

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Chif. Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc.

## MAJEURS PROTÉGÉS

### • Dispositions indépendantes de toute protection

### • Trouble mental

Carol JONAS (1)

Docteur en droit  
Médecin psychiatre  
Chef de service, Centre hospitalier universitaire de Tours

Actualisé par Véronique LEFEBVRE DES NOETTES

Docteur en philosophie et éthique médicale  
Médecin psychiatre et gériatre  
Praticien hospitalier - Centre hospitalier Émile Roux Limel-Brévières - APHP

### POINTS-CLÉS

1. - Définir une pathologie mentale n'est complexe ; pourtant, il est utile et nécessaire de parler le même langage, de se comprendre, pour que juges des tutelles, juges des libertés, avocats et notaires puissent consulter les grandes figures de la séméiologie psychiatrique (V. n° 2 à 83).
2. - Les maladies mentales sont, de par la vulnérabilité humaine qui les accompagne, une indication d'assistance de tutelle ou de curatelle, mais elle interviennent au delà du champ-civil pour régir les soins généraux et l'hospitalisation en psychiatrie, lors des soins sans consentement (V. n° 86 à 124).
3. - Le droit se penche aussi de la protection du corps du malade mental, soit par le biais du droit pénal, soit par celui du droit civil, soit encore par celui du droit de la santé, qui conserve, après la réforme, une part d'autonomie (V. n° 125 à 128).
4. - Le droit de la santé régit le consentement aux soins, ainsi que les actes médicaux non thérapeutiques ou certains aspects de l'activité sexuelle et procréatrice (V. n° 129 à 142).

### SOMMAIRE ANALYTIQUE

INTRODUCTION : 1.

I. - PATHOLOGIE MENTALE ET SES EFFETS CIVILS : 2 à 12.

A. - Définition générale : 3 à 5.

B. - Classifications : 6 à 12.

II. - SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE : 13 à 91.

A. - Critères d'un examen de bonne qualité : 13 à 20.

B. - Principaux symptômes de la maladie mentale : 21 à 47.

1° SÉMIOLOGIE DU COMPORTEMENT : 21 à 25.

2° SÉMIOLOGIE DE L'ACTIVITÉ PSYCHIQUE BASALE : 26 à 32.

3° SÉMIOLOGIE DE L'AFFÉCTIVITÉ : 33 à 36.

4° SÉMIOLOGIE DE L'ACTIVITÉ INTELLECTUELLE : 37 à 40.

5° SÉMIOLOGIE PSYCHOMOTRICE : 41 à 47.

6° SÉMIOLOGIE DES PERCEPTIONS : 43 à 47.

C. - Utilisation de la séméiologie par le juge des tutelles : 48 à 53.

D. - Principales pathologies rencontrées dans la protection des majeurs : 49 à 85.

1° SCIZOPHÉNIE : 49 à 53.

- 2° Troubles bipolaires : 54 à 58.
- 3° Troubles de la personnalité : 60 à 70.
- 4° Comportements suicidaires : 71 à 75.
- 5° Insuffisance intellectuelle : 76 et 77.
- 6° Alcoolisme et les dépendances apparentées : 78 à 83.

#### E. – Indications des mesures de protection : 85 à 91.

- 1° AGE JURIDIQUE : 85.
- 2° AGE DESCRIPTION CLINIQUE : 89.
- 3° AGE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL : 90.
- 4° AGE PSYCHOLOGIQUE : 91.

### III. – PROTECTION DE LA LIBERTÉ DU MALADE MENTAL : RÉGIME DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT : 92 à 124.

#### A. – Organisation générale et techniques de soins : 95 à 100.

#### B. – Méthodes de soins : 101 à 108.

#### C. – Hospitalisation des malades mentaux : 107 à 124.

- 1° Différents modes d'admission à l'hôpital : 108 et 109.

- 2° Prise en charge des incidents sous contrainte : 110 à 124.

### IV. – PROTECTION DU CORPS DU MALADE MENTAL : 125 à 142.

#### A. – Protection du corps et de la santé du malade mental : 125 à 127.

- 1° DROIT PÉNAL : 126.
- 2° DROIT CIVIL : 127.

#### B. – Autonomie du droit de la santé publique : 129 à 142.

- 1° CONSENTEMENT AUX SOINS : 129 à 131.
- 2° PERSONNE DE CONFIANCE : 132.
- 3° ADAPTION DE LA SOCIÉTÉ AU VIEILLESSEMENT : UNE ÉVOLUTION SOCIALE MATURE : 133.
- 4° ACCÈS DU PATIENT AU DROIT MÉDICAL : 134.
- 5° PROTECTION PARTICULIÈRE POUR DES ACTES NON THÉRAPEUTIQUES : 135 à 138.
- 6° PROCRÉATION, INTERRUPTION DE GROSSESSE, STÉRILISATION : 139 à 142.

#### BIBLIOGRAPHIE.

## INDEX ALPHABÉTIQUE

Autonomie, 50, 51, 97, 98, 99, 106, 126 à 129.

Consentement, 1, 91, 93, 107, 109 à 114, 125, 125 à 127, 127 à 131, 133, 134, 136 à 138, 140 à 142.

Corps, 1, 2, 41, 84, 126, 127, 138.

Droit civil, 125, 126.

Droit pénal, 68, 109, 125, 126, 129.

Hospitalisation sans consentement, 91, 94 à 99, 100 à 114, 118, 121, 122, 134, 136.

Maladie mentale, 51, 28, 52, 92, 97, 99, 113, 126.

Personne de confiance, 132.

Protection, 1, 2, 6, 16, 48, 53, 54, 60, 62 à 64, 66 à 69, 73, 77, 78, 87 à 89, 90, 91, 94, 106, 109, 111, 117, 123 à 126, 128, 130, 131, 134, 136.

Responsabilité, 64, 69.

Soins, 131, 132, 138.

Taibles, 1, 48, 142.

## INTRODUCTION

I. – Au-delà de l'aspect juridique des mesures de protection chez des majeurs, il est important de comprendre l'impact de la maladie mentale sur le fonctionnement personnel et social de l'individu.

Quelles sont ces altérations des facultés mentales liées à la maladie ou à l'âge qui justifient la mise en place d'une mesure de protection ?

Pourquoi l'existence d'une maladie mentale doit-elle conduire à la mise en place de la mesure ?

Comment reconnaître ce qui est maladie et ce qui ne l'est pas ?

Quels sont les facteurs pronostiques d'une maladie ? En d'autres termes, la constatation d'un trouble conduit-elle au maintien pour une longue durée de la mesure, ou faudra-t-il envisager des modifications successives de celle-ci en aggravation ou en atténuation ?

Au-delà de questions que le juriste, qui s'intéresse à la protection des majeurs, ne peut pas éluder mais qui ne résument pourtant pas les connaissances qui lui sont indispensables pour appliquer la loi dans l'intérêt du majeur protégé (qui souffrent souvent de contraintes et privations de libertés), sa famille et la société.

Il faut également comprendre le fonctionnement du système de soins prenant en charge les malades mentaux, son efficacité et son impact sur la maladie. Celui-ci a récemment évolué avec la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011. Des aspects nouveaux, comme la mise en place d'une nouvelle forme de soins sans consentement

sur décision du directeur d'établissement de santé (SDDE) selon 3 modes, sont essentiels :

- 2 certificats médicaux et un tiers : dite classique (3212.1) ;
- 1 certificat médical, absence de tiers : dite de péril imminent (3212.2 : médecin extérieur à l'établissement d'accueil) ;
- 1 certificat médical et un tiers : dite d'urgence (3212.3).

Il est instauré une période d'observation (maximum 72 heures) en hospitalisation compléte sans consentement (c'est-à-dire hospitalisation continue interrégionale seulement par des permissions de sortie d'au maximum 12 heures), avant de décider du type de prise en charge (suivi ambulatoire ou hospitalisation).

La levée de la contrainte peut intervenir à tout moment de la prise en charge : la personne est alors en soins libres (suivi ambulatoire ou hospitalisation).

Cette loi permet la diversification des modalités de soins sans consentement, avec l'introduction de la notion de soins ambulatoires sans consentement (hospitalisation à temps partiel, soins à domicile, consultations ambulatoires, activités thérapeutiques), alternatifs à l'hospitalisation compléte continue et remplaçant les sorties à l'essai ou séquentielles.

Le tiers ou toute personne de l'entourage doit saisir le juge des libertés et de la détention en cas de désaccord avec le médecin en vue de la suppression des sorties contre avis médical.

De même il est fait obligation de réaliser un examen somatique complet par un médecin, dans les 24 heures suivant l'admission (aux urgences avant transfert ou dans le service de psychiatrie).

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 10

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 11

Enfin, en plus des saisines facultatives, le juge des libertés et de la détention exerce un contrôle systématique avant le 13<sup>e</sup> jour et au 6<sup>e</sup> mois de toutes les hospitalisations complètes continues sans consentement (HC). Le juge peut soit lever l'HC, soit la maintenir.

Le défaut de décision du juge avant la fin des délais entraîne la mainlevée de la mesure.

Il n'est pas non plus inutile, mais en outre là, à nouveau, dans des aspects juridiques dont il est plus familier, de se pencher sur les autres formes de protection que le droit français a mises en place dans l'intérêt du malade mental.

Ainsi, ce fascicule doit successivement s'intéresser à la pathologie mentale (II), notamment sous l'angle de ses effets civils, puis au système médico-légal mis en place pour la prise en charge des malades mentaux (III) ; enfin à la protection de l'intégrité corporelle du malade mental, ces questions traduisant directement l'effet de la pathologie dans divers aspects du droit, sans que la loi du 5 mars 2007 (L. n° 2007-308, 5 mars 2007 ; JO 7 mars 2007, p. 4325 - L. n° 2015-177, 16 fév. 2015, relative à la modernisation et à la simplification du droit) y ait beaucoup ajouté ou retranché (III et IV).

## I. - PATHOLOGIE MENTALE ET SES EFFETS CIVILS

2. - Une première difficulté surgit lorsque'il s'agit de définir ce qu'est la pathologie mentale en son décontextualisée. En effet, de tout temps, la question s'est posée de savoir ce qui devait être désigné trouble mental et ce qui pouvait n'être qu'une déviation comportementale propre à certains individus dans un contexte donné, sans qu'il s'agisse d'une maladie. Dans le domaine de la maladie mentale, les aspects sociologiques sont nombreux, ce qui

peut conduire à des étiquetages croisés. Ainsi la frontière est ténue entre croyances, idéalisme passionné, emprise sectaire et une psychose paranoïaque constitutive. Ces excès nous renseignent simplement sur le fait qu'il n'est pas toujours aisé de déterminer ce qui est maladie ou ce qui n'est qu'originalité ou déviance dans un corps social.

### A. - Définition générale

3. - Les maladies mentales sont des maladies qui modifient la vision du monde, les perceptions, les intuitions, les interprétations et le rapport à soi et autres, ainsi qu'à la société.

4. - Les fonctions supérieures et affectives du sujet sont altérées et obviées sa vie sociale et personnelle. Une grande partie de ces troubles entraîne, pour le sujet, une souffrance psychique mais d'autres conduisent à des perturbations qui sont

beaucoup moins objectivées par son entourage que par lui-même. C'est une des difficultés de définition mais aussi de description de la maladie mentale.

5. - Un certain nombre des symptômes qui la caractérisent ont une très forte subjectivité. Comment mesurer ainsi tout simplement le degré d'une insomnie ou encore l'existence d'une angoisse et l'importance de son retentissement sur le sujet ?

### B. - Classifications

6. - **Sociologie et histoire.** - Connaître la pathologie mentale suppose de s'intéresser à des éléments sociologiques et historiques. La maladie mentale n'a jamais été dissociée de son contexte culturel.

Ainsi certaines maladies sont mieux tolérées dans des contextes que dans d'autres ou encore semblent-elles mieux refléter le fonctionnement social d'une époque que d'une autre.

7. - Les psychiatres se sont rendus compte ces dernières années que le modèle médical classique reposant sur des constatations anatomocliniques et retrouvant généralement une cause précise à une maladie, n'est pas facilement applicable à la pathologie mentale, de même que malgré les avancées de la neuro-imagerie ou des neurosciences nous sommes encore loin de pouvoir expliquer les dérèglements de certaines pathologies mentales. C'est la raison pour laquelle coexistent encore un certain nombre de modèles théoriques complémentaires ou parfois opposés.

8. - L'histoire récente de la psychiatrie a donc cherché à proposer des classifications théoriques de la maladie mentale pour

permettre une comparaison des troubles d'un observateur à autre et d'un pays à un autre.

9. - Cet effort remonte au milieu des années 1970 et a trouvé sa consécration dans l'élaboration par les psychiatres américains d'un manuel diagnostique et statistique (DSM) qui a évolué au fil des années et en est maintenant à la révision de sa cinquième version (DSM V), depuis l'année 2013.

10. - Parallèlement, l'Organisation mondiale de la santé propose une classification internationale des maladies s'appliquant également à la psychiatrie qui en est à sa dixième révision (CIM-10). Il est intéressant de savoir que, pour permettre une description heuristique, la classification américaine a jugé nécessaire de cerner la pathologie en cinq axes différents, complémentaires les uns des autres.

11. - L'axe I, dans lequel figurent les symptômes spécifiques de la maladie mentale, n'est pas suffisant à lui seul.

Il faut y ajouter :

- les troubles de la personnalité (axe II) ;

- les troubles concomitants des troubles mentaux (axe III) ;
- la sévérité globale des facteurs de stress psychosociaux (axe IV) ;
- le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé observé au cours de la dernière année pour le sujet (axe V).

Cela signifie que l'intensité et les conséquences d'un trouble de l'axe I peuvent être très différentes selon l'environnement du sujet, sa capacité d'adaptation, sa personnalité ou les autres maladies dont il est porteur.

Le spécialiste de la maladie mentale n'est pas le seul intéressé par ces différents aspects.

## II. – SÉMOLOGIE PSYCHIATRIQUE

### A. – Critères d'un examen de bonne qualité

13. – **Examen et environnement.** – En matière de pathologie mentale, comme pour toute autre pathologie, l'examen du sujet consiste en une démarche active de recherche de symptômes. Ceux-ci sont ensuite interprétés et interprétés pour en faire des signes reflétant le dysfonctionnement de l'organe examiné (ici la partie du cerveau qui permet la vie de relation), puis compilés, mis en perspective à l'aune des examens complémentaires (bilan biologique, imagerie cérébrale et bilan neuropsychologique) pour proposer un diagnostic.

14. – En matière psychiatrique, chacun sait depuis longtemps que la connaissance diagnostique est insuffisante pour déterminer précisément le traitement nécessaire à faire disparaître les symptômes.

15. – Le type de soins ne peut être établi avec efficacité que si l'on tient compte également de facteurs culturels, de l'environnement psycho-social, d'autres pathologies, de la faculté du sujet à comprendre et à accepter ses troubles, de sa compliance aux traitements.

16. – Il n'est donc pas étonnant que parmi les mesures pouvant avoir un impact thérapeutique ne figurent pas seulement des techniques proprement médicales mais d'autres qui se rapprochent de la psychologie ou encore de la sociologie et même des aspects essentiellement juridiques, telles les mesures de protection dans le domaine civil.

