



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction Générale de la Santé

Sous-direction de la santé des
populations et de la prévention des
maladies chroniques
Personne chargée du dossier : Christophe MICHON
tél. : 01 40 56 47 40
mél. : christophe.michon@sante.gouv.fr

Bureau Santé des populations et politique vaccinale
Personne chargée du dossier : Amandine SIBOIS
tél. : 01 40 56 46 69
mél. : amandine.sibois@sante.gouv.fr

Direction Générale de l'Offre de Soins

Bureau des prises en charge post aigües,
pathologies chroniques et santé mentale
Personnes chargées du dossier
Virginie BONFILS, Caroline FRIZON
tél. : 01 40 56 58 55 / 01 40 56 80 73
mél. : virginie.bonfils@sante.gouv.fr
caroline.frizon@sante.gouv.fr

Direction de la Sécurité Sociale

Bureau de l'accès aux soins et des
prestations de santé
Personne chargée du dossier : Chloé RAVOUNA
tél. : 01 40 56 75 18
mél. : chloe.ravouna@sante.gouv.fr

Direction Générale de la Cohésion Sociale

Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées
et des personnes âgées
Service des politiques sociales et médico-sociales
Personne chargée du dossier : Chantal ERAULT
tél. : 01 40 56 87 09
mél. : chantal.erault@social.gouv.fr

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Direction des affaires criminelles et des grâces

Sous-direction de la justice pénale générale

Direction de l'administration pénitentiaire

Sous-direction des missions

Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

Sous-direction Missions de protection judiciaire et
d'éducation

Le Directeur général de la santé
La Directrice générale de l'offre de soins
Le Directeur général de la cohésion sociale
La Directrice de la sécurité sociale
La Directrice des affaires criminelles et des grâces
Le Directeur de l'administration pénitentiaire
La Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse

A

Mesdames et Messieurs les directeurs
généraux des agences régionales de santé
Mesdames et Messieurs les premiers présidents des
cours d'appel
Mesdames et Messieurs les procureurs généraux près
les cours d'appel

Monsieur le président du tribunal supérieur d'appel
Monsieur le procureur de la République près le tribunal
supérieur d'appel
Mesdames et Messieurs les présidents des tribunaux de
grande instance
Mesdames et Messieurs les procureurs de la
République près les tribunaux de grande instance
Madame la procureure de la République financier
près le tribunal de grande instance de Paris
Mesdames et Messieurs les directeurs
interrégionaux des services pénitentiaires
Mesdames et Messieurs les directeurs
interrégionaux de la protection judiciaire de
la jeunesse

NOTE D'INFORMATION DGS/DGOS/DGCS/DSS/DACG/DAP/DPJJ du 29 avril 2019 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Date d'application : immédiate

Classement thématique : Etablissements de santé - organisation

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 21 décembre 2018 – N ° 101

Publiée au BO : non

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : non

Catégorie : Mesures d'organisation retenues par les ministres pour la mise en oeuvre des dispositions dont il s'agit.
Résumé : Actualisation de sept sections du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues publié le 19 décembre 2017
Mots-clés : Guide méthodologique – Soins aux personnes placées sous main de justice – Soins des détenus
Textes de référence : Loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, notamment son article 80 Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018, notamment son article 55 ; Décret n° 2016-1456 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 et portant diverses dispositions relatives à l'entrée, au séjour et au travail des étrangers en France Décret n° 2016-1457 du 28 octobre 2016 pris pour l'application de la loi n° 2016-274 du 7 mars 2016 relative au droit des étrangers en France et portant diverses dispositions relatives à la lutte contre l'immigration irrégulière Arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une caisse d'assurance maladie autre que la caisse du lieu de résidence Circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté Information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France Instruction interministérielle DGS/DGOS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ n° 2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaires des personnes placées sous main de justice Note d'information n° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en oeuvre

de l'article 80 de la LFSS pour 2017

Note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées

Circulaires abrogées : Néant

Annexe :

1 – Livre 2 / Cahier 3 / Fiche 4 - Droit des patients détenus étrangers en situation irrégulière atteints de pathologies graves

