

DÉPARTEMENT DE .....

MAIRIE DE.....

**ARRÊTÉ PORTANT L'ADMISSION PROVISOIRE EN SOINS  
PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT  
(ASPDRE)**

**VU** la loi 2011-803 en date du 5 juillet 2011 modifiée la loi n °2013-869 du 27 septembre 2013,

**VU** le Code Général des Collectivités Territoriales et notamment son article **L 2212-2**,

**VU** le Code de la Santé Publique et notamment ses articles **L 3213-1**, **L 3213-2** et **L 3222-1**,

**VU** l'avis ou le certificat circonstancié du Docteur .....

médecin à (*Nom de la commune d'implantation*) .....

en date du.....

attestant que M.....

demeurant .....

présente des troubles mentaux manifestes avec danger imminent pour la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, nécessitant son admission dans un établissement mentionné à l'article L 3222-1 du Code de la Santé Publique

**Considérant que** (*Détails des faits, circonstances, témoignages éventuels*)

.....

.....

**Considérant qu'il** ressort de l'ensemble de ces éléments que M..... présente des troubles mentaux manifestes constituant un danger imminent pour la sûreté des personnes et qu'il doit être pris en charge au sein d'un établissement de santé mentionné à l'article L.3222-1 du Code de la Santé Publique ;

**AR R Ê T É -**

**Article 1** : M.....

né(e) le : ....., à .....

domicilié(e) : .....

sera hospitalisé(e) d'urgence au centre hospitalier (*Nom de l'établissement et commune d'implantation*)

.....

**Article 2** : Ce placement est provisoire et il en sera rendu compte dans les 24 heures à Monsieur Le Préfet.

**Article 3** : Le présent arrêté, accompagné du certificat médical, sera remis au directeur du centre hospitalier

**Article 4** : Les ampliations du présent arrêté, accompagnées du certificat médical, seront transmises au :

- Préfet du département
- Responsable des forces de l'ordre
- Service de gestion des hospitalisations sans consentement, à l'Agence Régionale de Santé

**Article 5** : Le secrétaire de mairie, le responsable des forces de l'ordre et le Directeur du centre hospitalier sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à (*Nom de la commune*)....., le..... : à.....h.....

Le Maire,

(*Adresse de la mairie*)