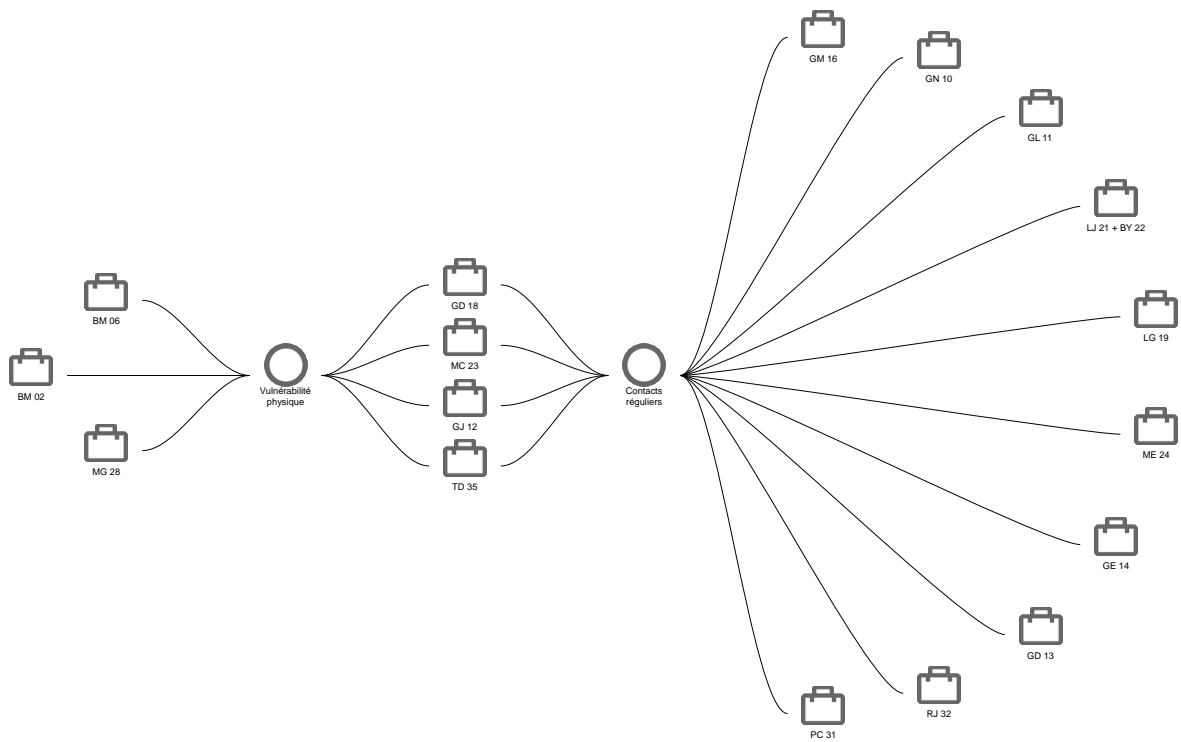


Figure 4 Diagramme de comparaison vulnérabilité physique et contacts réguliers

## **Signalements pour mise sous protection juridique par l'association locale de développement sanitaire des Yvelines en 2020 et 2021 : étude descriptive et analyse de contenu des dossiers.**

**Introduction :** De nos jours, avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes sous mesures de protection ne cesse d'augmenter. Les caractéristiques de cette population restent mal connues et aucune étude ne s'est, à ce jour, intéressée à ces patients à domicile et par l'intermédiaire des secteurs sociaux. Le but de notre travail était de préciser les caractéristiques des patients faisant l'objet d'une demande de mise sous protection juridique via l'étude des signalements émis par l'association ALDS dans le nord des Yvelines.

**Méthode :** Nous avons mené une étude quantitative avec analyse univariée pour décrire notre population puis une étude qualitative par analyse de contenu des signalements de 36 patients pour enfin construire une typologie de patients. Le recrutement a été fait sur l'ensemble des signalements émis par l'association sur les années 2020 et 2021.

**Résultats :** Quatre profils de patients ressortaient de notre travail. Le profil type majoritaire concernait les patients avec une vulnérabilité psychique et cognitive au premier plan, associée à des troubles du comportement, un refus des aides, un isolement marqué et une précarité du logement. Le deuxième profil était constitué des patients avec une vulnérabilité sociale au premier plan, très isolés, non autonomes avec des troubles cognitifs majeurs et des ressources variées. Nous retrouvions ensuite les patients avec une vulnérabilité physique marquée, bénéficiant de nombreuses aides, sans notion d'isolement ni de difficultés financières, avec une maltraitance supposée ou avérée fréquente. Enfin les patients avec une vulnérabilité financière étaient les moins nombreux, plutôt autonomes et sans troubles cognitifs, avec un isolement important.

**Conclusion :** L'information des médecins aux mesures qui existent et leur mise en place, la poursuite de la facilitation des échanges médico-sociaux par la création des CPTS ainsi que la création d'équipes dédiées à la prise en charge de ces patients, sont autant de pistes d'amélioration permettant l'anticipation et la prise en charge de façon pluri-professionnelle et durable de ces situations très complexes.

## **Reports for legal protection by the local health development association in Yvelines during 2020 and 2021: descriptive study and content analysis of the files.**

**Introduction:** Nowadays, with the ageing of the population, the number of people under protective measures is constantly increasing. The characteristics of this population remain poorly known and no study has, to date, focused on these patients at home through the social sectors.

The aim of our work was to specify the characteristics of patients who are the subject of a request for legal protection through the study of reports issued by the ALDS association in the north Yvelines.

**Method:** We conducted a quantitative study with univariate analysis to describe our population, then a qualitative study by content analysis of the reports of 36 patients to finally build a typology of patients. The recruitment was done on all the reports issued by the association over the years 2020 and 2021.

**Results:** Four patient profiles emerged from our work. The majority profile concerned patients with psychic and cognitive vulnerability in the foreground, associated with behavioral disorders, refusal of assistance, marked isolation and housing insecurity. The second profile concerned patients with social vulnerability in the foreground, very isolated, not autonomous with major cognitive disorders and varied resources. Then we found patients with a marked physical vulnerability, benefiting from numerous aids, without any notion of isolation or financial difficulties, with frequent supposed or proven abuse. Finally, patients with financial vulnerability were the least numerous, rather autonomous and without cognitive disorders, with significant isolation.

**Conclusion:** Informing doctors of existing measures and their implementation, the continuation of the facilitation of medico-social exchanges through the creation of CPTS as well as the creation of teams dedicated to the care of these patients, are all avenues of improvement allowing for the anticipation and the multi-professional and sustainable care of these very complex situations.

**Mots clés :** Signalement judiciaire, majeurs protégés, protection juridique, personne vulnérable