

Affaire suivie par :  
Lazare REYES / Catherine ISSERLIS

Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale

Courriel : [lazare.reyes@ars.sante.fr](mailto:lazare.reyes@ars.sante.fr)  
[catherine.issertis@ars.sante.fr](mailto:catherine.issertis@ars.sante.fr)

Téléphone: 01.44.02.05.29

Paris, le

### **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<sup>1</sup> 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'Orientation 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 ;

<sup>1</sup> Parties législative et réglementaire du code de la santé publique relatives à la « lutte contre les maladies mentales » (articles L. 3211-1 et suivants, articles R. 3221-1 et suivants).

- 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 (2<sup>ème</sup> 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<sup>2</sup> 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 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 ;

<sup>2</sup> Article L. 264-3 du code de l'action sociale et des familles : « L'absence d'une adresse stable ne peut être opposée à une personne pour lui refuser l'exercice d'un droit, d'une prestation sociale ou l'accès à un service essentiel garanti par la loi, ... ».

- 
- 
- 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 »<sup>3</sup> 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'Orient 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.

---

<sup>3</sup> Navetteur = Personne qui fait régulièrement la navette au moyen d'un transport public ou d'un véhicule privé, de son habitation à son lieu d'activité (travail, étude...).

---

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 règles 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 infanto-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 habituelle<sup>4</sup> 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 mineur<sup>5</sup>.

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-indiqué.

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 D.398 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.

---

<sup>4</sup> Article 108-2 « *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* ». Cet article distingue clairement les deux notions de « domicile » et de « résidence » : le domicile de l'enfant est en principe déterminé par le domicile des parents, et dans le cas où les parents ne possèdent pas le même domicile, celui de l'enfant sera assimilé avec sa résidence.

<sup>5</sup> Les cas de conflictualité parentale sont fréquents et posent souvent le problème de l'intérêt de l'enfant. Des règles de bonnes pratiques doivent être définies avec les acteurs institutionnels concernés (JAF, JE, ASE etc.) et feront l'objet de consignes spécifiques ultérieures.

**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 D.398 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.