

Hospitalisation sur décision du directeur

Le médecin certificateur ne peut appartenir à l'établissement d'accueil dans les cas suivants :

- Premier certificat SDT classique
- Certificat de mise en Soins Péril Imminent

Demande de tiers

Le tiers est une personne ayant un lien d'antériorité avec le patient lui donnant qualité pour agir dans son intérêt.

La demande doit être manuscrite, accompagnée d'une pièce d'identité et contenir les informations suivantes :

Je soussigné(e),

Nom Prénom

né(e) le Profession

Demeurant

demande conformément à l'article L.3212-1 du code de la santé publique et en qualité de

l'hospitalisation à l'EPSM de l'agglomération lilloise de :

Nom Prénom

né(e) le Profession

Demeurant

dont j'atteste l'identité

Fait le à

Signature (tampon)

Hospitalisation sur Décision du Représentant de l'État

SDRE

Patient dont les troubles nécessitent des soins et compromettent ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

- un arrêté préfectoral ou en cas de danger immédiat un arrêté municipal
- le Procès verbal de police (le cas échéant)
- un certificat médical circonstancié décrivant les troubles en lien avec l'atteinte à la sureté des personnes selon le modèle suivant :

Je soussigné(e)

Docteur en médecine

lieu d'exercice

certifie avoir examiné ce jour :

Nom Prénom

né(e) le Demeurant

Il présente les symptômes suivants (descriptif) :

.....

Son comportement révèle des troubles manifestes présentant un danger imminent pour la sécurité des personnes (et/ou compromettant l'ordre public). En conséquence, j'estime qu'il doit être hospitalisé dans un établissement régi par l'article L.3222-1 du code de la santé publique selon la procédure de soins sur décision du représentant de l'état (article L.3213-1 Pour l'arrêté préfectoral ou L.3213-2 du code de la santé publique pour le municipal).

Fait le à

Signature (tampon)

Les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie

eps
de l'agglomération lilloise

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez vous adresser au service « **Accueil et admissions** »

Clinique de psychiatrie de Lille - Site de Saint-André
1 rue de Lommelet, 59350 Saint-André-lez-Lille
T : 03 20 63 76 00 // F : 03 20 63 76 82

Hôpital Lucien Bonnafé
140 rue de Charleroi, 59100 Roubaix
T : 03 28 32 50 10 // F : 03 28 32 50 11

Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission
2 rue Desaix, 59000 Lille
T : 03 59 35 28 61 // F : 03 59 35 28 69

EPSM de l'agglomération lilloise
BP 4 - 59871 Saint-André-lez-Lille
www.eps-sm-al.fr

Modes d'hospitalisation sans consentement sur décision du directeur du centre hospitalier

Patient dont les troubles observés rendent impossible le consentement et nécessitent des soins immédiats

SDT

Soins psychiatriques
à la Demande d'un Tiers

- Demande d'hospitalisation d'un tiers (famille, ami, tuteur, curateur,...)
- Deux certificats médicaux horodatés circonstanciés de moins de 15 jours démontrant la nécessité d'une période d'observation et l'impossibilité d'un consentement selon le modèle suivant :

ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT À LA DEMANDE D'UN TIERS

Je soussigné(e)
Docteur en médecine
lieu d'exercice
certifie avoir examiné ce jour :
Nom Prénom
né(e) le Demeurant
Il présente les symptômes suivants (descriptif) :
.....

Ces troubles rendent impossible son consentement.
J'estime donc que l'état mental du patient impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier dans un établissement défini par l'article L.3222-1, en application de l'**article L.3212-1 II 1°** du code de la santé publique.
J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 4^e degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement d'accueil, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser.

Fait le à Heure
Signature (tampon)

SDTU

Soins psychiatriques à la Demande
d'un Tiers - Procédure d'Urgence

- Demande d'hospitalisation d'un tiers (famille, ami, tuteur, curateur,...)
- Un certificat circonstancié horodaté du jour caractérisant la notion d'urgence et de risque grave à l'intégrité du patient selon le modèle suivant :

ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT À LA DEMANDE D'UN TIERS - PROCEDURE D'URGENCE

Je soussigné(e)
Docteur en médecine
lieu d'exercice
certifie avoir examiné ce jour :
Nom Prénom
né(e) le Demeurant
Il présente les symptômes suivants (descriptif) :
.....

Il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade et les troubles observés rendent **impossible son consentement**.
En conséquence, j'estime que son état mental impose des **soins immédiats, en urgence**, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier dans un établissement défini par l'article L.3222-1, en application de l'**article L.3212-3** du code de la santé publique.
J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement d'accueil, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser.

Fait le à **Heure**
Signature (tampon)

SPI

Soins en Péril Imminent

- Absence de demande de tiers
- Un certificat circonstancié du jour horodaté caractérisant la notion de péril imminent et l'impossibilité de trouver un tiers selon le modèle suivant :

ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT SANS TIERS EN PERIL IMMINENT

Je soussigné(e)
Docteur en médecine
lieu d'exercice
certifie avoir examiné ce jour :
Nom Prénom
né(e) le Demeurant
Il présente les symptômes suivants (descriptif) :
.....

Il s'avère impossible d'obtenir la demande d'un tiers.
Or les troubles observés rendent **impossible le consentement** du patient et représentent **un péril imminent pour sa santé**.
Par conséquent, j'estime que son état mental impose des soins immédiats, assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier dans un établissement défini par l'article L.3222-1, en application de l'**article L.3212-1-II 2°** du code de la santé publique.
J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 4^{ème} degré inclusivement avec le Directeur de l'établissement d'accueil, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser.

Fait le à **Heure**
Signature (tampon)