2 – Livre 3 / Cahier 3 / Fiche 7 – Transports

3 – Livre 4 / Cahier 8 – Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées

4 – Livre 5 / Fiche 2 – Permissions de sortir

5 – Livre 5 / Fiche 3 – Grâce présidentielle

6 – Livre 7 / Droits sociaux et financement des soins

7 – Annexe 1 / Protocole cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Diffusion :

Directions des établissements hospitaliers de rattachement des unités sanitaires ; ensemble des personnels des unités sanitaires ; premiers présidents des cours d'appels ; procureurs généraux près les cours d'appel ; président du tribunal supérieur d'appel ; procureur de la République près le tribunal supérieur d'appel ; présidents des tribunaux de grande instance ; procureurs de la République près les tribunaux de grande instance ; procureure de la République financier près le tribunal de grande instance de Paris ; directeurs interrégionaux des services pénitentiaires ; chefs d'établissements pénitentiaires ; directeurs départementaux des services d'insertion et de probation ; personnels des services pénitentiaires et des services d'insertion et de probation ; directeurs interrégionaux de la protection judiciaire de la jeunesse ; directeurs territoriaux de la protection judiciaire de la jeunesse ; directeurs des services et établissements de la protection judiciaire de la jeunesse ; personnels des services éducatifs de la protection judiciaire de la jeunesse présents en milieu pénitentiaire.

Depuis 1994, le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice vise à préciser, à tous les acteurs impliqués, les modalités de leur contribution à l'organisation des soins en détention.

Une importante mise à jour et réorganisation de ce guide – sous forme de fiches thématiques – a été réalisée par l'instruction interministérielle DGS/DGOS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ n°2017/345 du 19 décembre 2017 relative à la publication du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaires des personnes placées sous main de justice.

Comme annoncé dans cette instruction, le guide fait désormais l'objet d'une mise à jour annuelle. Sept sections ont ainsi été actualisées cette année afin de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires ainsi que des pratiques.

- **Livre 2 / Cahier 3 / Fiche 4 - Droit des patients détenus étrangers en situation irrégulière atteints de pathologies graves**

Cette fiche rappelle les conditions d'éligibilité à remplir par la personne détenue pour bénéficier d'un droit au séjour pour raison de santé ainsi que les différentes étapes de la procédure (de la constitution du dossier au traitement de la demande par l'Office français de l'immigration et de l'intégration). Elle rappelle enfin la nécessité d'une coordination entre l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) et l'unité médicale du centre de rétention administrative (UMCRA) lorsqu'une personne sortant de détention est conduite en centre de rétention à sa libération. Cette

coordination doit permettre une bonne prise en charge de la personne et, le cas échéant, la poursuite de la procédure de demande de titre de séjour ou l'amorce d'une procédure de protection contre l'éloignement.

- **Livre 3 / Cahier 3 / Fiche 7 – Transports**

Cette fiche a fait l'objet d'une actualisation afin de prendre en compte les évolutions intervenues sur le champ de la prise en charge des dépenses de transports inter- et intra-hospitaliers, induites par l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et définies dans la note d'information n°DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018.

Par ailleurs, le tableau sur la répartition des compétences entre les personnels sanitaires, les forces de sécurité intérieure et l'administration pénitentiaire a été clarifié.

- **Livre 4 / Cahier 8 – Prise en charge des personnes âgées et des personnes handicapées**

Cette section apporte des éléments de définition et développe les modalités de prises en charge des personnes détenues en situation de handicap et des personnes détenues âgées en situation de perte d'autonomie à ces différents stades : repérage, prise en charge médicale, l'accès aux dispositifs de compensation et l'accès aux structures d'aval dans le cadre de la préparation à la sortie.

Elle définit notamment les modalités de réalisation de ces démarches en lien avec les conseils départementaux et les maisons départementales des personnes handicapées ainsi que la procédure de préparation à la sortie des publics en situation de perte d'autonomie.

Cette fiche sera accompagnée ultérieurement d'un modèle de convention relative à l'accès aux aides visant à compenser la perte d'autonomie.

