

	<p style="text-align: center;">RECOMMANDATIONS REGIONALES</p> <p style="text-align: center;">COVID-19</p>	<p>Création</p> <p>Date : 23/03/2020</p>
		<p>Validation technique par la Direction Métier (DSP)</p> <p>Date : 25/03/2020</p>
		<p>Approbation Cellule Doctrines</p> <p>Date : 25/03/2020</p>
		<p>Validation CRAPS</p> <p>Date :</p>
<p>COVID-19</p> <p>030</p>	<p style="text-align: center;"><i>Personnes sans domicile fixe touchées par une maladie psychiatrique et COVID</i></p>	<p>Version : 1</p> <p>Date : 26/03/2020</p>
		<p>Type de diffusion :</p> <p>Usage interne ARS Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet</p>

PRÉAMBULE

- Les personnes atteintes de troubles psychotiques, en particulier de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de troubles dépressifs majeurs, avec des obstacles pour obtenir ou conserver un logement, ont un risque plus élevé d'exclusion sociale. L'enquête Samenta (Observatoire du Samu Social de Paris) a estimé qu'un tiers des personnes sans logement personnel en Ile-de-France souffre de troubles psychiatriques sévères, c'est-à-dire de troubles psychotiques, de troubles de l'humeur (troubles dépressifs sévères essentiellement) et de troubles anxieux.
- Dans le contexte de l'épidémie COVID-19, lorsqu'elles sont testées positives, ces personnes peuvent se retrouver en difficulté pour accéder à des soins adaptés.
- Ces recommandations sont issues de réflexions menées au sein d'un groupe de travail avec le Dr Alain MERCUEL et le Dr Andréa TORTELLI, respectivement Chef du Pôle et Praticien Hospitalier EMPP Nord Est, Pôle Psychiatrie - Précarité GHU Paris- Site Sainte Anne.
- **Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.**

OBJET DU DOCUMENT

Le document s'adresse aux structures, établissements et professionnels de santé intervenant auprès de personnes sans domicile fixe touchées par une maladie psychiatrique et testées ou considérées cliniquement COVID+¹. Il vise à apporter des éléments sur la conduite à tenir au niveau régional.

¹ Toutes les personnes ne seront pas testées. Dans un centre d'hébergement, seules les trois premières personnes symptomatiques le seront. Les suivantes avec des symptômes évocateurs sont présumées être malades du COVID et traitées en tant que telles.

DES CONDUITES A TENIR ADAPTEES SELON LE TYPE DE SITUATION

Parmi les personnes touchées par des maladies psychiatriques graves et COVID+, deux cas de figure peuvent se présenter :

- Les personnes qui ne refusent pas les soins ni les mesures barrière et dont la maladie psychiatrique n'est pas décompensée : ces personnes peuvent être prises en charge dans le lieu d'hébergement habituel si les mesures d'isolement recommandées peuvent être mises en place, si il n'est pas possible de maintenir la personne en isolement au sein de la structure, une demande d'admission peut être réalisée par un médecin pour un hébergement dans un centre d'hébergement dédié COVID + (envoi du certificat médical selon la procédure en vigueur sur l'adresse : ars-idf-covid-precarite-accueil@ars.sante.fr)
- Les personnes dont la maladie psychiatrique est décompensée ou qui refusent les soins et les mesures barrière à cause de leur maladie psychiatrique ou leur handicap psychique : il s'agit de personnes pour lesquelles une hospitalisation en psychiatrie s'impose en fonction de l'évaluation et des conclusions cliniques du médecin rédacteur du certificat. En effet, la maladie ou le handicap psychique peut empêcher dans ce type de situation la compréhension de la maladie Covid-19, l'identification des signes et symptômes d'aggravation et de détresse respiratoire et la nécessité des mesures barrière pour protéger les autres. Ceci rend extrêmement difficile l'accompagnement de la personne dans un centre social. Si la personne refuse l'hospitalisation, il faudrait utiliser la procédure des soins psychiatriques sans consentement (SDRE, SPI) car il y a mise en danger de soi (si on ne les surveille pas, ils ne pourront pas seuls identifier les symptômes de détresse respiratoire et demander de l'aide) et d'autrui (ils vont contaminer d'autres personnes).

