

# **PRÉCONISATIONS RÉGIONALES RELATIVES À L'APPLICATION DU PRINCIPE DU SECTORISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE**

# CONTEXTE

La sectorisation psychiatrique est une organisation des soins mise en place en France à partir des années 1960, visant à favoriser la désinstitutionnalisation et à garantir la proximité et la continuité des soins pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. L'ensemble du territoire national est ainsi découpé en secteurs de psychiatrie adulte et en intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Ce maillage implique, en théorie, que chaque territoire dispose d'un dispositif complet de soins, incluant hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel et dispositifs de soins ambulatoires.

La sectorisation constitue avant tout un cadre d'organisation au service des usagers, et non une contrainte. Elle a vocation à faciliter l'accès aux soins et l'accompagnement adapté des parcours, tout en veillant à faire respecter le libre choix des usagers. La mobilité des usagers, la diversité de leurs modes de vie et la singularité de leurs situations ne doivent pas conduire à l'exclure du principe même de la sectorisation, mais plutôt à en adapter l'application pour garantir leur prise en soins et prévenir les ruptures de parcours.

En région Hauts-de-France, une démarche de mise à jour des listes précises des secteurs et des établissements

en assurant la mission a eu lieu en 2023. L'arrêté DOS-SDES-AUT-n°2023-76 du directeur général de l'ARS en date du 26 décembre 2023 détermine précisément le contour géographique des secteurs, par communes, avec l'établissement de santé de rattachement.

Les membres du comité de pilotage régional santé mentale ont souhaité l'élaboration de préconisations régionales dans une démarche constructive visant à clarifier les principes d'organisation des soins pour les situations dans lesquelles l'affiliation à un secteur n'est pas immédiatement identifiable (action n°49 de la [feuille de route régionale santé mentale 2023-2028](#) publiée par l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France). Elles ont vocation à s'appliquer aux établissements sanitaires autorisés en psychiatrie afin de garantir à chaque usager un accès effectif aux soins et une continuité du parcours, en cohérence avec les principes fondateurs de la sectorisation.

Ces préconisations ont été élaborées dans le cadre d'un groupe de travail pluri-acteurs (cf. annexe 1) piloté par l'ARS, puis ont fait l'objet d'une diffusion auprès des membres du COPIL régional santé mentale (cf. annexe 2) avant validation par le directeur général de l'ARS.

# ACCUEIL INCONDITIONNEL EN SECTEUR

Chaque secteur a la responsabilité d'organiser une réponse aux besoins de soins pour les personnes relevant de son territoire, sauf en cas de mesures d'éloignement légales. Cela implique une posture active de la part des équipes pour proposer une réponse adaptée dans des délais compatibles avec l'état clinique de la personne nécessitant des soins. Afin de garantir cet accueil inconditionnel, chaque

secteur doit définir, en lien avec les secteurs et/ou professionnels et/ou établissements professionnels voisins (publics comme privés), les modalités de coopération à activer en cas de contexte exceptionnel ou temporaire affectant sa capacité d'accueil.

Cette première préconisation constitue un préalable aux préconisations suivantes.

## Préconisation n°1

**Chaque secteur est responsable de proposer une réponse adaptée aux besoins de soins des personnes relevant de son territoire. Des modalités de collaboration doivent être anticipées et formalisées afin de répondre aux contextes susceptibles d'impacter l'accueil au sein du secteur.**

# PERSONNES SE PRÉSENTANT AUX URGENCES

Toute personne se présentant aux urgences pour motif psychiatrique doit faire l'objet d'une évaluation somatique et psychiatrique par les équipes du service d'accueil d'urgence (SAU) ou par les équipes assurant

la liaison au sein du SAU, et ce quel que soit l'établissement au sein duquel elle se présente, quel que soit son âge et quel que soit son secteur d'origine.

