

## PROTECTION DES PERSONNES VULNÉRABLES : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES PROFESSIONNELS DE TERRAIN

**Anne-Marie Zacconi-Cauvin**

*in* Emmanuel Hirsch , *Alzheimer, éthique et société*

**ERES** | *Poche - Espace éthique*

**2012**

**pages 352 à 364**

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/alzheimer-ethique-et-societe---page-352.htm>

Pour citer cet article :

Zacconi-Cauvin Anne-Marie, « Protection des personnes vulnérables : difficultés rencontrées par les professionnels de terrain », *in* Emmanuel Hirsch , *Alzheimer, éthique et société*  
ERES « Poche - Espace éthique », 2012 p. 352-364. DOI : 10.3917/eres.hirsh.2012.01.0352

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Anne-Marie Zacconi-Cauvin

*Protection des personnes vulnérables :  
difficultés rencontrées  
par les professionnels de terrain*

■ Si la réforme des tutelles rend la protection de justice plus humaine, elle a oublié les malades d'Alzheimer ou les malades ayant d'autres troubles cognitifs, qui ne peuvent établir seuls un mandat de protection future. Il revient alors aux professionnels qui les entourent d'identifier les situations de vulnérabilité, les situations de maltraitance, puis de parcourir un chemin rendu encore plus difficile pour les protéger. ■

APPRÉCIER LA NÉCESSITÉ DE SOLLICITER OU NON LA PROTECTION  
D'UNE PERSONNE VULNÉRABLE EST COMPLEXE

La réforme des tutelles, en application depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009, a fait peu de bruit. Elle a pour objet de rendre la personne actrice de sa protection juridique, dans le choix de son tuteur (appelé dorénavant mandataire), et dans le respect de ses volontés pour son futur (mandat de protection future). Une fois la mesure de protection instaurée, la loi a pour objectifs de rendre celle-ci proportionnelle et adaptée aux besoins de la personne protégée et de permettre que ne soient prises des décisions à la place de la personne que lorsque celle-ci n'est plus à même de donner son consentement éclairé. La réforme

---

*Anne-Marie Zacconi-Cauvin, médecin généraliste, gériatre coordonnateur dans une structure de services à la personne à domicile, Nice.*

a aussi pour conséquence souhaitée de désengorger les tribunaux, en évitant de protéger des personnes qui n'ont pas de troubles mentaux ou physiques nécessitant une mesure de protection. Celles-ci bénéficieront dorénavant d'une mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP). Une réévaluation des mesures de protection est rendue obligatoire tous les cinq ans.

La loi du 5 mars 2007 met ainsi en place une mesure de protection plus rassurante qu'autrefois et devrait changer le regard que l'on porte sur la protection de justice. Il persiste toutefois des difficultés dans la protection des personnes en perte d'autonomie. Ces difficultés se posent au médecin traitant, intervenant souvent seul à domicile. Nous allons les examiner sous un angle gériatrique.

Au domicile, le sujet choisit son environnement, ses relations humaines, ses soignants. L'écosystème d'un individu est singulier, il n'est pas normé, pas standardisé. Le sujet âgé non vulnérable saura préserver seul cet écosystème, voire décider d'en changer. Le sujet âgé vulnérable peut quant à lui avoir du mal à préserver son environnement et à s'adapter à ses modifications. L'accompagnement au domicile va consister à préserver et soutenir l'écosystème autour de lui. L'équipe humaine est chaque fois différente. Il faudra du temps à chaque observateur extérieur pour en apprécier la complexité. Cet écosystème peut paraître soit anormal à un intervenant extérieur (qui peut alors vouloir tout bousculer), soit banal à un intervenant habitué (qui n'entreverra que difficilement les situations critiques). Ces différences d'appréciation imposent un travail en collégialité.

Apprécier la nécessité de solliciter ou non la protection d'une personne vulnérable est complexe. Or, depuis l'application de la réforme, la protection des personnes est tellement filtrée que de nombreux professionnels risquent de se laisser convaincre de ne pas avoir à agir. Et la mesure de protection risquera alors de n'être plus sollicitée qu'en cas de maltraitance avérée, ce qui lui ôtera son caractère préventif.

