

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

Affaire suivie par :

- Nicolas Noiriel (DOS)
- Wuthina Chin (DOS)
- Nadia Boulharouf (DAJ - SPSC)
- Christine Valette (DAJ - SPSC)
- Dr Daniel Pinède (DSP-DOS)

Saint Denis, le **3 JUL. 2023**

Mesdames, Messieurs, *Dochus, Professeurs,*

Selon l'article L. 3221-3 du Code de la santé publique, la mission de « psychiatrie de secteur » se définit comme concourant à la politique de santé mentale à travers la garantie de trois principes complémentaires que sont le recours de proximité, l'accessibilité territoriale et financière et la continuité des soins psychiatriques.

Dans certaines situations, la désignation du secteur de psychiatrie dont relève un patient n'est pas immédiate et peut être source de difficultés pour les professionnels et entraîner un retard voire une carence dans la prise en charge des patients. Dans ce contexte, plusieurs notes régionales ont été rédigées par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) puis l'ARS pour résoudre cette problématique, la dernière version applicable datant de 2013.

Cette version est apparue pour un certain nombre d'acteurs - directeurs d'établissements et professionnels de santé - désormais incomplète et imprécise au regard des évolutions intervenues au cours des dix dernières années. La présente note a donc pour objectifs d'actualiser et clarifier les règles communes qui s'appliqueraient à tous en matière de sectorisation des soins psychiatriques :

- Elle complète ce que la note de 2013 n'évoquait pas, à savoir la situation des patients soumis à une interdiction de paraître, ou trop peu, comme les difficultés liées à la sectorisation des patients de psychiatrie infanto-juvénile.
- Elle précise le rôle dévolu à chaque acteur : par principe, les établissements et les professionnels de santé coopèrent en bonne intelligence et dans l'intérêt du patient. Par exception, ils peuvent recourir à cette note. S'ils n'arrivent toujours pas à se mettre d'accord, un premier avis du CPOA pourra les aider à trancher. En dernier recours, l'avis de l'ARS vaudra décision.
- Enfin, elle actualise la note de 2013 des dispositions de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Cette version actualisée a été réalisée de manière participative. Trois groupes de travail composés de professionnels de santé se sont réunis en 2021 et 2022 pour évoquer ensemble l'organisation sectorisée des soins de publics spécifiques : les patients sans domicile stable, les patients en détention, et les patients mineurs.

Je souhaite que ce document puisse aider chacun dans son travail au quotidien au bénéfice des patients d'Ile-de-France et vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France



Amélie VERDIER

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

Affaire suivie par :

- Nicolas Noiriel (DOS)
- Wuthina Chin (DOS)
- Nadia Boulharouf (DAJ - SPSC)
- Christine Valette (DAJ - SPSC)
- Dr Daniel Pinède (DSP-DOS)

Saint Denis, le 23 juin 2023

NOTE RELATIVE A LA SECTORISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN ILE-DE-FRANCE

La désignation du secteur de psychiatrie n'est pas toujours immédiate et peut être source de difficultés entre les équipes, et entraîner un retard, voire une carence dans la prise en charge des patients.

Issue d'un travail conjoint entre les acteurs de santé et l'Agence régionale de santé Ile-de-France, la présente note a pour objectif de clarifier les règles communes s'appliquant à tous en matière de sectorisation des soins psychiatriques. Elle actualise, précise et complète la première version de la note datant de 2013¹.

La présente note a pour but d'aider les établissements à déterminer le secteur de référence, que ce soit les patients adultes, les patients sans domicile stable, les enfants et adolescents, les patients en milieu pénitentiaire ou les patients confrontés à une interdiction judiciaire.

Préambule

L'article L. 3221-3 du Code de la santé publique (CSP) définit la mission de « psychiatrie de secteur » comme concourant à la politique de santé mentale à travers la garantie, pour l'ensemble de la population, de trois principes complémentaires :

- un **recours de proximité**, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile ;
- l'**accessibilité territoriale et financière** qui implique une couverture territoriale en termes de déploiement des moyens psychiatriques ;
- la **continuité des soins psychiatriques**, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont complexes, y compris dans le cas d'une hospitalisation avec ou sans consentement.