17. – **Examen et subjectivité.** – L'autre particularité de la sémiologie psychiatrique est son caractère subjectif. C'est la raison pour laquelle il est indispensable de conduire l'examen avec une technicité très fine de manière à limiter au maximum cette

La nécessité d'une mesure de protection doit prendre en compte ces facteurs adjoints au-delà du seul diagnostic.

12. – Pour aider le juriste à évaluer la nécessité de la mise en place d'une mesure de protection pour un sujet majeur, il est utile d'abord de le familiariser à la sémiologie psychiatrique, c'est-à-dire à la connaissance et à la recherche des symptômes qui peuvent altérer le fonctionnement mental. Il convient ensuite de décrire la manière dont ces symptômes s'associent pour former les pathologies qui sont les plus fréquemment rencontrées dans le domaine qui nous intéresse. Tout cela permet de comprendre comment l'on peut déterminer les critères utiles pour indiquer la nécessité d'une mesure de protection et choisir la mieux adaptée.

subjectivité et à éviter d'induire certaines réponses, voire de projeter ses propres problèmes sur le supposé patient et ainsi obscurcir les symptômes qu'il présente en les mélangeant avec les éléments de dysfonctionnement de l'observateur.

18. – **Examen et entretiens.** – L'examen suppose donc un certain nombre de qualités et de spécificités. En apparence, il s'agit d'un entretien banal comme chacun en expérimente quotidiennement avec des dizaines de personnes. En réalité, ce doit être une recherche fine et active de symptômes qui ne sont découverts que grâce à une technique très élaborée. Ainsi faut-il être attentif à la qualité de l'environnement de la pièce d'examen, à la présence ou non de tiers, au contexte de la rencontre ou encore au type de contact qui s'établit avec le sujet.

19. – Le professionnel, à la recherche de symptômes, doit analyser sa propre attitude pour valoriser les réponses obtenues. Les informations spontanées n'ont pas la même valeur que celles qui sont provoquées par des questions précises ou encore par des interrogations affirmatives. Il faut savoir écouter, relancer l'entretien par des reformulations, alterner des questions ouvertes et fermées, interpréter des silences ou des digressions.

20. – L'examen psychiatrique se résume bien souvent, en apparence, à un simple entretien, à une conversation sur les problèmes du sujet, à sa biographie et à son environnement actuel. Le contenu des réponses obtenues, les modalités d'expression du sujet, ses attitudes et sa coopération à l'entretien suffisent en général à connaître suffisamment les symptômes de la maladie pour caractériser celle-ci.

### B. – Principaux symptômes de la maladie mentale

#### 1° Sémiologie du comportement

21. – **Présentation et expression du sujet.** – C'est d'abord la présentation du malade. On doit d'abord regarder le patient, sa mimique sa façon de bouger, son habitus, sa façon de s'habiller, de regarder ou non dans les yeux, de parler, d'entamer ou non une conversation, de faire des poses, des barrages, avoir des difficultés d'élocutions, une dysarthrie, de passer du coq à l'hène, de faire des plainanteries, d'être tachypsychique ou au contraire d'être amimique, triste, bradypsychique.

22. – C'est l'attitude générale du sujet qui doit nous saisir par sa mimique et les expressions de son visage mais également son regard. Il peut refléter la tristesse, l'angoisse ou encore la frou-

desse. Les mimiques peuvent être apparues ou excessives. L'expression émotionnelle peut être absente ou exagérée.

23. – Ces aspects sont en concordance ou en discordance avec l'expression verbale qui va du monotone à la loquacité sur un plan quantitatif, mais révèle également la qualité des enchaînements associés ainsi que le déroulement de la pensée.

24. – Le comportement se traduit encore dans la qualité du contact que le patient accepte d'établir avec son interlocuteur. Cela va de la confiance, parfois même excessive, à l'opposition, en passant par l'indifférence ou la réticence. Cette dernière peut être caractérisée par un refus de collaborer mais également par des manœuvres dépressives évitant la coopération, sans pour autant refuser la conversation.

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

Notaire Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 1

25. - Il faut aussi tenter de cerner la qualité du comportement dans la vie quotidienne, dans les situations moins artificielles que celles d'un entretien médical. Sont ainsi explorés la qualité des relations personnelles ou professionnelles ou encore le mode de vie, mais aussi les circonstances et la qualité du sommeil, les soins et l'hygiène corporelle, le comportement alimentaire ainsi que l'activité sexuelle.

26. - De manière plus technique encore, il faut essayer de déterminer l'origine des comportements, allant de l'impulsion à une surdémarche excessive.

27. - Ils peuvent avoir des significations très utilitaires et adaptées ou, au contraire, être l'expression de la pathologie sous-jacente. Ainsi les comportements de vérification peuvent-ils être logiques dans certaines circonstances et révéler un trouble obsessionnel compulsif dans d'autres.

### 2° Sémiologie de l'activité psychique basale

28. - **C conscience au monde.** - La normalité serait représentée par la capacité d'adaptation à son environnement, la compréhension de celui-ci et des facultés à réagir correctement après avoir intégré les informations véhiculées par l'environnement immédiat. La conscience peut disparaître totalement. C'est alors une pathologie plutôt neurologique qui aboutit au coma. À un moindre degré, on peut reconnaître des états de conscience modifiés, dénommés hébété, obnubilés, confus ou trait-crepusculaire.

29. - **Orientation temporo-spatiale.** - Le sujet est-il capable de reconnaître son environnement, de se situer dans le temps et dans l'espace ? Certaines pathologies, notamment dans les déménagements intellectuelles, sont caractérisées par ces difficultés.

30. - **Troubles de la mémoire.** - Ils sont essentiellement représentés par les amnésies. Celles-ci peuvent porter sur les événements anciens (amnésie d'évocation ou rétrograde) ou sur les événements récents, on parle alors d'amnésie de fixation ou antérograde, ou d'oubli à mesure, fréquents dans les syndromes confusionnels et les déménagements.

31. - On peut également retrouver des dysmnésies consistant en des oublis localisés ou des illusions de la mémoire (trémnésies). Ceci peut conduire à des propos affabulatoires.

32. - Existence encore les hypermnésies caractéristiques du sujet qui est envahi par des informations ou des événements anciens l'empêchant d'être suffisamment présent et adapté à son environnement actuel (on peut les voir chez certains autistes).

### 3° Sémiologie de l'affectivité

33. - **Affects et émotions.** - Ce sont les nuances, les colorations du fonctionnement psychique de l'individu.

34. - Cela va du plaisir à la douleur, de l'amitié à l'indifférence, de l'espoir au désespoir. Lors de l'entretien, on recherchera les affects dépressifs négatifs, ou, à l'inverse, ceux qui sont appétitifs expansifs productifs, féconds avec sensations excessives, comme le sentiment d'élution, d'euphorie, de bonheur ou de plaisir conduisant à des réactions inadéquates par excès de confiance et une hyperactivité inutile, voire dangereuse, que l'on voit dans les accès maniaques des troubles bipolaires.

35. - Dans ce domaine, doivent également être analysées les émotions qui, à l'inverse des affects, seraient les caractéristiques du sujet concernant sa manière de concevoir l'environnement. L'un et l'autre ne sont pas toujours faciles à dissocier et sont probablement en interaction permanente. L'effroi, l'anxiété, le plaisir sont importants à répertorier.

36. - En ce domaine, il est également très utile de vérifier la continuité ou la discontinuité des affects et des émotions ainsi que leur concordance avec le comportement ou les contenus intellectuels.

### 4° Sémiologie de l'activité intellectuelle

37. - **Intelligence.** - Ce que l'on nomme intelligence est très difficile à définir et à expliquer. Elle est le résultat d'un certain nombre de fonctions de base qui se conjuguent pour permettre la meilleure adaptation possible à un environnement donné.

38. - Il faut analyser les capacités d'attention et de concentration en différenciant attention spontanée et attention volontaire.

39. - Il faut s'intéresser aux capacités d'abstraction et à la réalisation des opérations intellectuelles de base, telles que les associations idéiques ou encore la capacité de raisonnement. Le cours de la pensée peut ainsi être accéléré ou ralenti, inhibé ou dérégulé.

40. - Le langage peut être adapté ou perturbé par des troubles syntaxiques ou sémantiques (dans le cas des déménagements ou de séquelles d'accidents vasculaires cérébraux), voire par des néologismes (fréquents chez les schizophrènes), dont la valeur est différente selon les situations.

### 5° Sémiologie psychomotrice

41. - **Hyperactivité, torpeur.** - Elle est le prolongement de l'observation de la présentation immédiate du sujet, la manière dont celui-ci habite son corps et l'univers. Ainsi va-t-on de l'hyperactivité à la torpeur. Ainsi décrit-on des comportements maniaques (chez certains schizophrènes) ou stéréotypés (chez certains autistes, psychoses infantiles ou déménagements fronto-temporales) ou une akinésie (absence de mouvement, chez certains mélancoliques) ou une hyperkinésie (excès de mouvement, chez certains maniaques).

42. - Ainsi peut-on décrire différentes formes d'agitation schizo-pathologiques. L'agitation de délirant ou de l'impulsif est bien différente de celle de l'anxieux ou du maniaque.

### 6° Sémiologie des perceptions

43. - **Perception de l'environnement.** - Enfin la sémiologie s'intéresse à la capacité du sujet à percevoir son environnement. Les troubles des perceptions sont souvent reconnus comme ceux qui sont typiquement psychiatriques.

44. - **Hallucinations.** - Elles sont définies comme la perception d'objets sans objet à percevoir.

Les hallucinations peuvent exister à tous les modes, à savoir hallucinations visuelles, auditives, gustatives, olfactives, tactiles voire cinesthésiques (ressentis internes au corps). Ce sont alors les sensations internes et l'ensemble du schéma corporel qui sont perturbés. Les hallucinations peuvent être incomplètes dans l'

travail où elles restent psychiques, sans que le sujet ait l'impression qu'un organe des sens intervient. Il s'agit, par exemple, de voir qui ne sont pas perçus à l'extérieur du sujet, mais comme venant de son cerveau.

45. - Les perceptions peuvent être irrésolues de manière totale ou partielle. Il s'agit alors de simples illusions ou d'insérences. Le sujet est persuadé qu'on le voit, qu'on le regarde, sans pour autant entendre ou voir des événements inexistantes, mais il en a une conviction délirante interne.

46. - Fréquemment, et ce surtout, surviennent des interprétations pathologiques. Elles sont définies comme l'inférence d'un percept exact à un concept erroné par une chaîne d'associations affectives. Le sujet a correctement entendu le son d'une sirène et interprète qu'il s'agit d'une opération de police destinée à le débarrasser et à le faire compte tenu des informations confidentielles qu'il posséderait sur un personnage illustre, par exemple.

47. - **Délires.** - Ce sont des perceptions erronées (hallucinations, interprétations, insérences, illusions) s'inscrivant en général dans une construction délirante.

Le délire se définit par trois caractéristiques :

- ses modalités (insérences, interprétations, hallucinations, par exemple) ;
- ses thématiques (persécution, toute puissance, mysticisme, filiation, messianique...)
- sa construction. En secteur ou en réseau. Elle peut être rigoureuse et logique (paranoïaque) ou, au contraire, relâchée et insupportable, hémistique, pseudoforme (on parle alors de délire paranoïde).

Le délire est en effet très différent et son pronostic est loin d'être le même selon que le sujet reste indifférent à ce qu'il vit ou qu'il y réagit de manière immédiate, voire excessive, qu'il critique ce délire ou, au contraire, qu'il y adhère.

## C. - Utilisation de la sémiologie par le juge des tutelles

48. - Toute cette sémiologie va permettre de caractériser une maladie et l'on comprend que certains troubles seront fréquemment rencontrés par le magistrat chargé des tutelles alors que d'autres seront, le plus souvent, étrangers à sa pratique.

En effet, l'altération des facultés mentales ne justifie une mesure de protection que si elle empêche le sujet de pourvoir à ses intérêts dans les actes de la vie civile. L'angoisse ou certains

symptômes comportementaux n'ont qu'une incidence mineure alors que les troubles des perceptions ou du fonctionnement intellectuel conduisent beaucoup plus fréquemment à un handicap social majeur.

Il est donc utile de donner des indications sur les pathologies les plus fréquemment rencontrées dans le domaine de la protection des majeurs.

## D. - Principales pathologies rencontrées dans la protection des majeurs

### 1° Schizophrénie

49. - On estime qu'elle touche environ 1 % de la population adulte française, soit environ 600 000 personnes.

50. - C'est une maladie chronique débutant en général à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte (parfois, sous la forme d'une bouffée délirante aiguë, un coup de tonnerre dans un ciel serein). Son pronostic est variable en fonction de la forme et de l'intensité de la maladie, mais également de la qualité de la prise en charge. Certains patients perdent toute autonomie sociale, voire personnelle, et justifient alors une vie en institution pendant de nombreuses années. D'autres conservent des capacités largement suffisantes pour s'intégrer à une vie sociale presque banale.

51. - Il n'est pas simple de décrire la schizophrénie qui s'exprime à travers différents types de symptômes.

On a l'habitude de les décrire selon trois axes différents :

- il y a d'abord très fréquemment (dans environ deux tiers des cas) une symptomatologie délirante, très active. Les mécanismes sont multiples, hallucinatoires, insérens, interprétatifs ou imaginaux. La thématique est souvent de persécution, de contrôle, d'influence ou de grandeur, voire de mysticisme. Il peut exister des idées de dépersonnalisation ou de déréalisation. La conviction du sujet est variable. La construction du délire est souvent floue conduisant à une impression de bizarrerie et d'insupportabilité que l'on décrit sous le nom de délire paranoïde ;

- la désorganisation de la pensée (dissociation), des affects et du comportement est une autre caractéristique essentielle. Les associations sont floues et lointaines, parfois incongrues. Les dépressions sont multiples aboutissant à un discours décousu avec des détails inappropriés et un discours diffusant. Dans certains cas, le langage est déformé de son sens avec des métaphores

inhabituelles, voire des néologismes, pouvant aboutir à ce qui est dénommé la schizophrasie ;

- les émotions ne sont plus en rapport avec le contenu de la pensée ou de discours aboutissant à une discordance.

On relève fréquemment des éléments d'indifférence ou d'hostilité et une forte ambivalence. Le comportement a des caractéristiques du même ordre donnant une impression de bizarrerie, de désordre et d'insolite, alternant des attitudes d'hyperactivité et des rituels stéréotypés à type de maniérisme étrange. Les perturbations de comportement peuvent atteindre la sphère sexuelle.

- la dernière dimension schizophrénique est dénommée le négativisme. Il s'agit d'un appauvrissement de la vie psychique avec abrasion des affects, perte de la capacité de plaisir dénommée anhédonie ou encore extrême pauvreté de la vie relationnelle. Ceci aboutit à un comportement autistique de repli sur soi.

