



**PRÉFET
DE LA SEINE-
MARITIME**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Agence régionale de santé

34

**ARRETE
DECIDANT LA FORME DE PRISE EN CHARGE
SOUS UNE AUTRE FORME QU'UNE HOSPITALISATION COMPLETE,
D'UNE PERSONNE FAISANT L'OBJET DE SOINS PSYCHIATRIQUES**

Le préfet de la région Normandie, préfet de la Seine-Maritime

Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite,

VU le code de la santé publique, notamment les articles L. 3211-2-1, L. 3211-2-2, L. 3211-12-1 et L. 3213-1 ;

VU l'arrêté en date du 08/08/2024 du préfet de Seine-Maritime portant admission en soins psychiatriques au Centre hospitalier du Rouvray de SOTTEVILLE-LES-ROUEN, de :

Monsieur DAKAR Michel
Né le : 30/03/1955
Résident : 9 route de Barre Y-VA
76490 RIVES EN SEINE

VU l'arrêté en date du 02/09/2024 du préfet de Seine-Maritime portant transfert en soins psychiatriques de Monsieur DAKAR Michel au Centre hospitalier Pierre Janet du HAVRE ;

VU l'avis motivé mentionné dans le certificat médical en date du 23/09/2024 établi, après recueil des observations du patient, par le docteur LEFEBVRE, proposant la prise en charge de Monsieur DAKAR Michel sous une autre forme que l'hospitalisation complète ;

VU le programme de soins du 23/09/2024 joint à ce certificat ;

VU l'avis du collège de soignants en date du 23/09/2024 précisant que la mesure de soins, sous la forme de l'hospitalisation complète, n'est plus adaptée et proposant de la modifier sous la forme d'un programme de soins ;

VU la lettre de refus de modification de la forme de prise en charge en date du 25/09/2024 du préfet de Seine-Maritime demandant une expertise psychiatrique en application de l'article L.3213-3 IV du Code de la santé publique ;

VU l'expertise psychiatrique en date du 08/10/2024 établie par le docteur AIT BELKACEM préconisant une prise en charge sous la forme d'un programme de soins.

CONSIDERANT que l'expertise médicale en date du 08/10/2024 établie par le docteur AIT BELKACEM confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, confirmant ainsi la proposition faite par le collège soignant dans son avis du 23/09/2024 visé ci-dessus ;

CONSIDERANT qu'en application de l'article L.3213-3 IV du Code de la santé publique, lorsque l'expertise confirme la recommandation de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation

ARRETE DECIDANT LA FORME DE PRISE EN CHARGE
DAKAR Michel

Agence régionale de santé de Normandie
Pôle soins et sûreté des personnes - Site Rouen 2 place Jean Nouzille - CS 55035 14050 CAEN cedex 4 - ☎ 02.31.70.96.96

1/2

4022

complète, le représentant de l'Etat décide la modification de la forme de prise en charge conformément à la proposition médicale établie en ce sens.

ARRÊTE

Article 1 - Monsieur DAKAR Michel faisant l'objet de soins psychiatriques, est pris en charge, à compter de ce jour, sous la forme et les modalités définies dans le programme de soins ci-joint.

Article 2 - Sous réserve de la levée de la mesure de soins psychiatriques par le préfet ou par le juge des libertés et de la détention, la présente décision de prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète sur la base du programme de soins joint au présent arrêté demeure valable tant qu'une autre forme de prise en charge ne lui est pas substituée par décision préfectorale prise sur proposition médicale sur la base d'un nouveau programme de soins.

Article 3 - En cas de nécessité, la prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète peut faire l'objet d'une décision préfectorale sur la base d'une proposition médicale en application des dispositions de l'article L.3211-11.

Article 4 - Le sous-préfet, directeur de cabinet du préfet de la Seine-Maritime et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont avis sera adressé au procureur de la République du HAVRE, aux maires de RIVES-EN-SEINE et du HAVRE, à la C.D.S.P., à la famille, le cas échéant à la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé et notification à Monsieur DAKAR Michel.

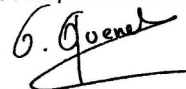
Article 5 - La régularité et le bien-fondé de cette décision peuvent être contestés devant le juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire du HAVRE dans le cadre d'une saisine sur le fondement de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, ou à l'occasion d'un recours systématique initié par le représentant de l'Etat dans le département ou le directeur de l'établissement de santé d'accueil sur le fondement des articles L. 3211-12-1 ou L. 3213-9-1 du même code.

La commission départementale des soins psychiatriques peut également proposer la levée de la mesure de soins psychiatriques au préfet ou au juge des libertés et de la détention. Elle peut être saisie par courrier adressé à son président Pôle soins et sûreté des personnes - Site Rouen 2 place Jean Nouzille - CS 55035 14050 CAEN cedex 4.

