

Vu le décret n° 81-1008 du 10 novembre 1981 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de la santé, modifié par le décret n° 81-1092 du 11 décembre 1981 ;

Vu le décret n° 87-389 du 15 juin 1987 relatif à l'organisation des services d'administration centrale ;

Vu le décret n° 92-385 du 8 avril 1992 relatif aux attributions du ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives ;

Vu le décret n° 92-399 du 16 avril 1992 relatif aux attributions du ministre de la santé et de l'action humanitaire ;

Vu le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration ;

Vu le décret n° 93-697 du 26 mars 1993 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de la santé et de l'action humanitaire ;

Vu l'arrêté du 22 décembre 1992 portant organisation de la direction générale de la santé ;

Vu l'avis du comité technique paritaire central commun en date des 24 février et 22 mars 1993 ;

Sur proposition du directeur général de la santé,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Au premier alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé, après les mots : « la sous-direction de la veille sanitaire », sont insérés les mots : « la sous-direction de la pharmacie ».

Art. 2. - I. - Le troisième tiret de premier alinéa de l'article 3 de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé est ainsi rédigé :

« - du développement et de la sécurité des techniques médicales ; à ce titre, elle définit les conditions de leur mise en œuvre ainsi que les différents systèmes de vigilance et précise leurs modalités de mise en œuvre, elle participe à l'élaboration de la politique en matière de matériels et de dispositifs médicaux et du tarif interministériel des prestations sanitaires. »

II. - Il est ajouté un quatrième tiret au premier alinéa de l'article 3, ainsi rédigé :

« - du recueil des données relatives au secteur de la pharmacie, et en liaison avec les services du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'économie et des finances, de l'établissement de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, ainsi que de la préparation des décisions relatives à la fixation des prix des médicaments proposés au remboursement par les régimes de sécurité sociale et, en liaison avec les services du ministre chargé de l'agriculture, des décisions relatives aux médicaments à usage vétérinaire. »

III. - Le deuxième alinéa de l'article 3 est ainsi complété : « Elle exerce les missions dévolues au ministre chargé de la santé concernant l'agence du médicament et l'agence française du sang. »

Art. 3. - Au troisième tiret du premier alinéa de l'article 4 de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé, après les mots : « et à la salubrité des agglomérations », sont insérés les mots : « elle est chargée de la définition et des modalités de mise en œuvre d'une politique de prévention contre les risques toxiques ».

Art. 4. - Il est inséré après l'article 4 de l'arrêté du 22 décembre 1992 susvisé un article 4.1 ainsi rédigé :

« Art. 4.1. - La sous-direction de la pharmacie est chargée :

« De la coordination des activités des pharmaciens inspecteurs en fonctions dans les directions régionales des affaires sanitaires et sociales et de la préparation des guides de bonnes pratiques dans les domaines qui la concernent ;

« En liaison avec les directions concernées, de la formation initiale et continue et de l'exercice des professions de pharmacien, de préparateur en pharmacie et de délégué-visiteur médical, des relations avec l'ordre national des pharmaciens et les organisations professionnelles, des questions tenant à l'exercice de la pharmacie dans les pharmacies à usage intérieur, à l'exclusion des essais et de la fabrication des médicaments mentionnés aux articles L. 601 et L. 601-2 du code de la santé publique, ainsi qu'au recrutement, au statut et à la formation des pharmaciens hospitaliers, à la préparation des décisions relatives aux autorisations d'ouverture et de fonctionnement des établissements de distribution en gros de produits du monopole pharmaceutique, aux autorisations d'ouverture et de fonctionnement des établissements de fabrication et d'importation des produits du monopole pharmaceutique à l'exception des médicaments, à l'ouverture et au fonctionnement des établissements de fabrication de médicaments vétérinaires ou d'aliments médicamenteux et aux autorisations d'ouverture des établissements pratiquant des expérimentations animales en liaison avec les services du ministre de l'agriculture ;

« De l'élaboration des textes relatifs à la pharmacie et au médicament, de la préparation des décisions ministérielles relatives aux pharmacies d'officine et de l'instruction des affaires contentieuses, de l'ensemble des questions relatives à l'information et la publicité en ce qui concerne les produits, objets, appareils et méthodes présentés comme bénéfiques pour la santé.

« La sous-direction de la pharmacie est chargée du secrétariat du Conseil supérieur de la pharmacie. »

Art. 5. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 26 mars 1993.