Monsieur C., 84 ans, et sa compagne Madame D., 89 ans, vivent sur la côte depuis quelques années. Ils ont perdu tous deux une dizaine de kilos chacun et Madame s'est cassé le col du fémur après une chute. Ils n'ont pas d'enfant mais vivent ensemble depuis plus de quarante ans. En 2008, un

des neveux de Monsieur C., qui vit à 80 kilomètres de chez eux, accompagne son oncle et sa compagne chez un médecin de leur quartier pour un suivi. Le médecin s'aperçoit rapidement que Madame D. a une maladie d'Alzheimer déjà bien installée. Madame D. est dans l'incapacité de préparer un repas, de veiller à l'entretien d'un appartement, de gérer son traitement. Des soins infirmiers à domicile et une rééducation par kinésithérapie sont initiés. Le neveu et son épouse séjournent ponctuellement chez Monsieur C. et Madame D., dorment sur le canapé-lit du salon et leur préparent les repas. Ceux-ci finissent par accepter une auxiliaire de vie à domicile après plusieurs semaines de tractations. Une des nièces de Monsieur C., résidant dans le Nord de la France, adresse au médecin traitant le formulaire d'admission d'une institution de la région d'origine de Monsieur C. Celui-ci, qui avait une profession libérale, évoque à plusieurs reprises sa crainte d'être institutionnalisé en raison du fait que sa compagne n'a pas les moyens financiers de le suivre. Il craint surtout qu'après son décès, ses neveux ne délaisseraient sa compagne. Le médecin lui suggère régulièrement de prendre des avis différents et de se faire conseiller.

Le bilan de la maladie d'Alzheimer de Madame D. est entrepris lentement. Le CCAS<sup>1</sup> est alerté et une APA<sup>2</sup> est demandée dans le même temps, pour Madame D., mais l'absence de clarté du dossier de Monsieur C. et la présence forte du couple des neveux aboutissent à une aide minimale pour Madame D., de quatre heures par semaine. Monsieur C. a probablement des ressources, mais refuse de financer plus d'aide, il n'apprécie pas les passages multiples à son domicile. Il ne veut pas entendre parler de curatelle pour lui. Son neveu affirme qu'il n'a pas de soucis financiers. Un réseau gériatrique est alerté fin 2008. Un plan d'aide APA plus important est accordé. Une hospitalisation est effectuée en gériatrie pour Monsieur C., afin d'évaluer ses capacités cognitives et ne montre pas de troubles imposant sa mise sous protection. Madame D. reprend six kilos, Monsieur C. reprend onze kilos, mais ils ne sortent quasiment plus. Le plan d'aide décidé collégialement est remis en question en permanence par le neveu, qui détient le budget alimentaire et approvisionne la maison une fois par semaine, dénigre le travail des aides à domicile, les contrôle au point de faire partir les auxiliaires de vie les plus compétentes, sélectionne les personnes les plus à même d'obéir à ses consignes, ne souhaite pas une application stricte du plan d'aide en heures et en qualité (l'accueil de jour est refusé pour Madame D.), s'oppose au passage d'une orthophoniste pour Madame D. en 2009 et programme un voyage pour affaires, en voiture, de plusieurs centaines de kilomètres en 2010. Monsieur C. en reviendra exténué, confus (c'est-à-dire tenant des propos incohérents). Lorsque le médecin exprime une vive

---

1. Centre communal d'action sociale.

2. Allocation personnalisée d'autonomie.

inquiétude quant à l'état de Monsieur C. et s'étonne que la famille ne l'ait pas alerté (il a été alerté par l'équipe en place), il reçoit un avis de changement de médecin traitant. Monsieur C. sera réhospitalisé par son nouveau médecin traitant pour accident vasculaire cérébral quelques mois plus tard. Le couple reste suivi à domicile par le réseau encore quelque temps.

Puis, le couple déménage, change de quartier, de médecin traitant à nouveau, d'infirmière, et le neveu et son épouse obtiennent un financement en gré à gré de l'APA de la part du conseil général. Ils sortent de la file active du réseau gérontologique.

Ce cas soulève de nombreuses interrogations.

Peut-on, dans cette situation, suspecter une maltraitance ? L'oncle a-t-il les capacités d'exprimer clairement ses souhaits ? Son refus de protection a été entendu. Il existe des éléments d'inquiétude : la fragilité de ce couple qui ne s'alimentait plus avant la prise en soin ; la situation cognitive, juridique et financière de la compagne ; les mises à l'écart et les contrôles exercés par le neveu ; les ruptures incessantes de l'écosystème qui auraient dû alerter. Mais rien de tangible n'a permis d'alerter le procureur, et les craintes des soignants, peut-être infondées, ont été dissipées à chaque étape.

