

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1966-1967

Annexe au procès-verbal de la séance du 11 mai 1967.

AVIS

PRÉSENTÉ

au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, portant réforme du droit des incapables majeurs,

Par M. Lucien GRAND,
Sénateur.

Mesdames, Messieurs,

Votre Commission des Affaires sociales a demandé à être saisie pour avis du projet de loi portant réforme du droit des incapables majeurs pour en étudier les aspects médicaux et sociaux. Sa tâche s'est trouvée facilitée en raison de l'existence des rapports très complets établis à l'Assemblée Nationale par MM. Pleven et Chalopin, au nom des Commissions des Lois et des Affaires

(1) Cette commission est composée de : MM. Roger Menu, président ; André Plait, Lucien Grand, vice-présidents ; Marcel Lambert, François Levacher, Robert Liot, secrétaires ; Hubert d'Andigné, Marcel Audy, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Lucien Bernier, Raymond Bossus, Pierre Bouneau, Joseph Brayard, André Bruneau, Mme Marie-Hélène Cardot, MM. Emile Claparède, Marcel Darou, Michel Darras, Abel Gauthier, Jean Gravier, Paul Guillaumot, Louis Guillou, Marcel Guislain, Jacques Henriot, Arthur Lavy, Bernard Lemarié, Paul Lévêque, Henri Loste, Pierre Mailhe, Georges Marie-Anne, André Méric, Léon Messaud, Jean Natali, Paul Piales, Alfred Poroï, Eugène Romaine, Charles Sinsout, Robert Soudant, Roger Tiébault, Robert Vignon, Raymond de Wazières, N...

Voir les numéros :

Assemblée Nationale (2^e légis.) : 1720, 1891, 1954 et in-8° 663.

Sénat : 201 et 237 (1966-1967).

culturelles, familiales et sociales et au Sénat par M. Jozeau-Marigné, au nom de la Commission des Lois. Elle ne peut que vous recommander la lecture de ces documents, et notamment du *rapport préliminaire sur la perspective médicale des problèmes posés par les malades mentaux* annexé au rapport de M. Pleven. Votre rapporteur pour avis pourra donc se contenter, après un rapide exposé sur le sens et la nécessité de la réforme, d'en souligner les insuffisances et de proposer les moyens d'y remédier.

Votre Commission des Affaires sociales a tout d'abord examiné les critiques de certains membres du corps médical qui estimaient que la réforme envisagée était inutile et qu'une retouche de la loi de 1838 portant sur la mission et les pouvoirs des administrateurs provisoires pouvait suffire à régler les difficultés actuellement rencontrées. Sans méconnaître l'intérêt qu'il y aurait à donner aux administrateurs provisoires des droits mais aussi des moyens matériels plus importants que ceux dont ils disposent actuellement, votre Commission a estimé nécessaire d'aller plus loin et s'est ralliée aux principes du projet déposé par le Gouvernement. Elle a, en effet, estimé, d'une part, que l'évolution des techniques médicales rendait nécessaire une évolution parallèle des règles de droit et, d'autre part, que l'absence de protection des malades soignés à domicile ou dans des établissements ne relevant pas de la loi de 1838 justifiait, s'il en était besoin, la réforme proposée.

Aspects positifs.

Les procédures prévues par le Code civil tendant à l'interdiction et à la nomination d'un conseil judiciaire sont très peu utilisées de sorte que le régime subsidiaire de la loi de 1838 est devenu, en fait, le régime de droit commun. Or, les connaissances médicales qui ont servi de base de la loi de 1838 ont fortement évolué et il importe de traduire dans les textes les conséquences de cette mutation.

1° Revision des notions d'aliénation mentale.

Dans l'esprit des législateurs de 1838, la notion d'aliénation mentale s'appliquait à une personne qui, tout à la fois, est :

- inconsciente de l'état où elle se trouve et, en conséquence, nie sa maladie, proteste de son intégrité mentale et refuse de se soigner ;

- incapable d'agir avec discernement dans la défense de ses intérêts matériels et ne peut, bien entendu, gérer ses biens ;
- dangereuse soit pour elle-même, soit pour la sécurité des personnes ou l'ordre public ;
- soit incurable, soit durablement atteinte.

