



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 publique<sup>1</sup>, 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

<sup>1</sup> 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 décision<sup>2</sup> :  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 tiers<sup>3</sup>
- 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 médical<sup>4</sup>, 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. VOS DROITS, GARANTIES ET VOIES DE RECOURS :**

Ils sont exposés dans la brochure « *Vous êtes hospitalisé sans votre consentement à l'hôpital.....vos droits, garanties et voies de recours* », qui vous a été remise et dont vous pouvez également demander un exemplaire à tout moment au cours de votre séjour.

<sup>2</sup> Cocher selon la nature de la décision

<sup>3</sup> 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.

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

\* \* \*

***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 (une brochure vous a été remise)
- 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.*