Il doit être souligné que les hospitalisations en psychiatrie, a fortiori contraintes, ne peuvent être indiquées que lorsqu'il y a nécessité de soins psychiatriques.

Concernant le lieu d'hospitalisation, il est rappelé que, en absence de domicile stable, la sectorisation psychiatrique ne doit pas être un frein à l'accès aux soins pour les personnes.

Aussi, à défaut de domicile stable, le secteur psychiatrique de référence sera désigné en fonction de la « résidence » habituelle du patient (CHRS, hôtel social, résidence d'accueil, etc.). A défaut de résidence habituelle, c'est l'adresse de domiciliation administrative qui oriente lorsqu'elle est en adéquation avec les habitudes de vie de la personne. En absence de ces deux possibilités, c'est le secteur psychiatrique qui offrira la meilleure perspective de prise en charge psychiatrique et somatique qui sera désigné².

Sur Paris, le principe de sectorisation sera orienté par le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil - CPOA de GHU sur le site Sainte Anne. Chaque lieu sectorisé doit s'organiser pour prévoir l'accueil des patients COVID+ selon les modalités les plus adéquates (unités psy COVID 19 sectorielles, intersectorielles, polaires, interpolaires, interétablissements)

² Agence régionale de santé Ile-de-France. Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile de France. 23 septembre 2013. La note est annexée à ce document.

LE FONDEMENT JURIDIQUE DU RECOURS A LA PROCEDURE DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

a. Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)

Aux termes de l'article L3213-1 du Code de la santé publique, le représentant de l'Etat «dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. (...). »

En d'autres termes, deux critères cumulatifs doivent être réunis pour qu'une personne soit hospitalisée sur décision du représentant de l'Etat:

Des troubles mentaux nécessitant des soins

ET

Compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public

En l'espèce, ne pas respecter les mesures barrière prévues à l'article préliminaire de l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus Covid-19 pourrait tout à fait recevoir la qualification de trouble grave à l'ordre public, selon bien sûr les circonstances. Par ailleurs, la population générale voit sa liberté d'aller et de venir restreinte par le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire. Toute personne qui ne respecterait pas cette réglementation sera sanctionnée par une amende de 135 euros. En outre, les parquets pourront poursuivre pour mise en danger de la vie d'autrui³.

Il n'y a donc pas d'impossibilité de principe à faire admettre en SPDRE un patient avec des troubles mentaux qui refuserait les soins et les gestes barrière.

Pour toute question vous pouvez joindre :

- le service régional soins psychiatriques sans consentement :
 - o nadia.boulharouf@ars.sante.fr
 - o marie.fontaine@ars.sante.fr
- Pour les départements 93-94 :
 - o willy.william@ars.sante.fr
- Pour les départements 92-78-95 :
 - o christine.valette@ars.sante.fr
- Pour les départements 91 et 77 :
 - o melanie.lorenzo@ars.sante.fr

³ Un « arsenal pénal » est à l'étude par l'assemblée nationale et le Sénat dans le cadre du projet de loi d'urgence pour faire face à l'épidémie de Covid -19 : « à ce stade des travaux parlementaires, que la violation de ces mesures et obligations pourra être punie de six mois d'emprisonnement et de 10 000 € d'amende s'agissant des mesures de réquisitions et d'une contravention de la quatrième classe, soit un maximum de 700 € (ou 135 € pour l'amende forfaitaire), s'agissant des autres mesures. »

b. Soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement en cas de péril imminent - SPI

Les soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement en cas de péril imminent (article L3212-1 du Code de la santé publique), ne nécessitent pas de demande de tiers et se font lorsque la personne présente des troubles mentaux rendant impossible son consentement, que son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne.

Par péril imminent on entend « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient » (HAS). Une personne atteinte du COVID-19 et ayant des troubles psychiques imposant des soins immédiats et ne consentant pas aux soins psychiatriques pourrait être tout à fait admise en SPI puisqu'il y a immédiateté du danger pour sa santé ou sa vie du fait de sa pathologie psychiatrique.

