**En-tête Mairie**

**MODELE D'ARRETE PORTANT HOSPITALISATION PROVISOIRE**

**EN SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE DU MAIRE**

Le Maire de la commune de …................................................................................................

**VU**

* Les articles L2212-1 et L2212-2 alinéa 6 du Code Général des Collectivités Territoriales,
* L'article L.3213-2 du Code de la Santé Publique,
  + - L’avis ou le certificat médical en date du  : …....................................................................

de M. ou Mme le Docteur :..................................................................................................

**CONSIDERANT QUE :**

- Mme, Melle, Mr.................................................................................................

Né(e) le :........................................................... à.....................................................................

Demeurant à :..................................................................................................................................

présente les troubles mentaux manifestes suivants :

…..........................................................................................................................................................

…..........................................................................................................................................................

Description des circonstances représentant un danger imminent pour la sûreté des personnes :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ce qui nécessite son hospitalisation provisoire en soins psychiatriques dans un établissement régi par le Livre II (lutte contre les maladies mentales), du Titre 1er (modalités de soins psychiatriques) Chapitre III du Code de la Santé Publique en raison de ses troubles mentaux manifestes qui représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes.

**ARRETE**

**Article 1 :**

Est ordonnée l’hospitalisation à titre provisoire en soins psychiatriques, dans l’attente d’une décision du représentant de l’Etat dans le département,

de Mme, M. …..........................................................................................................................

Né(e) le :...............................................................................................................................................

demeurant à :........................................................................................................................................

au centre hospitalier de : ………………………………………………………………………………………………… *(établissement de santé mentale habilité à accueillir des soins psychiatriques sans consentement)……………………………………..*

**Article 2 :**

La copie du présent arrêté accompagnée de l’avis ou du certificat médical sera transmise dans les 24 heures à l'Agence Régionale de Santé, à Mme/M. le Préfet de……………..

**Article 3 :**

La régularité de cette décision ne peut être contestée que devant le juge judiciaire conformément aux articles L. 3211-12 et suivants et L.3216-1 du code de la santé publique.

**Article 4 :**

Le directeur général des services de la commune et le directeur de l’établissement de santé d’accueil sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté, avec, si nécessaire, le concours des forces de l’ordre.

Fait à : …..................................................... le …....................................................................

Le Maire (*nom, prénom et signature*)

Cachet