

nom et prénoms de l'enfant, date de naissance, numéro d'organisme destinataire de son dossier Papier, date de création et date d'archivage du dossier.

La durée de conservation de ces informations dans la table Archiv est de cinq ans.

Art. 7. - Le droit d'accès prévu par l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée s'exerce auprès :

- du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;
- de l'inspecteur d'académie ;
- du secrétaire de la commission départementale d'éducation spéciale.

Conformément à l'article 40 de cette même loi, les informations à caractère médical sont communiquées sous forme intelligible à l'intéressé par l'intermédiaire du médecin qu'il aura désigné à cet effet.

Art. 8. - Le directeur de l'action sociale au ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville et le directeur des écoles au ministère de l'éducation nationale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 27 janvier 1995.

*Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.*

SIMONE VEIL

*Le ministre de l'éducation nationale.*

FRANÇOIS BAYROU

### **Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale**

NOR : SPSH9403796C

Paris, le 8 décembre 1994.

*Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre délégué à la santé à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales, directions régionales des services pénitentiaires), Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales)*

#### **Orientations générales**

Les modalités de la prise en charge sanitaire des détenus sont modifiées par deux mesures complémentaires instituées par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale :

- l'organisation et la mise en œuvre de cette prise en charge sont transférées du service public pénitentiaire au service public hospitalier, conformément aux dispositions de l'article L. 711-3 du code de la santé publique ;
- le bénéfice de la protection sociale est étendu à l'ensemble des détenus, affiliés dès leur incarcération au régime général de la sécurité sociale, selon les modalités prévues par les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale.

Le décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 fixe les modalités d'application des articles L. 711-3 du code de la santé publique et des articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale et précise la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.

Cette réforme est l'aboutissement d'une collaboration étroite entre le ministère de la justice et le ministère chargé de la santé, marquée depuis une dizaine d'années par des étapes importantes dans le domaine de la santé.

Une augmentation significative des moyens, corrélative à ce transfert de responsabilité, permettra d'assurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population. La réussite de cette politique novatrice nécessite l'engagement conjoint des personnels hospitalier et pénitentiaire.

#### **I. - Le transfert de la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier**

Une orientation dictée par des impératifs de santé publique et une expérience de collaboration positive, marquée par des étapes successives :

Le transfert de prise en charge a été préconisé par le rapport du Haut Comité de la santé publique sur la santé en milieu carcéral, publié en 1993, qui met l'accent sur l'insuffisance et l'inadaptation des réponses que pouvait apporter l'administration pénitentiaire aux

problèmes de santé publique soulevés par l'état sanitaire de la population pénale :

- prévalence du virus de l'immunodéficience humaine dix fois supérieure en milieu carcéral ;
- tuberculose trois fois plus fréquente que dans la population générale ;
- toxicomanies touchant 15 p. 100 des détenus ;
- importance des troubles psychologiques et psychiatriques ;
- fréquence des hépatites B et C et des maladies sexuellement transmissibles.

Dès 1984, le contrôle de l'action sanitaire en milieu carcéral est confié à l'inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) et aux services déconcentrés du ministère chargé de la santé.

Dans le domaine de la psychiatrie, la prise en charge des détenus est dévolue au service public hospitalier depuis 1986. La création des services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.) a permis l'implantation d'équipes hospitalières spécifiques au sein d'un certain nombre d'établissements pénitentiaires, les soins psychiatriques courants étant confiés aux équipes des secteurs de psychiatrie générale dans les autres établissements pénitentiaires.

Sur ce modèle, le recours au service public hospitalier a été transposé, à titre expérimental, aux soins somatiques en 1992, par la signature de trois conventions pilotes entre les établissements pénitentiaires et les centres hospitaliers de Laon, Châteauroux et les Hospices civils de Lyon (pour l'établissement pénitentiaire de Saint-Quentin-Fallavier).

Déjà, la signature de conventions avec les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (C.I.S.I.H.) pour la prise en charge des malades atteints du sida avait constitué, en 1989, une première avancée en matière de soins somatiques.

Ces expériences ont montré la pertinence de la démarche consistant à confier la prise en charge sanitaire des détenus au service public hospitalier.