## Préconisation n°2

**Toute personne se présentant aux urgences doit être évaluée, quel que soit l'établissement où elle se présente et quel que soit son secteur d'origine.**

# PERSONNES AYANT PLUSIEURS LIEUX DE VIE

Les situations pour lesquelles les personnes présentent plusieurs lieux de vie sont multiples. C'est le cas, par exemple :

- Des enfants dont les parents sont divorcés.
- Des enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance, accueillis en foyer la semaine et chez un parent le week-end.
- Des enfants accueillis en internat la semaine, qu'il soit scolaire ou médico-social, et chez leurs parents le week-end.
- Des étudiants la semaine dans leur logement et chez leurs parents le week-end.
- Etc.

Les usagers qui ont plusieurs adresses (des enfants le plus souvent) peuvent relever d'autant de secteurs

qu'ils ont d'adresses. Ils ne peuvent être refusés d'un secteur sur lequel ils résident au motif qu'ils ont également une adresse sur un autre secteur. Le lieu de soins est négocié entre les secteurs et l'utilisateur pour que le secteur retenu garantisse la proximité et la continuité des soins. La volonté de l'utilisateur (ou de ses parents) dans le choix du secteur sera privilégiée. Idéalement, pour assurer une continuité des soins, le suivi débuté au sein du secteur choisi par l'utilisateur sera poursuivi au sein du même secteur pour éviter d'engager des doubles suivis.

En cas de volonté de changement de secteur par l'utilisateur (ou ses parents), le relai entre les deux secteurs doit être organisé dans les meilleurs délais.

## Préconisation n°3

**Lorsqu'un usager a plusieurs lieux de vie relevant de secteurs différents, les secteurs concernés ne peuvent refuser l'accès aux soins au motif que l'utilisateur dispose d'une autre adresse. La volonté de l'utilisateur est privilégiée dans le choix du secteur.**

## PERSONNES EN CONTEXTE DE DÉMÉNAGEMENT

En cas de déménagement (ou pour tout changement de secteur), le secteur de provenance s'engage à accompagner l'utilisateur dans le transfert de secteur : il assure la transmission du dossier au nouveau secteur et accompagne, si besoin, l'utilisateur dans la

prise de contact avec le secteur de son nouveau lieu de résidence. Le secteur du nouveau lieu de résidence s'engage à recevoir le nouveau patient au plus tôt et le secteur de provenance assure les soins jusqu'au relai par le nouveau secteur.

### **Préconisation n°4**

**Lors d'un déménagement, le secteur de provenance assure le transfert vers le nouveau secteur qui s'engage à recevoir l'utilisateur au plus tôt. Le secteur de provenance assure les soins jusqu'au relai par le nouveau secteur.**

## PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

Pour les personnes sans domicile fixe, comme pour tout autre usager, la proximité des soins avec le lieu de vie doit être privilégiée. Dans les villes ne comportant qu'un secteur de psychiatrie, les personnes sans domicile fixe qui y résident relèvent naturellement de ce secteur. Dans les grandes villes couvertes par

plusieurs secteurs, les établissements concernés doivent définir localement une organisation adaptée permettant une répartition équitable (par date de naissance, par exemple) des prises en charge, tout en assurant une réponse de proximité.

### **Préconisation n°5**

**Dans les grandes villes avec une organisation sectorielle multiple, une organisation locale doit permettre de répartir la prise en soins des personnes sans domicile fixe entre les secteurs concernés, en veillant à garantir la proximité avec leur lieu de vie effectif.**

# PERSONNES DÉTENUES EN SOINS SANS CONSENTEMENT

En milieu carcéral, la procédure de demande de soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état (SDRE) peut concerner des détenus présentant des troubles psychiatriques graves nécessitant une hospitalisation sous contrainte en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) préférentiellement, ou en établissement autorisé en psychiatrie habilité à assurer les soins sans consentement en l'absence de places disponibles en UHSA.

Pour la prise en soins des personnes détenues, le fonctionnement diffère entre les départements du nord de la région et ceux du sud de la région.

