

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

La demande doit être manuscrite et accompagnée d'une photocopie d'une 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 :
A :
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 :
Exercant :
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 L3212.1 du CSP ou L3212.3 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
Art L.3213.1 du CSP certificat et arrêté préfectoral
Art L.3213.2 du CSP certificat et arrêté du maire**

MODE D'HOSPITALISATION : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État
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 :

 Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU
290, route de Vienne
B.P. 8252 - 69355 Lyon Cedex 08
Tél : 04 37 90 10 10
Fax : 04 37 90 10 00

 arhm
FONDATION

**Les différentes modalités
de soins sans consentement
en psychiatrie**

**Loi du 5 juillet 2011
Loi du 27 septembre 2013**

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez vous adresser au service des hospitalisations

 Centre hospitalier
SAINT JEAN DE DIEU

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

Admission à la demande d'un tiers Art : L3212.1 CSP	Admission en cas d'urgence Art : L 3212.3 CSP	Admission en l'absence d'un tiers dite "péril imminent" Art : L 3212-1 (II) CSP	Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État Art : L 3213-1 CSP	Mesure provisoire déclenchée par le Maire Art : L. 3213-2 CSP
<ul style="list-style-type: none"> ● 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 modèle de certificat au dos ● 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 deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil. → voir modèle de certificat au dos 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 modèle de certificat au dos ● 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 modèle de certificat au dos 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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 a défaut toute personne justifiant de l'existence de relations avec le malade au plus tard dans les 24h suivant l'admission. 	<ul style="list-style-type: none"> ● 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. ● Le certificat médical émane d'un médecin ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil. → voir modèle de certificat au dos 	<ul style="list-style-type: none"> ● Décision d'admission faite par le maire valable 48h, prise sur la base d'un avis médical ● 1 avis médical ● A charge pour le maire d'en référer dans les 24h au préfet. → voir modèle de certificat au dos
ADMISSION SUR DECISION DU DIRECTEUR			ADMISSION SUR DECISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT	
<p>Conditions d'admission communes aux 3 mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 			<p>Conditions d'admission communes aux 2 mesures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins ● Atteinte à la sûreté des personnes ou de façon grave à l'ordre public 	