Une mission étendue, reposant sur une conception globale de la santé, confiée au service public hospitalier :

La mission confiée au service public hospitalier recouvre les aspects somatiques et psychiatriques de la prise en charge, dans ses dimensions de soins et de prévention. Elle s'exerce principalement en milieu pénitentiaire mais aussi au sein de l'hôpital, quand il s'avère nécessaire de recourir à son plateau technique. Elle inclut la préparation des relais sanitaires, au terme de la période d'incarcération, en liaison avec les services de l'administration pénitentiaire concourant à la réinsertion.

La mission s'étend à l'ensemble des établissements pénitentiaires, maisons d'arrêt et établissements pour peine des départements métropolitains et d'outre-mer, à l'exception des établissements du « programme 13 000 » non repris en régie directe, dans lesquels les soins sont actuellement confiés à des sociétés privées.

Un renforcement et une intégration des actions menées par les secteurs de psychiatrie au sein de ce nouveau dispositif :

Le dispositif mis en place par les textes de 1986 est, d'une part, complété par la création de services médico-psychologiques régionaux (S.M.P.R.) supplémentaires et, d'autre part, renforcé par l'implantation des secteurs concernés dans la prise en charge des détenus, notamment en établissements pour peine.

Les moyens existants sont augmentés de façon à doter chaque S.M.P.R. d'une équipe minimale, à diversifier les prestations des secteurs de psychiatrie générale au sein des maisons d'arrêt et à favoriser leur intervention dans les établissements pour peine.

Ce dispositif psychiatrique doit être intégré dans le dispositif général de soins en milieu pénitentiaire et étroitement coordonné aux soins somatiques.

Parallèlement, la psychiatrie en milieu pénitentiaire est inscrite dans les schémas départementaux et régionaux de psychiatrie, en s'appuyant sur le cadre pénitentiaire arrêté en application des dispositions du second alinéa de l'article 11 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

Une double condition de proximité et de niveau de plateau technique requise pour le choix des établissements de santé :

Le mode de désignation et les caractéristiques des établissements hospitaliers habilités à organiser et à mettre en œuvre la prise en charge sanitaire des détenus sont précisés par les articles R. 711-7 à R. 711-9 du code de la santé publique.

Après concertation entre la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (D.R.A.S.S.), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (D.D.A.S.S.), la direction régionale des services pénitentiaires (D.R.S.P.), il appartient au préfet de région, après avis des préfets de département, d'arrêter la liste des établissements sanitaires répondant à la double condition de proximité et de technicité.

Les soins somatiques doivent être assurés par un établissement public de santé doté d'un plateau technique suffisant et habilité à

participer à l'accueil et au traitement des urgences, au sens du III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique.

Si cet établissement de santé n'est pas inclus dans le dispositif de lutte contre les maladies mentales, il est fait appel à l'établissement de proximité en mesure d'assurer les soins psychiatriques. Les établissements privés participant au service public hospitalier peuvent être appelés, en application du premier alinéa de l'article 11 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986 modifié, à participer à la prise en charge psychiatrique des détenus.

Lorsque l'établissement pénitentiaire est siège de S.M.P.R., sa désignation s'intègre dans la procédure de sectorisation psychiatrique.

La formalisation des engagements par la signature de protocoles :

Les obligations respectives de l'établissement de santé et de l'établissement pénitentiaire sont mentionnées aux articles R. 711-13 à R. 711-15 du code de la santé publique.

Pour répondre à ces obligations, l'établissement de santé chargé des soins somatiques crée au sein de l'établissement pénitentiaire une unité de consultations et de soins ambulatoires (U.C.S.A.), animée par une équipe composée de personnel hospitalier. Il fournit l'équipement et les prestations nécessaires au fonctionnement de cette unité médicale.

Il organise également l'accueil à l'hôpital des détenus pour des consultations et examens spécialisés.

L'établissement pénitentiaire met à disposition et aménage des locaux adaptés pour l'implantation de l'unité médicale. Le personnel de surveillance chargé d'assurer la sécurité des locaux est affecté par le chef de l'établissement pénitentiaire, après avis du praticien hospitalier responsable de l'U.C.S.A., conformément à la procédure déjà en vigueur pour les S.M.P.R.

