

Hôpital :

## DECISION DE MAINTIEN DES SOINS PSYCHIATRIQUES POUR UNE DUREE D'UN MOIS

**Le directeur de l'établissement de santé** ou son représentant ...

**VU** le code de la santé publique, notamment les articles L. 3211-2-1, L. 3211-2-2 et L. 3212-1 et suivants et notamment l'article L. 3212-7 ;

**VU** la décision d'admission en soins psychiatriques en date du... de :

M, Mme, Mlle.....

Né le ..... à .....

Adresse .....

Vu la décision de maintien en soins psychiatriques du...

**VU** le certificat médical [*certificat de huitaine ou certificat mensuel*] en date du..., établi, après recueil des observations du patient, par le docteur..., psychiatre de l'établissement d'accueil, proposant le maintien de la mesure et de la forme de la prise en charge concernant M... [*le psychiatre peut aussi à l'occasion du certificat mensuel proposer une modification de la prise en charge*]

**[le cas échéant]** **VU** le programme de soins joint à ce certificat ;

**CONSIDERANT** que dans ce certificat le docteur ... , psychiatre de l'établissement d'accueil, a conclu que l'évolution des troubles mentaux de M... permet la poursuite des soins psychiatriques pour une durée d'un mois

*Soit dans les mêmes conditions de prise en charge*

*Soit sous une autre forme qu'en hospitalisation complète, définie par le programme de soins ci-joint ;*

*Soit sous la forme d'une hospitalisation complète (certificat médical joint à la présente décision)*

NB Choisir la ou les mentions utiles

### DECIDE

**Article 1** – M. ... est maintenu en soins psychiatriques et pris en charge, à compter de ce jour, sous la forme et les modalités définies dans le programme de soins ci-joint. [*à adapter selon la forme et les modalités de prise en charge*]

**Article 2** – Sous réserve de la levée de la mesure de soins psychiatriques par le directeur ou par le juge des libertés ou de la détention, la présente décision de prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète sur la base du programme de soins joint à la présente décision demeure valable tant qu'une autre forme de prise en charge ne lui est pas substituée par décision préfectorale prise sur proposition médicale sur la base d'un nouveau programme de soins. [*à adapter selon la forme et les modalités de prise en charge*]

**[le cas échéant si la personne n'est pas en hospitalisation complète]** **Article 3** – En cas de nécessité, la prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète peut faire l'objet d'une décision du directeur sur la base d'une proposition médicale en application des dispositions de l'article L.3211-11

**Article 4** Le directeur de l'établissement de santé est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée à M...

**Article 5** - Les voies de recours sont les suivantes :

- concernant LA REGULARITE FORMELLE (pour en demander l'annulation) : devant le tribunal administratif (*TA dans le ressort duquel est située la commune de résidence du patient*) dans le délai de deux mois à compter de la notification de la présente décision.

- concernant LE BIEN-FONDE DE LA MESURE (pour demander qu'il y soit mis fin) : devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de (*TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé*).

- La commission départementale des soins psychiatriques, saisie par courrier adressé à son président (*adresse de la CDSP*), peut demander la levée de la mesure de soins psychiatriques au directeur de l'établissement de santé.

Fait à..., le...