- **Livre 5 / Fiche 2 – Permissions de sortir**

Cette fiche précise les conditions permettant à une personne détenue de solliciter une permission de sortir afin de bénéficier d'une prise en charge médicale ou pour rencontrer le médecin coordonnateur. Elle a été mise à jour en référence au décret du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et autorisations de sortie sous escorte.

- **Livre 5 / Fiche 3 – Grâce présidentielle**

Cette fiche, réactualisée, précise le cadre et la procédure applicable aux grâces présidentielles.

- **Livre 7 / Droits sociaux et financement des soins**

Cette section a fait l'objet d'une actualisation afin de tenir compte des évolutions législatives et réglementaires intervenues depuis 2016. Elle a également été retravaillée dans une optique de simplification et de clarification, afin de répondre au mieux aux problématiques de prise en charge rencontrées par les acteurs de terrain.

Le cahier relatif à la protection sociale intègre désormais la mise en place du Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE), qui s'est effectuée progressivement au deuxième semestre de l'année 2017. Le CNPE gère la prise en charge par l'assurance maladie des personnes écrouées, depuis leur écrou jusqu'à leur libération. Il devient ainsi l'interlocuteur privilégié des établissements pénitentiaires et directions interrégionales des services pénitentiaires, ainsi que des établissements de santé accueillant ces personnes.

S'agissant du contenu de la prise en charge, des précisions ont été apportées concernant l'attribution du numéro de sécurité sociale et les modalités de délivrance de la carte Vitale, ainsi que le droit aux indemnités journalières pendant et après la détention. Les modalités d'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ont également été détaillées.

S'agissant de la préparation à la libération, un focus a été intégré sur les structures d'accompagnement vers la sortie (SAS), et des précisions ont été apportées sur les modalités concrètes d'accès aux différents dispositifs de prise en charge à la levée d'écrou.

D'autres sujets actuellement à l'étude, tels que la mise en place d'échanges d'informations dématérialisés et automatisés entre les services pénitentiaires et le CNPE, seront intégrés dans le cadre de la prochaine actualisation du guide en 2019.

Le cahier relatif aux modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes écrouées intègre les nouvelles modalités de financement définies par l'article 55 de la loi de finances pour 2018, qui a transféré l'ensemble des dépenses des personnes écrouées à l'Assurance maladie. Les nouveaux circuits de facturation qui en découlent sont ainsi précisés, ainsi que les modalités de prise en charge des dispositifs médicaux et des frais d'optique.

- **Annexe 1 / Protocole cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues**

L'article 13 du protocole a été actualisé afin de tenir compte de la réforme du financement des soins des personnes écrouées, entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

Ces sections réactualisées seront intégrées à la version électronique du guide méthodologique qui est directement accessible sur les sites du ministère de la justice et du ministère des solidarités et de la santé.

L'actualisation de ces différentes sections est à diffuser largement et à décliner, quand cela est nécessaire, au travers d'un avenant au protocole cadre établi localement entre les établissements pénitentiaires et les établissements de santé de rattachement.

Pour les ministres et par délégation,

La Directrice générale de l'offre de soins

Cécile COURREGES

Le Directeur général de la santé

Jérôme SALOMON

Le Directeur général de la cohésion sociale

Jean-Philippe VINQUANT

La Directrice de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP

La Directrice des affaires criminelles et des grâces

Catherine PIGNON



Le Directeur de l'administration pénitentiaire

Stéphane BREDIN



La Directrice de la protection judiciaire de la jeunesse

Madeleine MATHIEU



Annexe 1

Livre 2 / Cahier 3 / Fiche 4 - Droit des patients détenus étrangers en situation irrégulière atteints de pathologies graves

Le droit au séjour pour raison médicale, souvent appelé « procédure étranger malade », existe en France depuis 1998. Il permet à une personne étrangère en situation régulière ou irrégulière, résidant en France de manière habituelle, porteuse d'une maladie grave qui ne peut pas être prise en charge dans son pays d'origine, de bénéficier d'une [carte de séjour temporaire « vie privée et familiale »](#) pour soins¹. Cette procédure a été profondément réformée par la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers et ses textes d'application².