¹ Note de 2013 relative aux « Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France » signée du DG ARS IDF.

L'organisation sectorisée de la psychiatrie doit s'articuler avec les droits des patients pris en charge en psychiatrie qui bénéficient des mêmes droits que les patients nécessitant des soins somatiques ;

- le **libre choix du praticien** : toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de solliciter le praticien ou l'équipe de santé mentale, public(que) ou privé(e), de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence (*article L. 3211-1 du CSP*) ;
- la **continuité des soins** : ce principe sous-entend une action en termes de prévention et de promotion de la santé ainsi que de réadaptation et de réinsertion sociale, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes.
- l'**égal accès aux soins** : tout motif de refus de prise en charge de la personne qui revêtirait un caractère discriminatoire (état de santé, handicap, origine, sexe, situation familiale, mode de vie) constituerait une illégalité, et serait de nature à engager la responsabilité de l'établissement en cas de préjudice (*article 225-1 du Code pénal*).

I. Principes généraux de désignation du secteur psychiatrique de référence

A. Les patients adultes

Par principe, toute personne prise en charge est orientée vers le secteur de son lieu de résidence, c'est-à-dire le lieu où depuis au moins trois mois elle passe habituellement la nuit et où on peut lui rendre visite. Selon l'*article 102 du Code Civil*, le domicile est le lieu où cette personne dispose de son principal établissement, qu'il s'agisse d'un lieu privatif, individuel, collectif, médicosocial, ce qui inclut toute forme d'hébergement.

Toutefois, si le patient ou sa famille manifeste, hors contexte d'urgence, une demande libre et éclairée de prise en charge dans une autre zone d'intervention ou un autre secteur que celui de son lieu de domicile, le praticien qui reçoit sa demande doit la prendre en compte et s'assurer que le patient est orienté vers une prise en charge adaptée à ses besoins.

En cas de changement de domicile du patient, il appartient aux deux équipes concernées d'assurer la transition en transmettant les informations nécessaires à la suite de la prise en charge. L'absence de réponse ou le refus du nouveau secteur, à partir d'un délai de trois mois de résidence stable, ne saurait être opposé au patient.

B. Les patients sans domicile stable en Ile-de-France

L'*article L. 3222-4 du CSP* prévoit que le directeur général de l'ARS organise avec les établissements de secteur les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.

Les patients sans domicile stable en Ile-de-France peuvent également comprendre, au-delà des personnes en situation de précarité, les personnes de passage dans la région francilienne (touristes, « navetteurs² », voyageurs pathologiques ...).

Ces personnes communément appelées patients au « domicile indéterminé en région parisienne » sont prises en charge de manière la plus adaptée à leur situation et dans l'intérêt du patient.

Par principe, l'absence d'adresse stable ne peut être opposée à une personne pour lui refuser l'exercice d'un droit ou d'un service essentiel garanti par la loi (*article L. 264-3 du Code d'action sociale et des familles*). Ainsi, le secteur dans lequel est adressé le patient dit « sans domicile stable » doit le recevoir et lui proposer une prise en charge adaptée à son état clinique, comme pour tout patient.

Lorsque le patient se présente spontanément dans un lieu proposant des soins psychiatriques, sa situation est examinée par le psychiatre. Tenant compte du degré d'urgence, il procède par élimination des critères subsidiaires, afin de déterminer l'orientation du patient vers son secteur de référence :

² Navetteurs : on entend par « navetteurs » les personnes qui font régulièrement la navette au moyen d'un transport public ou privé de leur lieu de résidence à leur lieu d'activité (travail, études ...).

