

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