52. - **Cannabis.** - Depuis quelques années, on a clairement mis en évidence un déficit du fonctionnement cognitif avec diminution des capacités d'attention, de concentration et de mémoire au fil de l'évolution. De même, on a mis en cause l'abus de cannabis. On ne peut toujours pas affirmer que le cannabis provoque la schizophrénie. En revanche, il précipite les sujets fragiles vers cette maladie mentale. Au cours d'une analyse dont les résultats ont été publiés dans le célèbre « Lancet » en 2007, plus d'une trentaine d'études ont été passées en revue. Le risque de développer des troubles schizophréniques était augmenté de 40 % chez les jeunes fumeurs de joints par rapport à ceux qui n'en avaient jamais fumé. Mais ce risque s'élevait proportionnellement avec l'intensité de la consommation. Ainsi, les fumeurs réguliers (plus de 100 joints par an, soit environ plus de 2 par semaine) supra-sont de 50 à 200 % leur risque de souffrir de troubles mentaux (symptômes psychotiques, hallucinations, anomalies de la pensée). D'autres études encore ont confirmé ce lien depuis. C'est notamment la publication, dans *Psychiatric Research*, en jan-

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 1

vier 2014, d'une étude épidémiologique montrant que la consommation de cannabis chez les jeunes a été associée à une apparition plus précoce des premiers signes de schizophrénie.

53. – **Retardement en matière civile.** – Comme on s'en doute, le retardement de la maladie sur les capacités de socialisation peut être important, justifiant alors la mise en place d'une mesure de protection.

### 2° Troubles bipolaires

54. – **Généralité.** – Il s'agit d'une pathologie de l'affectivité essentiellement. Elle conduit à l'alternance de phases dépressives, en général les plus nombreuses, et de phases d'excitation maniaque. La particularité de ce trouble est que, pendant longtemps, la maladie se caractérise par des épisodes résolus entre lesquels le sujet retrouve ses capacités psychiques de base. En ce sens, la mesure de protection, quand elle est justifiée, devrait pouvoir être interrompue chaque fois que nécessaire, puis reprise si les symptômes réapparaissent. L'âge de début est parfois précoce, du même ordre que celui de la schizophrénie. Dans d'autres cas, il est plus tardif (25-35 ans). La prévalence du trouble sur l'ensemble de la population serait de l'ordre de 1 à 2 % mais certaines études récentes proposent des chiffres plus élevés, sans doute en incluant des troubles moins envahissants que la pathologie bipolaire classique.

55. – Actuellement, les classifications divisent les troubles bipolaires selon le type d'alternance entre les épisodes dépressifs et maniaques :

- bipolaire 1 : accès maniaques francs et spontanés ;
- bipolaire 2 : épisodes hypomaniaques et dépressifs ;
- bipolaire 3 : épisodes dépressifs mais antécédents familiaux d'épisodes maniaques et phases de manies induites par les traitements antidépresseurs.

56. – **Troubles maniaques.** – Les troubles maniaques sont définis par une humeur excessive, euphorique, parfois irritabile, avec une forte activité physique et psychique. Le sujet est égoïste, hypersensible, trop perméable à l'ambiance. Il se montre agité et parfois agressif. Il a en général une insomnie presque totale. Il peut développer un délire de grandeur avec de véritables hallucinations. Il a souvent des projets grandioses et inadaptes. Il se sent le meilleur et croit que rien ne va lui résister. Il peut également avoir une hyperactivité sexuelle et mener des relations trop proches avec tout le monde. Il a d'importants troubles de l'attention et de la concentration. Le cours de la pensée est accéléré avec une fuite importante des idées. Il fait tout en excès, mange beaucoup, dépense beaucoup (il peut acheter dans la même journée 3 voitures, 5 télévisions, et ruiner sa famille), s'affaire beaucoup, rit fort, parle fort, a une grande familiarité avec tout le monde, peut faire des voyages pathologiques, et dort très peu.

57. – Dans un certain nombre de cas, les symptômes n'atteignent pas l'intensité d'un épisode maniaque et on parle d'état hypomaniaque qui peut d'ailleurs être chronique et durable chez certains sujets. Le sommeil est diminué, le sujet a de multiples projets, ne se sent pas fatigué. Il a une sociabilité inhabituelle, une grande facilité de contacts, mais se montre distrait avec une difficulté à maintenir ses projets dans le temps. Il y a souvent, dans ce cas, une surconsommation de toxiques et des difficultés de jugement.

58. – **Épisodes dépressifs.** – Les épisodes dépressifs peuvent faire partie d'un trouble bipolaire ou être uniques, en apparence réactionnels à une situation difficile. Asses fréquemment, ils s'épilent au fil des années avec une tendance à l'augmentation de la durée et de la sévérité des épisodes et à la diminution du temps d'intervalle libre entre ceux-ci. Le trouble dépressif est fréquemment caractérisé par des perturbations du sommeil (insomnie ou hypersomnie) et de l'appétit (anorexie ou boulimie) mais également par un ralentissement moteur et idéique, ainsi qu'un humeur triste, une perte d'intérêt (aboulie, apragmatisme), un découragement, une incapacité à éprouver du plaisir voire un désir de mort pouvant aboutir au suicide (11 000 décès par an).

59. – Le sujet est également irritable et les processus cognitifs sont souvent détériorés avec difficultés de concentration, voire de compréhension et raisonnement sériel.

### 3° Troubles de la personnalité

60. – **Débat scientifique.** – Actuellement, les discussions sont vives au sein de la profession pour déterminer la place qui doit être attribuée aux troubles de la personnalité. En effet, leur description et leur définition sont moins précises que celles des troubles. De plus, il n'est pas évident de les séparer. Enfin, la question doit être posée : faut-il le tenter ? En d'autres termes, ne s'agit-il pas simplement de particularités, de spécificités d'individus par rapport à d'autres ? Ne risque-t-on pas de donner au psychiatre le rôle d'un régulateur social et non plus celui d'un soignant ? n'en reste pas moins que certains types de personnalité conduisent à des souffrances personnelles et justifient, à ce titre, une prise en charge.

Pour les aspects qui nous intéressent, certaines personnalités peuvent conduire à des difficultés de fonctionnement social et donc justifier l'adoption d'une mesure de protection.

61. – **Classification possible et effets dans la vie civile.** – La classification internationale des maladies (CIM 10) et le DSM proposent grossièrement les mêmes séquences en ce domaine. On peut retenir neuf types de personnalités.

62. – **Personnalité schizotypique et schizoïde.** – Certains pensent qu'elles peuvent faire le lit d'une schizophrénie ultérieure. Ce sont des sujets qui présentent quelques idées de référence, une tendance à la pensée magique et à quelques croyances bizarres. Ils ont des perceptions inhabituelles, leur langage est curieux. Ils montrent une certaine malice et des affects pauvres et inadaptes. Ils ont peu ou pas de contacts sociaux. Sauf cas particuliers, ils ne justifient pas indépendamment la mise en place d'une mesure de protection.

63. – **Personnalité paranoïaque.** – Les enquêtes épidémiologiques le retrouvent de manière assez fréquente, environ 3 à 5 % de la population générale. Ce sont des sujets qui sont en permanence dans la malice, la rivalité et l'agressivité. Ils déclinent de complots, des allusions, des comploteries et manifestent une très forte crainte d'eux-mêmes et parfois un mépris pour autrui. Leur caractère querelleur peut les conduire à une querelleuse procèsive et à de multiples actions en justice. Ils ont besoin de contrôler leur environnement et sont parfois des personnages charismatiques pouvant prendre le rôle de gourous. Ils sont très méfiant, égoïstes et souvent particulièrement rigides. Ils sont souvent mal à l'aise dans les relations qu'ils ne peuvent pas diriger. Leur besoin de contrôle se marque dans le fonctionnement intellectuel par une apparente logique construite sur des théories qui n'

suffisent pas la discussion. Ce type de personnalité ne justifie que rarement la mise en place de mesures de protection.

**64. – Personnalité antisociale, ou psychopathe.** – C'est un type de fonctionnement de la personnalité fréquemment retrouvé chez les sujets qui ont des contacts avec la justice pénale. Il est caractérisé par un comportement imprévisible, impulsif, et souvent dépourvu des valeurs sociales habituelles. Il existe une froideur envers les sentiments d'autrui, un mépris des normes et des règles ainsi qu'un sentiment d'irresponsabilité. Le sujet a de grandes difficultés à maintenir des relations stables avec les autres. Il présente une faible tolérance à la frustration et une capacité importante à décharger son agressivité vers l'extérieur, y compris par la violence. Les sentiments de culpabilité sont absents. Il existe une tendance à blâmer autrui dans un processus de renouement de la responsabilité vers l'extérieur par des mécanismes de projection. Il est fréquent que cela s'associe à la consommation de toxiques divers. Par ailleurs, l'histoire du sujet est remplie d'événements : difficultés d'adaptation scolaire, perturbation du fonctionnement familial, mauvaise adaptation professionnelle, contacts fréquents avec la justice, etc. En raison de son instabilité et de son impulsivité, ce type de sujet prend souvent des décisions inappropriées pouvant justifier la mise en place d'une mesure de protection.

**65. – Personnalité borderline ou état limite.** – Cette personnalité est caractérisée par une instabilité des relations interpersonnelles mais également de l'image de soi avec des troubles identitaires importants. Le sujet a une crainte de l'abandon, réel ou imaginaire. Il alterne entre des relations intenses et excessives et une froideur ou un refus de contact. Il est parfois au bord de la dépression avec un sentiment d'insécurité, de dévalorisation qui peut conduire à des actes dangereux avec la volonté diffuse de mourir (ex. : conduite automobile dangereuse, actes ordaliques (jeu avec la mort, jeu du fouland, suicide provoqué, etc.), dépenses inconsidérées, sexualité inadaptée...). Il existe également une instabilité affective, une dysharmonie avec des comportements d'anxiété et d'instabilité. On relève des colères intenses et inappropriées et parfois des moments de persécution, des passages à l'acte violents.

**66. – Personnalité histrionique ou hystérique.** – Elles sont caractérisées par une hyperexpressivité émotionnelle, une tendance à la dramatisation et à l'exagération des affects. Il existe également un besoin d'être au centre de l'attention des autres, de séduire. Elles donnent beaucoup d'importance à l'apparence et sont en quête permanente de compliments pour soutenir un narcissisme fragile.

Ces personnalités seraient relativement fréquentes et leur prévalence est parfois mesurée dans la population générale à plus de 10%. Elles auraient des caractéristiques liées au sexe. On les retrouverait plus fréquemment chez les femmes. Chez les hommes, cette personnalité serait un mélange de psychopathe et de paranoïa qui sont des aspects culturels plus séducteurs chez un sujet masculin que le comportement de dépendance que l'on retrouve chez la femme. Ce type de personnalité peut souvent verser dans une décompensation dépressive avec risque suicidaire impulsif. Les caractéristiques de la personnalité portent à une forte suggestibilité, un besoin de séduire et de retenir l'attention d'autrui aboutissant à imaginer des relations souvent plus intimes avec les autres qu'elles ne le sont en réalité. Tout cela peut conduire à des actes inconsidérés justifiant une mesure de protection.

**67. – Personnalité narcissique.** – Son individualisation dans les classifications internationales est relativement récente. Ce type de personnalité est caractérisé par un sentiment envahissant de grandeur personnelle avec un très fort égocentrisme. La plupart de ces personnalités ont une bonne adaptation socioprofessionnelle mais leur vie affective est souvent caractérisée par des frustrations et des échecs successifs. Elles sont incapables

d'aimer et ne conçoivent l'autre qu'en miroir pour satisfaire leurs propres besoins. Ce sont des sujets envieux, jaloux, intrusifs, prétentieux et suffisants. Ils ne supportent pas la critique et éprouvent alors facilement de la colère, voire de la rage. Ce sont des personnalités qui se décompensent souvent au milieu de la vie, aboutissant à une addiction pour l'alcool ou à des problèmes hypochondriaques. Il est rare que ce type de personnalité justifie une mesure de protection.

**68. – Personnalité évitante.** – Ce sont des individus timides, solitaires, isolés et inhibés. Ils ont besoin d'un soutien, mais ont bien des difficultés à engager des relations sociales. Leur fonctionnement est caractérisé par de nombreux éléments anxieux, des moments de tension et d'appréhension, une forte crainte de la critique et du rejet. Ces personnalités qui ne prennent pas de risque et qui sont réservées dans leur vie intime, justifient rarement des mesures de protection.

**69. – Personnalité dépendante.** – Leur prévalence est relativement importante puisqu'elle serait de l'ordre de 10% dans la population générale. Ce sont des sujets soumis, craignant la séparation, ayant du mal à prendre des décisions. Ils ont besoin que les autres assument leurs responsabilités. Ils ne savent pas exprimer un désaccord avec autrui. Ce ne sont pas des initiateurs de projets ni des leaders. Ils craignent la solitude et recherchent à tout prix le soutien et l'appui d'autrui. En cas de rupture, pour éviter l'éventuellement dépressif, ils recherchent dans l'urgence une nouvelle relation. C'est cette distorsion de la capacité relationnelle qui peut parfois les conduire à des situations sociales difficiles. En dehors de cela, ce type de personnalité ne justifie pas une mesure de protection.

**70. – Personnalité obsessionnelle compulsive.** – Sa prévalence ne serait que de l'ordre de 1% dans la population générale. Cette personnalité rigide est caractérisée par le perfectionnisme, la méticulosité, la tendance à la répétition et à la vérification. On retrouve également chez ces personnes une tendance au doute et une prudence excessive, des préoccupations sur les détails, des scrupules, un souci excessif de productivité aux dépens de son propre plaisir. Dans certains cas, ceci peut conduire à une attitude conventionnelle et pédante ainsi qu'à une rigidité et un enlèvement liés à un besoin de conformisme excessif. On parle d'un caractère anal en raison du besoin de rétention et de contrôle.

#### 4° Comportements addictifs

**71. – Définition générale.** – Ils peuvent survenir en association (ou comorbidité) à des troubles de la personnalité ou d'autres pathologies. Ils sont parfois au centre du tableau clinique. Ce sont des comportements qui surviennent chez des individus recherchant en général dans un produit ou dans un comportement le soutien qu'ils ne parviennent pas à trouver chez autrui alors qu'eux-mêmes n'ont pas la solidité de structure leur permettant d'être totalement autonomes sur le plan affectif.

**72. – Classiquement,** la dépendance existe vis-à-vis d'un produit qui apporte artificiellement des sensations de plaisir. C'est souvent l'alcool ou un toxique illicite. On connaît les caractéristiques chimiques de ces produits qui vont stimuler les circuits neuronaux apportant le plaisir. Bien souvent, ce sont des individus ayant des structures de personnalité de type antisocial, narcissique ou borderline.

**73. – On relève également** des comportements de ce type vis-à-vis d'autres stimuli. Ce peut être les comportements alimentaires, notamment boulimiques. On en retrouve également vis-à-vis des jeux avec une aggravation liée à la facilité d'accès à ce type de comportement à travers le réseau internet. On parle également de comportements de dépendance au travail pour certains individus. Cependant, ce dernier a moins d'incidences sociales et financières et ne justifie pas toujours une mesure de protection.



## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 1

74. - **Conséquences civiles.** - Ce type de trouble de comportement n'entraîne pas des perturbations intellectuelles ou affectives majeures mais conduit à des conséquences sociales et financières importantes.

75. - Il peut être grandement amélioré par un traitement adapté mais bien souvent le sujet, dépendant de son symptôme, a les plus grandes difficultés à mettre en œuvre ce traitement et surtout à le poursuivre suffisamment longtemps pour qu'il apporte des résultats efficaces et durables.

### 5° Insuffisance intellectuelle

76. - **Intellectus générale.** - Il ne s'agit pas à proprement parler d'une pathologie psychiatrique, mais d'un dysfonctionnement cognitif aboutissant à un déficit des capacités de jugement et de raisonnement et donc à une inadaptabilité sociale. Le sujet prend des décisions inappropriées ou il est facilement l'objet de manœuvres déstabilisatrices. Il se montre trop suggestible, vulnérable et une prise facile pour les abus de faiblesse. Bien souvent, l'origine précise du trouble est difficile à déterminer.

77. - Il s'accompagne de perturbations mineures ou importantes de la personnalité et c'est quand il se complique de la dépendance à un toxique qu'il justifie une mesure de protection.

### 6° Alzheimer et les démences apparentées

78. - **Présentation.** - Pendant longtemps, elle a été désignée démence dans la classification nosologique française. Comme on le sait, il s'agit de l'apparition d'un déficit des fonctions cognitives, la plupart du temps chez une personne âgée (dans 90 % des cas). En effet, l'apparition de ce trouble est relativement rare avant 60 ans, mais il existe dans 1 % des cas des formes familiales autosomiques dominantes atteignant des sujets jeunes (30-40 ans) ; son incidence augmente de manière importante avec l'âge surtout après 80 ans (5 % à 85 ans à 45 % à 90 ans). La prévalence est de 889 000 cas en France et l'incidence est de 225 000 nouveaux cas par an.

79. - Les symptômes sont essentiellement du registre intellectuel avec des phénomènes aphasiques, apraxiques et agnosiques, mais également une amésie, des troubles de l'attention et de la concentration, des perturbations du jugement et du raisonnement. Des troubles dysexécutifs rendant impossible les doubles tâches. Le comportement peut être modifié avec, avant souvent, une apathie et une perte des initiatives, mais aussi par

des des déambulations automatiques aboutissant à des errances (la plupart du temps pour retrouver chez eux et parfois dans leur maison d'enfance). On relève parfois une symptomatologie dépressive et, à d'autres moments, des troubles délirants et hallucinatoires, une agitation et une agressivité.

80. - Dans certains cas (5 %), il existe des perturbations de la sexualité à type d'hypersexualité inadaptée. Il peut y avoir de fausses routes, une régression psychomotrice avec une perte de la marche, une dépendance totale pour les actes de la vie quotidienne, une incontinence urinaire et fécale et le stade terminal est un syndrome aphasié-apraxique-agnosique. Il peut y avoir une psychopénie (ne plus être capable de reconnaître les visages familiers) et, la plupart du temps, le sujet est autonocturne (il ne se reconnaît pas comme malade et donc peut se mettre en danger).

81. - Les démences mixtes associent des dégénérescences neurologiques et des facteurs vasculaires ; elles sont de plus en plus nombreuses parmi les démences (20-30 %) et l'on peut agir en maîtrisant les facteurs de risques cardiovasculaires.

82. - Les démences vasculaires (10-15 %) présentent surtout des facteurs de risques vasculaires dont l'hypertension artérielle, les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, les troubles du rythme cardiaque et une évolution en marche d'escaliers.

83. - **Démences frontotemporales.** - Elles représentent leur prévalence est de 10-15/100000 ; il s'agit plus souvent d'homme et d'un sujet plus jeune que dans la maladie d'Alzheimer (35-50 ans) ; l'évolution est aussi plus rapide et les symptômes cliniques sont d'abord des troubles du comportement, avant de troubles de la mémoire, avec un syndrome frontal pouvant entraîner une désinhibition.

84. - La démence à corps de Lewy (10 % des démences) est un type de démence partageant des caractéristiques avec la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer. Elle se manifeste par de troubles cognitifs d'évolution progressive et fluctuante, associés à des hallucinations visuelles et à un syndrome extrapyramidal. Elle est anatomiquement caractérisée par la présence du corps de Lewy, le traitement est symptomatique.

85. - **Effets civils.** - Comme on le sait, à l'heure actuelle, les quelques thérapeutiques qui ont été introduites dans la pharmacopée n'ont qu'une efficacité partielle et limitée. La constatation d'un trouble de ce type justifie, le plus souvent, la mise en œuvre d'une mesure de protection, notamment lors de l'entrée en institution quand le maintien au domicile n'est plus possible du fait de l'évolution de la maladie.

## E. - Indications des mesures de protection

86. - Le recours à une mesure de protection ne se justifie pas de manière automatique à partir de la découverte d'un symptôme et pas plus d'une maladie donnée. La différence d'intensité entre les symptômes, la variabilité des maladies, mais également la subjectivité des symptômes psychiatriques et encore le contexte social, familial, personnel ou financier justifient que l'on porte un quadruple regard sur la situation afin d'associer sa décision d'une manière logique.

87. - On va voir que le choix de la mesure a parfois une incidence directe ou indirecte, majeure ou mineure sur l'évolution d'un trouble. Il est donc utile de prendre en compte les quatre axes

d'analyse de la situation afin de déterminer au mieux la mesure qui correspondra réellement à une protection du sujet. Il ne sera pas inutile que des questions précises soient posées à ce propos au médecin spécialiste dans le cadre des expertises qui lui sont demandées par le magistrat.

### 1° Axe juridique

88. - Il consiste en une connaissance approfondie et précise des conditions d'application de la loi du 5 mars 2007 (L. n° 2007-308, 5 mars 2007 ; JO 7 mars 2007) et sa récente modification (L.

n° 2013-177, 16 juiv. 2013 ; JO 17 juiv. 2013, texte n° 1) et des différentes modalités de protection afin d'appliquer correctement les principes de subsidiarité et de proportionnalité, par exemple. Il n'y a évidemment pas lieu de le détailler ici.

## 2° Axe description clinique

89. – Il correspond aux informations que le psychiatre, éventuellement le médecin spécialiste défini par la loi, peut apporter au magistrat. L'existence de certains symptômes manque une altération suffisamment profonde des facultés mentales pour gêner ou empêcher l'expression de la volonté. Ainsi peut-il en être d'un délire envahissant, d'un trouble massif du jugement ou de la mémoire ou encore d'une incapacité à se projeter dans l'avenir ou d'une instabilité majeure. Dans d'autres situations, les symptômes sont moins nets, moins envahissants. Ils sont variables avec le temps ou peuvent être grandement améliorés par un traitement approprié. L'indication de la mesure est alors fonction d'autres aspects.

## 3° Axe social et environnemental

90. – Il vient assez souvent marquer les considérations précédentes. Certains sujets ont un soutien familial, professionnel ou

institutionnel qui ne leur laisse qu'une liberté restreinte ou les encadre d'une manière paternelle, voire paternaliste. Leur personnalité ne les pousse pas aux excès ni même aux initiatives. Ce seront alors des éléments qui limiteront l'intensité ou la nécessité d'une mesure de protection. Dans d'autres situations, au contraire, des individus sont la proie de manipulations régulières ou vivent dans des environnements perturbateurs. La protection peut alors être nécessaire simplement parce qu'ils sont trop suggestibles ou recherchent en permanence le soutien d'autrui, étant alors prêts à le « payer » dans tous les sens du terme.

## 4° Axe psychologique

91. – Il ne doit pas être moins important que les trois précédents. En effet, la mesure de protection n'est obligatoirement une incidence sur le fonctionnement du sujet. Cette incidence doit être analysée et comprise avant toute décision. Elle peut être positive ou négative. Dans le premier cas, la mesure peut rassurer un sujet, le placer dans des conditions de sécurité suffisantes pour qu'il maintienne son autonomie à son domicile, par exemple. Dans le second, elle peut conduire à une déresponsabilisation, à une dévalorisation et précipiter une symptomatologie délirante qui aurait pu évoluer moins rapidement si on avait laissé un certain degré d'autonomie au sujet.

## III. – PROTECTION DE LA LIBERTÉ DU MALADE MENTAL : RÉGIME DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

92. – On l'a vu, la maladie mentale est particulière par rapport aux autres troubles de santé. Son origine est mal connue et sans doute pluridimensionnelle. Sa symptomatologie a des aspects subjectifs. Ses limites se confondent parfois avec des déviations qui diffèrent selon le fonctionnement d'une société dans un lieu et à une époque donnée.

93. – Les soins à mettre en œuvre revêtent donc certaines particularités. On peut s'arrêter sur deux d'entre elles.

D'abord, une organisation spécifique permettant l'accès à des méthodes de traitement particulières, ensuite la nécessité d'envoyer des soins sans consentement.

94. – Pour ce second aspect, cela conduit à une législation spécifique (L. n° 90-527, 27 juiv. 1990 ; JO 30 juiv. 1990, p. 7664 ; CSP, art. L. 3211-1 à L. 3215-4, puis suite au drame de Grenoble, L. n° 2011-803, 5 juiv. 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) et justifie également que l'on examine plus spécifiquement sur les droits du malade mental en cas d'hospitalisation.

## A. – Organisation générale et techniques de soins

95. – **Rappels historiques.** – L'histoire de l'hospitalisation psychiatrique est-elle une spécialité certaine par rapport aux soins somatiques. En effet, dès la loi du 30 juiv. 1838 (L. 30 juiv. 1838 ; JO 20 août 1944, p. 490) chaque département français était tenu de disposer d'un lieu d'accueil pour les malades mentaux. Le texte instaurait également la gratuité de la prise en charge.

C'est ainsi que, dans la deuxième moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, sont apparus des hôpitaux, en général de grande taille, accueillant encore aujourd'hui des patients en « intra-hospitalier ».

En 1924, apparaissent les premiers services de soins ouverts, c'est-à-dire sans hospitalisation. En 1945, s'implante à Paris ce qui va devenir la référence d'une politique psychiatrique dite de secteur, visant à proposer, au sein d'un même dispositif, des soins hospitaliers et extrahospitaliers.

À partir de cette expérience, est élaboré le concept de sectorisation qui donne lieu à la rédaction de la circulaire n° 310 du 15 mars 1960. Elle propose les bases d'un programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Elle prévoit, à côté des services hospitaliers, un dispensaire, la création d'hôpitaux de jour, de foyers de postcure et d'ateliers protégés. Pour la première fois, elle formule la nécessité de mixer au sein des services de soins,

Cette dernière sera mise en place en 1969 par la circulaire n° 12 du 24 janvier 1969. Progressivement, le territoire se couvre de services, desservant un secteur géographique donné, et une population d'environ 70 000 habitants.

96. – **Données statistiques.** – Les derniers chiffres disponibles font état de 829 secteurs de psychiatrie adultes et de 720 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, à côté desquels existent également 26 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

La France dispose d'environ 15 171 psychiatres en exercice en France en 2016, d'un âge moyen de 53 ans avec une répartition environ de 62 % en mode salarié et 28 % en libéral et 12 % en exercice mixte. Nombre de psychiatres sont partie en retraite d'ici 30 ans avec des zones de désertification de cette spécialité impatant d'ores et déjà le nombre de médecins spécialistes inscrits sur les listes. Le secteur hospitalier comptait en 2004, 59 625 lits d'hospitalisation complète et 28 418 places en hospitalisation à temps partiel.

97. – **Structures existantes.** – Ces places sont réparties sur une centaine de structures spécialisées en psychiatrie et sur de plus en plus de services dépendant des hôpitaux généraux. À côté de ce dispositif de service public, existe un nombre variable de

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc.

lits dans des cliniques privées, indistinctement répartis sur le territoire, mais représentant environ 200 établissements.

La maladie mentale conduisant dans un nombre de cas non négligeables à une perte d'autonomie sociale, justifie la nécessité d'un nombre relativement élevé de lits d'hospitalisation pour des séjours qui sont parfois de longue durée, mais également de structures destinées à la réinsertion et à la resocialisation pour des patients qui commencent à retrouver une autonomie et ne nécessitent donc plus une prise en charge à temps plein. Ainsi existe-t-il des structures et services comportant un hébergement et d'autres qui n'en comportent pas.

98. - **Lieux de soins avec hébergements.** - Ce sont d'abord les unités d'hospitalisations dans lesquelles la durée moyenne de séjour oscille en général entre 20 et 30 jours avec des disparités importantes puisque certains patients peuvent être hospitalisés pendant plusieurs années en raison de la profondeur de leur pathologie, psychotique notamment.

Au sein de cette structure, existent assez souvent quelques lits d'hospitalisation de nuit pour des patients qui reprennent une activité professionnelle ou sont occupés dans des structures proposant des activités pour personnes handicapées.

Un décret n° 86-602 du 14 mars 1986 (D. n° 86-602, 14 mars 1986 / JO 19 mars 1986, p. 4612) a proposé également la mise en œuvre de centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de conseil double pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguë. Ces centres de crise, souvent implantés dans la cité, ne sont pas très nombreux sur le territoire.

Dès 1960, étaient également prévus des centres de postcure dont l'intérêt a été confirmé par les textes subséquents. Il s'agit de structures d'aval par rapport à l'hospitalisation, destinées à des patients dont l'autonomie n'est pas suffisante pour envisager un hébergement personnel. Dans le centre de postcure, existe un encadrement constant par du personnel hospitalier.

D'autres structures peuvent également permettre un hébergement dans des conditions spécifiques. C'est par exemple l'accueil familial thérapeutique (A. F. oct. 1990 / JO 4 nov. 1990, p. 13462) ou les appartements thérapeutiques (A. 14 mars 1986).

99. - **Structures sans hébergement.** - De plus en plus, la psychiatrie est capable de proposer des soins pour des pathologies plus légères et pour des souffrances personnelles que ne constituent pas toujours au sens strict une maladie mentale grave. C'est ainsi que ce sont développés les centres médico-psychologiques (CMP). Héritiers du dispensaire d'hygiène mentale, ils doivent devenir, selon les termes mêmes de la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale (Circ. 14 mars 1990 / JO 7 avr. 1990, p. 4061), le pivot de l'organisa-

tion d'un secteur psychiatrique. À l'heure actuelle, la totalité des services de psychiatrie en sont dotés. La grande majorité d'entre eux ont ouvert 5 jours par semaine, voire plus, parfois à des horaires tardifs jusqu'en début de soirée. Y sont proposés des consultations médicales mais également des soins infirmiers, des consultations de psychologues ou des interventions d'assistant social. Au sein du CMP, peuvent également être développés des actions de prévention et un travail d'information et de réseau vis-à-vis de divers partenaires.

Nombre de services sont également dotés d'hôpitaux de jour accueillant des patients pour des activités individualisées 5 jours par semaine de 9 à 17 heures et proposant des techniques de relaxation, de l'ergothérapie et un soutien à des personnes n'étant pas capables de construire elles-mêmes leur activité quotidienne.

