

# Annexe 1 : certificat médical SPDT

## ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS - PROCEDURE NORMALE -

Article L.3212-1-II-1\* du code de la Santé Publique - (2 certificats sont obligatoires)



### PREMIER CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e) (1)....., docteur en Médecine,  
Fonction /adresse professionnelle.....  
Certifie avoir examiné (2) M.....  
Né (e) le .....  
Domicilié (e).....  
Et avoir constaté (3).....  
.....  
.....  
.....

J'atteste que :

- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement.
- Son état mental impose des soins psychiatriques immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante dans un établissement de santé mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé Publique

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement du médecin établissant le second certificat ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni du directeur de l'établissement de santé accueillant ce malade, ni du patient à admettre en soins.

Fait à ....., le.....à.....h

Nom et Signature du médecin

(1) Nom du médecin

(2) Nom, prénom du patient

(3) La rédaction doit être circonstanciée. Il est donc nécessaire que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présents. Par application de l'article L ;3212-1 II 1\* alinéa 4 du code de la santé Publique, le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin doit également préciser que les troubles rendent impossible son consentement.

# Annexe 2 : Lettre de tiers

## DEMANDE D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS Article L. 3212-1 et L. 3212-3 du code de la Santé Publique



Je soussigné(e)..... âgé (e) de .....ans  
Exerçant la profession de .....  
Demeurant à .....  
Agissant en qualité de .....  
Sollicite l'admission au Centre Hospitalier .....  
De mon / de ma (lien de parenté avec le malade).....

NOM et Prénoms.....  
Né(e) le.....  
Nationalité.....  
Domicile.....  
Profession.....

Formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques sans consentement (ces mentions doivent être obligatoirement manuscrites) :

A recopier : demande conformément à l'article L. 3212-1 ou L. 3212-3 du code de la Santé Publique et en accord avec les conclusions médicales, l'admission au sein de l'hôpital.

Ci-joint :

- Deux certificats médicaux délivrés par :  
Le docteur ..... Exerçant à .....  
Le docteur ..... Exerçant à .....
- Photocopie d'une pièce justifiant l'identité :  
Du demandeur  
De la personne hospitalisée

Fait à..... le .....

signature

Pour une personne ne sachant ni lire ni écrire, la demande est reçue par le Maire ou le directeur d'établissement autorisé qui en donne acte (article R. 3212-1 du code de la Santé Publique)

Signature et qualité de la personne prenant acte de la demande ou de son délégataire

## Annexe 3 : certificat médical STU

**ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS  
- PROCEDURE D'URGENCE -  
Article L.3212-3 du code de la Santé Publique**



### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e) (1)....., docteur en Médecine,  
Fonction /adresse professionnelle.....  
Certifie avoir examiné (2) M.....  
Né (e) le .....  
Domicilié (e).....  
Et avoir constaté (3).....  
.....  
.....

J'atteste que :

- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- Son état de santé présente un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade,
- Son état mental impose des soins psychiatriques immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante dans un établissement de santé mentionné à l'article L.3222-1 du code de la santé Publique

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec l'auteur de la demande d'admission, ni du directeur de l'établissement de santé accueillant ce malade ni du patient à admettre en soins.

Fait à ....., le.....à.....h

Nom et Signature du médecin

(1) Nom du médecin

(2) Nom, prénom du patient

(3) La rédaction doit être circonstanciée. Il est donc nécessaire que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés. Le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril. Le médecin doit également préciser que les troubles rendent impossible son consentement.

## Annexe 4 : certificat médical SPI

**ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES POUR PERIL IMMINENT  
Article L.3212-1-II-1\* du code de la Santé Publique**



### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e) (1)....., docteur en Médecine,  
Fonction /adresse professionnelle.....  
Certifie avoir examiné (2) M.....  
Né (e) le .....  
Domicilié (e).....  
Et avoir constaté (3).....  
.....  
.....

J'atteste que :

- Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- Son état de santé présente un péril imminent pour la santé de la personne.

En l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers dans les conditions prévues par la loi, l'état de santé de M. .... impose des soins psychiatriques immédiats en application de l'article L. 3212-1-II-2 du code de la Santé Publique.

Je déclare sur l'honneur n'être ni parent ni allié au 4ème degré inclusivement avec le directeur de l'établissement de santé accueillant ce malade ni du patient à admettre en soins.

Fait à ....., le.....à.....h

Nom et Signature du médecin

(1) Nom du médecin

(2) Nom, prénom du patient

(3) La rédaction doit être circonstanciée. Il est donc nécessaire que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés. Par application de l'article L ;3212-1 II 1\* alinéa 4 du code de la santé Publique, le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin doit également préciser que les troubles rendent impossible son consentement.

## Annexe 5 : certificat médical SDRE

**ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES  
SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT**  
*Article L. 3213-1 du code de la Santé Publique*



### CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné (e) (1)....., docteur en Médecine,  
Fonction /adresse professionnelle.....  
Certifie avoir examiné (2) M.....  
Né (e) le .....  
Domicilié (e).....  
Et avoir constaté (3).....  
.....  
.....  
.....

J'atteste que :

- Les troubles mentaux rendent impossible son consentement,
- Les troubles nécessitent des soins,
- Les troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Fait à ....., le.....à.....h

Nom et Signature du médecin

(1) Nom du médecin

(2) Nom, prénom du patient

(3) La rédaction doit être circonstanciée. Il est donc nécessaire que le médecin examine et constate par lui-même les troubles mentaux présentés ; lorsque le patient ne peut être abordé ou approché et ce de façon exceptionnelle, le certificat le mentionne et précise l'origine des faits rapportés, sans identification des personnes rapportant les faits.

Le médecin doit décrire les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux et les attitudes susceptibles de compromettre de façon grave la sûreté des personnes ou l'ordre public. Le médecin doit également préciser que les troubles rendent impossible son consentement.



## Annexe 6 : Arrêté municipal provisoire

**ARRETE MUNICIPAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT**



Le MAIRE DE LA COMMUNE DE.....

VU le code de la santé publique et notamment l'article L. 3213-2,

VU (décrire les circonstances de l'intervention du Maire, de la police, de la gendarmerie...)

VU le certificat médical en date du .....établi par le docteur.....docteur en médecine

compétent au titre de l'article L. 3212-1 II 1° au .....

VU la situation de danger imminent

A l'égard de :

M.....

Né (e) le .....

Domicilié (e).....

ATTENDU qu'il résulte du contenu du certificat médical du docteur ..... joint à la présente décision, que les troubles mentaux décrits et présentés par M.....nécessitent des soins psychiatriques immédiats assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation complète et rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques sans consentement.

### ARRETE

Article 1 - est ordonnée l'admission provisoire en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète de M. au sein de.....

Article 2- Ampliation du présent arrêté sera immédiatement transmise au Préfet et au directeur du .....

Article 3- les voies de recours sont les suivantes :

concernant la REGULARITE FORMELLE (pour en demander l'annulation) ou LE BIEN FONDE DE LA DECISION 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 d'accueil du patient)

La commission départementale des soins psychiatriques, saisie par courrier adressé à son président ..... (adresse de la CDSP) peut demander la levée de la décision de soins psychiatriques sans consentement au directeur de l'établissement de santé d'accueil du patient.

Fait à .....le.....