LES FREINS À LA DEMANDE DE PROTECTION D'UNE PERSONNE VULNÉRABLE : LA RÉFORME DES TUTELLES RISQUE-T-ELLE D'AVOIR MAJORÉ CES FREINS ?

*Le repérage des situations nécessitant une mesure de justice*

Les maltraitances flagrantes n'ont pas besoin d'autre démarche que l'alerte au procureur de la République en urgence. Le médecin fera un signalement circonstancié, accompagné ou non d'une hospitalisation en vue de soustraire immédiatement de tout danger la personne qu'il souhaite protéger. Ces situations sont rares.

L'association Alma a listé les formes de maltraitance les plus remarquées<sup>3</sup>. Le repérage de ces situations, pourtant décrites, n'est

---

3. <http://www.alma-france.org/>

pas simple car les personnes maltraitantes n'agissent pas au grand jour, les personnes maltraitées sont souvent sous influence et ne se plaignent pas, et les personnes qui suspectent la maltraitance n'assistent pas directement à ces actes. Nous verrons plus loin qu'elles sont parfois contraintes de mener leur propre enquête avant d'entreprendre une action.

Les situations de manquement au respect humain rendent la conduite à tenir encore plus délicate. Citons quelques situations qui ne sont pas perçues par chacun des acteurs du domicile comme des actes malveillants :

- la décision par un tiers (famille, parfois tuteur) du changement de médecin traitant<sup>4</sup> qui intervenait depuis plusieurs années, voire plusieurs décennies, ou de soignant, ou de structure d'aide ;
- l'obtention d'une signature au bas d'un formulaire complexe ;
- le refus ou l'obstacle aux soins et aux aides pour le proche vulnérable, de la part des familles ;
- la décision contrainte de changement de lieu de vie pour rapprochement familial, avec rupture de l'écosystème ;
- la mise en œuvre d'une série d'activités de stimulation, ou d'activités collectives ou individuelles en plus des soins (parfois même par les mandataires professionnels) sans réflexion collégiale ;
- l'institutionnalisation brutale effectuée au décours d'une situation difficile (hospitalisation, maladie aiguë), avec un accord du malade requis dans des conditions critiques, sans avis collégial, le motif évoqué étant qu'« il ne peut plus vivre à la maison ».

Actuellement encore, ces actes qui heurtent les professionnels ne vont pas toujours déclencher une mise sous protection. La loi a l'avantage d'obliger au respect des choix de vie de la

---

4. Depuis le 1er janvier 2005, le dispositif de la Sécurité sociale de « médecin traitant » impose le choix d'un médecin en vue de la prise en charge des prestations d'assurance maladie. Toute personne de plus de 16 ans doit remplir un formulaire, le dater et le signer. Elle conserve le libre choix du praticien.

Le terme de « médecin référent » n'est plus à utiliser. Il se rapporte à certaines conventions passées entre certains médecins et les caisses et ne s'applique pas à tous. Un contrat était signé entre le patient et le praticien.

personne protégée. Les personnes vulnérables non protégées n'en bénéficieront, hélas, pas toujours. On serait donc tenté de vouloir protéger plus facilement.

### *La complexité de la procédure de signalement*

On peut regretter l'utilisation galvaudée du terme de « signalement » et du terme d'« enquête » par chacun des organismes, qui a contribué à brouiller la compréhension.

### *Signalement aux services sociaux ou aux réseaux de proximité*

Lors de situations peu urgentes, les mairies (*via* les CCAS) et les conseils généraux (*via* les CLIC<sup>5</sup>) ont mis en place des structures référentes pour effectuer une enquête sociale sur l'appel d'une personne. Par ailleurs, associations (Alma, France Alzheimer) et réseaux de coordination gérontologiques s'organisent de façon inégale selon les départements. Ils ont pour vocation d'apporter leur expertise dans l'évaluation et la coordination des interventions au domicile. Leur position extérieure offre un nouvel éclairage et peut mettre en évidence la nécessité d'une protection.

La réforme des tutelles a privé les professionnels de terrain de l'accès direct au juge, ce qui présente l'avantage de favoriser un effort de dialogue avec la personne, afin d'obtenir la désignation d'un mandataire, ainsi qu'une implication du futur mandataire pour porter le dossier auprès du juge. C'est un élément intéressant pour les malades d'Alzheimer dont on sait qu'ils vont avoir besoin d'un aidant principal.