Cette définition exhaustive conduit tout naturellement à la solution juridique de l'internement dans un asile et entraîne corrélativement une incapacité totale de fait. En application de cette règle, l'aliéné interné est incapable mais recouvre l'intégralité de ses pouvoirs dès qu'il franchit la porte de l'établissement.

Depuis le milieu du XIX^e siècle, les très importants progrès de la science psychiatrique ont renouvelé les notions d'affection mentale que nous avons succinctement rappelées.

Les études des praticiens ont permis de déceler des formes très diverses de dérèglement des facultés mentales en démontrant ainsi qu'il était par trop simpliste de s'en tenir à la notion d'aliéné.

Il existe des malades qui, conscients de leur état, acceptent la perspective d'un traitement, même prolongé, mais sont néanmoins dans l'impossibilité de pourvoir à leurs intérêts. Par contre, d'autres malades, bien qu'atteints de troubles profonds, sont suffisamment lucides pour assumer la gestion de leurs biens.

Dans le même temps, l'arsenal des thérapeutiques psychiatriques s'est considérablement développé et a donné lieu à des résultats quelquefois spectaculaires. Grâce à l'emploi de moyens biologiques (électrochocs, insulinothérapie, psychochirurgie), chimiques (tranquillisants, neuroleptiques) ou psychologiques, les chances de guérison se sont accrues d'une manière très sensible. Sans doute, il demeure encore actuellement des malades incurables, sans doute, les risques de rechute subsistent, mais un fait est certain : la maladie mentale est une affection parmi d'autres et il n'y a aucune raison de maintenir celui qui en est atteint dans la condition qui est la sienne depuis près d'un siècle et demi.

Puisque la mise à l'écart de la société ne constitue plus l'unique thérapeutique, il a fallu rechercher les moyens de rendre le malade à son milieu familial et social. Cette réinsertion est fréquemment la meilleure façon de consolider une amélioration que la prolongation d'un isolement devenu inutile risque de compromettre.

De nouvelles formes d'établissements de soins sont nées. Tout d'abord, les **services dits libres** ont été ouverts dans les hôpitaux psychiatriques pour accueillir des malades disposés à se soigner dès l'apparition de troubles ne justifiant pas un internement au sens de la loi de 1838.

Puis, sont apparus les **dispensaires d'hygiène mentale** dont les personnels assurent les consultations et suivent les malade en post-cure, les **hôpitaux de jour** accueillant, pendant tout ou partie de la journée, des malades qui regagnent ensuite leur domicile, les **foyers de post-cure** qui permettent la réadaptation au milieu social de malades guéris qui, en raison des difficultés familiales ou sociales (absence de logement, par exemple), pourraient rechuter, et les **ateliers protégés** annexés à un hôpital de jour ou à un foyer de post-cure pour permettre la réadaptation ou la reconversion professionnelle des convalescents.

Ainsi donc, l'hôpital psychiatrique, dont le rôle reste le plus efficient sur le plan strictement médical, tend à être complété par d'autres institutions qui, sur le plan social, revêtent une importance essentielle. Dans le même temps, ses méthodes ont, elles aussi, considérablement évolué. A la réclusion initiale ont succédé des pratiques plus humaines et plus efficaces :

- à la fin du siècle dernier, sont apparus les placements familiaux connus sous le nom de **colonies familiales** ;
- plus récemment, la multiplication **des permissions** a aidé le malade mental en voie de guérison à reprendre contact avec le milieu où il est appelé à se retrouver à plus ou moins brève échéance.

2° *Extension du champ d'action trop limité de la loi de 1838.*

La loi de 1838 ne reçoit application actuellement que dans les établissements publics. Les malades traités à domicile, dans des établissements privés, dans les hôpitaux généraux ou dans les hospices ne sont pas assujettis aux prescriptions de la loi de 1838. Ils sont donc dépourvus de moyens de protection à l'égard des convoitises que leur fortune personnelle peut faire naître dans leur entourage. Il en est de même pour les malades soignés dans les services dits libres des établissements psychiatriques, solution heureuse sur le

plan psychologique et social, mais qui laisse en droit les personnes en cause totalement capables civilement et par là même privées de la protection légale que constitue le recours à l'annulation de leurs actes pour démence.

3° *Séparation de la capacité civile et du traitement médical.*

Toutes les raisons ci-dessus développées ont donc amené les rédacteurs du projet de loi à rénover les pratiques anciennes en séparant totalement les notions de capacité civile et de traitement médical.

