

Soins psychiatriques sans consentement relatifs aux lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013

Admission sur décision du directeur d'établissement

Ces 3 cas d'admission requièrent les conditions suivantes :

- La personne doit être atteinte de troubles mentaux
- Ces troubles rendent impossible son consentement
- Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une prise en charge à temps complet ou en ambulatoire

Admission à la demande d'un tiers
Art : L 3212.1 CSP

• **Demande d'admission manuscrite** par toute personne justifiant de relations avec le malade antérieures à la demande et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt.

➤ Voir le modèle de demande d'un tiers

• **2 certificats médicaux concordants circonstanciés datant de moins de 15 jours** le premier certificat ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Il doit être confirmé par un certificat d'un 2^e médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil.

➤ Voir le modèle de certificat médical « Admission à la demande d'un tiers »

Admission en cas d'urgence
Art : L 3212.3 CSP

• **Demande d'admission manuscrite** par toute personne justifiant de relations avec le malade antérieures à la demande et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt.

➤ Voir le modèle de demande d'un tiers

• En cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

• **1 certificat médical** émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement.

➤ Voir le modèle de certificat médical « Admission à la demande d'un tiers »

Admission en l'absence d'un tiers dite "péril imminent"
Art : L 3212-1 (II) CSP

• **Absence de tiers.** Impossibilité d'obtenir la demande d'un tiers (patient isolé, famille refusant d'intervenir).

• **1 certificat médical** d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

• Existence d'un **péril imminent** pour la santé de la personne, (la notion doit apparaître de manière circonstanciée dans le certificat).

• Le directeur de l'établissement d'accueil, au vu du certificat, informe la famille, le tuteur ou, à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade au plus tard dans les 24 h suivant l'admission.

Admission sur décision du représentant de l'État

Ces 2 cas d'admission requièrent les conditions suivantes :

- Personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins
- Atteinte à la sûreté des personnes ou de façon grave à l'ordre public

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
Art : L 3213-1 CSP

• **Décision d'admission par le représentant de l'État (Préfet)** dans le département, sur la base d'un certificat médical circonstancié et donnant lieu à un arrêté préfectoral valable 1 mois.

➤ Téléchargez le modèle d'arrêté d'admission par le Préfet sur le site de l'ARS

• **Le certificat médical émane d'un médecin** ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil.

➤ Voir le modèle de certificat médical « Hospitalisation sur décision des autorités »

Mesure provisoire déclenchée par le Maire
Art : L 3213-2 CSP

• **Décision d'admission faite par le maire valable 48 h**, prise sur la base d'un avis médical.

➤ Téléchargez le modèle d'arrêté d'admission provisoire par le Maire sur le site de l'ARS

• **1 avis médical**

• À charge pour le maire d'en référer dans les 24 h au préfet.

➤ Voir le modèle de certificat médical « Hospitalisation sur décision des autorités »

Modèles de demande d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et de certificats médicaux

Demande d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

La demande doit être manuscrite et accompagnée d'une photocopie de pièce d'identité (carte d'identité, permis de conduire, carte de séjour...).

Je soussigné(e), nom, prénom (et nom de jeune fille éventuellement) :

Né(e) le :

Profession :

Domicilié(e) à :

(N° et nature de la pièce d'identité)

Demande, conformément à l'article L 3212-1 du CSP et L 3212.3 du code de la santé publique et en qualité de :

L'hospitalisation à (nom et adresse de l'hôpital) :

De M. :

Né(e) le :

À :

Profession :

Domicilié(e) à :

N° et nature de la pièce d'identité :

Nature des relations ou degré de parenté :

Fait à :

Le :

Signature :

Certificat médical initial Admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers

Je soussigné(e) :

Docteur en Médecine :

Exerçant :

Certifie avoir examiné ce jour :

M. :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Son état mental présente à ce jour les particularités suivantes :

Ces troubles mentaux rendent impossible le consentement du patient. Cet état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une Hospitalisation complète continue selon l'article L 3212.1 du CSP ou L 3212.3 du CSP (risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient) ou L 3212.1 (II) du CSP (péril imminent, absence de tiers)

Fait à :

Le :

Signature (tampon)

Certificat médical Hospitalisation sur décision des autorités

Mode d'hospitalisation : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

**Art. L.3213.1 du CSP certificat et arrêté préfectoral
Art. L.3213.2 du CSP certificat et arrêté du maire**

Je soussigné(e) Docteur :

de la faculté de médecine de :

Certifie avoir examiné le :

M :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Son état mental présente à ce jour les particularités suivantes :

J'estime que les troubles mentaux de (*civilité, nom, prénom du patient*) nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public et que (*civilité, nom, prénom du patient*) doit être admis en soins psychiatriques à temps complet sur décision du représentant de l'État, conformément à l'article L 3213.1 ou L 3213.2 du code de la Santé Publique.

Fait à :

Le :

Signature (tampon)