Les engagements de l'établissement pénitentiaire et de l'établissement de santé sont formalisés par un protocole, également signé par les représentants de l'Etat dans la région et le département, et par le directeur régional des services pénitentiaires, en application du premier alinéa de l'article R. 711-10 du code de la santé publique.

Ce protocole décrit les conditions d'intervention des services hospitaliers et les moyens mis en œuvre, tant par l'établissement sanitaire que par l'établissement pénitentiaire, conformément aux dispositions de l'article R. 711-16 du code de la santé publique. Il est établi par référence aux modèles de protocole déterminé conjointement par le ministre de la justice et le ministre chargé de la santé.

Lorsque les soins psychiatriques sont assurés par un autre établissement de santé, un protocole complémentaire, établi en application du deuxième alinéa de l'article R. 711-10 du code de la santé publique, fixe ses modalités d'intervention et précise la coopération avec l'établissement chargé des soins somatiques, notamment pour la fourniture, la dispensation et la distribution des médicaments.

Dans le cas des établissements pénitentiaires où sont implantés des S.M.P.R., le protocole qui fixe les modalités d'intervention de l'établissement de santé de rattachement du S.M.P.R. est établi en application des dispositions de l'article 4 modifié de l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des S.M.P.R. relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les D.D.A.S.S. ont vocation à animer la réflexion utile à l'élaboration de ce projet, en raison de la connaissance qu'elles ont acquise des besoins sanitaires des établissements pénitentiaires de leur département, du fait de la mission de contrôle qu'elles y exercent depuis 1984.

Un partenariat réclamant le plein engagement des services publics hospitalier et pénitentiaire :

Les structures de soins mises en place dans les établissements pénitentiaires doivent être pleinement intégrées dans l'organisation hospitalière. Leur projet sanitaire, établi en concertation avec les services pénitentiaires, constitue un volet du projet médical de l'établissement de santé.

Cependant, si la loi du 18 janvier 1994 transfère au service hospitalier l'organisation et la mise en œuvre des soins, ainsi que la coordination des actions de prévention, les personnes détenues n'en demeurent pas moins confiées par l'autorité judiciaire aux établissements pénitentiaires. En conséquence, les personnels sanitaires et pénitentiaires travaillent dans la reconnaissance et le respect des missions de chacun.

Les conditions d'hospitalisation des détenus sont redéfinies par l'article R. 711-19 du code de la santé publique :

Les hospitalisations psychiatriques sont réalisées dans les S.M.P.R., à l'exception de celles qui, relevant de l'article D. 398 du code de procédure pénale, sont effectuées dans un établissement de santé habilité, au titre de l'article L. 331 du code de la santé publique, à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement, en raison de troubles mentaux.

Les hospitalisations pour d'autres pathologies sont assurées soit par l'établissement de santé signataire du protocole quand elles pré-

sentent un caractère d'urgence ou de très courte durée, soit par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel dans les autres cas.

L'association des médecins et des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire à la mise en œuvre de la réforme :

L'ensemble de la réforme engagée pour assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité de soins équivalant à ceux offerts à l'ensemble de la population ne saurait être mené à son terme sans l'apport immédiat et indispensable d'un personnel médical et infirmier qualifié et expérimenté. Aussi la loi prévoit-elle que les infirmiers de l'administration pénitentiaire sont, dès la date d'effet des protocoles, détachés auprès des établissements publics de santé associés au dispositif. Les médecins antérieurement employés par l'administration pénitentiaire peuvent être recrutés dans l'un des statuts médicaux hospitaliers existants.

Dans un délai d'un an, les infirmiers de l'administration pénitentiaire peuvent opter soit pour leur intégration dans un des corps infirmiers de la fonction publique hospitalière, soit pour leur intégration dans un des autres corps infirmiers relevant de la fonction publique de l'Etat. Cependant, ils peuvent également choisir d'être maintenus en position de détachement sans limitation dans le temps et, en conséquence, continuer à être maintenus dans leur corps d'origine, le corps des infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.

