

ANNEXES

**> Guide régional
à l'attention
des médecins
et des maires
relatif aux soins
psychiatriques
sans consentement**

SOMMAIRE

Soins psychiatriques sur demande de tiers (SDT)

Annexe 1 – Schéma SDTp.3

Annexe 2 A – Modèle de demande du tiersp.4

Annexe 2 B – Modèle de demande du tiers dans le cas où le tiers ne sait pas écrire ou est dans l'impossibilité d'écrirep.5

Annexe 3 – Modèle de certificat médical en vue d'une admission en soins psychiatriques sur décision du directeurp.6

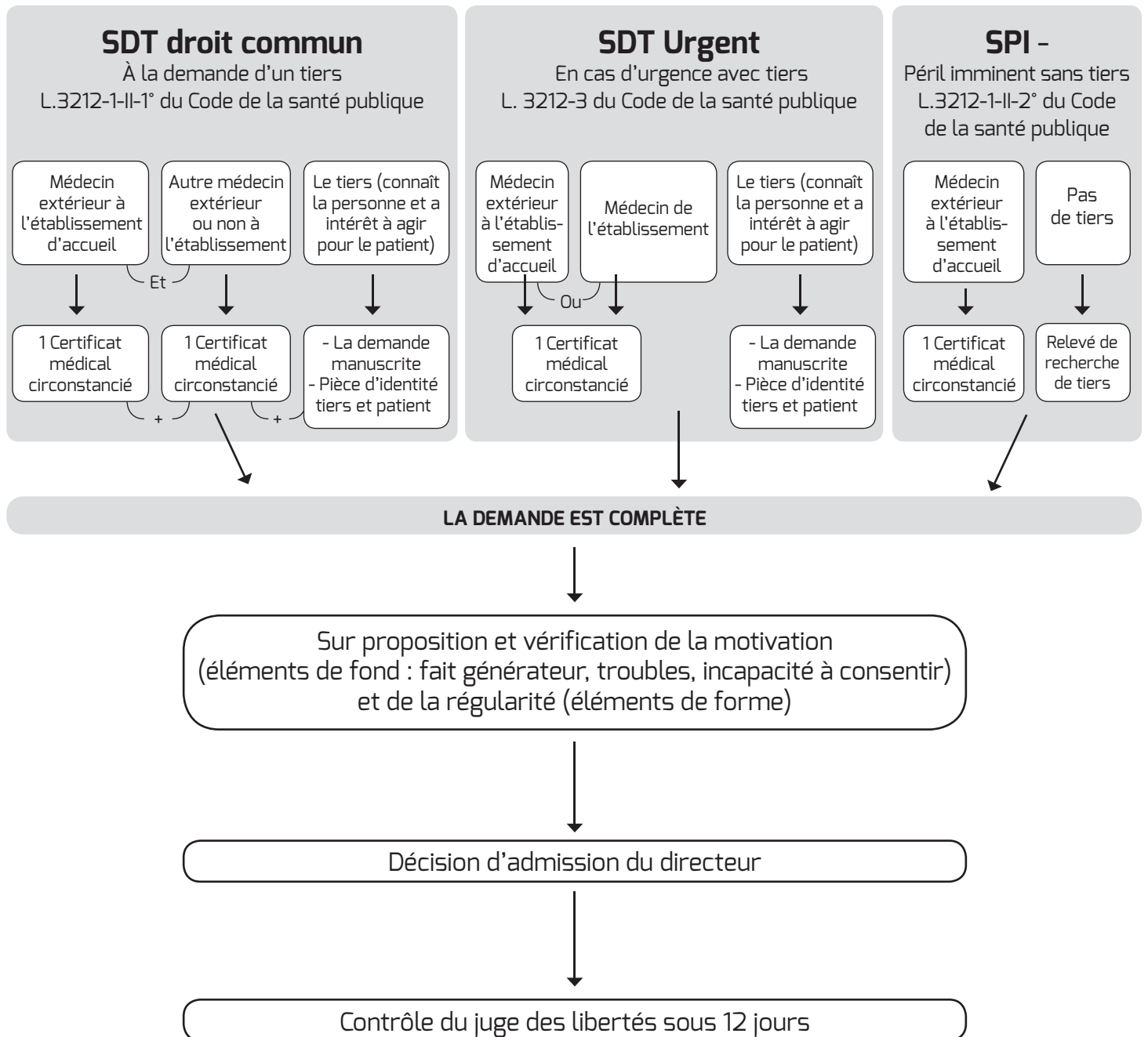
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)