Fait à Rouen, le 18/10/2024

Le Préfet,

par délégation,
le sous-préfet du Havre



GILLES QUENEHERVE

OK ARS

SOIT TRANSMIS aux fins de notification d'arrêté préfectoral

ARS - DOS - pôle SPSC
à
Groupe Hospitalier du Havre - Hôpital Pierre Janet
Bureau des entrées

V/Réf : L. 3211-3, L. 3211-12 et L. 3211-12-1 du CSP

Je vous prie de notifier à Monsieur DAKAR Michel Né le 30/03/1955

- L'arrêté en date du 18/10/2024 décidant la forme de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète et le certificat médical/programme de soins
- La fiche intitulée « droits et garanties des patients admis en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat »

Les voies et délais de recours contre cette décision sont précisés dans l'arrêté.

Vous voudrez bien nous faire retour, par courrier ou par mail à bref délai, le récépissé de notification ci-dessous, dûment émargé, après la remise de l'arrêté mentionné ci-dessus au patient.

Fait à ROUEN, le 18/10/2024

Direction Régionale de Santé Normandie
Désignation des Personnes
et des Personnes

Mme M. P. 18/10/2024

RECEPISSE

Monsieur DAKAR Michel reconnaît avoir reçu notification de l'arrêté en date du 18/10/2024 décidant la forme de prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète et le certificat médical/programme de soins mentionnés ci-dessus et avoir été informé de leur contenu. Je reconnais également avoir été informé des droits dont je dispose et des garanties dont je bénéficie qui sont listés et détaillés dans la fiche jointe dont un exemplaire m'a été remis.

Date de remise : 21/10/2024

Signature du patient :



☐ Si refus du patient :

☐ Si impossibilité de signer ou de recevoir le message :

Jé soussigné :

Nom DAKAR Prénom Michel Qualité _____ Date : _____

Signature _____

L'ARS procède à un traitement informatique de vos données à caractère personnel dans le cadre d'« HOPSYWEB » ayant pour finalité le suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, l'instruction des demandes de port d'armes, l'exploitation statistique des données par les autorités publiques compétentes et l'information au représentant de l'Etat au titre de la prévention de la radicalisation à caractère terroriste - décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 modifié autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement.

Ce traitement est nécessaire en application des dispositions des articles L. 3212-1, L. 3213-1, L. 3214-3 du Code de la santé publique, de l'article 706-135 du Code de procédure pénale et du décret précité, et répond au respect d'une obligation légale à laquelle est soumis le responsable du traitement (article 6.1.c du Règlement général sur la protection des données - RGPD - du 27 avril 2016). Ces données sont conservées pendant 3 ans à compter de la fin d'année civile suivant la levée de la mesure de soins sans consentement.

Conformément au RGPD et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et dans les conditions prévues par ces mêmes textes, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données.

Vous pouvez exercer ces droits en adressant votre demande auprès du Délégué à la protection des données de l'ARS de Normandie :

Espace Claude Monet | 2 place Jean Nouzille | CS 55035 | 14050 Caen Cedex 4

Tél. 02 31 70 96 85 - Courriel : ars-normandie-juridique@ars.sante.fr

Vous disposez par ailleurs d'un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation au regard de la loi susmentionnée.

☒ CERTIFICAT MEDICAL ou ☐ AVIS MEDICAL DE
MODIFICATION DE LA FORME DE LA PRISE EN CHARGE
(articles L. 3211-2-1 et L. 3211-11 CSP)

(Programme de soins initial, modification d'un programme de soins,
réintégration/ré hospitalisation)

SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT

HÔPITAL PIERRE JANET
SERVICE OUEST

CAMP-CATTI - HÔPITAL
DE JOUR

Unité d'hospitalisation :

ALIZE-CARAVELLE

47 Rue de Tourneville
76600 LE HAVRE

☐ Admission « directe » CSP L. 3213-1	Personne irresponsable pénalement
☐ Admission après arrêté municipal CSP L. 3213-2	☒ admission médico-légale CSP L. 3213-7
☐ Admission après transformation (SDT ou SPI en SDRE) CDSP L 3213-6	☐ admission judiciaire CPP 706-135
Ajouter dans ce cas un avis du collège (cf articles L. 3213-3 III et L. 3211-1 IV)	

chef de Pôle

Olivier LEGAT

directeur de Pôle

me Christelle VAUTHIER

sponsable d'unité

Ana Raluca LEFEBVRE

aticiens Hospitaliers

Vincent BENOÎT

Marie BUR

Laure DEVARRIEUX

Irene FACELLO

Philippe GUINET

Isabelle MAISONNEUVE

tachés

Houda BELHADJ

Mohammed BOUARAB

Abd Nasser BOUZID

Zaineb EL MOUTASSIM

Van Elise KAYEMBA

Ayyoub KROUK

crétariat:

raires d'ouverture :

h 00 - 17 h 00

CONSULTATION :