Pour les départements du Nord et du Pas-de-Calais, une convention signée en octobre 2019 entre la Direction Interrégionale des Services Pénitentiaires (DISP), l'ARS et les établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins sans consentement précise les règles suivantes :

- Le patient détenu est orienté en première intention à l'UHSA.
- Par exception au premier principe, l'orientation du patient détenu s'effectue dans l'établissement de son secteur de rattachement et après accord médical dans les situations suivantes :
  - Absence de place à l'UHSA.
  - Patient en fin de peine (levée d'écrou à 2 mois) pour lequel le secteur est plus adapté dans le cadre d'un projet de sortie.
  - Patient suivi au sein d'un secteur en dehors de l'incarcération.

Lorsque le patient détenu est sans domicile, ou lorsqu'il dépend d'un secteur situé en dehors de la région, son orientation s'inscrit dans le dispositif « Contribution à l'orientation des patients détenus hors sectorisation (COPADEHS) », détaillé en annexe de la convention, à savoir une répartition par secteur en fonction de l'établissement pénitentiaire d'origine et de la date de naissance de la personne détenue.

Dans l'hypothèse où ces principes ne peuvent être respectés (faute de place au sein de l'établissement correspondant au secteur de rattachement ou au secteur déterminé en application du dispositif COPADEHS), s'appliquent, secondairement et successivement les principes suivants :

- Orientation vers l'établissement de santé au sein duquel le détenu a déjà été pris en charge,
- Orientation vers l'établissement de santé le plus proche du lieu de détention.

A l'inverse, dans les départements de l'Aisne, de la Somme et de l'Oise, les patients détenus sont orientés en première intention vers l'établissement autorisé en psychiatrie rattaché à l'établissement pénitentiaire. La mobilisation de l'UHSA ne se fait qu'en seconde intention.

## Préconisation n°6

**En ce qui concerne l'accueil des personnes détenues en soins sans consentement dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais, il convient de se référer aux règles fixées par la convention dédiée de 2019. Pour les départements de l'Aisne, de la Somme et de l'Oise, l'accueil en secteur est réalisé en première intention.**

# PERSONNES FRONTALIÈRES

Dans la plupart des cas, l'accueil en établissement social ou médico-social (ESMS) en Belgique est anticipé et travaillé en lien avec un secteur de psychiatrie, une convention relative aux soins est alors établie entre l'établissement sanitaire et l'ESMS qui accueille l'usager. La convention identifie de fait que ce secteur assurera les soins psychiatriques en cas de besoin et en l'absence de solution identifiée en Belgique. Dans les cas où il n'existe pas de

convention ou de partenariat entre l'ESMS et un établissement sanitaire, il est considéré que le secteur de rattachement est celui correspondant au dernier suivi en psychiatrie et, à défaut, au dernier lieu de résidence (pour les personnes majeures, en l'absence de suivi antérieur) ou au domicile des parents (pour les personnes mineures, en l'absence de suivi antérieur).

## Préconisation n°7

**Pour les usagers accueillis en ESMS en Belgique, une convention de soins est généralement établie entre l'établissement médico-social et l'établissement psychiatrique afin de garantir la continuité et la cohérence des soins. Dans le cas contraire, le rattachement sectoriel est déterminé selon le dernier suivi en psychiatrie connu ou, à défaut, selon le dernier lieu de résidence (ou le domicile parental pour les mineurs).**

# PERSONNES EN SITUATION D'ÉLOIGNEMENT DE LEUR SECTEUR DE RÉFÉRENCE

Les personnes en situation de personnes en situation d'éloignement de leur secteur de référence (voyage, déplacement, etc.) se présentant dans un SAU de la région doivent bénéficier d'une évaluation somatique et psychiatrique. Afin de garantir une réponse rapide aux besoins de soins immédiats du patient et d'éviter l'attente d'un transfert depuis le SAU, la possibilité d'une hospitalisation temporaire doit pouvoir être envisagée en attendant que l'établissement de provenance puisse s'organiser pour venir chercher le patient dans les meilleurs délais.

Des règles de répartition de ces situations sont à définir entre les secteurs de psychiatrie en lien avec le SAU, qu'il s'agisse des secteurs de l'établissement support s'il est autorisé en psychiatrie, ou de ceux de l'établissement partenaire lorsqu'il ne l'est pas. Les équipes du secteur désigné se mettent alors en lien avec le secteur d'origine du patient pour assurer une continuité des soins et organiser le transfert si besoin. Si le patient est stabilisé dans un délai raisonnable, il peut alors sortir d'hospitalisation et rentrer par ses propres moyens. Dans les situations plus complexes, le transfert est organisé et l'établissement de provenance s'organise pour venir chercher le patient dans les meilleurs délais.