Annexe 4 – Schéma SDREp.7

Annexe 5 et 6 – Modèle de mesure provisoire du maire d'admission en soins psychiatriquesp.8

SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS : 3 PROCÉDURES SELON LA SITUATION

En résumé



SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

Demande du tiers dans le cas où le tiers ne sait pas écrire ou est dans l'impossibilité d'écrire

**Texte à compléter par un personnel des établissements hospitaliers
qui reçoit la demande du tiers**

Je soussigné(e)
Nom :
Prénom :
En ma qualité de :

Certifie recevoir la demande de soins psychiatriques à la demande d'un tiers au sens de l'article L3212-1 du code de la santé publique.

Emanant de :

Mme, M.,
Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Profession :
Adresse :
Téléphone : Courriel :
en qualité de (parenté, nature des relations)

Concernant :

Mme, M.
Nom : Prénom :
Date et lieu de naissance :
Profession :
Adresse :

Pour recevoir les soins que nécessite son état, conformément à l'article L.3212.1 ou L.3212.3 du code de la santé publique. Le tiers ayant déclaré ne pas savoir écrire et donc ne pouvoir rédiger la demande manuscrite, et ayant reçu lecture du présent document.

Signature de rédacteur

Fait à
Le

Témoin n°1 (nom, prénom, qualité)

Signature du tiers

Témoin n°2 (nom, prénom, qualité)

(en présence de témoin(s))

Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT à la présente demande :

- 1 pièce d'identité du demandeur (carte identité, livret famille, passeport, autorisation de séjour)
- 1 pièce d'identité du patient (carte identité, livret famille, passeport, autorisation de séjour)
- 1 copie du jugement de mise sous tutelle ou curatelle quand la demande est formulée par le tuteur ou le curateur

CERTIFICAT MEDICAL INITIAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU DIRECTEUR

(Ce certificat doit être dactylographié. Retenez les paragraphes (1, 2 ou 3) correspondant à la situation et supprimez les paragraphes inutiles. Si vous ne pouvez dactylographier, cochez la case 4 et la case (1, 2 ou 3) correspondant à la situation)

Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que :

M. Mme..... nom de naissance :
né(e) le,à..... (département :)
demeurant à
alors que je constate les faits suivants (**faits générateurs**)

présente les troubles mentaux suivants :

Il en résulte que :

- ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
 - son état mental impose des soins immédiats,
- et nécessitent (retenez ou cochez l'item correspondant à la situation) :

1 SDT **droit commun**

l'admission en soins psychiatriques de l'intéressé(e) dans l'établissement de santé de..... sans son consentement et sur la demande d'un tiers, en application de l'article L 3212-1-II-1° du code de la santé publique (**procédure de droit commun et nécessité de 2 CERTIFICATS MEDICAUX INITIAUX**)

ou

2 SDT **urgent**

compte tenu du **risque grave d'atteinte à son intégrité**, l'admission en **urgence** en soins psychiatriques de l'intéressé(e) dans l'établissement de santé de..... sans son consentement et **sur la demande d'un tiers**, en application de l'article L 3212-3 du code de la santé publique (**procédure urgente**)

ou

3 SDT **péril imminent**

compte tenu de l'**existence d'un péril imminent** pour la santé de l'intéressé(e) et compte tenu de l'**impossibilité (à justifier) d'obtenir la demande d'un tiers**, son admission immédiate en soins psychiatriques dans l'établissement de santé de sans son consentement, en application de l'article L 3212-1-II-2° du code de la santé publique (**procédure de péril imminent**)

J'atteste que je n'exerce pas dans l'établissement accueillant le malade, que je ne suis ni parent ni allié au 4^{ème} degré inclus ni avec le directeur de l'établissement qui va décider la mesure, ni avec la personne ayant demandé les soins, ni avec la personne faisant l'objet de soins.

