

SOINS PSYCHIATRIQUES SOUS CONTRAINTE

MODELES CERTIFICATS

ET

DEMANDES DE TIERS

A L'USAGE DES

MEDECINS

*n'exerçant pas dans un établissement
autorisé à admettre en soins sans
consentement*

Attention, à partir du 1^{er} Septembre 2014, tous les patients hospitalisés en soins sous contraintes continue pour une durée > ou = à 12 jours sont assistés ou représentés par un avocat.

Le non respect des mentions obligatoires devant figurer sur les certificats ou demande de tiers entraînera de fait la levée de la mesure, donnant ainsi la possibilité au patient de quitter l'hôpital.

Ce livret est là pour vous aider, et éviter que nous vous dérangions à postériori pour régulariser un certificat.

*Nous restons à votre disposition au **04 74 52 29 14** ou **gap@cpa01.fr** du lundi au vendredi de 8h00 à 17h00 pour répondre à vos questions et vous fournir un fichier téléchargeable.*

En dehors de ces horaires, vous pouvez contacter le cadre supérieur de coordination au 04 74 52 24 24.

Les certificats doivent être obligatoirement dactylographiés pour les mesures SPDRE, et peuvent être manuscrits pour les SPDT.

Vous avez aussi la possibilité d'imprimer ce document et de les sauvegarder sur vos propres systèmes informatiques afin que vous puissiez en disposer.

Si toutefois vous deviez les rédiger de façon manuscrite, merci de bien vouloir ajouter la mention « Dans l'impossibilité de dactylographier en y précisant la cause » tel que prévu par le législateur.

Attention à ce que l'orthographe de l'identité soit strictement conforme à la carte d'identité.

En cas de doute, ou d'absence de justificatif d'identité, vous pouvez indiquer : « dit s'appeler..... »

1- Admission en Soins Psychiatrique à la demande d'un tiers :
Articles Code Santé Publique 3212-1-II-1, 3212-1-II-2 & 3212-3

Attention, si vous utilisez l'hospitalisation selon l'article 3212-1-II-2, parce que vous n'avez pas de tiers, il vous faut impérativement nous remplir la « fiche de traçabilité des tiers contactés » et nous la transmettre

□ Procédure classique :Article 3212-1-II-1

- Contexte :

SOINS SOUS CONTRAINTE SUR DECISION DU DIRECTEUR

SELON ARTICLE 3212.1-II-1

REDIGE PAR UN MEDECIN N'APPARTENANT PAS AU CPA

Nécessité d'une demande de tiers avec un tiers connu au moment de la rédaction du 1er certificat & nécessité d'un 2ième certificat établi par un médecin.

- Le certificat :

Modèle de certificat destiné à un médecin n'exerçant pas au CPA et datant de moins de 15 jours.

- La demande de tiers doit être intégralement rédigée manuellement et datée du jour de l'hospitalisation.

CERTIFICAT D'ADMISSION SELON L'ARTICLE 3212-1-II-1

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom).....

Docteur en médecine,

Domicilié : (adresse précise du lieu d'exercice).....

Certifie avoir examiné le.....

A : (indiquer ici le lieu domicile, voie publique, gendarmerie, mairie.....)

M.... NOM :..... Prénom :.....

(Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité.)

Né le : à

Exerçant la profession de :.....

Domicilié(e) :.....

Qui présente l'état de santé suivant :(diagnostic et description détaillée des faits)

.....

.....

Ces troubles rendent impossible son consentement et nécessitent des soins assortis d'une surveillance constante dans un établissement spécialisé selon les dispositions de l'article 3212-1-II-1 du code de la santé public, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ième degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil

TAMPON

Date+heure+ Signature :

MODELE DE REDACTION DE DEMANDE DE TIERS
AVEC UN TIERS CONNU
DANS LE CADRE DE LA PROCEDURE CLASSIQUE
ARTICLE 3212-1-II-1

Contexte : Nécessité d'une demande de tiers et d'un 2ième certificat établi par un médecin.

**Formulaire à recopier entièrement manuellement, en y joignant la
photocopie de la carte d'identité ou du passeport du demandeur de
l'hospitalisation et le jugement de protection si patient sous tutelle ou
curatelle.**

Pour information : Outre un directeur d'établissement (ou un agent habilité par délégation expresse), seul le maire ou le commissaire de police peuvent rédiger une demande de tiers pour les personnes ne pouvant ou ne sachant pas écrire.

Le tiers demandeur doit attester de connaissances antérieures à l'hospitalisation pour que sa demande soit conforme à la loi.