PIERRE BÉRÉGOVOY

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le ministre d'Etat, ministre de la fonction publique et des réformes administratives,

MICHEL DELEBARRE

Arrêté du 26 mars 1993 relatif au modèle de convention type fixant les conditions dans lesquelles les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire des soins aux détenus

NOR : SANH8301115A

Le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre du budget, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles R. 711-7 à R. 711-15 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles R. 174-9 et R. 174-10,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - La convention type mentionnée à l'article R. 711-15 est annexée au présent arrêté.

Toutefois, lorsque la mission confiée à l'établissement de santé est limitée aux soins psychiatriques, les dispositions non appropriées de la convention type peuvent être modifiées ou supprimées.

Le contenu des annexes prévues par la convention type est arrêté par les co-contractants.

Art. 2. - Le directeur de l'administration pénitentiaire, le directeur du budget, le directeur de la sécurité sociale et le directeur des hôpitaux 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 26 mars 1993.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

MICHEL VAUZELLE

Le ministre du budget,

MARTIN MALVY

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

RENÉ TEULADE

MODÈLE DE CONVENTION TYPE

A PASSER ENTRE UN ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE ET UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ POUR LA DISPENSATION DE SOINS EN MILIEU PÉNITENTIAIRE

Convention

entre le centre hospitalier de.....

représenté par

et l'établissement pénitentiaire de

représenté par

Relative aux soins dispensés en milieu pénitentiaire

La présente convention a pour objet de définir les conditions dans lesquelles l'établissement public de santé dispensera, dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire, des soins aux détenus, en application des dispositions :

de la section 3 du chapitre 1^{er} du titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique ;

de la section 6 du chapitre IV du titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale ;

de la section 2 du chapitre VIII du titre II du livre V du code de procédure pénale.

Article 1^{er}

L'administration pénitentiaire confie au centre hospitalier la mission de dispenser aux détenus, dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire, les soins tels que définis à l'article 2 ci-après et de coordonner les actions de prévention et d'éducation pour la santé qui leur sont destinées, dans les conditions précisées à l'article 3 ci-après.

Article 2

Le centre hospitalier s'engage à assurer aux détenus dont l'état de santé ne requiert ni hospitalisation ni examens en milieu hospitalier

(à compléter par l'une des dispositions suivantes)

1^o L'ensemble des soins somatiques et psychiatriques (cas dans lequel le centre hospitalier assure à la fois des missions relevant des articles R. 711-8-(1^o) et L. 711-11 du code de la santé publique, lorsqu'un service médico-psychologique régional n'est pas implanté dans l'établissement pénitentiaire cocontractant) ;

2^o L'ensemble des soins somatiques (cas dans lequel le centre hospitalier ne relève pas des dispositions de l'article L. 711-11 ou si un service médico-psychologique régional est implanté dans l'établissement pénitentiaire) ;

3^o L'ensemble des soins psychiatriques (cas dans lequel le centre hospitalier répond aux dispositions de l'article R. 711-8-(2^o) et, éventuellement, aux dispositions de l'article R. 711-9), qui peuvent être dispensés en milieu pénitentiaire.

Les activités correspondant à la mission confiée au centre hospitalier sont définies en annexe I.

Article 3

Les modalités d'élaboration et d'application du programme de prévention et d'éducation sanitaire prévu par l'article R. 711-13 sont définies en annexe II.

Ce programme est établi dès la première année de mise œuvre de la convention.

Il prend notamment en compte :

Les modalités de mise en œuvre des actions de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie incombant à l'Etat ;

En matière de dépistage volontaire de l'infection par le V.I.H., les termes de la collaboration avec le centre de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.) ayant passé convention avec l'établissement pénitentiaire ;

Les actions de dépistage et de prophylaxie de la tuberculose et des maladies sexuellement transmissibles incombant au conseil général du département.

Ce programme fait l'objet d'une actualisation chaque année.

Article 4

L'intervention du centre hospitalier est placée sous l'autorité médicale de l'un de ses praticiens hospitaliers.

La composition de l'équipe hospitalière intervenant en milieu pénitentiaire est définie en annexe III.

Les personnels médicaux et les personnels de la fonction publique hospitalière demeurent respectivement régis par les dispositions de leurs statuts particuliers et des titres I^{er} et IV du statut général des fonctionnaires. Leur activité s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables.