Presque en tête du chapitre du Code civil consacré au droit des incapables majeurs, a été placé l'article 490-1 dont nous approuvons pleinement les dispositions. Ce texte — essentiel aux yeux de votre Rapporteur — pose le principe que le régime de protection est indépendant du choix entre hospitalisation ou traitement à domicile et qu'inversement la capacité de l'individu ne peut influencer sur le traitement médical.

Pour bien marquer le caractère fondamental de ce principe, l'Assemblée Nationale n'a pas hésité à le rappeler dans un article 13 *bis* du projet de loi ainsi rédigé :

« Il n'y a pas lieu, pour l'application de la présente loi, de distinguer selon que les personnes protégées sont traitées à leur domicile ou dans un établissement de soins public ou privé de quelque nature que ce soit. »

Votre Commission des Affaires sociales vous proposera une nouvelle rédaction plus complète de l'article 490-1 permettant de supprimer l'article 13 *bis* ; mais elle tient à souligner que son initiative ne saurait être interprétée comme un désaveu d'une règle qu'elle approuve unanimement.

4° *Collaboration étroite du juge et du médecin.*

Il ne faudrait pas déduire hâtivement du principe ci-dessus que le médecin et le juge doivent s'ignorer et œuvrer chacun dans leur domaine. Ce cloisonnement des compétences serait impensable,

c'est pourquoi, tout au long des articles, sont organisées des liaisons entre les juges et les médecins. Il paraît nécessaire de les énumérer pour bien montrer l'étroitesse de ces rapports.

Art. 490. — L'altération des facultés mentales ou corporelles qui justifie l'application d'un régime de protection des intérêts civils doit être *médicalement établie*. Ce principe est encore rappelé en tête de l'article 491-1 relatif à la sauvegarde de justice.

Art. 490-1. — Toutes les décisions du juge des tutelles relatives à l'organisation de la protection des intérêts civils du malade doivent être précédées de *l'avis du médecin traitant*.

Art. 490-2. — Avant d'autoriser la cession des droits relatifs au logement ou à la vente du mobilier, le juge des tutelles doit recueillir *l'avis du médecin traitant*.

Art. 493. — Le *médecin traitant* figure parmi les personnes qui ont compétence pour donner avis au juge de la cause justifiant l'ouverture d'une tutelle.

Art. 496-2. — Le *médecin traitant* peut être appelé à participer à titre consultatif au conseil de famille. Le Gouvernement avait même envisagé la possibilité, pour le médecin, de faire partie intégrante du conseil de famille mais l'Assemblée Nationale — à juste titre nous semble-t-il — a préféré l'admettre seulement à titre consultatif.

Art. 501. — Le *médecin traitant* est appelé à donner son avis sur une éventuelle extension de la capacité de la personne sous tutelle ; il en est de même pour le majeur en curatelle, en vertu de l'article 511.

Art. 506. — En cas de projet de mariage d'un majeur en tutelle, le *médecin traitant* doit donner son avis avant la décision d'autorisation du conseil de famille.

Art. L. 342 du Code de la Santé publique. — Les *médecins de l'établissement* où sont soignés les mineurs atteints de maladie mentale sont appelés à donner leur avis si le tribunal estime que l'enfant doit être remis, à sa sortie de l'établissement, à des personnes qui n'ont pas légalement autorité sur lui.

Art. L. 326 du Code de la Santé publique. — Le médecin seul déclenche la procédure relative à la mise sous sauvegarde. Nous reviendrons par ailleurs sur les dangers et les limites de cette prérogative.

III. — Les insuffisances du projet de loi.

Votre Commission des Affaires sociales approuve le principe de la réforme mais elle estime devoir présenter un certain nombre d'observations qui porteront sur les points suivants :

1° *Absence de réforme de l'internement.*

Le projet de loi ne traite, en principe, que du droit des incapables et ne concerne pas le problème de l'internement. Le Gouvernement a préféré disjoindre les deux aspects d'une réforme générale portant, d'une part, sur la capacité et, d'autre part, sur les mesures de contrainte applicables aux malades mentaux. Il a fait son choix en indiquant qu'un second projet relatif à la protection de la personne des malades mentaux serait ultérieurement déposé. Bien que les internements abusifs ne défraient plus la chronique, les règles de 1838 reprises au Code de la Santé publique sous les articles 326 à 355-13 mériteraient d'être, elles aussi, rajeunies.