Je soussigné(e)

- Nom :....
 - Prénom :.....
 - Date de naissance : ... Lieu de naissance :....
 - Domicilié(e) : (adresse précise : n°, Rue, code postal, ville)
 - Numéro de téléphone : Mail :
 - Carte d'Identité numéro délivrée le par la Préfecture de
 - Agissant en qualité de (lien de parenté ou « en l'absence de tout membre de famille joignable et dans l'intérêt de »)
- Demande l'admission à Monsieur le Directeur du Centre Psychothérapique de l'Ain, au titre de l'article **L3212-1-II-1** du code de la santé publique de :

- Nom :....
- Prénom :.....
- Date de naissance : ... Lieu de naissance :....
- Domicilié(e) : (adresse précise : n°, Rue, code postal, ville)
- Numéro de téléphone :
- Carte d'Identité numéro délivrée le par la Préfecture de

Fait pour valoir ce que de droit,

A

Le (date de l'hospitalisation)

Signature

D
E
M
A
N
D
E
U
R

P
A
T
I
E
N
T

□ Procédure dite de **procédure d'urgence** : article 3212-3

- Contexte :

SOINS SOUS CONTRAINTE SUR DECISION DU DIRECTEUR

SELON ARTICLE 3212.3

REDIGE PAR UN MEDECIN APPARTENANT OU PAS AU CPA

Attention à ce que l'orthographe de l'identité soit conforme à la carte d'identité.

Contexte : Situation de péril imminent pour la sûreté de la personne avec un tiers disponible. Un certificat d'admission nécessaire.

Nécessité d'une demande de tiers avec un tiers connu au moment de la rédaction du 1er certificat & nécessité d'un 2ième certificat établit par un médecin.

- Le certificat horodaté :

Modèle de certificat destiné à un médecin exerçant ou n'exerçant pas au CPA daté du JOUR DE L'HOSPITALISATION .

Ce certificat n'est valable que le jour même

CERTIFICAT D'ADMISSION SELON L'ARTICLE 3212-3

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom).....

Docteur en médecine,

Domicilié : (adresse précise du lieu d'exercice).....

Certifie avoir examiné le.....

A : (indiquer ici le lieu domicile, voie publique, gendarmerie, mairie.....)

M.... NOM :..... Prénom :.....

Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité.

Né le : à

Exerçant la profession de :.....

Domicilié(e) :.....

Qui présente l'état de santé suivant :(diagnostic et description détaillée des faits)

.....
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement et nécessitent des soins assortis d'une surveillance constante dans un établissement spécialisé selon les dispositions de l'article 3212-3 du code de la santé public, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4^{ième} degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil

TAMPON

Date+heure+ Signature :

MODELE DE REDACTION DE DEMANDE DE TIERS

AVEC UN TIERS SI RISQUE GRAVE A L'INTEGRITE DU PATIENT ARTICLE 3212-3

Formulaire à recopier entièrement manuellement, en y joignant la photocopie de la carte d'identité ou du passeport du demandeur de l'hospitalisation et le jugement de protection si patient sous tutelle ou curatelle.

Outre un directeur d'établissement (ou un agent habilité par délégation expresse), seul le maire ou le commissaire de police peuvent établir une demande de tiers pour les personnes ne pouvant ou ne sachant pas écrire.

Le tiers demandeur doit attester de connaissances antérieures à l'hospitalisation pour que sa demande soit conforme à la loi.

Je soussigné(e)

D
E
M
A
N

- Nom :....
 - Prénom :.....
 - Date de naissance : ... Lieu de naissance :....
 - Domicilié(e) : (adresse précise : n°, Rue, code postal, ville)
 - Numéro de téléphone : Mail :
 - Carte d'Identité numéro délivrée le par la Préfecture de
 - Agissant en qualité de (*lien de parenté ou « en l'absence de tout membre de famille joignable et dans l'intérêt de »*)
- Demande l'admission à Monsieur le Directeur du Centre Psychothérapique de l'Ain, au titre de l'article **L3212-3** du code de la santé publique de :

P
A
T
I

- Nom :....
- Prénom :.....
- Date de naissance : ... Lieu de naissance :....
- Domicilié(e) : (adresse précise : n°, Rue, code postal, ville)
- Numéro de téléphone :
- Carte d'Identité numéro délivrée le par la Préfecture de

Fait pour valoir ce que de droit,

A

Le (date de l'hospitalisation)

Signature

□ Procédure dite de péril imminent : article 3212-1-II-2 (sans tiers)

- Contexte :

SOINS SOUS CONTRAINTE SUR DECISION DU DIRECTEUR

SELON ARTICLE 3212.1-II-2

REDIGE PAR UN MEDECIN N'APPARTENANT PAS AU CPA

Attention à ce que l'orthographe de l'identité soit conforme à la carte d'identité.

Contexte : Situation nécessitant des soins contraints sans tiers disponible ou acceptant de l'être au moment de l'admission. Un certificat d'admission nécessaire.

Obligation de joindre au certificat la fiche de traçabilité de recherche de tiers.

- Le certificat :

Modèle de certificat destiné à un médecin n'exerçant pas au CPA du jour de l'hospitalisation

CERTIFICAT D'ADMISSION SELON L'ARTICLE 3212-1-II-2

**MODELE CERTIFICAT SOINS SOUS CONTRAINTE
SUR DECISION DU DIRECTEUR**

SANS TIERS

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom).....