Dans un même esprit, existent également des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT).

Proposé au sujet bénéficiant d'une autonomie un peu meilleure que celle des patients qui fréquentent les hôpitaux de jour, le CATT offre divers types d'activités que les patients peuvent saisir « à la carte » afin de favoriser leur resocialisation et leur réadaptation. Le fonctionnement des CATT est très hétérogène selon les secteurs. L'encadrement est assuré aussi bien par du personnel infirmier, des éducateurs que des ergothérapeutes.

Une circulaire du 4 février 2004 organise également la possibilité d'hospitalisation à domicile qui n'est encore que peu développée en matière psychiatrique.

La circulaire DGAS/2005 du 29 août 2005, puis la circulaire DGAS/SD3B/2007/121 du 30 mars 2007, organisant la création des groupes d'entraide mutuelle (GEM). Leur financement, prévu dans le plan santé mentale dont les crédits seront épuisés en 2008, permet à des associations de malades mentaux de bénéficier d'un encadrement de professionnels pour réaliser des activités de loisirs ou de réadaptation dans un cadre particulièrement peu contraignant.

Si cette structure doit bénéficier d'un partenariat et d'une convention avec un établissement hospitalier, elle s'en distingue déjà notablement.

100. - **Structures hors lien avec l'hôpital.** - D'autres structures n'ont plus de lien avec le service hospitalier mais font partie du secteur médico-social avec des financements notablement différents. Il s'agit notamment des ESAT qui sont les établissements et services d'aide par le travail (ex-CAT) ainsi que les entreprises adaptées (ex-ateliers protégés).

Un dispositif spécifique s'est progressivement construit au fil des ans pour la prise en charge des patients présentant des addic-

## B. - Méthodes de soins

101. - Elles sont nombreuses et variées, ce qui signe la méconnaissance de l'origine précise des maladies mentales ou peut-être tout simplement le fait qu'elles sont toujours liées à l'accumulation de plusieurs types de facteurs allant de la génétique à l'environnement et au mode relationnel.

102. - **Traitements médicamenteux.** - Depuis 1952, sont apparus des médicaments capables d'apaiser, voire de faire dis-

paraître, le délire et certains signes psychotiques (Largactil, Norisun, Haldol). À l'heure actuelle, on réserve le nom de neuroleptiques (Risperdal, Zyprexa, Xerproquel, Abilify...) ou d'antipsychotiques de la première génération à des médicaments ayant des effets secondaires parfois gênants à type de troubles extrapyramidaux (par ex., tremblements ou raideurs) alors que sont apparus ces dernières années des médicaments de troisième

plévision, encore appelés antipsychotiques, qui ont moins d'effets de ce type et une efficacité au moins équivalente.

C'est un peu plus tard, à la fin des années cinquante ou au début des années soixante, que sont apparus les hypnotiques favorisant le sommeil (Tenuista, Loxonil, Lysoxilia, Seresta...) ainsi que les anxiolytiques, notamment les benzodiazépines, luttant contre les phénomènes anxieux (Xanax).

À la même époque, sont également apparus les antidépresseurs dont les premiers sont toujours commercialisés (Anafranil, Loxonyl), même s'ils ont quelques effets secondaires parfois gênants et révèlent une efficacité excellente. Par la suite, d'autres produits de ce type ont été commercialisés (RS inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, Prozac, Déronat, Seropram, Zoloft), essayant de cibler le mieux possible les symptômes dépressifs, qu'ils procèdent d'une pathologie réactionnelle ou d'un trouble bipolaire.

Pour ce dernier, existent des médicaments spécifiques d'équilibre orthodynamique ou thymorégulateurs. Le premier d'entre eux, découvert dès 1949, était le sel de lithium. D'autres traitements de ce type sont apparus dont l'efficacité n'est peut-être pas tout à fait satisfaisante mais qui présentent moins de contre-indications et d'effets secondaires (Zyprexa, Tegretol, Depakote).

Bien souvent, la complexité des pathologies et l'association de divers symptômes, voire l'existence de comorbidités, justifient que des médicaments de plusieurs classes thérapeutiques soient prescrits simultanément.

100. - **Psychothérapies.** - À côté des thérapeutiques biologiques, existent des thérapeutiques psychologiques encore dénommées psychothérapies. On en distingue plusieurs sortes.

Il y a d'abord les techniques dérivées de la psychanalyse dont la théorisation se réfère aux concepts élaborés en 1923 par Sigmund Freud qui différencie, par exemple, au sein du fonctionnement psychique, le ça (le pulsionnel), le moi (la personnalité consciente qui interagit avec les deux pôles du pulsionnel instinctif et de la loi morale surmoïque), et le surmoi (la censure le contrôle, la loi morale), instances différentes de fonctionnement. Cette théorie présuppose également l'existence de conflits intrapsychiques créant les inhibitions et les symptômes. D'un point de vue de l'économie psychique, on parle dans ce système de pulsions vis-à-vis desquelles se mettent en place des mécanismes de

défense spécifiques. Les techniques de soins allant de la cure classique de psychanalyse à des psychothérapies d'inspiration analytiques aident le sujet à prendre conscience de ses modalités de fonctionnement, des mécanismes de défense préférentiels qu'il utilise afin de lui permettre de surmonter ses résistances internes.

101. - D'autres techniques sont centrées sur les comportements et le fonctionnement cognitif (on parle de thérapies cognitivo-comportementales ou TCC). Elles présupposent que l'être vivant, et en particulier l'être humain, voit ses comportements et le fonctionnement de son esprit se modifier sous la pression de conditionnements, de déconditionnements ou d'apprentissages. Elles sont dérivées des théories de Pavlov ou de Skinner. À l'heure actuelle, elles ont pris une place grandissante aux dépens de la psychanalyse, car ce sont des thérapies courtes qui ont montré leurs résultats notamment dans les troubles phobiques.

102. - D'autres techniques psychothérapeutiques existent, mais sont moins bien reconnues que les deux précédentes : les thérapies familiales se fondant souvent sur une approche systémique (école de Palo Alto), les thérapies de couple, les thérapies à médiation artistique ou corporelle, les thérapies brèves de soutien, interpersonnelles et bien d'autres encore.

103. - **Autres méthodes de soins.** - Cependant, l'approche biologique et l'approche psychologique des traitements des maladies mentales ont montré, à côté de leur efficacité, leurs insuffisances. En effet, le malade mental est un être social et souvent sa pathologie l'éloigne d'une vie relationnelle classique. En ce sens, il est nécessaire d'associer aux techniques précédentes des techniques dites de sociothérapie ou de réhabilitation. Elles sont multiples et évolutives. Mises en œuvre dans les hôpitaux de jour, les CATTP ou encore les ESAT, elles aident le sujet de manière concrète à reprendre pied dans une réalité sociale. Il est d'ailleurs classique dans l'offre de soins psychiatriques, d'y ranger les mécanismes divers qui permettent un soutien financier, par l'allocation de ressources offertes aux handicapés, ainsi que les mesures de protection des biens. En effet, ces derniers, indirectement, peuvent favoriser l'autonomie en évitant que les décisions intempératives ou inadaptées du sujet puissent lui nuire et conduire à aggraver sa désinsertion sociale.

## C. - Hospitalisation des malades mentaux

104. - **Chiffres.** - Chaque année, plusieurs centaines de milliers de personnes sont hospitalisées dans les hôpitaux ou cliniques. Parmi elles, une proportion ayant tendance à une augmentation progressive depuis ces dernières années est hospitalisée sans consentement.

Le nombre total des mesures contrôlées par l'autorité judiciaire en 2014 est de 70 807 mesures, contre 64 713 en 2013, et 54 382 en 2012. Le nombre total de mainlevées accordées est de 5 699 en 2014, contre 5 433 en 2013 et 4 310 en 2012, soit respectivement 8,04 % du total des mesures contrôlées en 2014, contre 8,39 % en 2013 et 7,92 % en 2012 (*Statistiques en matière de soins sous contrainte. Saison du JLD en 2012, 2013 et 2014. Pile d'évaluation de la justice civile. Ministère de la Justice*).

### 1° Différents modes d'admission à l'hôpital

105. - Depuis la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, le terme « hospitalisation » a été remplacé par le concept de « soins psychiatriques ». En effet, au bout d'une période de 72 heures après l'admission en soins sous contrainte (obligatoirement en hospitalisation complète), le psychiatre hospitalier peut proposer, au directeur de l'établissement ou au préfet, de poursuivre les soins,

soit en hospitalisation complète, soit en programme de soins (c'est-à-dire des soins alternatifs à l'hospitalisation complète qui peuvent comporter des hospitalisations à temps partiel, des soins ambulatoires ou à domicile). Ainsi, il existe trois modalités d'admission en soins psychiatriques.

106. - « **SL** » (soins libres). - C'est une admission en soins libres, le patient accepte les soins.

Il existe deux types d'admission en soins psychiatriques sous contrainte :

• « **SDRE** » (soins sur décision du représentant de l'État) (ex. IRC)

C'est un mode d'admission décidé par le représentant de l'État dans le département. Cette modalité intervient si le patient souffre de troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les pièces nécessaires :

- le certificat médical d'un médecin, qui ne peut être un psychiatre de l'établissement d'accueil ;

- un arrêt préfectoral.

En cas d'urgence, le maire ou, à Paris, le commissaire de police peut décider, au titre des mesures provisoires, l'envoi de la

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

A. 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 10

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 11

personne en hospitalisation sous contrainte à temps complet. Ces décisions sont caduques au bout de 48 heures si elles ne sont pas relayées par un arrêté préfectoral.

La demande de levée ou de transformation en programme de soins, des soins sur décision du représentant de l'État peut être faite au profit par le médecin de l'établissement. Celui-ci accepte ou non la demande de levée. En cas d'acceptation, et dès retour de l'arrêté préfectoral, le patient n'est plus soumis à cette mesure et peut sortir de l'établissement ou choisir de poursuivre des soins libres.

Il existe une procédure renforcée pour les personnes en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), qui ont été déclarées pénalement irresponsables, pour des faits pour lesquels elles encouraient une peine d'au moins 5 ans de prison, pour les atteintes aux personnes, ou d'au moins 10 ans de prison pour les atteintes aux biens. Cette procédure, instaurée par la loi du 5 juillet 2011, a été réformée et allégée par la loi du 27 septembre 2013 (L. n° 2013-889, 27 sept. 2013, modifiant certaines dispositions de la L. n° 2011-803, 5 juill. 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge), qui a pris acte de la décision de censure partielle de la loi du 5 juillet 2011, prise le 20 avril 2012 par le Conseil constitutionnel sur une question prioritaire de constitutionnalité (Cons. const., déc. 20 avr. 2012, n° 2012-245 QPC / De famille 2012, comm. 128, J. Maré ; RP 21 avr. 2012, p. 7194, sur une question prioritaire de constitutionnalité de l'Assemblée de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie).

Dans le cadre de ce régime dérogatoire, la levée de la mesure de contrainte préfectorale est subordonnée à l'avis d'un collège de trois soignants de l'établissement, ainsi qu'à celui de deux psychiatres experts extérieurs à l'établissement. L'avis collégial et les expertises sont transmis au préfet, ou au juge des libertés et de la détention en cas de contrôle de légalité, afin que la levée de la mesure ou sa transformation en programme de soins soit ou non décidée.

• « SDT », ou « SPT » (soins sur demande de tiers ou en cas de péril imminent) (ex HDT)

Valables lorsque les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante. Il existe deux types de soins sur demande d'un tiers (SDT), auxquels se rajoute le cas des soins en cas de péril imminent sans qu'un tiers ait été trouvé (SPT) :

– l'admission en SDT dite classique pour laquelle il faut :

• une demande manuscrite de tiers (par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade) ;

• les certificats médicaux circonstanciés de deux médecins dont l'un est extérieur à la structure d'accueil ;

– l'admission en SDT pour cas d'urgence mise en place lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, il faut :

• une demande manuscrite de tiers (par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui

donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade) ;

• un certificat médical d'un médecin pouvant provenir d'un médecin de l'établissement d'accueil ;

– l'admission en cas de péril imminent, qui est d'urgence constaté par un certificat médical et dans le cas d'une impossibilité d'obtenir une demande de tiers ;

Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement d'accueil informe, dans un délai de 24 heures, sauf difficultés particulières, la famille de la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations antérieures à l'admission en soins avec la personne malade et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci.

Les soins sur demande d'un tiers, ou en cas de péril imminent, peuvent être levés à tout moment par le directeur de l'hôpital, sur un certificat médical prescrivant la levée de la mesure de psychiatrie suivant la personne sous soins sous contrainte. À noter que le directeur de l'hôpital est en « compétence liée » avec le médecin psychiatre, et qu'il doit suivre la prescription médicale de levée. Les membres de la famille du tiers peuvent demander la levée des soins, à laquelle le psychiatre peut s'opposer.

### 2° Prise en charge des patients sous contrainte

110. – Le patient sous contrainte est obligatoirement admis pendant une durée de 72 heures maximum en hospitalisation complète. Durant cette période dite d'observation et de soins, deux certificats médicaux sont établis : un de 24 heures et un des 72 heures. C'est au cours de cette période d'observation d'un maximum de 72 heures que le psychiatre pourra choisir entre les différents modes de prise en charge, soins libres, soins sous programmes de soins ou en hospitalisation complète sans consentement. Ensuite, un avis sera établi dans les 8 jours à dater de l'admission pour concernant le maintien de la mesure pour le contrôle judiciaire obligatoire de légalité. La date butoir est le 15<sup>e</sup> jour puis le 12<sup>e</sup> jour au 1<sup>er</sup> septembre 2014, selon la loi du 27 septembre 2013, réformant partiellement la loi du 5 juillet 2011. Les certificats médicaux qui suivent doivent être effectués mensuellement.

111. – **Intervention du juge de la liberté et de la détention.** – C'est à la suite d'une décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 sur une question prioritaire de constitutionnalité (Cons. const., 26 nov. 2010, n° 2010-77 QPC / De famille 2010, comm. 11, J. Maré ; RP 27 nov. 2010) que l'intervention du juge dans les hospitalisations sans consentement à temps complet des patients sous contrainte a été introduite. En effet, l'article 16 de la Constitution instaurant le juge judiciaire comme garant de la liberté individuelle. Or, les patients sous contrainte, privés de liberté, ne bénéficiaient pas, avant cette loi, d'un tel contrôle obligatoire. Ainsi, tous les patients admis en hospitalisation sans contrainte, pris en charge sous le mode de l'hospitalisation complète, voient aujourd'hui la mesure qu'ils subissent contrôlée :

• avant les 15 jours (12 jours à dater du 1<sup>er</sup> septembre 2014) qui suivent leur admission ou leur admission ;

- puis tous les 6 mois en cas d'hospitalisation complète continue.

Un arrêt du Conseil d'État du 13 novembre 2013 (CE, 13 nov. 2013, sur le site internet du CEJA) annule, dans le sens d'une meilleure protection des hospitalisés à la demande d'un tiers, le décret n° 2001-846 du 18 juillet 2001 en tant qu'il ne prévoyait pas, au 1° de l'article R. 3211-11 du Code de la santé publique, la transmission systématique au greffe du tribunal de grande instance, dans les 5 jours à compter de l'enregistrement de la requête, de la décision d'admission prise par le directeur de l'établissement. Celle-ci désormais doit être écrite et motivée en droit comme en fait.