La situation est simple lorsque cet accompagnant existe et qu'il est en mesure d'accepter.

---

5. Centre local d'information et de coordination.

## Signalement au procureur

La réforme des tutelles a pour volonté de désengorger les tribunaux et demande aux Parquets de filtrer les demandes de protection. Le seul interlocuteur des professionnels est le procureur de la République, dans l'urgence comme dans la demande de protection classique (en l'absence de mandat de protection future). Les professionnels ne contactaient auparavant le procureur que pour des raisons graves. Ils risquent d'être réticents à utiliser cette voie de façon usuelle. Une information plus large des usagers devrait permettre de rassurer et d'inciter à modifier les habitudes. On peut toutefois se poser la question du poids du signalement ou de la demande de protection auprès du procureur. Ses services font-ils une distinction entre demande non urgente et signalement pressant nécessitant une enquête et une sauvegarde de justice ? Quel élément donnera du poids à cette alerte ? On voit revenir des dossiers de demande de sauvegarde de justice incomplets. Les services sociaux sollicitent un certificat médical du médecin traitant pour effectuer une demande de protection afin d'appuyer leur requête. Cela met parfois en porte-à-faux le médecin s'il est mal informé de la situation et peut mettre en difficulté les services sociaux qui ne l'obtiendraient pas. Ce certificat du médecin traitant n'a rien à voir avec l'expertise médicale nécessaire pour mettre en place une mesure de protection.

*L'enquête de police*

Celle-ci est censée être la seule enquête envisageable. Toutefois, l'enquête policière risque d'être brutale. En effet, il y aura audition de tous les acteurs au commissariat de police, ou visite de la police au domicile ou dans l'institution. Ces situations sont en général mal vécues, même lorsque les policiers sont formés et prévenants. Il semble que ce soit exigé par la loi : les documents écrits seuls ne suffisent pas, les personnes doivent être entendues. L'enquête de police est de ce fait crainte par chaque intervenant, tant elle peut déstabiliser l'équilibre précaire de la personne vulnérable.



Le médecin est lui-même en porte-à-faux puisqu'il est tenu au secret, et, sauf maltraitance avérée qui le délie du secret<sup>6</sup>, il n'aura aucune possibilité de compléter, lors d'une audition, le certificat joint au dossier de signalement, en particulier en cas de pressions morales ou de suspicion d'emprise d'un individu sur un de ses patients vulnérable. L'éventualité d'une audition au commissariat rebute bon nombre de médecins concernant un signalement au procureur. Celui-ci ne sera donc fait qu'exceptionnellement, lorsque le médecin en son âme et conscience ne verra pas aboutir les autres manœuvres tentées pour protéger son patient.

### *L'enquête informelle et les situations d'impasse*

Les problèmes surgissent lorsque les services sociaux n'identifient pas bien la maltraitance, lorsque la personne refuse une protection, ou lorsque l'aidant principal fait obstacle à cette démarche. Les couples âgés dont les deux membres sont vulnérables sont légion. L'enquête sociale va aboutir à un simple suivi à distance.

De nombreuses situations sont ainsi laissées en attente, mettant à mal le souhait des professionnels de protéger la personne vulnérable, faute de trouver un « porteur » de dossier devant le juge, et devant la crainte d'alerter le procureur sans fondement. Dans

---

6. Art. 226.13 : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende. »

Art. 226.14 : « L'article 226.13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1- à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

2- au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du Procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. »

ces situations, les personnes qui suspectent un problème vont être dans l'obligation de mener leur propre enquête afin de s'assurer de la réalité d'une éventuelle maltraitance. C'est en contradiction avec le souhait du législateur et cela n'a pas lieu d'être.

On ne peut pas solliciter une protection sur de simples dires de personnes. Le médecin qui, dans le cadre de son travail, se voit rapporter une information préoccupante ne peut effectuer un signalement à la demande d'un tiers. Le Parquet serait noyé d'informations préoccupantes. Il peut bien entendu conseiller le tiers d'alerter le procureur. Mais il n'aura ni le temps ni les moyens de suivre l'évolution. Le médecin restera donc avec un dilemme car il sera en possession d'une information incertaine et dans l'impossibilité de s'en délivrer. Il existe ainsi une impasse pour la personne « préoccupée » par une situation, car la prise en compte de cette préoccupation n'est pas systématique.

