# MODELE ARRÊTE MAIRE

## En-tête Mairie

**ARRETE MUNICIPAL**

**PORTANT ADMISSION PROVISOIRE EN SOINS PSYCHIATRIQUES**

Le Maire de la commune de ….....

VU le Code Général des Collectivités Territoriales, et notamment les articles L2212-1 et L2212-2 6e

VU le Code de la Santé Publique, et notamment les articles L.3213-1 et L3213-2,

VU l'arrêté de délégation de signature du maire en date du JJ/MM/AAAA, le cas échéant,

VU le certificat ou avis médical en date du JJ/MM/AAAA, établi par le Docteur NOM et Prénom,

Considérant que :

Mme / Mr NOM et Prénom de la personne
Né(e) le : JJ/MM/AAAA à lieu de naissance
Demeurant à : adresse complète

*(décrire précisément les faits à l'origine de la procédure et insister sur l'imminence d'un danger pour la sureté des personnes)*

……
……
……
……..

Considérant qu'il résulte du certificat ou avis médical du Docteur NOM et Prénom, joint au présent arrêté, que M/Mme NOM Prénom présente des troubles mentaux manifestes constituant un danger imminent pour la sûreté des personnes

Considérant que ces circonstances nécessitent de prendre en urgence des mesures provisoires,

**ARRETE**

**Article 1 :**
Est ordonnée l'admission à titre provisoire en soins psychiatriques, dans l'attente d'une décision du représentant de l'Etat dans le département, de Mme / Mr NOM et Prénom au centre hospitalier de nom de l'établissement de santé et commune d'implantation.

**Article 2 :**
Le présent arrêté sera notifié à l'intéressé.

**Article 3 :**
Copie du présent arrêté accompagnée de l'avis ou du certificat médical sera transmise dans les 24 heures au préfet de nom du département et à l'agence régionale de santé, au directeur du nom de l'établissement de santé.

**Article 4 :**
Les forces de police/gendarmerie et le directeur du nom de l'établissement de santé sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté.

**Article 5 :**
La régularité et le bienfondé de cette décision peuvent être contestés devant le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de nom du Tribunal Judiciaire du ressort du lieu de l'établissement d'accueil du patient, conformément aux articles L.3211-12 et suivants et L.3216-1 du Code de la santé publique.

Fait à : …..... le date et heure

nom, prénom, qualité du signataire,

signature et cachet de la mairie

# CERTIFICAT MEDICAL POUR
# UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
# A LA DEMANDE D'UN TIERS
## Procédure normale : conformément 1° Article L.3212-1 du C.S.P.

Je soussigné(e),

Docteur …….

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mlle, M. …….

Né(e) le ……...

Domicilié(e)à ……

Et constaté les troubles suivants :

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement, et son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète dans un établissement spécialisé en application de la loi du 5 juillet 2011, conformément au 1° de l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié, au 4ème degré inclusivement, du médecin, du directeur d'établissement prononçant la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Fait à ……, le……..

**Signature - tampon**

**MODELE DE LETTRE DU TIERS POUR**
**Une admission en SOINS PSYCHIATRIQUES**
**A LA DEMANDE D'UN TIERS**
**AVEC DEUX CERTIFICATS MEDICAUX**
**Procédure dite « normale »**
**conformément 1°de l'article L3212-1**

**CETTE LETTRE DOIT ETRE MANUSCRITE**
**ET SUR PAPIER LIBRE et**
**ACCOMPAGNEE DE LA PHOTOCOPIE D'UNE PIECE D'IDENTITE DU TIERS**

**Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr ……..,**

**Né(e) le ……demeurant à ……**

**Profession ……**

**Domicilié(e) à ……..**

**En qualité de** (*degré de parenté avec le patient ou nature des relations avec le patient : père, mère, époux, épouse, fille, fils, ami, collègue* **…*)* demande l'admission en soins psychiatriques, conformément au 1° de l'article L3212-1 et suivants du Code de la Santé Publique,**

**au Centre hospitalier de ……, régi par la loi du 5 juillet 2011.**

**De : Melle, Mr, Mme (Nom et prénom du patient)**

**Né(e) le …….à …….**

**Domicilié(e) à …….**

**Fait à …….**
**Le …….**

**Signature du tiers**

# CERTIFICAT MEDICAL POUR
# UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
# A LA DEMANDE D'UN TIERS
# Procédure d'urgence : Article L.3212-3 du C.S.P.