4

Impossibilité de dactylographier ce certificat.

Fait à

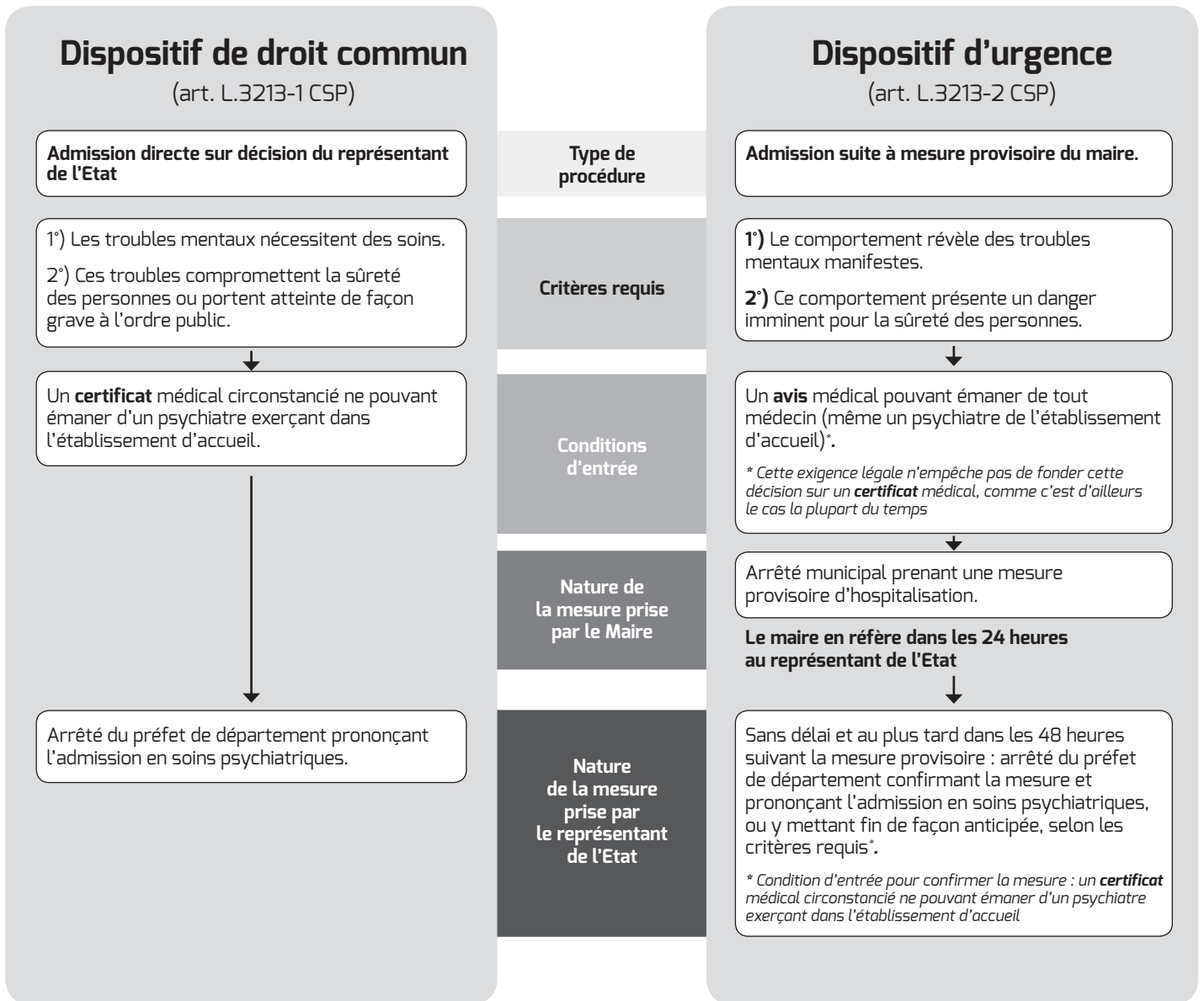
Date et **heure** :