### *L'éviction des personnes de l'entourage souhaitant protéger*

Bien que la loi soit censée le protéger, le signalant va souvent devoir renoncer à la relation avec la personne qu'il souhaite protéger. Dans une famille aux transactions non pathologiques, le conseil de mise sous protection fait son chemin et celle-ci sera mise en place dès les premières difficultés notées, sans besoin d'avoir recours à un signalement.

Dans le cas contraire, il est fréquent qu'il soit fait grief des conséquences du signalement à la personne qui signale, facilement identifiable. Le signalement va entraîner enquête et convocations, puis contrôles réguliers du juge des tutelles, toutes sortes d'ennuis dont les familles avaient bien l'intention de se passer en gérant tranquillement leurs affaires. Il équivaut à une remise en question des compétences de la famille dans son autogestion. Le signalant risque donc être évincé par celle-ci tôt ou tard et ce quel que soit le désir de la personne protégée. Un confrère va même jusqu'à dire au procureur lors de son signalement qu'il renonce aux soins de son patient, comme si cette démarche correspondait à une trahison.

Cette éviction est bien connue du médecin de famille, mais d'autant plus mal acceptée qu'il connaît son patient depuis longtemps. Elle sera un réel découragement au signalement de la part du médecin traitant.

#### LES EFFETS DÉLÉTÈRES EXPÉRIMENTÉS DE LA MISE SOUS PROTECTION

Paradoxalement, une protection n'est pas perçue comme protectrice. Les expériences malheureuses de protection de justice sont nombreuses.

#### *La nomination d'une personne vulnérable comme mandataire*

Il est toujours possible de voir nommer comme mandataire une personne vulnérable, incompétente, voire maltraitante. En effet, il n'est nullement demandé d'expertise de la personne susceptible de prendre le mandat. Son accord suffit. Or la personne proche, facilement repérable par les services sociaux, n'a pas forcément toutes les capacités pour assumer ce rôle. L'audition par le juge peut s'avérer insuffisante pour identifier ses difficultés. Il est ainsi arrivé de voir nommer tuteur un fils avec des troubles psychiatriques sévères, en échappement de prise en charge. Celui-ci s'est vu confier la mission de protéger sa mère atteinte de démence et de l'aider au quotidien. La mise sous protection de justice a engendré une double maltraitance : maltraitance de la mère subissant les réactions de son fils, et mise en difficulté du fils face à la maladie de sa mère.

Le juge aura été mal informé du fait d'un manquement dans les transmissions entre travailleurs sociaux et soignants ayant l'expérience des transactions familiales. Cet éclairage nécessite une collaboration des soignants et des services sociaux. Or il reste fréquent que les médecins soient tenus à l'écart des décisions de mesure de protection et n'en soient informés que plusieurs années après. La réforme des tutelles n'a pas prévu de demander son avis au médecin traitant. Cela pourrait faire l'objet d'une réflexion : s'il

est tenu au secret médical, le médecin n'a pas l'interdiction de donner son avis quant aux compétences tant de son patient que de son entourage. Le langage transdisciplinaire bien connu des gériatres, qui consiste à parler d'incapacités (ou de capacités) et de désavantages<sup>7</sup> plutôt que de parler de maladies, permettrait à l'équipe de protection d'œuvrer de façon adaptée.

La réforme des tutelles n'a pas apporté de solution à cela et renforce au contraire le recours aux proches, dont on sait qu'ils sont statistiquement plus souvent maltraitants.

### *Les décisions « brutales » des mandataires*

Les mandataires professionnels (organisme de tutelles ou tuteurs privés) nommés lorsque la personne est totalement isolée, ou lorsque les membres de la famille sont en conflit, vont être conduits parfois à prendre des décisions qui les protègent eux-mêmes : par exemple, ils pourront être amenés à prendre une décision d'institutionnalisation contre l'avis de l'équipe du domicile (aidants et soignants), sur plainte d'un voisin. La visite d'un voisin chez une personne atteinte de maladie d'Alzheimer peut provoquer une inquiétude de la part de celui-ci. Une plainte ou une alerte aux services sociaux est courante. La plainte est prise pour un signe de défaillance du tuteur dans sa mission de protection et il est probable qu'il ne souhaite pas toujours en assumer pleinement les conséquences, même si sa décision de soutien au domicile est étayée et le choix de soins palliatifs au domicile clairement décidé et assumé avec l'équipe.