- 1) **Reprise par le secteur** : s'il existe un suivi en cours ou interrompu depuis moins de trois ans, le secteur qui a assuré le plus récemment sa prise en charge sera le secteur d'adressage du patient ;
- 2) **Demande expresse du patient** : si le patient est en capacité de formuler une demande éclairée d'adressage, celle-ci doit être suivie autant que possible conformément à la procédure indiquée *supra* (cf. I.A) ;
- 3) **Localisation du lieu de vie** : si la personne réside dans une structure de vie, même précaire et quel que soit son statut (hors structure sanitaire), sa localisation peut permettre de définir l'orientation de la prise en charge vers le secteur concerné. Différents critères non cumulatifs permettent de déterminer si la structure de vie où réside le patient aboutit à déterminer son secteur de prise en charge :
 - la durée d'hébergement, supérieure à trois mois, de la personne dans la structure ;
 - l'engagement de reprise de la personne au sein de la structure ;
 - la pérennité de la structure.

Toute liste antérieure, relative à des adresses réputées non sectorisantes, est caduque.

- 4) **Domiciliation au centre communal ou intercommunal d'action sociale (CCAS ou CCIAS)** : si le patient est domicilié au CCAS ou au CCIAS, cette adresse sert de lieu de sectorisation du patient. Cette domiciliation est à différencier de celle effectuée auprès d'une association ayant un agrément de domiciliation, qui ne reflète pas nécessairement les habitudes de vie de la personne.
- 5) **Lieu de contact** : à défaut d'identification possible par les critères précédents, le lieu où a été formulée la demande de prise en charge psychiatrique est utilisé comme adresse de sectorisation. Il correspond souvent au lieu d'intervention des équipes de secours. En dernier recours, la localisation du service d'accueil des urgences (SAU) sert ainsi de lieu de contact lorsqu'aucun des critères précédents n'a pu être appliqué.

Par spécificité, pour Paris ainsi que pour les zones aéroportuaires Orly-Roissy-Charles De Gaulle, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) se charge de l'orientation, et de l'examen clinique le cas échéant. Il apprécie l'équité de la charge pour déterminer le secteur de rattachement du patient, en concertation avec l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police (IPPP).

Concernant les patients accueillis au centre d'hébergement et d'assistance aux personnes sans abri (CHAPSA) de Nanterre (92), le médecin de la consultation médicale du CHAPSA se charge de l'orientation pour avis psychiatrique, en lien avec le CPOA le cas échéant.

C. Les patients enfants et adolescents

Par principe³, l'équipe de santé mentale de référence du mineur est désignée en fonction du domicile des parents ou des personnes titulaires de l'autorité parentale. Il s'agit de privilégier la solution qui permet la meilleure continuité des soins et qui respecte l'intérêt supérieur de l'enfant. Si l'enfant est en capacité de se prononcer, il pourra également faire part de sa volonté.

Si les deux parents n'ont pas leur domicile dans le même secteur, un accord doit être trouvé entre eux privilégiant le domicile du parent chez lequel l'enfant réside et, en cas de garde partagée, le lieu de scolarisation de l'enfant.

Par exception, il convient de distinguer au sein de cette population les mineurs qui ne sont pas hébergés au domicile de leurs parents et/ou qui ne bénéficient pas d'un lieu d'hébergement stable, comme cela peut être le cas des mineurs confiés à l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et/ou à la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ainsi que des mineurs hébergés en établissements médico-sociaux.

Dans ces situations, il faut distinguer l'existence de l'absence de suivi pédopsychiatrique ou psychiatrique antérieur :

³ Article 108-2 du Code Civil : « Le mineur non émancipé est domicilié chez ses père et mère. Si les père et mère ont des domiciles distincts, il est domicilié chez celui des parents avec lequel il réside ».

- **si un suivi préexiste** : lorsque le mineur a bénéficié d'un suivi antérieur dans un secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en Ile-de-France, cette équipe assure la continuité du suivi. Si le lieu d'hébergement du mineur est trop éloigné, un accord peut être passé pour une prise en charge transitoire par le secteur du lieu d'hébergement via une délégation de soins. Si le mineur retourne vivre chez ses parents, les soins sont repris par le secteur d'origine, sans période de latence. Une bonne communication des informations relatives à la fin de la période d'hébergement hors domicile des parents, entre le secteur assurant la prise en charge « transitoire » et le secteur d'origine, est nécessaire pour organiser la continuité des soins.
- **en l'absence de suivi préexistant** : si le mineur est hébergé de façon stable, c'est-à-dire depuis plus de trois mois dans la même structure, le suivi est assuré par le secteur du lieu d'hébergement. Si le mineur est hébergé dans un lieu provisoire, le suivi est assuré par le secteur du lieu de domicile des parents, ou celui le plus à même de garantir la continuité des soins à l'issue de l'hébergement provisoire. Dès que le lieu d'hébergement du mineur est stabilisé, les modalités d'identification du secteur décrites supra sont mises en œuvre.