Les membres de l'équipe hospitalière devront être agréés nominativement, avant leur prise de fonctions, par l'administration pénitentiaire, conformément au décret n° 87-604 du 31 juillet 1987.

Article 5

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de sécurité en vigueur dans l'établissement et des contraintes de fonctionnement de l'établissement pénitentiaire, auxquelles ils doivent se soumettre. Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux où ils exercent sont assurés par l'administration pénitentiaire. En aucun cas les personnels hospitaliers ne seront affectés à une mission de surveillance des détenus, comme il est exclu que les personnels pénitentiaires de surveillance soient affectés à une mission sanitaire.

Article 6

Les installations et les équipements nécessaires à l'activité de l'équipe hospitalière sont décrits en annexe IV.

Article 7

Le centre hospitalier s'engage à assurer des consultations spécialisées dans l'établissement pénitentiaire. En cas d'impossibilité, ces consultations sont assurées prioritairement dans le centre hospitalier

ou à défaut dans un autre centre hospitalier. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de ces consultations sont fixées en annexe V.

Article 8

Les détenus de l'établissement pénitentiaire sont hospitalisés dans les centres hospitaliers qui disposent d'unités spécialement aménagées à cet effet. Toutefois, ce dispositif ne fait pas obstacle à ce que le centre hospitalier puisse assurer l'hospitalisation des détenus lorsqu'elle présente un caractère provisoire ou urgent.

Article 9

Le dossier médical des détenus de l'établissement pénitentiaire est placé sous la responsabilité exclusive du centre hospitalier. Les conditions de gestion et d'archivage des dossiers sont définies en annexe VI.

Article 10

Le centre hospitalier élabore en liaison avec l'établissement pénitentiaire un système permanent d'information sur l'activité régie par la présente convention, dès la première année de sa mise en œuvre. Son contenu est défini en annexe VII. Le centre hospitalier présente un rapport d'activité annuel incluant la présentation des actions de prévention et d'éducation pour la santé. Ce rapport est fourni à ses instances délibératives et consultatives concernées et transmis à l'établissement pénitentiaire ainsi qu'au représentant de l'Etat dans le département.

Article 11

Dès l'élaboration de son projet de budget, le centre hospitalier transmet à l'établissement pénitentiaire un état annuel prévisionnel des dépenses et des recettes afférentes aux différentes missions et actions qu'il doit assurer en application de la présente convention. Cet état prévisionnel est arrêté par les cocontractants, au plus tard le 1^{er} janvier de l'année considérée, sous réserve de sa prise en compte dans le cadre du budget approuvé du centre hospitalier.

Il est établi sur la base des coûts prévisionnels correspondant aux dépenses décrites en annexe VIII.

Il comprend notamment les frais induits par l'acquisition et les frais d'entretien des équipements médicaux et non médicaux, ainsi que les frais de gestion et de coordination afférents à l'exécution de la convention.

Il inclut éventuellement les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé et les frais de transport des biens et des personnes, qui sont inscrits au budget du centre hospitalier et financés par l'administration pénitentiaire.

S'il apparaît, en cours de gestion, un écart important entre les prévisions de dépenses actualisées et les dépenses initialement prévues, les directeurs du centre hospitalier et de l'établissement pénitentiaire s'engagent à analyser les causes de l'écart, à prendre toutes mesures utiles pour y remédier et à procéder au besoin à la révision de l'état prévisionnel.

Dès la clôture de l'exercice, le centre hospitalier établit et transmet à l'établissement pénitentiaire un état annuel définitif des dépenses et des recettes constatées. Cet état est complété d'une estimation des charges afférentes à l'hospitalisation des détenus, que ces hospitalisations aient eu lieu dans le centre hospitalier contractant ou dans un autre centre hospitalier.

L'état annuel prévisionnel et l'état annuel définitif sont, dès qu'ils sont établis, transmis par le centre hospitalier au représentant de l'Etat dans le département.

Article 12

Pour le remboursement de la part des dépenses de soins assurés en milieu carcéral restant à la charge de l'administration pénitentiaire, le centre hospitalier adresse avant le 15 de chaque mois au directeur de l'établissement pénitentiaire l'avis des sommes à payer concernant le mois précédent, accompagné de l'état des prestations délivrées aux détenus pendant la période considérée.