L'intégration dans la fonction publique hospitalière intervient selon des modalités qui permettent aux intéressés de conserver le bénéfice de leurs droits statutaires, notamment en matière d'ancienneté dans leurs grade et échelon, de rémunération et de retraite. En outre, en optant pour la fonction publique hospitalière, ils peuvent bénéficier d'un reclassement indiciaire plus avantageux s'ils justifient d'une durée d'activité publique ou privée, non déjà prise en compte dans leur carrière, avant leur recrutement dans la fonction publique de l'Etat.

Par ailleurs, ils peuvent prétendre à un régime indemnitaire sensiblement plus favorable que celui dont ils bénéficient dans leur corps d'origine et se voir offrir des perspectives de promotion et de formation plus gratifiantes.

Enfin, les infirmiers relevant de la Croix-Rouge française en fonctions à la date d'effet du protocole sont mis à la disposition des établissements publics de santé jusqu'à la date d'expiration de la convention qui lie cet organisme au ministère de la justice.

Au-delà, ils pourront être recrutés par les établissements publics de santé avec prise en compte de la durée de leur activité antérieure ou, le cas échéant, bénéficier d'un nouveau contrat qui sera passé entre l'établissement de rattachement et la Croix-Rouge française.

La prise en charge financière des soins dispensés aux détenus, tant en milieu hospitalier qu'en milieu pénitentiaire, par l'assurance maladie :

Concernant les prestations dispensées aux détenus en milieu hospitalier (hospitalisations, consultations et soins externes), l'assurance maladie se substitue, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1994, à l'administration pénitentiaire pour la part qui lui incombe, sans charge supplémentaire pour les établissements de santé. Il ne s'agit pour eux que d'un changement de débiteur.

En revanche, les soins dispensés en milieu pénitentiaire constituent une mission nouvelle pour les établissements de santé concernés par le nouveau dispositif, et donc une charge nouvelle. Des dotations budgétaires supplémentaires sont attribuées à ces établissements de santé au fur et à mesure de la passation des protocoles. Ces dépenses sont financées selon les règles de droit commun, par dotation globale pour la part incombant à l'assurance maladie et par l'administration pénitentiaire pour le solde.

En outre, l'administration pénitentiaire prend à sa charge la totalité de la cotisation dont sont redevables durant leur incarcération les détenus affiliés, en application de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale. En dehors de ces dépenses, les articles L. 381-30-5-II et L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale et R. 711-15 du code de la santé publique définissent celles dont la prise en charge incombe à l'Etat.

Un dispositif mis en place avant le 1<sup>er</sup> juillet 1995 avec l'aide technique des services du ministère chargé de la santé et du ministère de la justice :

Une mission sur l'organisation des soins en milieu pénitentiaire (mission EO 4) a été constituée au sein de la direction des hôpitaux afin de coordonner, avec les services déconcentrés, la mise en œuvre de ce dispositif, en liaison avec le bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie (bureau GB 3) à la direction de l'administration pénitentiaire.

Au cours d'une première phase, les services centraux apporteront un accompagnement méthodologique, au niveau de chaque région, pour la négociation de premiers protocoles de référence. Dans un second temps, le processus sera généralisé sous l'impulsion des

D.R.A.S.S. et des D.R.S.P., l'ensemble des protocoles devant être signé au 1<sup>er</sup> juillet 1995 au plus tard, en application de l'article 17 du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994.

## II. - L'extension de la protection sociale du régime général aux détenus

Antérieurement à la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire et la couverture sociale des détenus étaient principalement assurées par l'administration pénitentiaire, la sécurité sociale demeurant pour l'essentiel externe à ce dispositif.

Parallèlement à l'intervention du service public hospitalier en milieu pénitentiaire, le renforcement de la protection sociale des détenus par leur rattachement au régime général de la sécurité sociale constitue un axe essentiel de la réforme.

Ainsi, les détenus sont désormais, à compter de leur incarcération, obligatoirement affiliés au régime général de la sécurité sociale. Ils acquièrent la qualité d'assuré social.

Ils bénéficient pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité servies par le régime général. A compter de leur libération, ils bénéficient du maintien des droits pendant une année.

Toutefois, s'agissant des détenus en situation irrégulière au regard de la législation sur les étrangers, l'ouverture des droits à prestation se limite à eux seuls, et uniquement durant leur incarcération.