Je soussigné(e),

Docteur …….

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mlle, M. …….

Né(e) le ……...

Domicilié(e)à ……

Et constaté les troubles suivants :

……

……

……

……

……

……

……

En raison d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne, ses troubles mentaux rendant impossible son consentement, son état de santé mental imposant également des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante, une hospitalisation complète est justifiée dans un établissement spécialisé (Article L 3222-1), en application de la loi du 5 juillet 2011. De plus en raison de l'urgence pour la santé de ce patient, je précise, à titre exceptionnel, que les modalités de l'article L.3212-3 du Code de la Santé Publique s'appliquent.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié, au 4ème degré inclusivement, du directeur d'établissement prononçant la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Fait à ……, le……

Signature, tampon

**MODELE DE LETTRE DU TIERS POUR**
**Une admission en SOINS PSYCHIATRIQUES**
**A LA DEMANDE D'UN TIERS**
**PROCEDURE D'URGENCE**

**1 CERTIFICAT MEDICAL**
**L 3212-3 du C.S.P.**
**Ancien peril imminent**
**CETTE LETTRE DOIT ETRE MANUSCRITE**
**ET SUR PAPIER LIBRE et**
**ACCOMPAGNEE DE LA PHOTOCOPIE D'UNE PIECE D'IDENTITE DU TIERS**

**Je soussigné(e) Melle, Mme, Mr ……..,**

**Né(e) le ……demeurant à ……**

**Profession ……**

**Domicilié(e) à ……..**

**En qualité de** ***(****degré de parenté avec le patient ou nature des relations avec le patient : père, mère, époux, épouse, fille, fils, ami, collègue …*) **demande son admission en soins psychiatriques, conformément à l'article L3212-3 et suivants du Code de la Santé Publique,**

**au Centre hospitalier de ……, régi par la loi du 5 JUILLET 2011.**

**De : Melle, Mr, Mme (Nom et prénom du patient)**

**Né(e) le …….à …….**

**Domicilié(e) à …….**

**Fait à …….**
**Le …….**

**Signature du tiers**

# CERTIFICAT MEDICAL POUR
# UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES
# A LA DEMANDE D'UN TIERS
# Conformément 2°de l'article L.3212-1, du C.S.P.

Je soussigné(e),

Docteur …….

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mlle, M. …….

Né(e) le ……...

Domicilié(e)à ……

Et constaté les troubles suivants :

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement, son état présente un péril imminent pour sa santé et impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante, justifiant une hospitalisation complète dans un établissement spécialisé (Article L 3222-1), en application de la loi du 5 juillet 2011. De plus en raison du péril imminent pour la santé de ce patient, je précise, à titre exceptionnel, que les modalités du 2° de l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique s'appliquent.

J'atteste que je ne suis ni parent ni allié, au 4ème degré inclusivement, du directeur d'établissement prononçant la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Fait à ……, le……..

**Signature – tampon**

**CERTIFICAT MEDICAL POUR**
**UNE ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES**
**SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT**
**Article L.3213-1, du C.S.P.**

Je soussigné(e),

Docteur …….

Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Mme, Mlle, M. …….

Né(e) le ……...

Domicilié(e)à ……

Et constaté les troubles suivants :

…….

…….

…….

…….

…….

…….

…….

Son comportement révèle des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Ceux-ci justifient son admission en soins psychiatriques dans un établissement spécialisé (Article L3222-1) en application de la loi du 5 juillet 2011, article L3213-1 du Code de la Santé publique.

Fait à ……., le……..

**Signature – tampon**