Les personnes étrangères placées sous main de justice, en situation irrégulière ou dont le titre de séjour doit être renouvelé, peuvent ainsi faire valoir leur droit au séjour pour soins, afin de continuer à bénéficier de soins adaptés à leur sortie de détention ou en milieu ouvert et ainsi d'éviter leur expulsion du territoire. La mise en œuvre de la « procédure étranger malade » ne présentant aucune spécificité pour les personnes suivies en milieu ouvert, ce chapitre est consacré aux spécificités liées à la détention.

Depuis le 1^{er} janvier 2017 et la réforme introduite par la [loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France](#), l'avis médical transmis à l'autorité administrative pour statuer sur la demande de titre de la personne est rendu par un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), en lieu et place de l'avis rendu jusqu'alors par un seul médecin de l'agence régionale de santé (ou de la préfecture de police pour Paris).

Cette même loi du 7 mars 2016 (article L. 311-12 du CESEDA) prévoit que les parents ou personnes titulaires de l'autorité parentale d'un étranger mineur qui remplit les conditions du 11° de l'article L. 313-11 du CESEDA se voient délivrer une autorisation provisoire de séjour pour une durée de six

¹ Cette procédure est prévue par les dispositions du 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) : « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " est délivrée de plein droit : (...) 11° A l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collège de médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé (...) ». Des dispositions spécifiques sont prévues pour les personnes algériennes au 7) de l'article 6 de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 modifié.

² Décrets n° 2016-1456 et n° 2016-1457 codifiés dans le CESEDA, notamment ; arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis (...); arrêté du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales pour l'exercice par les médecins de l'OFII, de leurs missions prévues à l'article L. 313-11 (11°) du CESEDA ; information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n°2016-274 relative au droit des étrangers en France (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1er janvier 2017)

mois au maximum, assortie d'une autorisation de travail après avis du collège des médecins du service médical de l'OFII sauf si leur présence en France constitue une menace pour l'ordre public.

1. Identification du besoin

Différents acteurs peuvent être à l'origine de l'identification :

- la personne détenue, son avocat ou sa famille ;
- le médecin en charge des soins (le médecin de l'USMP ou un médecin extérieur à l'USMP) ;
- les services pénitentiaires de l'établissement ou service pénitentiaire d'insertion et de probation ;
- les associations participant à l'accompagnement des personnes, en et hors détention ;
- l'autorité judiciaire ;
- les points d'accès au droit.

Chacun de ces acteurs a un rôle important à jouer dans la procédure de demande de titre de séjour pour soin et ce, qu'il soit ou non à l'origine de l'identification.

Si l'identification du besoin relève d'une pluralité d'acteurs, la procédure doit être coordonnée et pilotée par le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) qui peut s'appuyer sur l'intervention d'un tiers (assistante de service social, association...).

Dans la mesure où la personne est détenue, il est nécessaire que l'ensemble des acteurs s'informent mutuellement des démarches engagées afin de :

- faciliter la prise en charge de la personne de la manière la plus appropriée en détention ;
- accompagner au mieux la personne dans ses démarches de mise en œuvre de cette procédure.

Cette coordination des différents acteurs peut se faire notamment dans le cadre de la commission pluridisciplinaire unique (CPU) à l'occasion de laquelle peut être évoquée la situation des personnes détenues susceptibles de demander un titre de séjour pour soins. À ce titre, les échanges tenus lors de la CPU pourront contribuer à définir les modalités d'accompagnement à mettre en œuvre à l'égard des personnes concernées. Ils sont aussi l'occasion de s'assurer que la personne détenue qui présente une problématique médicale bénéficie en milieu carcéral d'une prise en charge sanitaire et d'aménagements des conditions de détention adaptés à son état.

