



Hôpital :

Notification à un patient de la décision de lui imposer des soins psychiatriques au titre de l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique¹, ainsi que de ses droits, garanties et voies de recours

A COMPLETER PAR L' HOPITAL

Date et heure de début de la prise en charge :

Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement :

- à la demande d'un tiers
- en cas de péril imminent
- à la demande d'un tiers en urgence
- sur décision du représentant de l'Etat
- sur décision judiciaire

Nature de la décision prise :

- admission
- maintien
- modification de la forme de prise en charge

Forme de la prise en charge :

- hospitalisation complète
- programme de soins

¹ Cet article dispose notamment que toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte doit être informée :

a) le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, ainsi que des raisons qui motivent ces décisions ;
b) dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées ci-dessus, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes.

Madame, Monsieur,

En raison de votre état de santé, il a été décidé de vous soigner contre votre gré pour troubles psychiatriques. L'équipe hospitalière vous en a expliqué les raisons médicales et un échange a eu lieu vous permettant de faire valoir vos observations.

1. VOTRE SITUATION JURIDIQUE :

Il s'agit d'une décision² : initiale
 de maintien
 de modification de la forme de prise en charge

émanant :

- du directeur de (*nom de l'hôpital*), prise à la demande d'un tiers³
- du directeur de (*nom de l'hôpital*) constatant une situation de péril imminent
- du directeur de (*nom de l'hôpital*), prise en urgence à la demande d'une personne de votre connaissance qui l'a sollicitée, dans votre intérêt
- du préfet du département (ou de son représentant)
- du maire de.....
- d'une juridiction pénale

Un certificat médical⁴, établi le.....par le Dr....., atteste en effet que les troubles mentaux que vous présentez :

- rendent nécessaires des soins immédiats, assortis d'une surveillance médicale constante, sous forme d'une hospitalisation complète (à temps complet)
- rendent nécessaires votre prise en charge sous la forme d'un programme de soins

C'est pourquoi ces soins vous sont imposés, selon des modalités qui vont restreindre certaines de vos libertés individuelles.

La décision fixant votre situation juridique pendant ces soins :

- est jointe à la présente notification
- vous sera transmise dans les meilleurs délais.

Le cas échéant :

Nous avons bien pris note que vous bénéficiez d'une mesure de tutelle et que votre tuteur est : (*nom, prénom, adresse, téléphone*).....
.....
.....

² Cocher selon la nature de la décision

³ Le tiers est, au sens de la loi, un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.

⁴ En cas de décision judiciaire, il s'agira d'une expertise psychiatrique.

2. VOS DROITS :

Dans ces circonstances, il est important que vous connaissiez vos droits.

Vous avez notamment la possibilité de :

- communiquer avec le préfet du département (ou son représentant), avec le président du Tribunal de grande instance (ou son délégué), avec le procureur de la République, avec le maire de(*commune sur le territoire de laquelle est implanté l'hôpital*) (ou son représentant).
- saisir la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) de l'hôpital ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (*coordonnées*) des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- prendre le conseil d'un médecin ou d'un avocat de votre choix ;
- émettre ou recevoir des courriers ;
- consulter le règlement intérieur de l'hôpital et recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- exercer votre droit de vote ;
- avoir les activités religieuses ou philosophiques de votre choix.

Voir aussi la brochure « Vous êtes hospitalisé sans votre consentement à l'hôpital.....vos droits, garanties et voies de recours » au sein de laquelle vous trouverez toutes les adresses utiles.

3. VOS GARANTIES ET VOS VOIES DE RECOURS

Il vous est possible, à tout moment, de contester la régularité et le bien fondé de cette décision :

- devant le juge des libertés et de la détention du Tribunal de grande instance de⁵
- si vous êtes hospitalisé à temps complet du fait de cette décision, à l'occasion du contrôle systématique qui en sera obligatoirement effectué par un juge des libertés et de la détention, selon le cas sur l'initiative du directeur de l'hôpital ou sur celle du préfet du département ou de son représentant⁶.

En application de la loi⁷, votre prise en charge ne pourra en effet se poursuivre en hospitalisation complète (à temps complet), contre votre gré, sans que ce juge n'ait statué sur la décision de soins qui vous est imposée :

- dans un délai de 12 jours⁸ en cas d'admission initiale
- dans un délai de 6 mois pour les autres cas.

* * *

⁵ Cette contestation sera effectuée sur le fondement de l'article L. 3211-12 du Code de la santé publique, qui est applicable à toute mesure de soins psychiatriques sous contrainte, quelle qu'en soit la forme.

⁶ Sur le fondement des articles L. 3211-12-1 du Code de la santé publique

⁷ Art. L. 3211-12-1 du Code de la santé publique

⁸ Ceci vaut pour tous les cas d'admission ainsi que pour les réadmissions prononcées suite à une modification de la prise en charge, sauf pour les admissions décidées par un juge

D'une manière générale, pour préciser tant les modalités de votre séjour et de vos soins que vos droits, vos garanties et vos voies de recours, le personnel de l'hôpital est à votre disposition, chacun pouvant vous renseigner dans le domaine de ses compétences.

Il pourra vous indiquer, si vous en faites la demande, de quelle façon vous pouvez exercer vos voies de recours, en vous précisant les coordonnées des personnes et services concernés et les procédures.

Il vous est possible de mentionner ici librement vos observations, si vous le souhaitez (ou sur une feuille blanche attachée à la présente notification) :.....
.....
.....
.....
.....

Le.....à.....

- Je soussigné (agent, qualité) atteste
- avoir notifié à Mme/M.....la présente décision,
 - l'avoir informé de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours
 - lui avoir remis une copie du présent document en application de l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique,
 - lui avoir remis une copie de la décision.

Date et heure, signature de l'agent ayant notifié ses droits au patient

Signature du patient attestant avoir pris connaissance de sa situation et de ses droits

L'obligation d'information incombe à un membre de l'équipe pluridisciplinaire qui prend en charge le patient : psychiatre, médecin, membre de l'équipe soignante, membre du personnel administratif (ex. : personnel de direction) préalablement formé dans cette perspective.