La mise en œuvre de ce nouveau dispositif de prise en charge sanitaire des détenus repose, au plan local, sur des procédures régulières d'échange d'informations entre les établissements pénitentiaires et les caisses primaires d'assurance maladie en vue de l'affiliation et de l'immatriculation des détenus au régime général.

Le guide méthodologique annexé à la présente circulaire a pour objet de décrire le dispositif de prévention et de soins tant somatiques que psychiatriques, l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier, de préciser la nouvelle situation des personnels sanitaires précédemment employés par l'administration pénitentiaire, de fixer les modalités financières de prise en charge des détenus, la procédure et l'échéancier d'exécution de la réforme ainsi que le système de protection sociale des détenus.

La réussite de cette réforme d'envergure est subordonnée au plein engagement des services publics hospitalier et pénitentiaire, à l'adhésion de l'ensemble des personnels à cette nouvelle conception de la prise en charge sanitaire des détenus, à la mobilisation et à la collaboration des services déconcentrés et à l'appui des services centraux. L'ensemble des partenaires concernés doit pleinement contribuer à cette mission de service public.

*Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales,  
de la santé et de la ville,*

SIMONE VEIL

*Le ministre d'Etat, garde des sceaux,  
ministre de la justice,*

PIERRE MÉHAIGNERIE

*Le ministre délégué à la santé,  
PHILIPPE DOUSTE-BLAZY*

*Nota. - La circulaire, accompagnée d'un guide méthodologique, paraîtra dans un fascicule spécial du Bulletin officiel du ministère n° 94-11 bis et sera disponible à la Direction des Journaux officiels, 26, rue Desaix, 75727 Paris Cedex 15.*

## SANTÉ

### Arrêté du 23 janvier 1995 modifiant l'arrêté du 10 septembre 1992 portant application de l'article R. 5179 du code de la santé publique

NOR : SANP9500350A

Par arrêté du ministre délégué à la santé, porte-parole du Gouvernement, en date du 23 janvier 1995, est radiée de la liste des substances mentionnées à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 10 septembre 1992 portant application de l'article R. 5179 du code de la santé publique la substance suivante :

Alphacétylméthadol.

### Arrêté du 25 janvier 1995 relatif aux chiffres de la population à prendre en considération dans certaines communes pour la création d'offices de pharmacie par application des dispositions de l'article L. 571 du code de la santé publique

NOR : SANP9500349A

Par arrêté du ministre délégué à la santé, porte-parole du Gouvernement, en date du 25 janvier 1995, les chiffres figurant dans la colonne e (population municipale) du tableau annexé à l'arrêté du 26 décembre 1994, portant modification du chiffre de la population et attribution de population fictive aux communes membres des agglomérations nouvelles prévues par le titre VII du livre 1<sup>er</sup> du code des communes, aux agglomérations nouvelles et aux communes intéressées par les dites agglomérations, sont pris en considération pour déterminer le nombre des officines de pharmacie pouvant être ouvertes dans les communes mentionnées dans ledit tableau.

## MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

### Arrêté du 18 janvier 1995 autorisant au titre de l'année 1995 l'ouverture de deux concours (externe et interne) pour le recrutement d'assistantes et d'assis- tants de service social (femmes et hommes)

NOR : INTA9520034A

Par arrêté du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, et du ministre de la fonction publique en date du 18 janvier 1995, indépendamment des dispositions législatives et réglementaires relatives aux emplois réservés aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et aux travailleurs handicapés, est autorisée au titre de l'année 1995 l'ouverture de deux concours (externe et interne) pour le recrutement d'assistantes et d'assistants de service social.

Le nombre total des places offertes à ces concours est fixé à six. Ces places sont réparties de la manière suivante :

- concours externe (prévu à l'article 4 du décret n° 91-783 du 1<sup>er</sup> août 1991 relatif aux dispositions statutaires communes applicables aux corps d'assistants de service social des administrations de l'Etat) : trois places ;
- concours interne (prévu à l'article 4 du même décret) : trois places.

En outre, est offerte une place aux bénéficiaires du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre et aux travailleurs handicapés.

Le poste non pourvu par cette catégorie de candidat s'ajoutera aux emplois à pourvoir par voie de concours.

Les registres d'inscription seront ouverts jusqu'au 3 mars 1995, délai de rigueur.