32 73 39 00/10

HOSPITALISATION :

32 73 39 03/35

x : 02 32 73 39 12

ail : soc.serv.ouest.hpj@ch-

vrc.fr

*24

083 Le Havre

dex

1 : 02 32 73 32 32

Pôle ou service : Hôpital Pierre Janet : Service OUEST – Secteur 76G13

Nom du patient (si possible renseigner les 2 rubriques) :	Né(e) le : 30/03/1955
Nom de famille (nom de naissance) : DAKAR	Demeurant :
Nom d'usage (épouse, ...) : DAKAR	9 route de Barre Y-Va
Prénom : MICHEL	76490 RIVES-EN-SEINE
Date de l'admission en soins psychiatriques : 08/08/2024	N° dossier/N° registre :
Forme de la prise en charge actuelle : ☒ HC ou ☐ PS	
depuis : 08/08/2024	

CSP L. 3211-2-1 : Lorsque les soins prennent la forme de soins ambulatoires, de soins à domicile dispensés par un établissement autorisé en psychiatrie, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement autorisé en psychiatrie, un programme de soins est établi par un psychiatre¹ de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de réalisation (cf décret)

CSP L.3211-11 : Pour tenir compte de l'évolution de l'état du patient, le psychiatre¹ qui participe à sa prise en charge peut proposer à tout moment de modifier, par un certificat médical circonstancié, la forme de la prise en charge.

Lorsque le psychiatre constate que la prise en charge du patient décidée sous une autre forme que l'hospitalisation complète ne permet plus, notamment du fait du comportement du patient, de dispenser les soins nécessaires à son état, il propose, par certificat médical circonstancié une hospitalisation complète. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre établit sur la base du dossier médical, un avis. Pour les patients détenus, la seule forme de prise en charge est l'hospitalisation complète.

Je soussigné(e), Dr AR. LEFEBVRE certifie ☒ avoir examiné ce patient ☐ avoir consulté son dossier médical, et avoir constaté et conclu ce qui suit :

Depuis l'admission au sein de l'unité protégée du service Alizé, le 03/09/2024, on note une présentation syntone, des échanges fluides et des relations adaptées avec l'ensemble de l'équipe soignante et les autres patients.

Il existe un amendement partiel des signes et symptômes décrits dans les certificats antérieurs (réalisés lors de l'hospitalisation au CH du Rouvray).

Cependant, il persiste des éléments cliniques évocateurs d'un trouble de la personnalité, n'ayant pas de retentissement majeur sur son comportement ou entravant un risque de passage à l'acte sur autrui.

On note également un léger fléchissement thymique, en lien avec la situation actuelle. Malgré l'anosognosie des troubles, M. DAKAR semble compliant aux soins proposés, médicamenteux et un suivi psychologique.

Deux sorties accompagnées ont été réalisées ; aucun élément psychiatrique aigu n'a pu être retrouvé ; le comportement était calme et adapté pendant les sorties.

Une sortie seule a été également effectué le vendredi 20/09/2024.

Au vu de ce tableau clinique et les soins qui se poursuivront en ambulatoire sous la mesure d'un programme de soins, le retour à domicile est envisageable.

Afin de poursuivre l'évaluation et organiser un retour au domicile par la suite, les permissions doivent se poursuivre, avec une sortie seul à son domicile, à la journée.

En conséquence, il y a lieu à :

- ☒ Transformation hospitalisation complète en soins ambulatoires (cf programme de soins)
☐ Transformation soins ambulatoires en hospitalisation complète (ré-hospitalisation/réintégration : pas de programme de soins à joindre)
☐ Modification du programme de soins (cf nouveau programme de soins)

Information du patient sur la proposition de décision et ses conséquences :

☒ Le patient a pu être informé

Page 2/2 - suite programme de soins de :
NOM Prénom : DAKAR Michel

RECUEIL DE L'AVIS DU PATIENT (a reçu l'information prévue à l'article L. 3211-3. Il lui a été indiqué en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et que son hospitalisation complète peut être proposée, notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé).

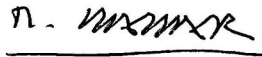
- L'entretien préalable au cours duquel le psychiatre a recueilli l'avis du patient notamment sur le programme de soins a-t-il pu déjà avoir lieu ? ☒ OUI ☐ NON

- Si oui, le patient a-t-il des observations à faire valoir ? ☐ OUI ☐ NON

Recueil des observations du patient :

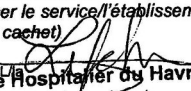
Fait à LE HAVRE, Le 23/09/2024.....