ANNEXE : « Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France »

Paris, le 23 SEP. 2013

Objet : principes généraux en matière de sectorisation
PJ : 1 note

Mesdames et Messieurs les Directeurs,
Mesdames et Messieurs les Présidents de commission médicale d'établissement,
Mesdames et Messieurs les Chefs de services et pôles de psychiatrie,

La fluidité des parcours de santé et de vie constitue une des priorités de notre projet régional de santé 2013-2017. C'est particulièrement vrai en matière de psychiatrie et santé mentale où les prises en charge sont souvent longues, complexes et itératives.

La désignation du secteur de psychiatrie dont relève un patient pose parfois des difficultés qui peuvent devenir sources de conflits entre les équipes et entraîner un retard voire une carence de soins. Les textes en vigueur sont loin d'envisager toutes les problématiques organisationnelles qui risquent de surgir au cours d'une prise en charge.

C'est pourquoi, de manière concertée, l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a élaboré un document sur les « Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France ». Il vient se substituer au document élaboré, en 2002, par l'Agence Régionale d'Hospitalisation.

D'autres cas peuvent surgir pour lesquels l'agence entend, avec les usagers et les professionnels concernés, poursuivre sa réflexion.

Je tiens à remercier l'ensemble des établissements de santé d'Ile-de-France qui nous ont fait part de leurs suggestions. Je souhaite que ce document les aide dans leur travail quotidien au bénéfice des patients franciliens.

Je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs les Directeurs, les Présidents de commission médicale d'établissement, les Chefs de services et pôles de psychiatrie, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
Ile-de-France

Claude EVIN

Affaire suivie par :
Lazare REYES Catherine ISSERLIS

Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale

Courriel :lazare.reves@ars.sante.fr catherine.isserlis@ars.sante.fr
Téléphone : 01.44.02.05.29

Paris, le 23 septembre 2013

Note relative aux Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France

La désignation du secteur de psychiatrie dont relève un patient pose parfois des difficultés qui peuvent devenir sources de conflits entre les équipes et entraîner un retard voire une carence de soins.

En effet, les textes en vigueur ne réglementent pas toutes les problématiques organisationnelles présentes en la matière.

Il est donc apparu nécessaire à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de proposer ou de rappeler des règles communes clarifiant les situations et qui s'imposeraient à tous, en lien avec le Centre Psychiatrique d'Orientement et d'Accueil (CPOA) du centre hospitalier Sainte-Anne et dans le cadre d'une large concertation régionale auprès de l'ensemble des établissements franciliens gestionnaires de secteurs psychiatriques.

Quatre principes de base s'appliquent en matière de sectorisation psychiatrique :

- La sectorisation en psychiatrie garantit, au sein d'une aire géographique donnée, l'accès et la continuité des soins au plus près du lieu de vie du patient ;
- La désignation du secteur psychiatrique est déterminée par l'adresse du domicile du patient ;
- En absence de domicile stable, la sectorisation psychiatrique ne doit pas être un frein à l'accès et à la continuité des soins pour le patient ;
- Toute personne « faisant l'objet de soins psychiatriques » ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence (2ème alinéa de l'article L.3211-1 du CSP).

1. Désignation du secteur psychiatrique de référence en fonction de critères géographiques de domiciliation

En principe, la désignation du secteur psychiatrique compétent est fonction du « domicile » du patient. Selon l'article 102 du code civil le domicile, quand à l'exercice des droits civils, « est le lieu où [la personne] a son principal établissement».

A défaut de domicile stable, le secteur psychiatrique de référence sera désigné en fonction de la « résidence » habituelle du patient.

Il s'agit du lieu où la personne peut être contactée et où elle séjourne depuis au moins trois mois, avec la perspective d'y retourner après une hospitalisation.

Cette définition répond aux modalités d'accueil des structures d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, USLD, résidences services ...), pour personnes en situation de handicap (MAS, FAM, FV, FHTH, IME, IMPro, ITEP...) ou pour personnes en difficultés spécifiques (ACT, maison relais ou résidence d'accueil, CHRS, centre d'hébergement de stabilisation, hôtel social...).

A défaut de résidence habituelle, pour les personnes à la rue ou passant d'un hébergement à l'autre, c'est l'adresse de « domiciliation » qui oriente lorsqu'elle est en adéquation avec les habitudes de vie du patient.

