

| | Hospitalisation à la demande d'un tiers – HDT Articles L.3212-1 à 12 du Code de la santé publique | Hospitalisation d'office – HO Articles L.3213-1 à 10 du Code de la santé publique |
|--|--|--|
| Qui peut faire la demande ? | <p>Le tiers qui fait la demande peut être :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un membre de la famille du malade ; ▪ Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci ; ▪ À l'exclusion des personnels soignants dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. | <p>Le Préfet de la Savoie, par arrêté préfectoral, en sa qualité de représentant de l'État dans le département, dans 3 cas de figure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une admission directe ; ▪ Une admission suite à une mesure provisoire prononcée par un Maire ; ▪ Une transformation d'une HDT en HO. |
| Dans quelles conditions ? | <p>Lorsque les troubles mentaux dont est atteint le malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Rendent impossible son consentement à l'hospitalisation ;</i> ▪ <i>Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.</i> | <p>Lorsque les troubles mentaux dont est atteint le malade :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Compromettent la sûreté des personnes ;</i> ▪ <i>Portent atteinte de façon grave à l'ordre public.</i> |
| Comment la demande d'hospitalisation est-elle effectuée ? | <ul style="list-style-type: none"> ▪ La demande émanant du tiers doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule ; (<i>modèle de demande HDT</i>) ▪ Elle comporte en outre, tant pour le malade que pour le tiers : <ul style="list-style-type: none"> - Le nom, le prénom, la profession, l'âge, le domicile, - La nature des relations qui existent entre le tiers et le malade. ▪ La demande est accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés, rédigés au plus tard 15 jours avant la demande et attestant la nécessité de l'HDT. (<i>modèle de certificat HDT</i>) <p>Attention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le 1^{er} certificat médical ne peut pas émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil ; - Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés : <ul style="list-style-type: none"> • Ni entre eux, • Ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, • Ni avec le tiers qui a demandé l'hospitalisation, • Ni avec le malade. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Admission directe : l'arrêté préfectoral qui prononce l'HO est obligatoirement accompagné d'un certificat médical circonstancié attestant de la nécessité de l'HO ; (<i>modèle de certificat HO</i>) <p>Attention :</p> <p>Le certificat médical ne peut pas émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmation des mesures provisoires d'HO prises par le Maire au vue : d'un avis médical, d'un certificat médical ou exceptionnellement par la notoriété publique ; (Ex : diverses attestations d'habitants) ▪ Une transformation d'une HDT en HO : le Préfet se prononce au regard d'un certificat médical circonstancié établi par le psychiatre de l'établissement assurant le suivi de la personne sous HDT dont l'état de santé nécessite un placement en HO. (à savoir : compromet la sûreté des personnes et porte atteinte de façon grave à l'ordre public) |
| Sortie d'essai (Art. L.3211-4 du CSP) | Décidée par le psychiatre de l'établissement pour une durée maximale de 3 mois , renouvelable. | Décidée par le Préfet, après proposition motivée du psychiatre de l'établissement, pour une durée maximale de 3 mois , renouvelable. |
| Maintien et levée de l'hospitalisation | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien de l'HDT : dans les 3 jours précédents les 15 premiers jours d'hospitalisation, un certificat médical établi par le psychiatre de l'établissement autorise ou non le maintien de l'HDT pour une durée maximum de 1 mois. L'hospitalisation est renouvelable selon les mêmes modalités pour une durée maximale de 1 mois. ▪ Fin de l'HDT : le psychiatre de l'établissement peut mettre fin à la mesure d'HDT lorsque les troubles ayant justifié l'hospitalisation ont disparu. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien de l'HO : dans les 3 jours précédents le 1^{er} mois d'hospitalisation, le Préfet, après avis motivé établi par le psychiatre de l'établissement, décide de maintenir ou non l'HO pour une durée maximale de 3 mois. L'hospitalisation est renouvelable selon les mêmes modalités pour une durée maximale de 6 mois. ▪ Fin de l'HO : le Préfet, après avis médical établi par le psychiatre de l'établissement, peut mettre fin à la mesure d'HDT lorsque les troubles ayant justifié l'hospitalisation ont disparu. |

MODELE – CERTIFICAT D’HOSPITALISATION D’OFFICE

*Certificat manuscrit,
Rédigé sur un papier en-tête,
Accompagné du tampon du médecin.*

Je soussigné, Docteur ..., certifie avoir examiné ce jour M. (Mme) ... né(e) le ..., à ..., demeurant à ..., exerçant la profession de ..., et avoir constaté les éléments suivants :

Description circonstanciée de l'état de santé du patient ...

Tous les éléments décrits sont liés à une affection mentale dont les manifestations compromettent l'ordre public et/ou la sûreté des personnes.

En conséquence, M. (Mme) ... doit être hospitalisé(e) d'office dans un établissement hospitalier habilité conformément aux dispositions des articles L.3213-1 et suivants du Code de la santé publique.

*Date,
Signature.*

MODELE – 1^{ER} CERTIFICAT D’HOSPITALISATION A LA DEMANDE D’UN TIERS

*Certificat manuscrit,
Rédigé sur un papier en-tête,
Accompagné du tampon du médecin.*

Je soussigné, Docteur ..., certifie avoir examiné ce jour M. (Mme) ... né(e) le ..., à ..., demeurant à ..., exerçant la profession de ..., et avoir constaté les éléments suivants :

Description circonstanciée de l'état de santé du patient ...

Tous les troubles décrits sont liés à une affection mentale dont il résulte :

- Qu'ils rendent impossible le consentement de M. (Mme) ... à l'hospitalisation ;
- Qu'ils imposent des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

En conséquence, M. (Mme) ... doit être hospitalisé(e) sans consentement et sur demande d'un tiers dans un établissement hospitalier habilité conformément aux dispositions des articles L.3212-1 et suivants du Code de la santé publique.

J'atteste également n'être ni parent ou allié avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le tiers demandeur à l'hospitalisation, ni avec le Docteur ... (auteur du 2nd certificat), ni avec la personne à hospitaliser.

J'atteste également ne pas exercer mon activité au sein de l'établissement d'accueil.

*Date,
Signature.*

MODELE –DEMANDE D’HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT FAITE PAR UN TIERS

*Demande manuscrite,
Datée et signée,*

À l’Attention de Monsieur le Directeur de l’établissement d’accueil.

Je soussigné, M. (Mme) ... né(e) le ..., à ..., demeurant à ..., exerçant la profession de ..., vous prie de bien vouloir autoriser l'admission dans votre établissement, en hospitalisation sur demande d'un tiers de :

Nom - Prénom : ...

Né(e) le : ... à : ...

Profession : ...

Demeurant : ...

Indiquer la nature des relations existant entre le tiers et le malade

Afin de bénéficier de soins immédiats assortis d’une surveillance constante en milieu hospitalier dans les conditions prévues aux articles L.3212-1 et suivants du Code de la santé publique.

*Date,
Signature.*