## Préconisation n°8

**Une hospitalisation temporaire doit pouvoir être envisagée dans la région pour les situations d'éloignement géographique du secteur de psychiatrie de référence. Des règles de répartition doivent être définies entre les secteurs de psychiatrie en lien avec le SAU, qu'il s'agisse des secteurs de l'établissement support s'il est autorisé en psychiatrie, ou de ceux de l'établissement partenaire lorsqu'il ne l'est pas.**

# PERSONNES À L'ORIGINE D'ACTES VIOLENTS DANS UN SECTEUR DE PSYCHIATRIE

L'ensemble des professionnels des secteurs doivent être formés à la désescalade pour limiter les passages à l'acte violents. Néanmoins, lorsqu'ils surviennent, les passages à l'acte violents d'un usager envers d'autres usagers ou envers les équipes de soins du secteur imposent un signalement à l'ARS et un dépôt de plainte. Le secteur doit également avoir la possibilité de s'appuyer sur des coopérations avec d'autres secteurs pour évaluer de manière collégiale la gravité du passage à l'acte et la nécessité de transférer l'usager vers un autre secteur. Si le secteur en fait la

demande, il est proposé que l'établissement déclenche une commission médico-administrative à l'échelle de l'établissement dans les 48h suivant la demande pour déterminer le secteur qui sera susceptible d'accueillir le patient et de fixer les délais de cet accueil de façon concertée. En l'absence de solution possible au sein de l'établissement (un seul secteur, par exemple), une commission médico-administrative doit être déclenchée à un échelon plus large (groupement hospitalier de territoire ou territoire du PTSM).

## **Préconisation n°9**

**En cas de passage à l'acte violent, la pertinence et les modalités d'un transfert de secteur doivent pouvoir être discutées de façon collégiale en commission médico-administrative.**

## AUTRES SITUATIONS

Pour toutes les situations n'apparaissant pas au sein de ces préconisations, une solution devra être trouvée en mobilisant un temps de concertation dans le cadre d'une commission médico-administrative. Chaque établissement est invité à se doter d'une commission médico-administrative et à fixer ses règles de fonctionnement, pour arbitrer, de façon concertée, les situations complexes.

En l'absence de solution identifiée à l'échelle de l'établissement, les commissions médico-administratives peuvent être élargies à l'ensemble des établissements du groupement hospitalier de territoire ou des établissements du territoire du PTSM.

## **Préconisation n°10**

**Chaque établissement se dote d'une commission médico-administrative afin d'arbitrer, de façon concertée, les situations complexes. Ces commissions peuvent être élargies à l'échelle d'un groupement hospitalier de territoire ou à l'échelle du territoire du PTSM en l'absence de solution identifiée au sein de l'établissement.**