Cette « domiciliation », attribuée par un organisme compétent (CCAS ou organisme agréé), conformément à la circulaire du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable, est une adresse administrative pour faire valoir les droits civils, civiques et sociaux. Elle permet la réception et la mise à disposition du courrier, avec obligation n pour le bénéficiaire de relever son courrier au moins une fois tous les trois mois. Elle participe à la dynamique de réinsertion car elle est attachée à une notion « d'installation » ou « d'intention d'installation » sur un territoire.

En absence d'attestation d'élection de domicile, c'est le secteur psychiatrique qui offrira les meilleures perspectives d'articulation entre le projet de soins (psychiatriques et somatiques) et le projet de réinsertion sociale de la personne qui sera désigné.

a. Conséquences du principe de continuité des soins sur la sectorisation psychiatrique des patients

Le principe de continuité des soins entraîne trois conséquences importantes en ce qui concerne la désignation de l'équipe de santé mentale de référence, quelles que soient les modalités de soins :

- En cas de rupture de soins , pour les patients sans « domicile » ou « résidence » ou « domiciliation », la prise en charge , doit être assurée par le même secteur psychiatrique durant les trois ans qui suivent le dernier acte enregistré , afin d'optimiser les chances de réinscription du patient dans son parcours de soins ;
- En cas de changement de « domicile » ou de « résidence » ou de « domiciliation », la prise en charge doit être assurée par le même secteur psychiatrique durant les trois mois qui suivent le dernier acte enregistré, afin de permettre une transition harmonieuse avec la nouvelle équipe de santé mentale ;

Bien entendu, au cours de ces périodes, un autre secteur psychiatrique peut s'engager à prendre en charge le patient, en lien avec l'équipe de santé mentale ayant précédemment assurée le suivi.

- C'est au secteur psychiatrique qui a pris en charge le patient qu'il appartient d'organiser le changement de secteur en prenant attache avec la nouvelle équipe de santé mentale et l'autorité administrative compétente, en cas de SPDRE ou de SPDT.

Cette démarche visera à cibler le secteur psychiatrique le plus pertinent et s'attachera à respecter la règle de libre choix du patient.

L'accès aux dispositifs intersectoriels (unités de courts séjours, centres de crise ...) se fera au cas par cas en tenant compte des besoins spécifiques de la personne et des capacités d'accueil.

b. Cas particuliers

Cas des nouveaux patients au « domicile indéterminé en région parisienne » (DIRP)

Pour qualifier les personnes sans « domicile », ni « résidence », ni « domiciliation » en Ile-de-France, la mention «domicile indéterminé en région parisienne (DIRP) » semble préférable à celle de « sans domicile fixe (SDF) ».

Les touristes, les « navetteurs » ou les patients en voyage pathologique de passage en Ile-de-France entrent ainsi dans cette catégorie.

Il est essentiel de définir des critères pertinents d'orientation sectorielle de ces nouveaux patients «DIRP ». Ces critères doivent tenir compte de :

- L'adéquation entre le territoire desservi par le secteur psychiatrique et l'environnement de vie du patient afin d'assurer une organisation durable des soins. Peuvent ainsi être pris en compte le domicile d'un aidant naturel, la proximité d'un service hospitalier en cas de comorbidité somatique, les habitudes de vie participant à stabiliser le versant social du projet de soins... ;
- La règle de continuité des soins durant les trois ans qui suivent la dernière prise en charge en cas de situation de rupture de soins ;
- La disponibilité des services qui peuvent être momentanément fermés ou surchargés ;
- L'exigence d'une équitable répartition entre l'ensemble des secteurs psychiatriques du territoire de santé (département), appréciée en fin d'année civile par un dispositif ad hoc.

A Paris, le Centre Psychiatrique d'Orientement et d'Accueil (CPOA) est chargé d'orienter les patients «DIRP», quelles que soient les modalités de prise en charge, en garantissant une répartition annuelle équitable entre l'ensemble des secteurs psychiatriques parisiens.

En concertation avec le CPOA, l'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police (I3P) assure également une équité sectorielle pour les patients qu'elle adresse en hospitalisation à temps complet (libre ou sous contrainte).