Votre Commission craint que la réforme annoncée soit renvoyée aux calendes ; elle en veut pour preuve les dispositions qui, en appendice au projet de loi, modifient quelques articles du Code de la Santé publique. Si certaines étaient rendues nécessaires pour tenir compte des règles nouvelles, d'autres modifications, par exemple celles des articles 339, 342 et 351, constituent bel et bien une réforme limitée du droit de l'internement.

Au nom de la Commission, votre rapporteur demande au Gouvernement de donner l'assurance que le droit de l'internement sera lui aussi revu et que l'on ne prendra pas prétexte des quelques retouches votées à l'occasion de la loi en discussion pour justifier l'ajournement *sine die* de la revision des règles de l'internement pour maladies mentales.

2° *Extension aux facultés corporelles.*

Le projet de loi, en modifiant l'article 490 du Code civil, a inscrit l'altération des facultés corporelles parmi les causes susceptibles d'entraîner la mise en jeu d'un système de protection.

Votre Commission des Affaires sociales accepte cette extension ; elle sait que, dans la plupart des hospices, il existe des vieillards qui sont durablement incapables de faire connaître leur volonté ; elle sait que des victimes d'accidents sont, par suite de traumatisme grave, également dans l'impossibilité temporaire de s'occuper de leurs intérêts.

Mais elle souhaite que ces textes reçoivent une application limitée aux seuls cas où les personnes en cause sont dans l'impossibilité absolue d'exprimer leurs volontés ; elle ne voudrait pas que, par une extension abusive, on vienne à mettre en tutelle des personnes capables — même au prix de graves difficultés — de gérer leurs biens. Votre rapporteur pour avis vous demandera, par voie d'amendement, de vous prononcer sur ce point.

3° *Expertise médicale.*

Le rôle très important dévolu au corps médical a déjà été souligné. Votre Commission des Affaires sociales s'est émue du pouvoir donné à tout médecin de déclencher une procédure qui, par son caractère automatique, aboutira à priver le malade mis sous sauvegarde d'une partie de ses droits. Quels peuvent être les inconvénients qui résulteraient d'un diagnostic un peu hâtif du médecin alors que l'action isolée du médecin n'intervient qu'en matière de sauvegarde ? Tout d'abord, sur le plan juridique, la personne risque de voir ses actes rescindés pour lésion à la requête des personnes ayant le droit de demander l'ouverture d'une tutelle. Ainsi, le sauvegardé de justice voit, d'une manière virtuelle mais néanmoins indiscutable, sa capacité civile amoindrie puisque la présomption du vice de la volonté résultant de la mise sous sauvegarde semble irréfragable, l'intéressé n'étant pas admis à faire preuve du contraire. Dès que la lésion sera prouvée, le juge devra prononcer la rescision.

Ensuite, et cela a semblé à votre Commission infiniment grave, la mise sous sauvegarde risque, sur le plan psychique et social, d'apporter à la personne en cause beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Pour permettre au malade ou à ses proches d'entamer ultérieurement une hypothétique action en rescision pour lésion simple, on risque de faire peser pendant de longues années sur la santé mentale de l'individu une suspicion grave.

Votre Commission des Affaires sociales craint que, malgré l'absence de la publicité, la mise sous sauvegarde de justice soit, malgré tout, connue et qu'elle porte atteinte au crédit de la personne que la loi est censée protéger.

La lourde responsabilité impartie à tous les médecins par l'article 326-1 du Code de la Santé publique d'avoir à mettre en œuvre la mise sous sauvegarde s'ils constatent que la personne soignée est inapte mentalement ou physiquement à pourvoir à ses intérêts risque finalement de nuire à l'efficacité du système. Certes, les médecins savent prendre leurs responsabilités ; leur action quotidienne est le meilleur garant de leur haute conscience professionnelle. Mais peut-on imaginer qu'un médecin déclenche par sa simple signature une procédure grave de conséquences pour son patient sans être assuré que son diagnostic sincère mais humainement fragile puisse être corroboré par des confrères ? Les grands procès d'assises et les joutes entre médecins démontrent qu'en matière d'appréciation de facultés mentales l'opinion des experts, même les plus renommés, est sujette à discussion. Dans le doute, le médecin hésitera et s'abstiendra, en conscience, d'adresser au Directeur départemental de l'action sanitaire et sociale le certificat médical, origine déterminante et instrument de la mise sous sauvegarde. A trop vouloir simplifier la procédure, on risque de la rendre inefficace.