## Annexe 1

### MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

<b>ALQUIER Nathalie</b>	Directrice – Les Marronniers
<b>BENAICHE Ahmed</b>	IDE – CH Valenciennes
<b>BOURGEOIS Eliane</b>	Directrice des soins – EPSM Val-de-Lys-Artois
<b>BOYTHIAS Morgane</b>	Secrétaire générale – EPSM Flandres
<b>BRALET Marie-Cécile</b>	Psychiatrie – CHI Clermont de l'Oise
<b>BROCHART Olivier</b>	Psychiatre – Les Marronniers
<b>BUBROVSZKY Maxime</b>	Psychiatre – EPSM Agglomération Lilloise / Directeur – F2RSMPsy
<b>CAPLIER François</b>	Directeur délégué – EPSM Agglomération Lilloise
<b>COSTE LARDE Chrystèle</b>	Psychiatre – EPSM Flandres et exercice libéral
<b>COZ Clémentine</b>	Cheffe de projet – PTSM des Flandres
<b>DEVOS Emma</b>	Cheffe de projet – PTSM du Littoral
<b>GARNY DE LA RIVIERE Sébastien</b>	Pédopsychiatre – CHU Amiens
<b>HENOCQUE Marie</b>	Psychiatre – EPSM Agglomération Lilloise
<b>JEAN François</b>	Pédopsychiatre – CH Calais
<b>KOSZAREK Rémy</b>	Chef du projet – PTSM de l'Artois-Audomarois
<b>MACABIAU Frédéric</b>	Directeur délégué – EPSM Lille Métropole
<b>MARLIC Franck</b>	Cadre de santé – CH Péronne
<b>MERCIER Cécile</b>	Psychologue – EPSM Lille Métropole ; Présidente – FFPP
<b>NEDELESCU Iulia</b>	Psychiatre – CH Douai
<b>OUREIB Jean</b>	Psychiatre – EPSM Agglomération Lilloise
<b>PEQUIGNOT Bruno</b>	Psychiatre – EPSM Val-de-Lys-Artois
<b>ROBERT Sylvie</b>	Psychiatre – EPSM Lille Métropole
<b>SOUBELET Laurence</b>	Psychiatre – CH Arras
<b>SOURIAU Manon</b>	Cheffe de projet – PTSM de l'Aisne
<b>THEVENOT Marc-Antoine</b>	Directeur délégué – EPSM Val-de-Lys-Artois
<b>VERMANDEL Benjamin</b>	Chargé de mission – CREHPSY
<b>WAMBERGUE Dany</b>	Psychiatre – EPSM Val-de-Lys-Artois
<b>WATHELET Marielle</b>	Chef de projet régional de santé mentale – ARS HDF

## Annexe 2

# COMPOSITION DU COPIL RÉGIONAL SANTÉ MENTALE

- 3 représentants des praticiens hospitalo-universitaires de psychiatrie de l'adulte
- 2 représentants des praticiens hospitalo-universitaires de pédopsychiatrie
- 2 représentants des praticiens hospitalo-universitaires et hospitaliers en addictologie
- 2 représentants des praticiens en EPSM
- 2 représentants des praticiens en CHG autorisés en psychiatrie
- 2 représentants des directions des CHU
- 2 représentants des directions des EPSM
- 2 représentants des directions des CHG autorisés en psychiatrie
- 1 représentant des directions des établissements privés à but non lucratif
- 1 représentant des praticiens des établissements privés à but non lucratif
- 1 représentant des directions des établissements privés
- 1 représentant des praticiens des établissements privés
- 1 représentante de la Fédération Hospitalière de France (FHF)
- 1 représentant de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)
- 1 représentante de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP)
- 1 représentante de l'Association Française des Directeurs des Soins (AFDS)
- 2 représentants des psychiatres libéraux
- 1 représentant des médecins généralistes
- 1 représentant l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins libéraux (URPS ML)
- 3 représentants de la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP)
- 1 représentante de l'Association des Jeunes Psychiatres et Jeunes Addictologues (AJPJA)
- 1 représentant de l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP)
- 1 représentant des IPA Psychiatrie – Santé mentale de l'Association des Infirmiers en Pratique Avancée (IPAHDF)
- 1 représentant des médiateurs de santé-pairs (MSP) et 1 représentante du programme MSP
- 1 représentant de l'Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (URIOPSS)
- 1 représentant de la Fédération Addiction
- 1 représentante de l'Union National des Familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- 1 représentant de France Assos Santé
- 1 représentant du Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) et 1 représentant intervenant pair
- 1 représentante du Centre de Ressources sur le Handicap Psychique (CREHPSY)
- 1 représentant du Centre de Ressources en Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Âgée (CR3PA)
- Le référent régional des conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- Les 8 chefs de projets opérationnels des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)
- 1 représentante de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)
- 1 représentant de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie (F2RSM Psy)
- 1 représentante du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)
- 1 représentant de la cellule régionale de Santé Publique France (CIRE)

# **PRÉCONISATIONS RÉGIONALES RELATIVES À L'APPLICATION DU PRINCIPE DU SECTORISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE**

FÉVRIER 2026