2. Conditions d'éligibilité

Pour bénéficier d'un droit de séjour eu égard à son état de santé, il faut³ que la personne détenue :

- soit étrangère (sauf citoyen d'un pays de l'Espace économique européen ou suisse) ;
- ne représente pas une menace pour l'ordre public⁴ ;

³ Article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

⁴ Le Conseil d'Etat considère que « Les infractions pénales commises par un étranger ne sauraient, à elles seules, justifier légalement une mesure d'expulsion et ne dispensent en aucun cas l'autorité compétente d'examiner, d'après l'ensemble des circonstances de l'affaire, si la présence de l'intéressé sur le territoire français est de nature à constituer une menace pour l'ordre ou le crédit public. » (CE 21 janvier 1977, Ministère de l'intérieur contre Dridi).

- réside habituellement en France⁵ ;
- ait un état de santé nécessitant une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont elle est originaire, ne puisse pas bénéficier effectivement d'un traitement approprié.

La circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté précise que les arrêtés d'expulsion préfectoraux et ministériels font par principe et par nature obstacle à l'examen de la demande de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour. Le préfet informe alors la personne détenue de l'irrecevabilité de sa demande. Toutefois, dans ces situations, la personne étrangère détenue peut solliciter le bénéfice de dispositions prévues en matière de protection contre l'éloignement⁶ ou de protection contre l'expulsion⁷. Dans ces cas, un certificat médical relatif à son état de santé établi par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire doit être transmis au service médical de l'OFII qui pourra demander toute information complémentaire et convoquer la personne détenue.

3. Constitution du dossier de demande de titre de séjour

L'information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi du 7 mars 2016 relative aux droits des étrangers en France (dispositions relatives à la procédure de délivrance des documents de séjour et à la protection contre l'éloignement pour raison de santé, applicables à compter du 1^{er} janvier 2017) fixe la procédure de demande d'un titre de séjour temporaire « vie privée et familiale » pour raison de santé.

La demande de délivrance ou de renouvellement de ce titre doit être déposée dans les conditions prévues par la circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté et par la note du 1^{er} septembre 2016 d'application de la circulaire susnommée. Toutefois, ces deux textes ne concernent pas les personnes étrangères accomplissant une peine courte dont le quantum prononcé par la juridiction de condamnation est égal ou inférieur à trois mois et précisent que ces personnes seront invitées à se présenter à la préfecture à leur libération. Les ressortissants étrangers faisant

⁵ La réglementation ne précise pas la notion de « résidence habituelle ». L'information du 29 janvier 2017 relative à l'application de la loi n° 2016-274 relative au droit des étrangers en France indique qu'il convient de considérer la condition de résidence comme satisfaite lorsque la résidence est d'une durée au moins égale à un an, tout en précisant que cette appréciation doit se faire avec discernement. A noter que lorsque la personne étrangère détenue ne remplit pas cette condition de résidence, elle peut néanmoins recevoir une autorisation provisoire de séjour pour raison de santé, en application de l'article R. 313-24 du CESEDA. Dans ce cas, la personne étrangère est tenue de respecter la procédure relative à une première délivrance de titre de séjour. Elle ne se verra délivrer aucun récépissé au cours de la procédure.

⁶ 10° de l'article L. 511-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et articles 9 et suivants de l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

⁷ 5° de l'article L. 521-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile et articles 9 et suivants de l'arrêté du 27 décembre 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R. 313-22, R. 313-23 et R. 511-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

l'objet d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) de moins d'un an sont exclus de ce dispositif sauf présentation d'éléments nouveaux. Leur situation relève alors de la protection contre l'éloignement (10° de l'article L. 511-4 du CESEDA).

Pour une première demande de titre de séjour :

Les documents nécessaires au dépôt d'une demande sont les suivants :

- un justificatif de domicile ou un justificatif de son incarcération afin d'apporter la preuve qu'elle réside habituellement en France⁸ ;
- les documents justifiant de son état civil et de sa nationalité⁹ ;
- trois photographies d'identité.

Si la personne détenue est dépourvue de documents d'identité, il revient aux services pénitentiaires de prendre contact avec les autorités consulaires compétentes¹⁰ afin de faciliter la délivrance d'un passeport ou d'une attestation consulaire.