Cet état précise, par jour et pour chaque détenu pris en charge, les nom, prénom, numéro de matricule, numéro d'inscription au répertoire des personnes physiques (NIR), le risque (maladie, maternité, accident du travail) auquel la prestation se rattache, la cotation des actes dispensés, le coût des produits pharmaceutiques prescrits pour la période considérée, leur valorisation, le taux de prise en charge et le montant des frais restant à la charge de l'administration pénitentiaire.

Le mandatement par l'administration pénitentiaire des sommes ainsi définies doit intervenir au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de l'émission du titre de recette.

Les dépenses afférentes aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, sans préjudice des actions prises en charge par d'autres personnes morales de droit public ou privé, et les frais de

transport, à l'exception de ceux relatifs aux personnels hospitaliers attachés à l'établissement pénitentiaire sont mises en recouvrement par le centre hospitalier et réglées par l'administration pénitentiaire dans les conditions définies en annexe IX.

Article 13

La présente convention est applicable à compter de..... Elle est conclue pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction. Les annexes à la convention sont actualisées en tant que de besoin, sur demande de l'un ou l'autre des cocontractants. La convention peut être dénoncée, à la demande de l'un ou l'autre des cocontractants, moyennant un préavis de six mois adressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Circulaire du 26 mars 1993 relative à la recherche des malades transfusés

NOR : SANP9301142C

Paris, le 26 mars 1993.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire à Mmes et MM. les préfets de région (direction régionale des affaires sanitaires et sociales [pour information]) et à Mmes et MM. les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en œuvre]).

Texte de références : loi n° 93-5 du 4 janvier 1993, décret n° 93-353 du 15 mars 1993, circulaire DGS/DH n° 38 du 15 septembre 1992 et circulaire DGS/DH n° 69 du 10 décembre 1992.

L'article 13 de la loi n° 93-5 du 4 janvier 1993 relative à la sécurité en matière de transfusion sanguine et de médicament a prévu que « les personnes ayant reçu une transfusion de sang ou de produits dérivés du sang entre le 1^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1985 sont invitées à se présenter dans l'établissement de santé où a été effectuée la transfusion, ou tous autres établissements mandatés par eux pour y être informés des risques de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine » et qu'un test de dépistage de l'infection par ce virus leur serait proposé à cette occasion. Le législateur a confié au pouvoir exécutif le soin de fixer par décret les conditions de l'accueil et de l'information par les établissements de santé des personnes concernées. Tel est l'objet du décret n° 93-353 du 15 mars 1993 (*Journal officiel* du 17 mars 1993).

Ces textes répondent au problème posé par les patients qui ont été exposés à un risque transfusionnel et dont certains ont pu être contaminés et peuvent l'ignorer encore aujourd'hui, voire ignorer qu'ils ont été transfusés. Il y a là une responsabilité de santé publique qui avait déjà motivé la circulaire DGS/DH/92 n° 69 du 10 décembre 1992 qui avait prévu que les établissements de santé, tant publics que privés, rechercheraient toutes les personnes transfusées.

Les difficultés d'application de cette circulaire sont importantes et variées car fonction des situations locales, mais peuvent se ramener à quelques cas de figures simples :

- il est possible pour certains établissements de faire une recherche systématique mais avec des obstacles nombreux : exploitation lente des dossiers, absence de coordonnées du médecin traitant, etc. ;
- d'autres établissements ont recours aux registres de distribution des établissements de transfusion sanguine, en apparence commodes mais sources d'erreurs indécélables car le caractère nominatif de la distribution n'a pas toujours été systématique ; en outre, il faut les croiser avec le fichier administratif, ce qui n'est pas toujours réalisable ;
- enfin, dans certains établissements il y a impossibilité matérielle totale ou partielle d'aboutir à un résultat dans des délais et avec une efficacité raisonnable (archives détruites, modalités de classement...).

Pour répondre à une question souvent posée, dans le cas d'absence de mention du médecin traitant dans le dossier ou d'impossibilité de le joindre, il convient que le médecin responsable du dispositif décrit ci-dessous ou du service dans lequel le patient a été hospitalisé, écrive au patient pour lui proposer d'être reçu en consultation. Pour assurer la confidentialité de ce courrier, il est préférable de l'envoyer en recommandé.