Signature du patient :



Dr AR. LEFEBVRE

Signature/Cachet
(préciser le service/l'établissement/
mettre cachet)

Réf : AR/LA

Groupe Hospitalier du Havre
Hôpital Pierre Janet
47 rue de Tourneville
76600 Le Havre

PROGRAMME DE SOINS
(Article L. 3211-2-1 – R. 3211-1 CSP)
SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DÉCISION DU REPRÉSENTANT DE L'ÉTAT

HOPITAL PIERRE JANET
SERVICE OUEST
CMP-CATTP- HÔPITAL
DE JOUR
Unité d'hospitalisation :
ALIZE-CARAVELLE
47 Rue de Tourneville
76600 LE HAVRE

Chef de Pôle

Dr Olivier LEGAT

Cadre de Pôle

Mme Christelle VAUTHIER

Responsable d'unité

Dr Ana Raluca LEFEBVRE

Praticiens Hospitaliers

Dr Vincent BENOÎT

Dr Marie BUR

Dr Laure DEVARRIEUX

Dr Irene FACELLO

Dr Philippe GUINET

Dr Isabelle MAISONNEUVE

Attachés

Dr Houda BELHADJ

Dr Mohammed BOUARAB

Dr Abd Nasser BOUZID

Dr Zaineb EL MOUTASSIM

Dr Van Elisee KAYEMBA

Dr Ayyoub KROUK

Secrétariat:

Horaires d'ouverture :

09 h 00 – 17 h 00

CONSULTATION :

02 32 73 39 00/10

HOSPITALISATION :

02 32 73 39 03/35

Fax : 02 32 73 39 12

Mail : sec.serv.ouest.hpj@ch-

havre.fr

BP 24

76083 Le Havre

Cedex

Tél : 02 32 73 32 32

☐ Admission « directe » CSP L. 3213-1

☐ Admission après arrêté municipal
CSP L. 3213-2

☐ Admission après transformation (SDT ou
SPI en SDRE) CSP L. 3213-6

Personne irresponsable pénalement

☒ admission médico-légale CSP L. 3213-7
☐ admission judiciaire CPP 706-135

Pôle ou service : Hôpital Pierre Janet – Service OUEST – Secteur 76G13

Nom du patient (si possible renseigner les 2 rubriques) :

Nom de famille (nom de naissance) : DAKAR

Nom d'usage (épouse, ...) : DAKAR

Prénom : MICHEL

Date de l'admission en soins psychiatriques : 08/08/2024

Forme de la prise en charge actuelle : ☒ HC ou ☐ PS
depuis : 08/08/2024

Né(e) le : 30/03/1955

Demeurant :

9 route de Barre Y-Va

76490 RIVES-EN-SEINE

N° dossier/N° registre :

Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité.

Il indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs modalités suivantes :

- des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par l'établissement hospitalier autorisé en psychiatrie et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement hospitalier autorisé en psychiatrie.

Il précise la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés.

- *Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires.*
- *Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.*

MODALITES DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT : TYPE DES SOINS ET LIEUX DES SOINS

Le psychiatre qui participe à la prise en charge de ce patient indique systématiquement la fréquence des consultations ou des soins ambulatoires ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés :

☐ **Séjour à temps partiel** (préciser la prise en charge et la périodicité des soins)

- ☐ Hôpital de jour
- ☐ Hôpital de nuit
- ☐ Hôpital à temps partiel
- ☐ Autres :

☒ **Soins ambulatoires** (préciser la prise en charge et la périodicité des soins) :

- ☒ Consultations (CMP, CATTP, autres...) : **consultations mensuelles avec un psychiatre sur le CMP de Lillebonne**
- ☐ Activités thérapeutiques :

☐ **Soins à domicile dispensés par l'établissement** (préciser la prise en charge et la périodicité des soins) :

- ☐ Visites à domicile
- ☐ consultations à domicile

☐ **hospitalisation à domicile**

☒ **Périodes d'hospitalisation à la demande du patient** (séjour de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement hospitalier autorisé en psychiatrie)

☒ **existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques**

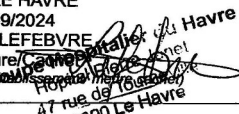
☐ **autres** (ex sorties seul non accompagné...) indiquer les modalités, la périodicité :

☐ Le patient n'a pu être informé en raison de son état de santé

Recueil des observations du patient

☒ Le patient n'a pas souhaité faire d'observations

☐ Le patient a fait les observations suivantes :
.....

Fait à LE HAVRE
Le 23/09/2024
Dr AR. LEFEBVRE
Signature: 
(préciser le service ou la consultation) **Service Hospitalier de Psychiatrie**
Réf : ARL/la
47 rue de la République
76600 Le Havre

* Un médecin psychiatre thésé inscrit à l'ordre des médecins
Modification forme de prise en charge-Version 20 juin 2014