Les autres hospitalisations, représentant donc plus de 85 % des situations, ne montrent pas de caractéristiques spécifiques par rapport à n'importe quelle hospitalisation dans le système de santé français.

Pour elles, s'appliquent dans leur totalité les dispositions de la loi dite Kouchner du 4 mars 2002 (L. n° 2002-303, 4 mars 2002 ; JO 5 mars 2002, p. 4118). Les principes de base étant constitués par la liberté du patient sur son corps (C. civ., art. 16 I a.), l'obligation d'information du patient (CSP, art. L. 1111-2), la nécessité quasi absolue du consentement (CSP, art. L. 1111-4) et l'accès direct au dossier contenant les informations relatives à sa santé (CSP, art. L. 1111-7).

**112. - Particularité médico-légale de l'hospitalisation psychiatrique.** - Comme on le sait, compte tenu de la spécificité de la maladie mentale, des conditions dérogatoires peuvent justifier des hospitalisations sans le consentement du patient.

Le Code de la santé publique définit les modalités de soins en psychiatrie, réformés en juillet 2011, puis en septembre 2013. Il pose le principe du consentement aux soins « des personnes atteintes de troubles mentaux », énonce l'exception des soins sans consentement et définit ses modalités d'application.

**113. - Depuis 2011, les droits des patients soignés en psychiatrie sans leur consentement sont réaffirmés :**

- Le patient reste un citoyen à part entière.
- Les hospitalisations longues ne doivent pas être la règle.
- Le patient doit être informé notamment sur ses droits et voies de recours, et doit pouvoir présenter ses observations si son état le permet, sur la mesure le concernant.
- Le patient doit être le plus possible associé aux décisions et aux soins le concernant.
- Le contrôle systématique de la nécessité et du maintien des mesures d'hospitalisations sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD) est maintenu mais simplifié.

**114. - Saisine du juge des libertés et de la détention.** - L'hospitalisation complète d'une personne sans son consentement ne peut se poursuivre sans que le JLD, saisi par le directeur (ou par la préfecture de police de Paris pour les SDRS à Paris), n'ait statué sur cette mesure.

Cette saisine a lieu :

- avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission prononcée sans consentement du patient ;
- avant l'expiration d'un délai de 12 jours, lorsque l'on modifie la prise en charge sans consentement du patient par une hospitalisation complète ;
- au plus tard 2 semaines avant l'expiration d'un délai de 6 mois suivant la décision judiciaire prononçant l'hospitalisation et si le patient a été maintenu en hospitalisation complète continue depuis cette décision.

La saisine du JLD par le directeur est accompagnée d'un avis motivé rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Tous les certificats et avis sont transmis au juge et communiqués au patient et/ou à son avocat.

Le JLD peut ordonner une expertise.

**115. - Audience.** - Le JLD statue à l'issue d'une audience, pendant laquelle la personne en soins psychiatriques est entendue, assistée de son avocat ou représentée par lui. L'avocat est choisi par la personne ou désigné au titre de l'aide juridictionnelle, ou commis d'office par le juge le cas échéant.

L'assistance par un avocat est imposée depuis septembre 2014.

L'audience a lieu dans une salle prévue à cet effet à l'hôpital, ou en salle d'audience au tribunal de grande instance (TGI).

Suite à cette audience, le JLD ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Il est possible de faire appel sous 10 jours à dater de la notification de l'ordonnance du JLD devant le premier président de la cour d'appel. Dans certaines circonstances, le procureur peut faire appel suspensif d'une décision de mainlevée. Lorsque le juge n'a pas statué dans les délais, la mainlevée est acquise à l'issue de chacun des délais.

**116. - L'avis de la personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.**

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- de communiquer avec les autorités (le représentant de l'État dans le département ou son représentant, le président du TGI ou son délégué, le procureur de la République du territoire de l'établissement et le maire de la commune ou son représentant) ;
- de saisir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSPP) et, si elle est hospitalisée, la commission des usagers (CCU) de l'établissement de santé ;
- de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- d'émettre ou de recevoir des courriers ;
- de consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- d'exercer son droit de vote ;
- de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Parmi les droits des patients, figure également le droit aux visites de leurs proches. La réglementation de celui-ci est complexe puisque ces visites peuvent dans certains cas interférer avec les soins, voire avec le fonctionnement général de l'établissement. Il est donc admis que les visites sont autorisées, sauf lorsque elles posent problème au regard des soins du patient ou de l'intérêt et de la tranquillité des autres personnes soignées. À l'occasion de contestations de patients sur la privation de visites, la jurisprudence a établi que la décision d'octroyer ou non la possibilité de visites faisait partie des prérogatives du directeur de l'établissement, ce dernier disposant d'un droit de police général sur l'hôpital.

**117. - Recours.** - Le JLD peut être saisi à tout moment afin d'ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques, quelle qu'en soit la forme.

La saisine peut être faite par :

- la personne faisant l'objet des soins ;
- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- la personne qui a formulé la demande de soins ;

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 1

• un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;

• le procureur de la République.

Le JLD peut également se saisir d'office, à tout moment. Toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

118. – **Sorties accompagnées de courte durée.** – Pour favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur insertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes en HSC peuvent être autorisées à bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement n'excédant pas 12 heures.

La personne est accompagnée, pendant toute la durée de la sortie, par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement et/ou un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'elle a désignée.

• Pour les patients en hospitalisation complète SDT : autorisation accordée par le directeur après avis favorable du psychiatre responsable de la structure médicale concernée.

• Pour les patients en hospitalisation complète SDRE : le préfet est informé 48 heures avant la sortie accompagnée, sauf son opposition, la sortie a lieu.

119. – **Sorties non accompagnées de 48 heures au plus.** – L'autorisation est accordée par le directeur après avis favorable d'un psychiatre. Dans le cas d'un SDRE, la demande est transmise 48 heures avant au préfet.

Sauf opposition écrite notifiée 12 heures au plus avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu.

Dans le cas d'une SDT, le tiers est informé.

120. – **Dispositions en cas de désaccord psychiatre/préfet.** –

• **Premier cas :** le psychiatre demande la fin de l'HC et propose un programme de soins pour un programme de soins.

– Si le préfet est d'accord : pas d'opposition.

– Si le préfet n'est pas d'accord : le directeur demande immédiatement un second avis de psychiatre, rendu sous 72 heures :

\* second avis conforme au 1<sup>er</sup> avis : le préfet doit suivre ; il prend un arrêté de transformation de l'HC en SA ;

\* second avis non conforme au 1<sup>er</sup> avis : le préfet peut maintenir en HC.

• **Second cas :** le psychiatre demande la fin de l'HC sans programme de soins.

– Si le préfet est d'accord : rien à signaler.

– Si le préfet n'est pas d'accord : le directeur demande immédiatement un second avis de psychiatre, rendu sous 72 heures :

\* second avis conforme au 1<sup>er</sup> avis : le préfet doit suivre ; il prend un arrêté de fin de HC ;

\* second avis non conforme au 1<sup>er</sup> avis : le directeur saisit immédiatement le JLD pour trancher le désaccord ; le préfet peut maintenir en HC, sauf si le JLD impose la sortie.

121. – **Essai de recours aux soins sans consentement.** – Aimé, en 2006, il y a eu 43 957 hospitalisations à la demande d'un tiers, c'est-à-dire sans l'accord du malade. En 2011, on est passé à 63 345. Soit un taux d'augmentation de 44 %. Quant aux hospitalisations d'office, c'est-à-dire effectuées à la demande du préfet ou du maire, en 2006, il y en a eu 10 578. En 2011, 14 963. Soit une augmentation de 41 %. (Rapp. M. Dorey-Ribillard sur la

santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, 18 déc. 2011) sans qu'on puisse en trouver les déterminants exacts. C'est sur ce type particulier de soins, associé à une privation de liberté, qu'il convient de s'arrêter.

122. – **De nouvelles recommandations concernant l'isolement et la contention.** – Cette dimension d'atteinte à la liberté fondamentale d'aller et venir a pu susciter l'avis de la Haute Cour de justice dès la décision d'hospitalisation.

Des contrôles sont mis en place pour éviter tout risque d'abus et d'arbitraire, nous l'avons vu, et pourtant, la contrôlease générale des lieux de privation de liberté, Madame Adeline HAZAN publie le 25 mai 2016 un rapport sur « L'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale » et édicte de nouvelles recommandations :

• **traçabilité :** tenue d'un registre (CSP, art. L. 3222-5-1) ; l'établissement devra pouvoir apporter la preuve du caractère de dernier recours de la mesure. Créer un système de collectage d'informations nationales et régionales ;

• **droits :** information de la mesure de contrainte de manière orale, au moment de la décision, et de manière écrite, par l'apposition d'une affiche dans la chambre d'isolement. Solliciter auprès du patient du nom d'une personne à prévenir de la mesure prise (ou à « ne pas prévenir » le cas échéant). Information des modalités de recours contre la mesure (telle commission des usages, juge administratif) devant être précisée et affichée dans toutes les chambres d'isolement ainsi que sur le support écrit de notification des droits remis à la personne. Information des modalités de recours devant être communiquée à la personne de confiance, aux parents d'un mineur ou à tout proche informé à la demande du patient concerné ;

• **décision et suivi médical :**

– **forme de la décision médicale :** elle ne peut être prise qu'après examen médical psychiatrique effectif de la personne ; elle doit être motivée (justifier le caractère « adapté, nécessaire et proportionné »), explicite, devant préciser ce qui a été vainement mis en œuvre afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours. Les professionnels au sujet desquels un avis, avant qu'il ne soit, a été sollicité, doivent rechercher les moyens de lever la mesure de contrainte dans les plus brefs délais. Aucune décision de contrainte physique ne peut être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin ». Les termes de l'évaluation de bénéfices au regard des risques doivent être explicités dans le dossier du patient ;

– **suivi et surveillance :** durée la plus courte possible, ne dépassant pas la situation de crise, et en tout état de cause au-delà du délai de 24 heures pour l'isolement, de 12 heures pour la contention. Réalisation d'un examen somatique obligatoire la première heure. La présence soignante doit garantir la réponse thérapeutique adaptée à la situation clinique du patient et à ses besoins. Garantir la réalisation d'un examen médical deux fois par jour pour les personnes soumises à une contrainte physique. Limite également la contrainte par des sorties de courte durée à l'air libre (l'impossibilité de sortie au regard de circonstances exceptionnelles devra être explicitée). Réaliser un entretien avec la personne à la fin de la mesure de contrainte.

• **évaluation :** recenser au plan national le suivi et l'évaluation des mesures de contrainte. Prendre en compte de manière systématique le critère de recours aux mesures de contrainte dans le CPOM entre les ARS et les établissements de santé. Adresser aux ARS les rapports annuels prévus par la loi MNSS qui feront un

analyse critique comparative des modalités de recours à ces mesures de contrainte au sein d'un document qui sera diffusé aux commissions départementales des soins psychiatriques et aux autorités judiciaires compétentes des régions. Au niveau de l'établissement, impliquer la CME (suivi des situations, par unité de soins, et en fonction de la pathologie des personnes concernées), intégrer cette politique au sein de la politique de la qualité et de la sécurité des soins, déclarer toute contension comme un événement indésirable devant faire l'objet d'une revue systématique et mener un travail institutionnel avec des professionnels tiers dans une logique de supervision permettant une analyse des enjeux dans la relation entre patients et soignants.

123. – **Protection complémentaire par la sauvegarde de justice.** – On sait également que tout médecin d'un établissement psychiatrique a l'obligation de mettre en œuvre la procédure de sauvegarde de justice lorsqu'il constate que l'état de santé d'un de ses patients le justifie. Dans les autres situations, un médecin n'a pas l'obligation, mais simplement la faculté d'agir ainsi. C'est donc une protection supplémentaire qui est apportée aux patients hospitalisés sans consentement, qui sont réputés plus vulnérables que les autres.

#### IV. – PROTECTION DU CORPS DU MALADE MENTAL

##### A. – Protection du corps et de la santé du malade mental

125. – **Domaine éminent dans lequel le consentement se peut lire que strictement personnel, il fait désormais l'objet d'une sous-section spécifique du Code civil aux articles 657-1 et suivants (V. J.C. Civil Code, Art. 657-1 à 663, fasc. 10 ou J.C. Notarial Répertoire, V° Majors protégés, fasc. 31).** Nous rappelons cependant quelques données générales assurant une protection du malade mental aussi bien dans le droit pénal (1°) que dans le droit civil (2°).

###### 1° Droit pénal

126. – **La vulnérabilité, circonstance aggravante.** – Elle n'est pas spécifiquement organisée pour le malade mental mais pour toute personne vulnérable, la définition en général proposée de cette vulnérabilité étant la personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique... À ce propos, l'incrimination emblématique concerne le délaissement d'une personne ayant ces caractéristiques puisqu'en ce domaine l'incrimination n'existe que parce qu'il y a perte d'autonomie de la victime (C. pén., art. 221-3). Cependant, de nombreux articles du Code pénal reprennent la même formule pour aggraver les peines encourues dans divers crimes ou délits contre les personnes. C'est le cas pour le meurtre (C. pén., art. 221-4, 1°), pour les violences (C. pén., art. 222-8, 2°), pour le viol (C. pén., art. 222-24, 1°), pour les agressions sexuelles (C. pén., art. 222-29, 2°). C'est aussi le cas de certaines infractions contre les biens et notamment de l'abus de confiance (C. pén., art. 314-2, 4°).

Reste que cette notion de vulnérabilité liée à un état psychique n'est pas définie dans le Code pénal. À nouveau se pose la question du type de maladie mentale dont il s'agit mais également celle de savoir si un certain degré de handicap est nécessaire pour l'application de ce principe de protection. La réponse semble ne pouvoir être donnée que par expertise confiée au cas par cas à un expert psychiatre. La mission revêt parfois une difficulté supplémentaire en ce que les particularités de l'état psychique doivent être apparentes ou connues de l'auteur, ce qui n'est pas toujours facile à déterminer dans la mesure où, par hypothèse, les états psychiques sont moins évidents que les modifications de l'état phy-

124. – **Curateur à la personne.** – L'article L. 3211-9 du Code de la santé publique, d'ailleurs repris d'un article qui existait déjà dans la loi du 30 juin 1838, prévoit la possibilité de désignation d'un curateur à la personne au bénéfice des malades hospitalisés sans leur consentement qui ne seraient pas l'objet d'une mesure de protection prévue par la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007. La mission de ce curateur est de veiller à ce que les revenus disponibles du malade soient employés à adoucir son sort, à accélérer sa guérison et à favoriser sa réinsertion, mais également à ce que le malade soit rendu au libre exercice de la totalité de ses droits aussitôt que son état le permettra. L'article précise que, hormis le conjoint, ce curateur ne peut pas être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne hospitalisée. Cet article n'est en fait jamais mis en œuvre pour des raisons qui restent obscures. Il est d'ailleurs probable que la multiplication des mesures de protection prévues anciennement par la loi du 3 janvier 1968 (L. n° 68-3, 3 janv. 1968 : JO 4 janv. 1968, p. 114) et désormais par celle de 5 mars 2007 (L. n° 2007-308, 5 mars 2007), ne peut que conduire à l'accroissement de cette désolitude déjà bien affirmée (sur l'institution du curateur à la personne, V.T. Fossier et A. Boumazza, *chron. préc.*).

sique d'une personne alors que le handicap qu'elles entraînent est souvent plus intense et a des répercussions beaucoup plus graves sur la capacité de relation ou d'expression du sujet et donc sur son consentement, sur sa compréhension et son discernement dans les situations qu'il traverse.