Dans tous les cas, le médecin référent de la structure d'hébergement est associé à la décision de prise en charge du mineur.

Ces règles s'appliquent également aux mineurs ne résidant pas habituellement en Ile-de-France et aux « mineurs non accompagnés », antérieurement appelés « mineurs isolés étrangers », sauf dans la situation où ils ne bénéficieraient pas de lieu d'hébergement. Dans ce cas, l'appréciation de leur situation relève de celle des « patients sans domicile stable » (*cf. supra I.B.*). Pour plus de détails, se référer à la note en direction des offreurs de soins concernant la prise en charge des mineurs non accompagnés.

D. Les patients de psychiatrie en milieu pénitentiaire

1. L'orientation de la personne détenue nécessitant une hospitalisation complète en 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***

En application de l'article L. 3214-1 du CSP, les personnes détenues nécessitant une hospitalisation en soins psychiatriques, avec ou sans leur consentement, sont prises en charge par l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du ressort géographique de l'établissement pénitentiaire, sous réserve de place disponible.

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 (*cf. supra I.A.*), il est possible de déterminer le secteur de rattachement du patient, 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 souhaitable.

- ***En cas d'absence de place disponible dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du ressort géographique de l'établissement pénitentiaire***

En application de l'article R. 3214-2 du CSP, lorsque l'unité hospitalière spécialement aménagée territorialement compétente n'est pas en mesure de prendre en charge une personne détenue, faute de place disponible, son hospitalisation est recherchée au sein de l'unité hospitalière spécialement aménagée la plus proche.

Il en est de même lorsque deux personnes détenues ne doivent pas être hospitalisées dans la même unité pour des raisons de sécurité. Dans ce cas, le directeur interrégional des services pénitentiaires en informe le directeur de l'établissement de santé et le médecin à l'origine de la dernière demande d'hospitalisation, afin que ce dernier sollicite le responsable de l'unité la plus proche.

Les hospitalisations sont prononcées selon les modalités mentionnées aux articles R. 3214-1 à R. 3214-4 du CSP, qu'elles interviennent avec ou sans consentement.

- **En cas d'absence de place disponible dans l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) la plus proche**

En cas d'absence de place dans l'UHSA la plus proche, les personnes détenues hospitalisées en application de l'article L. 3214-1 du CSP sont prises 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 départements où une organisation spécifique (ex : tour entre établissements) a été mise en œuvre, les patients détenus peuvent être répartis sur l'ensemble des secteurs psychiatriques du département où est implanté l'établissement pénitentiaire.

2. L'orientation de la personne ex-détenue vers la psychiatrie de secteur

De manière générale, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) est consulté en amont de la levée d'écrou pour connaître le projet de vie du patient et aider à déterminer le secteur en charge de son suivi, de façon cohérente et concertée. Les principes généraux de détermination du secteur de prise en charge s'appliquent (*cf. supra I.A.*).

Lorsque la 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 décrits dans la présente note 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. Un tour des établissements du département peut être envisagé pour éviter d'engorger le secteur de rattachement de l'établissement pénitentiaire, notamment lorsque la levée d'écrou est connue trop tard pour identifier un secteur de prise en charge.

Si le patient est sans domicile stable ou identifié, les règles relatives aux personnes sans domicile stable s'appliquent (*cf. supra I.B.*).