A noter que Paris est également concerné par la répartition des patients « DIRP » provenant des aéroports d'Orly et Roissy-Charles de Gaulle.

Il est recommandé aux sept autres territoires de santé (départements) franciliens d'organiser un dispositif de régulation des patients « DIRP » entre l'ensemble des acteurs concernés, à partir de consignes spécifiques arrêtées par les délégations territoriales et de régions formalisées inscrites dans les règlements intérieurs des établissements de santé gestionnaires de secteurs psychiatriques.

Ce dispositif devra éviter que les personnes ne transitent par un trop grand nombre de structures et assurer une répartition équitable des patients entre l'ensemble des secteurs du territoire de santé (département).

En l'absence de consignes spécifiques des délégations territoriales ou de règles propres aux établissements de soins, c'est le lieu de contact avec le patient « DIRP » (service des urgences, lieu d'intervention de police secours, des pompiers ...) qui est retenu pour définir le secteur de référence.

Concernant les nouveaux patients « DIRP » accueillis au Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri (CHAPSA) de Nanterre (92), ils seront répartis :

- par le CPOA entre l'ensemble des secteurs psychiatriques parisiens, s'ils ont été recueillis à Paris ;
- par le CHAPSA entre l'ensemble des secteurs psychiatriques des sept autres territoires de santé (départements), s'ils ont été recueillis hors de Paris.

Cas des patients domiciliés hors Ile-de-France

Les patients ayant déjà été pris en charge par un secteur psychiatrique francilien au cours des trois dernières années relèvent de cette équipe de santé mentale.

Si ce n'est pas le cas, c'est le lieu de contact avec le patient (service des urgences, lieu d'intervention de police secours, des pompiers ...) qui déterminera le secteur psychiatrique. Le cas échéant, il appartiendra à cette équipe de santé mentale de prendre ensuite contact avec le secteur du domicile du patient afin d'assurer la continuité des soins.

Cas des patients mineurs

En application de l'article R. 3221-1 du code de la santé publique, les secteurs de psychiatrie infante-juvénile répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents, tandis que les secteurs de psychiatrie générale répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de 16 ans.

Les textes permettent donc une certaine souplesse s'agissant de l'accueil des patients mineurs entre 16 et 18 ans dans l'un ou l'autre de ces deux types de secteurs. En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les unités d'hospitalisation desservent souvent des territoires plus larges que leur strict secteur.

Le choix devra être déterminé dans l'intérêt du patient, après discussion entre le secteur infanto-juvénile et le secteur adulte concernés.

L'équipe de santé mentale de référence est désignée en fonction du domicile des parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale.

Si les deux parents ne sont pas domiciliés dans le même secteur, un accord doit être trouvé entre eux privilégiant le critère de résidence habituelle⁴ et de scolarisation de l'enfant.

A défaut, le secteur retenu sera celui indiqué par le parent présent lors de la demande de soins, sauf s'il semble contraire à l'intérêt du mineur⁵.

Si l'autorité parentale, détenue par une institution (ASE, Conseil Général...), est déléguée à un service d'accueil (famille d'accueil ou foyer) l'adresse de celui-ci ne peut valoir sectorisation sauf si c'est le domicile effectif du jeune depuis plus de trois mois.

C'est aussi le cas des mineurs étrangers isolés ou des jeunes hospitalisés de longue date et dépendant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

En cas de suivi, ou si le suivi antérieur est interrompu depuis moins de trois ans, c'est le secteur de psychiatrie de l'équipe de santé mentale qui connaît l'enfant qui est désigné.

Autres situations

Une sectorisation peut être temporairement ou définitivement empêchée pour diverses raisons :

Interdiction de séjour du patient ;

Comportement du patient jugé intolérable par l'équipe soignante ;

Cohabitation de deux patients dans un même service contre-indiquée.

Dans le cadre du principe de continuité des soins, il appartient à l'équipe de santé mentale du secteur de référence du dernier domicile, ou du dernier acte enregistré, de trouver un accord avec un autre secteur psychiatrique (du même établissement de santé ou d'un autre établissement de santé) en précisant les modalités de transfert et la durée de cet accord.