Comment parvenir tout à la fois à protéger les personnes atteintes dans leurs facultés personnelles en les dotant d'un régime de protection, et à éviter qu'une appréciation trop hâtive leur porte tort dans la mesure où, pour le public, « personne sous sauvegarde, personne en tutelle ou en curatelle », équivaudra, à tort peut-être, à « personne mentalement déséquilibrée » ?

Malgré les complications et les retards qu'elle implique, votre Commission s'est résignée à vous demander d'instituer une procédure d'expertise obligatoire, tant pour la mise sous sauvegarde que pour l'ouverture d'une tutelle ou d'une curatelle.

Pour la mise sous sauvegarde de justice, cette expertise sera faite à la diligence du procureur de la République car nous estimons — comme la Commission des Lois du Sénat — que l'échelon intermédiaire du Directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, simple agent de transmission, est inutile. Cet examen médical devra être confié à un collège de trois médecins dont le médecin auteur de la déclaration. Il importe que ce

dernier soit à même de justifier sa position en informant ses confrères des motifs d'ordre familial, social ou affectif qui risquent de n'être point décelés par un examen clinique, aussi poussé soit-il.

En cas de tutelle et de curatelle, une expertise identique devra être ordonnée par l'autorité judiciaire compétente avant la décision d'ouverture.

La Commission ne méconnaît pas la lenteur des procédures d'expertise ; elle préfère le risque d'une décision retardée mais parfaitement justifiée sur le plan médical à celle d'une décision hâtive mais sans fondement. Elle pense pouvoir d'ailleurs limiter les conséquences du retard éventuel en faisant remonter les effets de la sauvegarde, soit à la réception de la déclaration initiale du médecin, soit au début de l'instance judiciaire.

4° Coordination avec la tutelle aux prestations sociales.

La loi n° 66-774 du 18 octobre 1966 a institué une tutelle aux prestations sociales qui permet au juge d'instance de charger un tuteur aux prestations sociales de percevoir les allocations non contributives (allocation vieillesse, allocation supplémentaire ou d'aide sociale) et de les utiliser dans l'intérêt du bénéficiaire lorsque celui-ci vit en raison de son état mental ou physique dans des conditions d'alimentation, de logement ou d'hygiène manifestement défectueuses.

Votre rapporteur pour avis, qui fut également le rapporteur de la loi précitée, s'est inquiété du risque de conflit de compétence possible entre le tuteur à l'incapable majeur et le tuteur aux prestations sociales dont aurait été préalablement dotée la personne en cause.

Votre commission a pensé que la solution la plus simple serait tout d'abord de confier le soin de prononcer la tutelle aux prestations sociales au juge des tutelles au lieu du juge d'instance. Ensuite, en cas d'ouverture ultérieure d'une tutelle civile, le juge des tutelles devra revoir le dossier de l'intéressé pour décider soit le maintien de la tutelle aux prestations sociales, soit sa suppression, soit encore son maintien, mais en la confiant au tuteur judiciaire.

En matière de curatelle, le problème est différent. Sauf dérogation aux règles générales décidée par le tribunal, le majeur en curatelle peut, sans l'assistance du curateur, librement disposer

de ses revenus et, en particulier, de ses prestations sociales. Dans la curatelle, il faut donc laisser éventuellement coexister curateur et tuteur aux prestations sociales puisque leurs domaines d'action sont différents.

5° Extension de l'interdiction pour le personnel soignant d'acquérir personnellement les biens des malades en traitement.

Votre Commission s'est félicitée des dispositions de l'article 8 qui interdit dorénavant à toute personne exerçant un emploi dans un établissement d'aliénés de se porter acquéreur d'un bien ou cessionnaire d'un droit appartenant à un malade soigné dans l'établissement.

Cette mesure paraît si judicieuse que votre Commission vous proposera de l'étendre à tous les établissements. En effet, les dangers que courent les vieillards des hospices ou des maisons de retraite et les malades mentaux soignés dans des hôpitaux généraux ou des établissements privés sont identiques à ceux soignés dans les établissements d'aliénés.