Les demandes de titre de séjour pour raison de santé émanant des points d'accès au droit ou des services pénitentiaires sont adressées au correspondant identifié de l'établissement pénitentiaire qui les transmet au correspondant de la préfecture compétente, c'est-à-dire la préfecture du domicile habituel du demandeur avant l'incarcération ou la préfecture du lieu d'incarcération, comme indiqué dans la circulaire du 25 mars 2013 relative aux procédures de première délivrance et de renouvellement des titres de séjour aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté.

Le dépôt de la demande de délivrance du document de séjour formulée pour le compte d'une personne détenue ou par la personne détenue elle-même se fait par le biais de la voie postale. A réception de la demande, le correspondant préfectoral transmet au demandeur, par l'intermédiaire du correspondant pénitentiaire, une notice explicative, un modèle de certificat médical et une enveloppe « secret médical » à l'adresse du service médical de l'OFII.

Le certificat médical est établi par un médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et remis à la personne détenue étrangère accompagné des originaux des documents relatifs à la situation de santé déclarée (analyses biologiques, examens complémentaires, compte(s) rendu(s) d'hospitalisation(s), etc.).

Le certificat médical et les originaux des documents relatifs à la situation de santé déclarée sont mis, par le médecin, dans l'enveloppe « secret médical » qui est envoyée au service médical de l'OFII. Les frais d'affranchissements sont assurés par la personne détenue.

⁸ En application des dispositions de l'article 30 de la loi n° 2009-1436, les personnes détenues peuvent élire domicile auprès de l'établissement pénitentiaire.

⁹ Le Conseil d'Etat considère que « La présentation d'un passeport en cours de validité ne saurait être imposée à un étranger qui sollicite, sur le fondement des dispositions du 11° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, l'octroi d'une carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " en qualité d'étranger malade, comme une condition pour la délivrance de cette carte ; » (CE, 30 novembre 2011, n°351584)

¹⁰ A noter que la circulaire du 18 septembre 2007 relative à l'information des ressortissants étrangers en cas de détention et à l'information et au droit de visite de leurs autorités consulaires rappelle les droits que les ressortissants étrangers détenus et les autorités consulaires détiennent en vertu de la convention de Vienne ainsi que les devoirs des autorités judiciaires et pénitentiaires pour permettre leur plein exercice.

Ce certificat médical doit fournir au médecin du service médical de l'OFII les informations les plus complètes possibles pour permettre l'instruction du dossier dans les meilleurs délais.

Le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire informe le SPIP afin que celui-ci assiste la personne détenue dans ses démarches auprès de la préfecture.

La personne détenue sollicite auprès du juge d'application des peines une permission de sortir pour les démarches impliquant la présentation personnelle du ressortissant étranger détenu (opérations de biométrie nécessaires à la fabrication du titre, remise éventuelle d'un récépissé, remise du titre de séjour). Si le ressortissant étranger détenu n'obtient pas de permission de sortir, il est dérogé au principe de présentation personnelle et aux opérations de biométrie, le titre de séjour étant remis au personnel du SPIP représentant le demandeur.

Pour le renouvellement d'un titre de séjour :

La procédure est la même que celle relative à une première demande de titre de séjour. La demande de renouvellement de titre de séjour pour raison de santé doit être déposée deux mois avant l'échéance du titre à renouveler. Un récépissé de demande de renouvellement est transmis au demandeur dès la réception du certificat médical par le service médical de l'OFII¹¹, ce qui permet d'éviter des situations de rupture de droits.

4. Traitement de la demande

Le médecin du service médical de l'OFII qui examine le dossier peut, dans le respect du secret médical, demander des informations médicales complémentaires auprès du médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire qui a établi le certificat médical. La personne détenue est informée de cet échange par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

Ces compléments d'informations, demandés par le médecin du service médical de l'OFII, doivent lui parvenir dans un délai de quinze jours à compter de la date de la demande.

Le médecin du service médical de l'OFII peut convoquer la personne détenue pour un examen médical s'il le juge nécessaire ; cet examen médical est à la charge de l'OFII. Lorsque la personne détenue étrangère ne peut obtenir ou n'obtient pas de permission de sortir pour se rendre à cette convocation, une extraction médicale doit être organisée dans les délais requis afin qu'il ne soit pas indiqué dans son dossier qu'elle n'a pas répondu à la convocation. Le cas échéant, le jour de la convocation, il est nécessaire d'apporter les originaux d'autres documents médicaux relatifs au dossier (analyses médicales, compte rendu(s) d'hospitalisation, etc.).