2. Les patients détenus

Les patients détenus hospitalisés sans leur consentement, en application de l'article D398 du code de procédure pénale, sont pris en charge par l'hôpital de rattachement de l'établissement pénitentiaire.

Les patients ex-détenus soignés au titre de l'article L.122-1 du code de procédure pénale sont pris en charge par le secteur psychiatrique désigné selon les règles définies ci-dessous.

a. L'orientation de la personne détenue ayant besoin de soins psychiatriques pendant sa détention

Le principe général repose sur une prise en charge dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du ressort géographique de l'établissement pénitentiaire.

Les personnes détenues hospitalisées, avec ou sans leur consentement, en application de l'article D. 398 du Code de procédure pénale sont prises en charge, sous réserve de place disponible, par l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du ressort géographique de l'établissement pénitentiaire.

L'admission à l'UHSA est subordonnée à l'engagement de reprise de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie, référent de l'établissement pénitentiaire d'origine, ainsi qu'à l'engagement du préfet du département de l'établissement pénitentiaire d'origine de prendre un arrêté de transfert.

Lorsqu'en application des principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France, il est possible de déterminer le secteur de rattachement du patient (patient ayant un domicile, une domiciliation, actuellement en soins dans un établissement de santé), un engagement de reprise de ce secteur prévoyant son transfert immédiat sur ce secteur, en cas de levée d'écrou intervenant au cours de l'hospitalisation en UHSA, est aussi indispensable.

En cas d'absence de place disponible dans l'unité hospitalière spécialement aménagée du ressort géographique de l'établissement pénitentiaire.

Les détenus hospitalisés sans leur consentement, en application de l'article D398 du Code de procédure pénale sont pris en charge par l'établissement de santé autorisé en psychiatrie référent de l'établissement pénitentiaire. Il appartient à l'établissement de santé de déterminer les règles internes assurant la répartition sectorielle de ces patients.

Dans les territoires de santé (départements) où une organisation spécifique a été mise en œuvre, les patients détenus peuvent être répartis sur l'ensemble des secteurs psychiatriques du territoire de santé (département) où est implanté l'établissement pénitentiaire.

Le suivi ambulatoire de la personne détenue bénéficiant d'une mesure de semi-liberté

Le suivi ambulatoire des personnes détenues bénéficiant d'une mesure de semi-liberté est organisé sur le même principe. La référence sectorielle peut également s'organiser à proximité du lieu de travail ou d'étude du patient, après accord de l'équipe de santé mentale.

b. L'orientation du patient ex-détenu

Lors d'une levée d'écrou en détention :

Les règles générales de détermination du secteur de prise en charge s'appliquent, à l'exception des règles relatives à la continuité des soins, si ces soins ont été délivrés dans le cadre de la détention (établissement de santé de rattachement de l'établissement pénitentiaire ou établissement de rattachement de l'UHSA).

Lors d'une levée d'écrou en cours d'hospitalisation :

Lorsque cette levée d'écrou intervient au cours d'une prise en charge en UHSA, elle entraîne l'impossibilité immédiate de poursuivre les soins dans cette structure. L'UHSA est chargée d'indiquer le secteur de référence sur la base des critères ci-dessous et réalise l'orientation des patients à l'issue de leur prise en charge

L'établissement de santé prenant en charge le patient détenu au moment de sa fin de détention, ne saurait se voir désigner sur ce seul critère comme le secteur psychiatrique compétent pour assurer la poursuite de la prise en charge.

Dans ces deux situations, les règles classiques de sectorisation psychiatrique des patients s'appliquent.

Le secteur psychiatrique compétent est déterminé selon les critères suivants, par ordre de Priorité :

- En principe, la désignation du secteur psychiatrique compétent est fonction du domicile du patient.
- A défaut de domicile, le secteur psychiatrique compétent sera celui du projet de vie et de réinsertion de l'ex-détenu
- En l'absence de projet de vie et de réinsertion, le secteur psychiatrique compétent sera celui ayant suivi le patient avant son incarcération au cours des trois années précédentes,

En l'absence de tous les critères précédents et de suivi au cours des trois années précédant l'incarcération, l'établissement référent du centre pénitentiaire d'origine est alors désigné comme le secteur psychiatrique compétent.