*
* *

Votre Commission des Affaires sociales vous propose, sous réserve de l'adoption des amendements et sous-amendements ci-après, de donner un avis favorable au projet de loi voté par l'Assemblée Nationale.

AMENDEMENTS PRESENTES PAR LA COMMISSION

Article premier du projet de loi.

Article 490 du Code civil.

Amendement : Rédiger comme suit le second alinéa de cet article :

« Les mêmes régimes de protection sont applicables à l'altération des facultés corporelles si elle *interdit* l'expression de la volonté. »

Article 490-1 du Code civil.

Amendement : Après les mots :

« ... l'hospitalisation... »

ajouter les mots :

« ... dans un établissement de soins public ou privé de quelque nature que ce soit... »

Article 491 du Code civil.

Sous-amendement à l'amendement de la Commission des Lois :

Après les mots :

« ... a besoin... »

ajouter le mot :

« ... temporairement... »

Article 491-1 du Code civil.

Sous-amendement à l'amendement de la Commission des Lois :

Rédiger comme suit le second alinéa :

« Au cours de l'instance visant à l'ouverture d'une tutelle ou d'une curatelle, le tribunal peut, après l'expertise prévue à l'article 493-1, placer la personne intéressée sous sauvegarde de justice par décision adressée au Procureur de la République. La mise sous sauvegarde prend effet du jour de la saisine du tribunal. »

Article 493-1 du Code civil.

Amendement : Rédiger comme suit cet article :

« Le tribunal, avant de prononcer l'ouverture d'une tutelle, devra faire examiner la personne intéressée par un collège de trois médecins, dont le médecin traitant.

« L'ouverture de la tutelle sera prononcée dans les conditions prévues par le Code de Procédure civile. »

Article 496 du Code civil.

Amendement : Rédiger comme suit le dernier alinéa de cet article :

« Sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article 496-2, la tutelle... »
(*Le reste sans changement.*)

Article 8 du projet de loi.

Article 326-1 du Code de la Santé publique.

Sous-amendement à l'amendement de la Commission des Lois :

Rédiger comme suit le troisième alinéa du nouvel article 326-1 :

« Le Procureur de la République devra faire examiner le malade par un collège de trois médecins dont le médecin auteur de la déclaration. Le rapport de ce collège, lorsqu'il confirme la déclaration initiale, emporte la mise sous sauvegarde, à dater du jour de la réception de la déclaration initiale par le Procureur. »

Article 8 du projet de loi.

Amendement : Dans cet article, supprimer le texte proposé pour l'article 352-3 du Code de la Santé publique.

Article additionnel 8 bis (nouveau).

Amendement : Après l'article 8, introduire un article additionnel 8 bis (nouveau) ainsi rédigé :

Sauf autorisation de justice, il est interdit, à peine de nullité, à toute personne qui exerce une fonction ou occupe un emploi dans un établissement public ou privé destiné à héberger les personnes âgées ou à dispenser des soins psychiatriques de se rendre acquéreur d'un bien ou cessionnaire d'un droit appartenant à une personne admise dans l'établissement, non plus que de prendre à bail le logement occupé par cette personne avant son admission dans l'établissement.

Pour l'application de la prohibition ci-dessus édictée, sont réputées personnes interposées les personnes énumérées à l'alinéa 2 de l'article 911 du Code civil.

Art. 9 ter (nouveau).

Amendement : supprimer cet article.

Article additionnel 9 quater (nouveau).

Amendement : insérer après l'article 9 ter (nouveau), un article additionnel 9 quater (nouveau) ainsi rédigé :

I. — Dans les articles 1^{er}, premier alinéa, et 8, dernier alinéa, de la loi n° 66-774 du 18 octobre 1966 relative à la tutelle aux prestations sociales, les mots :

« ... le juge d'instance... »,

sont remplacés par les mots :

« ... le juge des tutelles... ».

II. — Il est introduit dans la loi n° 66-774 du 18 octobre 1966 un nouvel article 10 bis ainsi rédigé :

« Art. 10 bis. — Lorsqu'une tutelle aux prestations sociales a été prononcée en application de l'article premier de la présente loi et qu'ultérieurement une tutelle est ouverte en application des dispositions du chapitre III du titre XI du Code civil, le juge des tutelles est tenu de réexaminer la situation de la personne en cause pour décider soit de supprimer la tutelle aux prestations sociales, soit de la maintenir, soit de la confier au tuteur de l'incapable majeur. »