Cachet du médecin
ou numéro RPPS

SIGNATURE

SCHÉMA SOINS À LA DEMANDE DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT DANS LE DÉPARTEMENT (PRÉFET)

En résumé



Dispositifs particuliers non développés ici :

- soins psychiatriques sur décision judiciaire
- soins psychiatriques d'une personne détenue

CERTIFICAT OU AVIS MEDICAL INITIAL EN VUE D'UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU MAIRE OU SUR DECISION DIRECTE DU PREFET

(Ce certificat doit être dactylographié. Retenez les paragraphes (1 ou 2) correspondant à la situation et supprimer les paragraphes inutiles. Si vous ne pouvez dactylographier, cochez la case 3 et la case (1 ou 2) correspondant à la situation)

Je soussigné(e), docteur en médecine,

1 SDRE **droit**
commun

en vue d'une admission directe par le préfet de département de
en application de l'article L 3213-1 du code de la santé publique

2 SDRE **urgent**

en vue d'une admission provisoire demandée par le maire de
en application de l'article L 3213-2 du code de la santé publique

certifie que :

M..... né(e) le

demeurant à (adresse complète)

.....

Description des circonstances/faits compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public¹ :

Description des troubles mentaux :

Il en résulte que :

- ses troubles rendent impossible son consentement
- son état mental impose des soins immédiats
- ses troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public

ce qui nécessite l'admission en soins psychiatriques de l'intéressé(e) à l'hôpital de.....

3

Impossibilité de dactylographier ce certificat.

Fait à

Date et **heure** :

Cachet du médecin
ou numéro RPPS

SIGNATURE

1 - Eléments qui serviront à motiver les décisions du maire et du préfet. Veiller à bien rapporter les éléments portés à votre connaissance à ce sujet (par le maire, par les services de police, tiers...)

(Identification de la commune
- logo de la mairie)

ARRÊTÉ DU MAIRE ORDONNANT UNE MESURE PROVISOIRE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES

Le maire de

Vu le Code général des collectivités territoriales et notamment l'article 2212-2-6°,
Vu le Code de la santé publique et notamment les articles L.3211-2-2 alinéa 1, L.3213-1 et L.3213-2,
Vu le certificat médical en date du du docteur
de (commune)
.....
atteste que :

OU (cas où le médecin n'a pas pu établir un certificat médical mais a pu émettre un avis médical écrit)
Vu l'avis médical en date du du docteur de (commune)
atteste que :

M. né(e) le à
résidant (adresse)

a un comportement révélant des troubles mentaux manifestes et constitue un danger imminent pour la sûreté des personnes,

Considérant que conformément aux dispositions de l'article L 3213-2 du code de la santé publique, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L 3213-1 du code de la santé publique,

Considérant que faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures,

Considérant que M (nom, prénom) a
(Descriptions des faits justifiant les mesures provisoires d'hospitalisation +/- éléments du certificat médical)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Arrête

Article 1 - Est ordonnée une mesure immédiate et provisoire d'hospitalisation complète de Mme, M. (Nom, Prénom) au (nom de l'établissement de santé et commune d'implantation)

Article 2 - Le présent arrêté sera notifié à l'intéressé.

Article 3 - Ampliation du présent arrêté sera transmise dans les 24 heures au préfet du (nom du département) et au directeur du centre hospitalier de (nom et commune)

Article 4 - M. (noms des intervenants, police ou gendarmerie) accompagnant l'intéressé(e), le directeur général des services de la commune, ou le secrétaire de mairie et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté

Article 5 - La régularité et le bien-fondé de la décision peuvent être contestés devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (commune d'implantation du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé) dans le cadre d'une saisine sur le fondement de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

Fait à, , le **heure**.....

