

Hôpital

**Notification à un patient de la décision de lui imposer des soins psychiatriques
ainsi que de ses droits, garanties et voies de recours
(article L. 3211-3 CSP)
(SDT, SPI, SDRE ou SDJ)**

- 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

Mme/ M ,

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 :
- initiale d'admission
 - de maintien
 - de modification de la forme de prise en charge

émanant :

- du directeur de , prise à la demande d'un tiers¹
- du directeur de constatant une situation de péril imminent
- du directeur de , 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, 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) ou
- 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)

¹ 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.

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 usagers (CDU) de l'hôpital ;
- porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) 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.

3. VOS GARANTIES ET 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 de
- 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 représentant. En application de la loi, 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 jours en cas d'admission initiale ou ultérieurement tous les 6 mois.

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) :

<p>A <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Je soussigné (agent, qualité) atteste</p> <p><input type="checkbox"/> avoir notifié à M./Mme <input type="text"/> la présente décision,</p> <p><input type="checkbox"/> l'avoir informé de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours (une brochure lui a été remise)</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie du présent document</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie de la décision.</p>	<p>Signature de l'agent ayant notifié ses droits au patient</p> <p><input type="text"/></p> <p>Signature du patient attestant avoir pris connaissance de sa situation et de ses droits</p> <p><input type="text"/></p>
---	--

<p><u>Le cas échéant :</u></p> <p><input type="checkbox"/> M./Mme <input type="text"/></p> <p>A refusé de signer la présente notification que nous lui avons remise en mains propres.</p> <p>Une copie de la décision a été remise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> M. /Mme <input type="text"/></p> <p>n'a pas souhaité se voir remettre ces documents (décision, notification, brochure « droits des patients »)</p>	<p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p> <p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p>
--	---

<p><u>Le cas échéant :</u></p> <p>A <input type="text"/> le <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> L'état du patient ne lui permet pas de prendre connaissance et de recevoir en mains propres la présente notification, ce qui sera effectué dès que son état le permettra</p>	<p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p> <p>Nom, prénom, qualité et signature de l'agent :</p> <p><input type="text"/></p>
--	---

<p><u>Lorsque l'état du patient le permet :</u></p> <p>A <input type="text"/> le <input type="text"/></p> <p>Je soussigné (agent, qualité) atteste</p> <p><input type="checkbox"/> avoir notifié à Mme/M <input type="text"/> la présente décision,</p> <p><input type="checkbox"/> l'avoir informé de sa situation juridique, de ses droits, garanties et voies de recours (une brochure lui a été remise)</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie du présent document</p> <p><input type="checkbox"/> lui avoir remis une copie de la décision.</p>	<p>Signature de l'agent ayant notifié ses droits au patient</p> <p><input type="text"/></p> <p>Signature du patient attestant avoir pris connaissance de sa situation et de ses droits</p> <p><input type="text"/></p>
--	--