Docteur en médecine,

Domicilié : (adresse précise du lieu d'exercice).....

Certifie avoir examiné le..... à heures.....

A : (indiquer ici le lieu domicile, voie publique, gendarmerie, mairie.....)

M.... NOM :..... Prénom :.....

(Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité.)

Né le : à

Exerçant la profession de :.....

Domicilié(e) :.....

Qui présente l'état de santé suivant :(diagnostic et description détaillé des faits)

.....

.....

Ces troubles rendent impossible son consentement et nécessitent des soins assortis d'une surveillance constante dans un établissement spécialisé selon les dispositions de l'article 3212-1-II-2 du code de la santé public, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ième degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil

TAMPON

Date+heure+ Signature :

SPDT Péril Imminent
Article 3212-1-II-2 du code de la santé publique

Fiche de traçabilité de la recherche de tiers
Document à joindre obligatoirement au certificat initial d'admission

Date d'arrivée aux urgences : / / Heure d'arrivée : h mn

Date de la mesure : / / Heure début mesure : h mn

1- Identité du patient :

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Situation familiale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tel : Mail :

Personne accompagnant le patient aux urgences : OUI NON

Si oui, identité de la personne :

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance :
Situation familiale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tel : Mail :

Le patient a-t-il de la famille ? : OUI NON

Si oui, coordonnées :

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom :
Situation familiale :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tel : Mail :

Identité	Lien	Tel	Refus tracé être tiers demandeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le patient est-il sous mesure de protection ? : OUI NON, si oui :

Sauvegarde de justice Curatelle Simple Curatelle renforcée Tutelle

Coordonnées :

Date :

Signature du service d'urgence ou du médecin

2- Admission en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état selon les articles 3213-1 & 3213-2

- Procédure dite Préfectorale : C'est le Préfet qui demande directement l'admission en soins contraints selon l'article 3213-1

- Contexte :

Nécessité de soins contraints pour risques graves de troubles à l'ordre public

REDIGE PAR UN MEDECIN N'EXERCANT PAS AU SEIN L'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL (dans l'Ain CPA)

Attention suite à jurisprudence :

Article 3213-1 seulement : Le certificat médical peut être rédigé par un médecin non psychiatre du CPA (Jurisprudence) ou par un médecin thésé n'appartenant pas au CPA

Attention à ce que l'orthographe de l'identité soit strictement conforme à la carte d'identité.

En cas de doute, ou d'absence de justificatif d'identité, vous pouvez indiquer : « dit s'appeler..... »

Merci d'appeler le CPA au 04 74 52 24 24, de faxer le certificat et éventuellement l'arrêté municipal si cela est le cas, l'original devant arriver de préférence sous enveloppe en même temps que le patient. Cet envoi peut se faire par courrier le jour même.

CERTIFICAT D'ADMISSION SELON L'ARTICLE 3213-1

(sans arrêté municipal)

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom).....

Docteur en médecine,

Domicilié : (adresse précise du lieu d'exercice).....

Certifie avoir examiné le..... à heures

A : (indiquer ici le lieu domicile, voie publique, gendarmerie, mairie.....)

M.... NOM :..... Prénom :.....

(Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité.)

Né le : à

Exerçant la profession de :.....

Domicilié(e) :.....

Qui présente l'état de santé suivant :(diagnostic et description détaillé des faits)

Ces troubles rendent impossible son consentement et nécessitent des soins assortis d'une surveillance dans un établissement spécialisé selon les dispositions de l'article 3213-1 du code de la santé public, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ième degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil

TAMPON

Date+heure+ Signature :

□ *Procédure dite Municipale: C'est le Maire qui demande l'admission en soins contraints selon l'article 3213-2, le Préfet devant la confirmer*

CERTIFICAT D'ADMISSION SELON L'ARTICLE 3213-2

(avec arrêté municipal)

Je soussigné(e), Docteur (Nom, Prénom).....

Docteur en médecine,

Domicilié : (adresse précise du lieu d'exercice).....

Certifie avoir examiné le..... à heures

A : (indiquer ici le lieu domicile, voie publique, gendarmerie, mairie.....)

M.... NOM :..... Prénom :.....

(Attention à ce que l'orthographe soit conforme à la carte d'identité).

Né le : à

Exerçant la profession de :.....

Domicilié(e) :.....

Qui présente l'état de santé suivant :(diagnostic et description détaillé des faits)

Ces troubles rendent impossible son consentement et nécessitent des soins assortis d'une surveillance dans un établissement spécialisé selon les dispositions de l'article 3213-2 du code de la santé public, dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ième degré, ni du confrère certificateur, ni du patient, ni de la personne demandant l'hospitalisation, ni du directeur de l'établissement d'accueil

TAMPON

Date+heure+ Signature :