En dépit de ces difficultés, la recherche individuelle des transfusés doit être encouragée et menée à bien dans toute la mesure du possible.

Les obligations incombant aux établissements de santé

L'article 13 de la loi du 4 janvier 1993 précitée assigne aux pouvoirs publics l'obligation de faire en sorte que le maximum de personnes concernées soient informées et qu'il leur soit proposé un dépistage. Dans le décret d'application précité figurent donc une série d'obligations :

- sensibiliser et informer la population concernée par voie de presse selon des modalités précises ;
- organiser l'accueil et le conseil des personnes qui se présentent pour pouvoir proposer dans les meilleures conditions possibles un dépistage.

Champ d'application

L'obligation légale est très strictement définie dans son objet - le V.I.H. - et son cadre chronologique - période située entre le 1^{er} janvier 1980 et le 31 décembre 1985. Compte tenu des connaissances épidémiologiques les plus récentes, il paraît opportun de coupler la recherche d'une séropositivité V.I.H. éventuelle avec celle qui concerne le virus de l'hépatite C (V.H.C.) et d'étendre ce dispositif après 1985.

Aussi convient-il de :

- proposer également un dépistage V.H.C. à toute personne se présentant au titre du risque transfusionnel 1980-1985 ;
- proposer un dépistage V.I.H. et V.H.C. à toute personne qui se présenterait au titre de la période postérieure à 1985 ;
- proposer un dépistage V.H.C. à toute personne qui se présenterait au titre de la période antérieure à 1980.

Le dispositif d'accueil et de conseil

Selon les termes du décret, il doit consister en un dispositif dont les modalités pratiques ont été laissées à l'appréciation locale mais qui doit :

- être sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur désigné par la commission médicale d'établissement ;
- comporter du personnel compétent, ayant déjà suivi une formation dans le domaine de l'accueil et du conseil des personnes consultant au sujet du V.I.H. ;

Par ailleurs, ce dispositif doit offrir des conditions matérielles qui garantissent totalement le respect de la confidentialité de la démarche.

Dans le cas où un établissement considérerait qu'il risque de ne pas être en mesure de remplir ces conditions impératives, il devra user de la faculté prévue par le décret consistant à mandater, avec l'accord de celui-ci, un autre établissement de santé. Dans ce cas, l'établissement mandant devra veiller à ce que soit organisée l'orientation des patients vers l'établissement mandataire.

Vous devrez veiller à ce qu'aucun établissement n'échappe à ces obligations.

La mise en œuvre du dépistage

Toute personne qui s'est vu proposer un test de dépistage est libre de donner suite ou non à cette proposition. Dans le cas où elle accepte cette proposition, il lui sera indiqué que les tests peuvent être réalisés par le laboratoire de l'établissement ou par un laboratoire de son choix et que ceux-ci sont pris en charge à 100 p. 100.

L'interprétation des résultats doit être l'occasion d'un entretien médical qui permettra aussi d'éclairer la personne sur l'ensemble des risques liés aux affections concernées et sur les précautions qu'elles imposent.

En cas de résultat positif

Il importe d'offrir une prise en charge médicale aux patients en cas de résultat positif. Cette prise en charge pourra s'effectuer soit en consultation externe, soit en hôpital de jour, soit auprès d'un médecin de ville.

L'information du public

Au-delà des obligations qui figurent dans le décret à cet égard, toutes autres modalités peuvent être mises en œuvre, notamment par des annonces sur les radios ou télévision locales. Il conviendra d'encourager les établissements concernés à mettre en commun leurs moyens pour aboutir à des messages collectifs avec liste des différents lieux d'accueil ainsi regroupés.

Ces messages, émanant d'un ou plusieurs établissements, devront toujours offrir l'alternative de s'adresser soit au médecin traitant soit à l'établissement concerné.

Divers documents d'information ont été ou vont être diffusés à l'intention des médecins et peuvent être obtenus auprès du Comité français d'éducation pour la santé (C.F.E.S.).

Je vous demande de veiller personnellement à la bonne exécution de ces instructions, de me tenir informé sans délai des difficultés éventuellement rencontrées et, en tout état de cause, de me faire parvenir un premier bilan de l'application de ces mesures pour le 15 juin 1993, en deux exemplaires, l'un à la direction générale de la santé (bureau SQ 3), l'autre à la direction des hôpitaux (bureau AF 5).

BERNARD KOUCHNER