E. Les patients confrontés à une interdiction judiciaire

Trois types de patients peuvent être confrontés à une interdiction judiciaire de type territoriale :

- les patients placés sous contrôle judiciaire (avant jugement) et interdits de se rendre dans certains lieux ou de sortir de certaines limites territoriales (*article 138 du Code de procédure pénale*) ;
- les patients détenus condamnés à une interdiction de séjour (*article 131-31 du Code pénal*) ;
- les patients reconnus irresponsables pénaux et confrontés à une interdiction de paraître (*article 706-136 du Code de procédure pénale*).

Afin de respecter l'interdiction judiciaire posée tout en assurant l'accès aux soins du patient, le lieu de prise en charge devra exclure les lieux ou zones mentionnés par le juge. Dès lors, il appartient à l'équipe de santé mentale du secteur de référence de trouver un accord avec un autre secteur psychiatrique.

Toutefois, dans le cadre d'un suivi psychiatrique antérieur, lorsque la rupture dans la continuité des soins prodigués au patient risque de lui être préjudiciable, il est recommandé en tenant compte du degré d'urgence de prendre attache avec le service de probation et d'insertion pénitentiaire (SPIP) afin d'examiner toute dérogation qui pourrait lui être accordée.

Si une personne soumise à une interdiction judiciaire se retrouve de ce fait sans domicile stable et se trouve sans antécédent de prise en charge sectorisée en Ile-de-France, il rejoint la situation décrite *supra* (*cf. I.B.*).

II. Cas d'impossibilités de prise en charge d'un patient

Par principe, l'établissement de secteur identifié est responsable de la prise en charge du patient et doit organiser un parcours de soins adapté à celui-ci. Néanmoins, notamment concernant l'hospitalisation complète, plusieurs raisons peuvent rendre impossible la prise en charge du patient telles que :

- cohabitation contre-indiquée entre deux patients dans un même service ;
- interdiction de séjour, de paraître ou d'entrer en relation ;

- rupture du lien de confiance entre le patient et l'équipe médico-soignante suite à un évènement indésirable grave.

Le cas échéant, il est rappelé que l'établissement de secteur continue d'être en responsabilité de soins adaptés pour le patient : l'établissement doit trouver une solution de relais pour la durée de cette impossibilité, respectant ainsi le principe de continuité des soins. Le psychiatre de l'équipe de secteur concernée en avertit le patient et transmet les informations nécessaires à la poursuite des soins à l'équipe assurant la suite de la prise en charge.

III. Avis et saisines mobilisables par les établissements

Les acteurs de santé doivent pouvoir s'approprier la présente note et trouver une solution aux problématiques liées à la sectorisation à l'aide de celle-ci.

Néanmoins, en cas de désaccord persistant pour identifier le secteur compétent, plusieurs recours sont envisageables.

Il est entendu que le temps nécessaire à trouver un accord ne doit pas porter préjudice à l'accès aux soins du patient ou retarder sa prise en charge.

A. En première intention : l'avis du CPOA

En cas de désaccord entre établissements sur l'interprétation de la présente note, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du Groupement hospitalier universitaire Paris-Psychiatrie-Neurosciences (GHU PPN) est missionné par l'ARS Ile-de-France pour identifier le lieu de prise en charge d'un patient.

Il est garant, en première intention, du respect et de la bonne application des principes posés par la présente note dont le champ s'étend à tous les patients relevant d'une prise en charge en Ile-de-France.

La saisine du CPOA permet d'aider les professionnels à identifier le secteur compétent en cas de difficulté au regard des principes énoncés dans la présente note. Elle n'a pas pour objectif d'appuyer les établissements dans la recherche de solution d'aval concernant des situations individuelles.

B. En seconde intention : la saisine de l'ARS IDF

Si malgré la saisine du CPOA, des difficultés persistent et sont de nature à induire un préjudice dans l'accès aux soins du patient, l'ARS peut être saisie en seconde intention. L'ARS est saisie par le CPOA.

En dernier recours, dans le cas d'un refus d'admettre un patient sur le secteur déterminé comme étant le sien, alors que les disponibilités en lits de l'établissement permettent de le recevoir, l'admission peut être prononcée par le directeur général de l'ARS, en vertu de l'article R. 1112-12 du Code de la santé publique.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Île-de-France


Amélie VERDIER