###### 2° Droit civil

127. – **Respect du corps humain.** – Le principe du respect du corps humain a été introduit par la loi n° 94-633 du 29 juillet 1994 (L. n° 94-633, 29 juill. 1994 : JO 30 juill. 1994, p. 11036) qui a ajouté au Code civil un chapitre spécifique.

L'article 16-3 mérite d'être cité dans son intégralité :

Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui.

Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

Il a été très clair, dès 1994, puis lors des modifications successives (mais mineures) de cet article, que le deuxième alinéa visait essentiellement, voire exclusivement, les malades mentaux, afin notamment de ne pas créer un conflit avec le texte de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 figurant dans le Code de la santé publique. Ici, c'est donc seulement en filigrane, et par une interprétation de la pensée du législateur, que l'on sait qu'il s'agit d'apporter une solution spécifique à l'intervention sur le corps humain des malades mentaux.

De manière un peu elliptique, on est donc en droit de retenir que l'intervention thérapeutique qui pourra se développer hors le consentement de l'intéressé, n'est justifiée que parce que son état rend nécessaire cette intervention. C'est toute la philosophie des soins obligés pour le malade mental. Le raisonnement est le suivant : c'est parce que le sujet est malade mental qu'il a perdu la conscience de ses propres intérêts et refuse un traitement qui serait pourtant de toute utilité. Son raisonnement est donc vicié par la maladie et accepter un refus conduirait à laisser l'état des patients se dégrader. Une telle attitude de respect absolu de la liberté, qui est largement acceptée et justifiée dans la philosophie



## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 18 mars 2017

4. 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 10

Notarial Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc. 11

du droit anglo-saxon, et notamment aux États-Unis, où l'on est pas en France où le principe d'autonomie laisse encore une large place au principe de bienfaisance parentaliste.

## B. – Autonomie du droit de la santé publique

128. – *Substance après la réforme du 5 mars 2007.* – En organisant la protection de la personne à côté de celle des intérêts pécuniaires et patrimoniaux, la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 a fait réserve de l'application du Code de la santé publique (C. s.p., art. 479-1). Fait-il en déduire que le droit de la santé publique est totalement autonome, au point que les médecins, dentistes, infirmiers, chercheurs, pharmaciens... n'aient jamais à se préoccuper du contenu de la loi nouvelle et d'un code qui ne serait pas « le leur » ? Telle était la situation avant la réforme, la loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 ne comportant pas d'indications précises (T. Fassin, *Après les lois bioéthiques et le nouveau Code de déontologie, le malade mental confronté à la médecine somatique et à la recherche* : *Gas. Pal.* 1996, doc. p. 726. – T. Fassin, M. Marichaux, *La tutelle de la personne des incapables majeurs, l'exemple du consentement à l'acte médical* : *RD santé, soc.* 1991, p. 1. – T. Fassin, *Démocratie sanitaire et personnes vulnérables* : *JCP G* 2003, I, 135).

Mais, avec la réforme, rien n'est moins sûr. La loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 crée un « droit commun », articulé sur un principe d'autonomie, adapté au besoin en assistance au malade, et doublé en tout cas par une information maximale de ce dernier. Le Code de la santé publique n'entre pas toujours dans ces considérations : si l'information y est aussi un principe assez général, en revanche le rôle du curateur et d'autres mandataires en régimes allégés (sauvegarde de justice, protections...) apparaît très rarement, et le juge des tutelles comme autorité d'autorisation et de contrôle, presque jamais. À plus forte raison, il n'est nullement fait mention du nouveau mandat de protection future, contractuel par sa source mais tutélaire en ses effets.

Il faut donc affirmer que la loi de 2007 régit seule ce qui n'est pas abordé par le Code de la santé publique (les soins au malade en curatelle ou en sauvegarde de justice, les actes médicaux qui ne sont ni thérapeutiques, ni de recherche, parmi lesquels l'accouchement tant qu'il n'est pas médicalisé, les circoncisions, les tatouages en milieu assailli, les interventions de pur confort ou d'esthétique sans geste de soin...).

En outre, la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 régit, cette fois conjointement avec le Code de la santé publique, ce qui peut éprouver une sécurité pour le majeur protégé. Il n'est pas interdit de penser ainsi que le majeur, pour lequel le juge des tutelles a estimé selon le Code civil qu'il ne devait pas être représenté par son tuteur en matière personnelle, soit considéré par le médecin comme « autonome », le rôle du tuteur tel que prévu dans le Code de la santé publique s'amenuisant d'autant. Réciproquement, il est probable, sous réserve de ce que la pratique et d'éventuelles circulaires éclaireront, que l'autorisation du juge des tutelles prévue au Code civil soit requise par des médecins, hors les cas d'urgence, en cas d'un acte thérapeutique ou de recherche régi par le Code de la santé publique et ignorant cette formalité (pour une opinion concordante, V. *ACJ, Civil Code, Art. 477-1 à 461, fasc. 10* ou *ACJ, Notarial Répertoire, V° Majeurs protégés, fasc. 31, n° 164, par A. Bataille*).

### 1° Consentement aux soins

129. – *Issus de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002*, les principes généraux figurent désormais aux articles L. 1111-1 et suivants du Code de la santé publique établissant l'autonomie du patient et la liberté de son consentement avant toute intervention sur son corps (prévention, diagnostic et soins ; sur d'autres actes faits par les professionnels de santé, V. n° 72) de manière précise et détaillée.

Dans cette section, plusieurs articles évoquent la situation de patients sous tutelle.

En matière d'information, il est précisé, comme il est constant le rôle du tuteur, mais également la nécessité que les intéressés reçoivent eux-mêmes une information adaptée à leurs facultés de discernement (CMP art. L. 1111-2, al. 3). C'est donc ici le même terme que celui de l'article 122-1 du Code pénal qui a été choisi, sans que l'on sache s'il faut absolument lui donner la même signification et la même interprétation. C'est une difficulté qui risque d'ailleurs d'être rencontrée beaucoup plus fréquemment par le juge des tutelles dans les années à venir compte tenu de la rédaction de la loi et notamment du deuxième alinéa de l'article 479 du Code civil qui conduira à la nécessaire interprétation de la situation « lorsque l'état de la personne prévisse ne lui [primitivement] pas de prendre seule une décision personnellement éclairée, [...] ».

130. – Une protection spécifique est également apportée au sujet sous tutelle par l'article L. 1111-4 du Code de la santé publique. Cet article affirme avec force le principe de la nécessité d'un consentement préalable de la personne avant toute intervention sur son corps. Il traduit en fait les termes de l'article 16-3 du Code civil. Il réserve cependant la situation d'un certain nombre de personnes dont les caractéristiques sont spécifiques.

131. – Parmi elles, figure le majeur sous tutelle dont le consentement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision... Cette nouvelle formule, dont les contours restent assez flous, nécessite l'avis d'un spécialiste quant à savoir à partir de quel état de troubles psychiques on peut estimer qu'une personne n'est plus apte à exprimer sa volonté. On refuse néanmoins dans ce type de situation qu'une protection particulière soit apportée au patient puisque, si le tuteur refuse des soins et que ce refus peut avoir des conséquences graves sur la santé du majeur sous tutelle, le médecin a en droit de délivrer les soins indispensables. On notera que la faculté d'intervention du médecin est limitée par la nécessité que les conséquences soient graves et que les soins dispensés soient seulement ceux qui sont rendus indispensables par la situation.

L'article L. 1111-4 apporte également une protection minimale à toute personne qui serait, par hypothèse momentanément hors d'état d'exprimer sa volonté... Il peut sans doute s'agir d'un certain nombre de situations traversées par des malades mentaux au moment d'une décompensation aiguë de leur état, alors même qu'ils ne seraient pas encore placés sous un régime de protection. En ce cas, le personnage principal est constitué par le patient à la confiance de l'article L. 1111-5. Cependant, à défaut, la famille

ou les proches peuvent également jouer un rôle et doivent être consultés.

## 2° Personne de confiance

132. – L'article L. 1111-6 instaure un personnage nouveau dans la dispensation des soins : la « personne de confiance ». On sait que désormais chaque personne majeure a la possibilité de désigner cette personne de confiance à tout moment et que son rôle est de l'accompagner dans ses démarches et d'assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions (CSP, art. L. 1111-6, al. 1<sup>er</sup>). On retiendra néanmoins que le sujet sous tutelle n'a pas la possibilité de désigner une personne de confiance. En revanche si cette personne avait été désignée avant la mise en œuvre de la mesure, le juge des tutelles a la possibilité soit de confirmer la mission de la personne de confiance, soit de révoquer la désignation de celle-ci (CSP, art. L. 1111-6, al. 3).

Le rôle de la personne de confiance prend toute sa valeur lorsque le sujet est hors d'état d'exprimer sa volonté... À nouveau, le texte législatif reste volontairement vague, laissant ouvertes de nombreuses hypothèses aussi bien de maladies physiques que de maladies mentales. Là encore, il n'est pas exclu que des divergences apparaissent, pouvant aboutir à des conflits et donc à des contentieux judiciaires qui ne pourraient être résolus que par la désignation d'un expert pour déterminer si une personne est ou non apte à exprimer sa volonté.

## 3° Adaptation de la société au vieillissement : une évolution sociétale majeure

133. – Plus récemment, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (L. n° 2015-1776, 28 déc. 2015 - JO 29 déc. 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016), dans son art. 7, réaffirme et renforce le droit des usagers en termes de liberté d'aller et venir qui est érigé au rang de droit fondamental et inscrit à l'article L. 311-3 du Code de l'action sociale et des familles.

La loi étend au secteur social et médico-social le dispositif de la personne de confiance (CASF, art. L. 311-5-7).

La loi prévoit également que le contrat de séjour peut comporter une annexe définissant des mesures particulières à prendre pour assurer l'intégrité physique et la sécurité de la personne ainsi que pour soutenir l'exercice de la liberté d'aller et venir.

La loi prévoit la mise en place, lors de la conclusion du contrat de séjour, d'un entretien entre la personne accueillie et le directeur de l'établissement ou toute autre personne formellement désignée par lui, par lequel ce dernier recherche le consentement de la personne accueillie avec la participation du médecin coordonnateur, l'informe de ses droits et s'assure de leur compréhension par la personne accueillie (CASF, art. L. 311-4, al. 5 et 6).

La loi instaure un droit de rétractation au profit de l'usager dans les 15 jours suivant la signature du contrat de séjour ou l'admission, si celle-ci est postérieure, sans préavis et moyennant l'acquiescement du prix de la durée de séjour effectif (CASF, art. L. 311-4-1, A). La loi définit la procédure à l'issue de laquelle intervient la résiliation du contrat de séjour (CASF, art. L. 311-4-1, B) : passé le délai de 15 jours, l'usager peut résilier le contrat de séjour par écrit et à tout moment.

## 4° Accès du patient au dossier médical

134. – Enfin, dans cette section, figure l'article L. 1111-7 qui règle la question de l'accès pour le patient aux données concernant sa santé. Elle est en général résumée par la notion d'accès au dossier. Revendication de longue date des patients et des associations qui les soutiennent, elle est désormais clairement prévue par la loi et ses décrets d'application. On sait que, dans le principe, il est maintenant possible au patient d'avoir un accès direct aux informations concernant sa santé.

Cependant, une dérogation existe, concernant les informations recueillies dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office (CSP, art. L. 1111-7, al. 4). En ce cas, la présence d'un médecin désigné par le demandeur peut être recommandée si la consultation des informations recueillies durant l'hospitalisation peut faire courir des risques d'une gravité particulière... Si le patient conteste cette procédure demandée par le médecin, c'est la CDHP qui devra se prononcer et son avis s'imposera au détenteur des informations comme au demandeur. Cette mesure, qui peut apparaître comme une limitation de la liberté des malades mentaux, est motivée par la particularité des informations recueillies à l'occasion d'une hospitalisation sans consentement. Elles peuvent fréquemment être mal comprises par le sujet, ce qui justifie la procédure. On peut donc estimer que cette dernière a pour but d'apporter une protection indirecte au patient. Elle est également destinée à apporter une protection aux tiers qui, indirectement, pourraient pâtir d'informations mal comprises par le sujet.

## 5° Protection particulière pour des actes non thérapeutiques

135. – Certains textes du Code de la santé publique n'ont, en l'état, reçu aucune modification par la loi de 2007, et sont une superposition de dispositions parfois contradictoires : il s'agit des règles qui régissent les actes non thérapeutiques.

136. – Chacun des textes sur les actes médicaux non thérapeutiques (expérimentation, prélèvement d'organes et recherches) repose sur la part de consentement, plus ou moins éclairé, que peut donner celui dont le corps sera atteint. En cas de maladie mentale, la notion de consentement se dérobe, ce qui nécessite des aménagements.

137. – Le consentement de l'intéressé est prévu, à défaut ou en plus de celui du représentant légal, par écrit, lorsque il s'agit de recherches biomédicales (CSP, art. L. 1121-8 et L. 1122-2). De telles recherches doivent, pour être faites sur un majeur protégé, présenter un bénéfice collectif ou individuel qu'on peut appeler « renforcé » (CSP, art. L. 1121-8).

138. – La loi prohibe, par ailleurs, s'agissant des adultes protégés, tant les dons d'organes (CSP, art. L. 1211-1 et L. 1211-2), que les prélèvements de produits (sang, placenta...) du corps humain (CSP, art. L. 1241-2 et L. 1221-5). La moelle osseuse fait l'objet de dispositions dérogatoires : son prélèvement est permis, en cas de curatelle ou de sauvegarde de justice (CSP, art. R. 1241-5) ; en cas de tutelle, l'avis d'un comité d'experts est requis (CSP, art. R. 1241-12). Enfin, les tissus ou produits retirés à l'occasion d'une intervention chirurgicale peuvent être utilisés sans consentement du majeur protégé, sauf opposition préalable du tuteur (CSP, art. L. 1245-2).

Ces principes sont généralement transposés après le décès du majeur, ce qui est juridiquement absurde, la mort mettant fin à la personnalité, donc à la protection.

Tous ces textes devraient continuer à trouver application, comme les articles L. 1111-1 et suivants examinés ci-dessus et relatifs aux soins de médecine somatique : le principe que nous pourrions dénommer « de protection maximale » devrait régir l'articulation entre des textes antérieurs à la réforme de 2007 et ceux issus de cette réforme.

