

## CERTIFICAT MÉDICAL CIRCONSTANCIÉ

### POUR LE RENOUELEMENT D'UNE MESURE DE PROTECTION

Je soussigné(e), Docteur .....

- Inscrit sur la liste du procureur de la République de .....
- Non inscrit sur la liste du procureur de la République

*(NB : En cas d'examen par un médecin non inscrit sur la liste du procureur de la République, la durée du renouvellement de la mesure de protection ne pourra pas être supérieure à 5 ans).*

atteste avoir examiné le ...../...../.....

Madame / Monsieur (Nom Prénom) : .....

Né(e) le ...../...../..... à : .....

Demeurant : .....

Faisant depuis le ...../...../..... l'objet d'une mesure de :

- tutelle
- curatelle renforcée
- curatelle simple
- sauvegarde de justice

Examen réalisé :

- au domicile de l'intéressé
- au cabinet du médecin
- en établissement (précisez) .....
- en présence de (précisez le cas échéant).....

A la demande :

- l'intéressé(e)
- du curateur / tuteur en titre
- du procureur de la République
- d'un proche (précisez) .....
- autre (précisez) .....

Avez-vous procédé à des investigations autres que l'examen médical ?

- Non
  - Oui (précisez : échanges avec des membres de la famille - des proches - le médecin traitant-consultation du dossier médical etc.) : .....
- .....

## ALTÉRATION DES FACULTÉS DE LA PERSONNE EXAMINÉE

### La personne souffre-t-elle d'une altération de ses facultés mentales et/ou corporelles ?

(NB : En l'absence de description de l'altération des facultés, aucune mesure de protection ne pourra légalement être prononcée par le juge des tutelles).

Non

Oui (décrivez avec précision la nature de l'altération des facultés, en mentionnant éventuellement la teneur et les résultats des tests médicaux réalisés) :

➡ mentales : .....

.....

.....

.....

.....

.....

➡ corporelles : .....

.....

Cette altération des facultés corporelles est-elle de nature à empêcher la personne d'exprimer sa volonté ? .....

### Quelles sont la ou les causes de cette altération des facultés ?

.....

.....

### Cette altération est-elle, en l'état des données acquises des connaissances médicales :

susceptible d'amélioration ?

manifestement insusceptible de connaître une amélioration ?

### La personne examinée peut-elle :

- |  |                              |  |                              |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| – Comprendre ses interlocuteurs ?          | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Exprimer sa volonté ?                    | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Lire ?                                   | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Écrire ?                                 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Compter ?                                | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Se repérer dans le temps ?               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Se repérer dans l'espace ?               | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Se déplacer seule ?                      | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |
| – Gérer seule son argent et ses affaires ? | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> difficilement | <input type="checkbox"/> non |

Précisions éventuelles : .....

**La personne examinée est-elle, en raison de l'altération de ses facultés, dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts ?**

- Patrimoniaux .....
- Personnels (choix du lieu de vie, décisions en matière de santé etc.) .....

**La personne examinée est-elle en mesure de rester ou de retourner vivre à son domicile ?**

(NB : ces précisions sont importantes en cas de vente/location du domicile, ou de fixation du lieu de vie de l'intéressé.)

- Non (précisez) : .....
  - Oui (précisions et conditions éventuelles) : .....
- .....

### **AVIS SUR LA MESURE DE PROTECTION**

**La mesure doit-elle faire l'objet d'un renouvellement ? :**

- Non (*la personne n'a plus besoin de mesure de protection*)
- Oui

**Si oui, la mesure doit-elle être renouvelée à l'identique ? :**

- Non
- Oui

**Si la mesure doit être modifiée, la personne examinée doit-elle :**

- être assistée de manière continue dans les actes importants de la vie civile (ex : achat ou vente d'un immeuble chez un notaire) ? (*curatelle*)
  - ➡ si oui, est-elle apte à percevoir elle-même seule ses revenus et à en faire une utilisation normale ? (*curatelle simple*)
  - ➡ ou, sinon, est-il nécessaire que le curateur perçoive directement ses revenus, les affecte au paiement de ses dépenses et lui reverse l'excédent éventuel (*curatelle renforcée*) ?
- être représentée de manière continue dans tous les actes de la vie civile, car hors d'état d'agir elle-même ? (*tutelle*)

**La mesure doit-elle porter :**

- sur les actes patrimoniaux
- sur les actes à caractère personnel (ex : choix du lieu de vie, décisions en matière médicale)
  - ➡ dans le cadre d'une assistance
  - ➡ dans le cadre d'une représentation

**Dans l'hypothèse d'une mesure de tutelle, la personne est-elle apte à exercer son droit de vote :**

- Oui
- Non (précisez pourquoi) : .....

**La mesure doit-elle être renouvelée pour une durée supérieure à 5 ans (médecins inscrits uniquement) ?**

*(NB : en l'absence de précision, la mesure est renouvelée pour une durée maximum de cinq ans ; en cas d'avis conforme du médecin expert, et si l'altération des facultés est insusceptible de connaître une amélioration selon les données acquises de la science médicale, la durée maximale du renouvellement est de vingt ans.)*

- Oui (précisez) : .....
- Non (précisions éventuelles) : .....

**AUDITION DE LA PERSONNE PAR LE JUGE**

**L'audition de l'intéressé par le juge des tutelles est-elle (médecins inscrits uniquement) :**

- Possible
- A éviter, car :
  - l'audition est de nature à porter atteinte à sa santé (précisez les raisons) : .....
  - l'intéressé est hors d'état d'exprimer sa volonté (précisions éventuelles) : .....

*(NB : L'audition par le juge des tutelles est obligatoire, sauf si l'un et/ou l'autre de ces deux motifs est caractérisé).*

**L'audition de la personne examinée :**

- peut avoir lieu au siège du tribunal (dans le bureau du juge des tutelles)
- doit avoir lieu au domicile ou au lieu d'hébergement de l'intéressé (précisez la raison) : .....

**Des précautions particulières sont-elles à prévoir s'agissant de l'audition de l'intéressé ?**

- Non
- Oui (précisez lesquelles) : .....

**ÉVENTUELLES OBSERVATIONS COMPLÉMENTAIRES**

.....  
.....  
.....

Fait le :  
Nom / cachet et signature

**Rappels importants :**

Ce certificat doit être remis à la personne l'ayant sollicité sous pli cacheté, à l'attention exclusive du procureur de la République ou du juge des tutelles (art. 1219 du code de procédure civile).  
Il est susceptible d'être lu par toute partie intéressée à la procédure, y compris la personne faisant l'objet de la demande de mesure de protection (sauf décision contraire du juge des tutelles pour contre-indication médicale) (art. 1222 et 1222-1 du code de procédure civile).