Nom et qualité du signataire

Signature

Tampon de la mairie

NOTIFICATION

Le Patient (Nom, prénom)	Le maire ou son représentant
<p>..... </p>	<p>NOM : Prénom : Qualité : NOM : Prénom : Qualité :</p>
<p><input type="checkbox"/> Reconnaît avoir reçu une notification de la mesure provisoire du maire</p> <p><input type="checkbox"/> Reconnaît avoir eu copie du certificat médical ou de l'avis motivé justifiant la décision</p>	<p><input type="checkbox"/> Attestons que la personne hospitalisée a refusé de signer l'accusé de réception mais que la copie de la décision lui a été transmise</p> <p><input type="checkbox"/> Attestons n'avoir pas pu effectuer la notification à l'intéressé(e) pour les raisons suivantes : </p>
<p>Signature (indiquer date et heure)</p>	<p>Signatures (indiquer date et heure)</p>
<p>Observations éventuelles :</p>	<p>Observations éventuelles : (à compléter au cas où le patient a refusé de signer)</p>

Information du patient sur ses droits et voies de recours

Votre état de santé a nécessité votre admission sous le régime des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat dans le département, en application des articles L.3213-1 et suivants du Code de la santé publique.

Conformément aux articles L. 3211-3 et suivants du même code, je vous informe par la présente de vos droits ainsi que des voies de recours qui vous sont ouvertes contre la décision de soins.

I – Vos droits

Vous avez la possibilité :

- 1** - d'écrire au préfet ou à son représentant, au président du tribunal de grande instance ou à son délégué, au maire de la commune ou à son représentant, au procureur de la République ou à son représentant,
- 2** - de saisir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques au regard du respect de leurs libertés individuelles et de leur dignité,
- 3** - de saisir la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge de l'établissement d'accueil (CRUQPC) durant votre hospitalisation,
- 4** - de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de votre choix,
- 5** - de porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations qui vous sembleraient porter atteinte à vos droits fondamentaux,
- 6** - d'émettre ou de recevoir des courriers,
- 7** - de consulter le règlement intérieur de l'établissement,
- 8** - d'exercer votre droit de vote,
- 9** - de vous livrer aux activités religieuses ou philosophiques de votre choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 6,8,9 peuvent être exercés, à leur demande, par vos parents ou des personnes susceptibles d'agir dans votre intérêt.

Le juge des libertés et de la détention peut également se saisir d'office, à tout moment. A cette fin, 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. »

NB : l'article L3211-12 du code de la santé publique précise que « Le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques... » à la demande de

- « 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 ;
- La personne qui a formulé la demande de soins ;
- Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- Le procureur de la République. »

Information du patient sur ses droits et voies de recours

II – Les voies de recours

En cas de désaccord de votre part sur la décision de soins, vous pouvez :

- contester le bien-fondé et/ou la régularité formelle de la décision en formant un recours devant le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance ; vous pouvez saisir le juge soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant de la direction de l'hôpital qui transmettra votre requête ou la rédigera sous votre dictée (article R.3211-8 du Code de la santé publique)
- saisir, en adressant un courrier à son président la Commission départementale des soins psychiatriques, qui pourra proposer la levée de la mesure de soins au représentant de l'Etat ou au juge des libertés et de la détention.

L'adresse de ces autorités et instances figure dans le tableau ci-dessous

POUR UNE RÉCLAMATION

Préfet	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne
Président du Tribunal de grande instance	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne
Procureur de la République	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne
Maire de la Commune	à compléter de l'adresse de la mairie
Commission départementale des soins psychiatriques	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne
Contrôleur général des lieux de privation de liberté	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne

POUR UN RECOURS EN JUSTICE

Juge des libertés et de la détention	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne
Ordre des avocats	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne
Bureau d'aide juridictionnelle	à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne

Pour toute information complémentaire sur votre situation juridique et l'exercice de vos droits, vous pouvez vous adresser à votre médecin psychiatre, à l'équipe soignante, au bureau des entrées ou à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) au (numéro de téléphone – à compléter selon coordonnées disponibles sur le site internet de l'ARS Bretagne).