On se reporte aux textes suivants du Code de la santé publique, dont l'étude détaillée ressortit aux ouvrages spécialisés en droit de la santé :

- fin de vie : article R. 4127-37 ;
- recherches biomédicales : articles L. 1121-8 et suivants ;
- examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification par empreintes génétiques : articles L. 1131-1 et R. 1131-14 ;

## MAJEURS PROTÉGÉS

Dispositions indépendantes de toute protection  
Trouble mental

à jour au 19 mars 2017

4, 2017

Civil Code

Art. 414-1 à 414-3 : fasc. 1

National Répertoire

MAJEURS PROTÉGÉS : fasc.

• prélèvements d'éléments ou de produits du corps humain : articles L. 1211-2, L. 1221-8-1, R. 1211-14 et R. 1211-21 ;

• prélèvements d'organes : articles L. 1231-2, L. 1232-1, L. 1252-2 et L. 1253-2 ;

• prélèvement de tissus ou de cellules, collecte de produits du corps humain en vue de don : articles L. 1241-2, L. 1241-4, L. 1241-5, R. 1241-5 et suivants et L. 1245-2.

### 6° Procréation, interruption de grossesse, stérilisation

139. – Plus stricts que les textes visés au numéro précédent, et par conséquent un peu plus précis ou exacts, sont ceux qui régissent la procréation et la stérilisation à fins contraceptives.

140. – En matière de stérilisation à des fins contraceptives, l'intervention est subordonnée à une « décision » du juge des tutelles, c'est à ce dernier qu'il revient de garder trace de l'indispensable consentement de l'intéressé (CSP, art. L. 2122-2 et

R. 2122-2 à R. 2122-7) ; le comité d'experts, dont la consultation est imposée, procède également à l'audition de l'adulte protégé (CSP, art. R. 2122-6).

141. – L'examen des caractéristiques génétiques ou l'assistance médicale à la procréation d'une personne sous tutelle font eux aussi l'objet de règles de consentement particulières (C. civ., art. 16-4 – CSP, art. L. 1131-1 et L. 2141-17).

142. – Dans le cas de l'interruption volontaire de grossesse, le consentement de la femme tient naturellement une place importante dans le dispositif, et, pourtant, rien n'a été prévu pour le malade mental, à qui le régime spécifique de la mineure dévrait s'appliquer (CSP, art. L. 2212-7) n'a pas été étendu : ce sera au gynécologue d'apprécier la portée des désirs de la femme. Le juge des tutelles et le tuteur, s'ils sont consultés par le praticien, chercheront par des auditions, par des expertises, à discerner la volonté de la femme enceinte, sauf si celle-ci lutte contre son propre intérêt ou ne sait pas s'exprimer ; mais ces processus sont longs, donc parfois très inopportuns.

## BIBLIOGRAPHIE

**Ouvrages généraux.** – F. ALI-MARI, La loi sur la fin de vie devant le juge pénal : JCP G 2006, I, 119. – F. AUBLET et A. CARON-DEGLISE, Droit des tutelles 2017-2018 : protection judiciaire et juridique des mineurs et des majeurs : Dalloz, 2017. – A. BÉNABENT, Droit civil, Les obligations : Montchrestien, 17<sup>e</sup> éd., 2007. – A. BONNATA, La stérilisation contraceptive et le handicap mental après la loi du 4 juillet 2001 : RD santé, soc. 2002, p. 233. Législation, jurisprudence et avis des instances d'éthique : RCP 2002, I, 146. *Directives ministérielles pour l'interprétation et l'application de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées pour troubles mentaux* : RD santé, soc. 1991, p. 537. – I. CARMONAT, Droit civil, Introduction, Les personnes, La famille, l'enfant, le couple : PUF, 2004. Droit civil, Les biens, Les obligations : PUF, 2004. – F. CHATEL-COZZY, Vulnérabilité et droit : PUG 2001. – G. COHEN, Droit civil, les personnes : Montchrestien, 17<sup>e</sup> éd., 2007. – M. DALLON, Le comité par la Cour européenne des droits de l'homme des décisions administratives d'aménagement psychiatrique : RD santé, soc. 2005, p. 674. – A. DELPECH et N. BAILLON-WITTE, La protection des intérêts personnels et patrimoniaux de la personne vulnérable. Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs : RCPN 2007, 1796. – M. DUPONT, A. LAGIERRE et A. YOLPE, Soins sans consentement en psychiatrie : Guide Pratiques EMSP, 22<sup>e</sup> oct. 2015. – P. DUPONT, Le consentement anticipé aux soins pour maladie grave, un aspect de la protection des personnes âgées dépendantes : JCP G 2001, I, 309. – Th. FOSSE, L'adoption par un majeur sous tutelle : Dr famille 2006, comm. 133. La protection de la personne, un droit flexible : Dr famille 2007, étude 5. La responsabilité du tuteur et du juge des tutelles selon les décisions des trois ordres de juridiction : RD santé, soc. 2001, p. 364. La réforme de la protection juridique des majeurs, Guide de lecture de la loi du 5 mars 2007. – JCP G 2007, I, 118, n° 20. *Le mandat de protection future sous seing privé, deuxième décret d'application de la réforme de la protection des majeurs* : Dr famille 2006, étude 2. *La protection de la personne* : AJF 2007, p. 340. *Démocratie sanitaire et personnes vulnérables* : RCP G 2003, I, 135. *Le régime des poursuites pénales engagées contre un majeur protégé* : RCP G 2007, I, 146. – Th. FOSSE et M. BAUER, Les tutelles, Accompagnement et protection juridique des majeurs : ESF, 4<sup>e</sup> éd., 2008. – Th. FOSSE et M. HANICHAUX, La tutelle à la personne des incapables majeurs : l'exemple du consentement à l'acte médical : RD santé, soc. 1991, p. 3. – Th. Fossier et

L. PICACT-RIVIERE, La protection des intérêts patrimoniaux : AJF 2007, p. 369. – M. FOUCAULT, Ministère de la Famille à l'âge classique : Guillaumont, 1967. *Droit de l'homme et liberté fondamentale* : LGD, 2008. *Droit civil : Les personnes, la famille, les incapables* : Dalloz, 7<sup>e</sup> éd., 2005. – F. FERRIER, La stérilisation des handicapés mentaux : Médecine et Droit 1998, n° 31, p. 12. *La tutelle à la personne et aussi une mission du protecteur de l'incapable* : Gaz. Pal. 26 avr. 1999, p. 1239. – A. GARAY, Le consentement à l'acte médical à regard de la Convention européenne des droits de l'homme : LP 18 juin 1997, p. 9. *Consentement aux actes médicaux et droits de patients* : Gaz. Pal. 17 juv. 1999, p. 27. – Th. GARD, Le tuteur d'un majeur dans le coma peut-il reconnaître l'enfant de celui-ci ? : JCP 2000, II, 30252. – F. GRAND-LAMBERTS, La preuve des liens d'adoption : AJF 2007, p. 459. – J. HANICHAUX, Des incapables sans personnes vulnérables : Dr famille 2007, étude 14. *La notion d'incapable* : LPA 17 août 2000, p. 3. *La famille et l'incapable majeur* : AJF 2007, p. 198. – M. HUYETTE, Placement de l'enfant en assistance éducative : AJF 2007, p. 54. – C. JONAS, La réparation des dommages causés aux tiers par les malades mentaux : évolution et perspectives : RD santé, soc. 1999, p. 3. *Les aspects médicaux de la protection des majeurs* : Dr famille 2007, étude 13. – J.-F. KERWAT, *Offre du médecin expert (majeurs protégés)* : AJF 2002, p. 409. – J. KLEIN, Le mandat de protection future ou la protection juridique conventionnelle : Dr famille 2007, étude 21. *Le traitement juridique de la malade pour trouble mental* : Déviance 2006, art. 3833, p. 195. – J. KLEIN et F. GEMENANT, 110<sup>e</sup> Congrès des notaires de France, Strasbourg, 21-24 mai 2006. *Les personnes vulnérables, le notaire face à l'avis d'expert* : JCPN 2006, 1142. – C. LAMBERT-RICCI, Quelques regards civilistes sur la fin de vie : Euthanasie et responsabilité médicale, Essais de philosophie pénale et de criminologie, Institut de criminologie de Paris : éd. Eska, 2005, p. 37, repris in *Écrits de bioéthique* : PUF, 2007, p. 215-251. – V. LAMBERT-FUYER, La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé. II. Les droits des malades majeurs du système de santé : Dr 2002, p. 2291. – Th. LE BIAR, *Les nouvelles règles du partage (loi n° 2006-728, 23 juin 2006)* : JCP 2007, 1205. – K. LAFREYRE-DAMASCA, Droit des incapables : Médecine et Droit 2001, n° 46, p. 20. – A.-M. LAMOTTE, *Chien de France* : RD santé, soc. 2007, p. 394. – Ph. MALAURE, *Examen critique du projet de loi portant réforme de la protection des majeurs* : Déviance 2007, art. 3833 ; La réforme de la protection juridique de

majeurs : *Définitio* 2007, art. 3859, p. 357 à 372. - S. MAYER et MONTAUDOUX, Le handicap et l'autorité parentale : *RD droit soc.* 1993, p. 187. - S. OUBREY, L'« expert », conteneur des décisions d'hospitalisation d'office des malades mentaux : *De subs.* 2002, chron. 12. - J.-D. PILLIER, Le mandat de protection future de la loi de 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs : *LPA* 25 avr. 2007, n° 83. - F. PIERRE-BELLARD, Le majeur à protéger : le mandat de protection future : *AJF* 2007, p. 213. - C. PIGNON, L'expertise judiciaire en droit de la famille : *AJF juv.* 2008, p. 24-28. - N. PYTEKKA, Les libéralités du majeur protégé dans la loi de 5 mars 2007 : *De famille* 2007, étude 29 ; Incapacités et preuves : *AJF* 2007, p. 468. - I. PRÉVOUST, L'arbitrage d'intervention pres d'office au vu de certificats médicaux insuffisamment motivés équivaut à une séquestration illégale : *D* 2006, *Jurisp.* p. 499. - G. RAOUX-COISSIN, Les directives anticipées sur la fin de vie médicalisée : *Rev. Lamy dr. civ. sept.* 2006/2007 n° 2209, p. 37 ; L'incapable résultant du nouveau droit des libéralités et des successions (après la loi n° 2006-728 du 23 juin 2006 et la loi n° 2007-308 du 5 mars 2007), Actes du colloque de la Faculté de droit de l'Université de Caen, le 15 mars 2006 : *ACP N* 2007, *J* 202, p. 36 ; La part de temps dans le droit de la filiation : *LPA* 2007, p. 7 à 27. - M. RICHOUX, Les principes directeurs de la loi de 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs : *De famille* 2007, étude 18. - D. RIVY, L'expertise médico-psychologique : *AJF* 2003, p. 93. - F. THOMÉ, P. SIBLER et Y. LAURENT, Droit civil. Les obligations : *Dalloz, Précis Dalloz, F. éd.* 2005. - B. TISSOT, Droit civil. Les personnes : *Liv. NF éd.* 2007. - ZENATI-CASTANIÉ et Th. RIVET, *Manuel de droit des personnes* : *PUF*, 2006.

**Monographies.** - C. FAUCH, L'autonomie du mineur en matière contractuelle : *Thèse Paris II*, 1987. - D.-J. LAFON, La responsabilité civile du fait des malades mentaux : *Thèse Paris*, 1968. - K. LEFFEVRE-DARLANO, *Droit de Droit privé* 1996/2001 : "La pré-incapacité des majeurs vulnérables", Spécialité Droit des Personnes et des Incapacités (Faculté de Droit et de sciences politiques de Rennes II) ; Prix de thèse de la Fondation Malville Alzheimer 2002. - E. LEROUX, De la démission de fait et de ses conséquences juridiques : *Thèse Poitiers*, 1998. - B. LE MONTRE-PICHALET, Le lien conjugal du malade mental : *Thèse Rennes I*, 1988. - J.-C. LEMOINE, De l'influence de la santé sur l'exercice des droits civils : *Thèse Poitiers*, 1963. - J.-M. PLATY, La personne de l'incapable : *La Mosaïque coll. des thèses*, 2002. - J. PRADÉL, La condition civile du malade mental : *Thèse Poitiers*, 1960.

**Sur les maladies mentales.** - DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual) Version française, traduction sous dir. J.-D. Guéhenneuc [current] Ed. Masson, Paris, 1996, 1056. - DSM 5 Manuel de diagnostic et statistiques, M.-A. Choisy et J.-D. Guéhenneuc [current] Masson, 2013.

M. AUBRY, La loi du 27 juin 1990 : *JCP G* 1990, I, 1051. - M.-P. CHAMPENOIS et J. SAUSSOT, La loi du 27 juin 1990 : *Dalloz*, 1991, p. 123. - A. FILINO, J.-D. GUILLET et P. HANON, Les troubles de la personnalité : *Flammurion*, 2002, p. 443. - J.-D. GUILLET et F. ROCHERON, *Manuel de psychiatrie*, 3<sup>e</sup> édition : Elsevier Masson, 04/2007, p. 978. - C. JUVAS, Fascicule Santé Mentale : Dictionnaire permanent de l'action sociale / *Ed. Législatives, Sur l'hospitalisation juvénile*.

**Lois.** - Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. - Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. - Loi n° 2013-469 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. - Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs. - Loi n° 2015-177 du 16 février 2015 relative à la modernisation et à la simplification du droit et des procédures dans les domaines de la justice et des affaires intérieures. - P. MATHIEU [current] La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. - J.-M. AUBRY [current] La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation [current] *ACP G* 1990, I, 1463.

**Rapports.** - H. de Richemont [current] Rapp. n° 212, Réforme de la protection juridique des majeurs : [current] Commission des lois, Sénat, 2006-2007, p. 121-124. - Rapport du défendeur des Droits [current] Protection juridique des majeurs vulnérables, 27 sept. 2016. - Rapport d'information de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [current] Assemblée nationale, 18 déc. 2013. Dreyfus Robilaud. - Rapport Isolement et contention dans les établissements de santé mentale d'Adeline Haysan conseillère générale des lieux de privation de liberté [current] 25 mai 2016.

**Autres guides.** - ENM soins psychiatriques sans consentement 2013. - UNAFAM guide soins sans consentement 2013. - D. Legohérel [current] Étude sur les soins psychiatriques sans consentement [current] *dic.* 2014. - M.-H. IERN-RIÉL, S. KATO-DANNO [current] Guide Formulaire de Procédure civile - Droit des personnes et de la famille : la protection juridique de la personne [current] 19 janv. 2016. - Les grandes décisions du droit des personnes et de la famille, ss dir. Annie Bataleur, 2<sup>e</sup> édition [current] LGDJ, 2016, p. 720. - C. JUVAS, J.-L. SERRON [current] Responsabilité médicale et droits du patient en Psychiatrie [current] EMC, Ed. Elsevier, 2004. - UNAFAM, Psychiatrie [current] Guide des soins sans consentement [current] 2013. - ARS pays de Loire [current] Guide des soins psychiatriques sans consentement [current] 2013.