

# **Documents relatifs à l'Hospitalisation d'Office (H.O.)**

**Certificat médical nécessaire à une hospitalisation d'office  
(Procédure d'urgence-arrêté municipal)**

*Page 2*

**Arrêté portant hospitalisation  
en raison de troubles mentaux**

*Page 3*



**FONDATION BON SAUVEUR**

**CERTIFICAT MEDICAL NECESSAIRE  
A UNE HOSPITALISATION d'OFFICE  
(Procédure d'urgence-arrêté municipal)**

**Je soussigné (e) (Nom, prénom),** .....

**Docteur en médecine**

**Certifie avoir examiné ce jour M., Mme, Mlle** .....

**Né (e) à** ..... **le** ....., **âgé(e) de** ..... **ans**

**Domicilié (e) à** .....

Et avoir constaté que son comportement révèle des troubles mentaux manifestes suivants :

*(Décrire l'état mental du malade et son comportement, agitation, violence, délire, idées de suicide ... en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui, notamment ses proches, en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés; il n'est pas obligatoire de mentionner le diagnostic)*

et constitue par son comportement un danger imminent pour l'ordre public et la sûreté des personnes

**Son état justifie son hospitalisation d'office dans un établissement spécialisé habilité à soigner les personnes atteintes de troubles mentaux, en application de l'article L.3222-1 du code de la santé publique modifié par la loi du 27 juin 1990.**

Fait à, ..... le .....  
*Signature et cachet*

**ARRETE PORTANT HOSPITALISATION**

**DE M.....**

**EN RAISON DE TROUBLES MENTAUX**

(TEXTE A REPRENDRE ET A REDIGER PAR LE MAIRE SUR DOCUMENT A  
ENTETE DE LA MAIRIE)

LE MAIRE DE .....

Vu le Code des Collectivités Territoriales – **Article L.2112-2 6**

Vu le Code de la Santé Publique et notamment l’**Article L.3213-2** modifié par la loi  
N°90.527 du 27 juin 1990

Vu l’Arrêté municipal du ..... portant délégation de signature relatif  
à l’hospitalisation d’Office

Vu le certificat médical établi le .....  
Par Monsieur le Docteur.....  
Médecin généraliste à .....

Considérant que M .....  
Né le .....  
Demeurant à .....

Révèle des troubles mentaux manifestes et que son comportement présente un danger  
imminent pour la sûreté des personnes,

**ARRETE**

ARTICLE UNIQUE :

L’état de M.....  
Nécessite son hospitalisation immédiate au Centre Hospitalier  
De BEGARD, régi par l’**Article L.3222-1**

Fait à .....le.....

Nom et prénom du Maire, cachet et signature.