## LES LIMITES DES NOUVELLES DISPOSITIONS DE LA LOI

### *Le mandat de protection future*

Le mandat de protection future reste inusité. Il semble paradoxalement plus simple de penser à sa mort et au lieu de sa sépulture

---

7. Mise en cohérence des concepts existants pour construire un modèle pratique de prise en charge globale et exhaustive de la personne âgée (A. Gary).

qu'à une période de sa vie où l'on ne peut plus penser correctement. Le nom de « mandat de protection future » lui-même fait fuir les personnes, qui le prennent trop souvent, faute d'information, pour un mandat de protection tout court.

Les conditions de rédaction du mandat ne sont pas précisées, et l'on est en droit de se demander si une personne dont le diagnostic de maladie d'Alzheimer a été posé ne se verrait pas contester la valeur de son mandat, même si durant une longue période de sa maladie elle est en capacité de faire des choix. À l'inverse, l'influence que pourrait subir une personne vulnérable pour signer un mandat laisse présager de difficultés majeures lorsque celui-ci sera réellement utilisé. Tout le monde n'aura pas les ressources d'une riche héritière pour défendre ses intérêts.

En attendant la vulgarisation de cette disposition, toute une population de personnes déjà altérées, à protéger, ne pourra bénéficier que des protections décidées pour elle.

### *La Mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP)*

Cette mesure intéressante aurait pu permettre un suivi des personnes fragiles. Malheureusement, dès qu'un diagnostic de maladie pouvant affecter le jugement est posé, ces personnes ne sont plus incluses dans une MASP.

On voit là un glissement du langage juridique vers le langage médical, mais avec une confusion entre maladie, déficience, incapacité et handicap. C'est bien dommage et préjudiciable aux malades. En effet, un malade d'Alzheimer en début de maladie garde des compétences à gérer ses affaires et peut, moyennant un accompagnement, rester autonome pour de nombreux événements de sa vie. Une fois le diagnostic posé, il semble que tout bascule et qu'il doive rentrer dans le cadre de la protection classique, ce qui ne sera pas le cas immédiatement. Il y a donc un vide juridique concernant l'accompagnement des malades d'Alzheimer durant une longue partie de leur maladie et une situation qui risque de conforter les médecins traitants dans l'idée qu'un diagnostic posé trop précocement est nuisible à l'accompagnement de leur patient.

## CONCLUSION

On peut déplorer que, malgré un repérage plus fin des fragilités des sujets âgés par les gériatres, la démarche de protection des personnes ait été rendue plus complexe. En effet, la réforme des tutelles – par son filtrage volontaire – rend encore plus aléatoire les démarches entreprises pour les protéger. La loi a oublié les malades qui n'ont plus ou qui n'ont jamais eu les capacités de renseigner un mandat de protection future, et les mesures d'application n'ont à ce jour pas apporté de soutien pour ces personnes. En font partie, notamment, les malades d'Alzheimer.

Le rapport de la mission sur la maltraitance financière en institution<sup>8</sup> fait des propositions concrètes pour remédier aux difficultés d'application de la réforme. La plupart sont applicables au soutien à domicile des personnes vulnérables. Ce rapport a bien mis en évidence la nécessité de prévenir les situations de maltraitance par un repérage des fragilités du sujet âgé. Malheureusement, là où les professionnels de santé redoutent des situations à risque, les juristes attendent des preuves de vulnérabilité et des preuves de maltraitance. À la notion de présomption de fragilité et de vulnérabilité fluctuante des premiers répond la notion de maltraitance avérée des seconds. Les propositions de travail interdisciplinaire et de formations communes sont intéressantes pour rapprocher les points de vue.

On pourrait y ajouter la proposition de facilitation du signalement et de clarification de la procédure pour les personnes âgées par la mise en place d'une antenne susceptible de recueillir, évaluer et traiter ces « informations préoccupantes »<sup>9</sup>, du type de celles mises en place pour l'enfance en danger, avec constitution d'équipes spécifiquement compétentes dans le domaine gérontologique, en partenariat avec le Parquet.

---

8. Alain Koskas, Véronique Desjardins, Jean Pierre Medioni, « Rapport de la mission sur la maltraitance financière à l'égard des personnes âgées dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux », 2011.

9. Circulaire n° 97-119 du 15 mai 1997 ; circulaire n° 97-175 du 26 août 1997.