Le médecin du service médical de l'OFII peut également demander des examens complémentaires. Les résultats de ces examens complémentaires sont communiqués par la personne détenue au service médical de l'OFII dans un délai de 15 jours à compter de la date de la demande du médecin du service médical de l'OFII. Lorsque la personne détenue ne peut obtenir ou n'obtient pas de permission de sortir pour accomplir ces examens, une extraction médicale doit être organisée afin qu'il ne soit pas indiqué dans son dossier qu'elle n'a pas répondu à cette demande.

¹¹ Article R. 313-23 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Le rapport médical établi par le médecin du service médical de l'OFII, est transmis à un collège de trois médecins du service médical de l'OFII. Sur la base de ce rapport, ce collège rend un avis au préfet au regard de trois critères et précise deux éléments supplémentaires :

- l'état de santé du demandeur nécessite (ou non) une prise en charge médicale
- le défaut de prise en charge médicale peut (ou non) entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité
- pour sa prise en charge, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé du pays dont il est originaire, il peut (ou non) bénéficier effectivement d'un traitement approprié
- si les soins nécessités par son état sont de longue durée, la durée des soins
- en cas de possibilité d'un bénéfice effectif d'un traitement approprié, si la personne peut voyager

Le collège de médecins peut demander au médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou au médecin qui a rédigé le rapport de lui communiquer, dans un délai de quinze jours, tout complément d'information. La personne détenue étrangère en est informée par le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

Ce collège peut également solliciter des examens complémentaires et convoquer le demandeur. Les résultats de ces examens complémentaires sont communiqués par la personne détenue au service médical de l'OFII dans un délai de 15 jours à compter de la date de la demande du collège des médecins du service médical de l'OFII. Lorsque la personne détenue ne peut obtenir ou n'obtient pas de permission de sortir pour se rendre à ces examens ou à cette convocation, une extraction médicale doit être organisée dans les délais requis afin qu'il ne soit pas constaté dans l'avis rendu par le collège qu'elle n'a pas produit les examens demandés ou n'a pas répondu à la convocation.

Après réception de l'avis du collège des trois médecins du service médical de l'OFII, le préfet rend sa décision. Il n'est pas lié par l'avis du service médical de l'OFII. La décision du préfet est alors notifiée à la personne détenue.

5. Coordination unité sanitaire en milieu pénitentiaire/centre de rétention administrative

Les centres de rétention administrative (CRA) peuvent être amenés à recevoir des personnes sortant d'établissements pénitentiaires si elles font l'objet d'une mesure d'éloignement. Une liaison entre l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et l'unité médicale du CRA, avec l'accord de la personne, doit être organisée afin de faciliter l'échange d'informations permettant une bonne prise en charge de ces personnes et, le cas échéant, pour suivre la procédure de demande de titre de séjour « vie privée et familiale » pour raison de santé ou initier une procédure de protection contre l'éloignement. Il est primordial, dans le cas où un médecin de chacune de ces structures est saisi du dossier d'une même personne, qu'un contact ait lieu avec le médecin de l'USMP de l'établissement pénitentiaire où était incarcérée la personne détenue étrangère afin d'éviter toute contradiction pouvant être préjudiciable à la personne.

Annexe 2
Livre 3 / Cahier 3 / Fiche 7 – Transports

1 - L'INDICATION DE TRANSPORT SANITAIRE

C'est au médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou de l'établissement hospitalier qu'il appartient de prescrire le mode de transport le mieux adapté à l'état de santé et au niveau d'autonomie du patient dans le respect du [référentiel de prescription des transports](#) :

Situation médicale	Mode de transport préconisé
1. La personne présente au moins une déficience ou une incapacité impliquant : <ul style="list-style-type: none"> un transport en position obligatoirement allongée ou demi-assise une surveillance par une personne qualifiée ou l'administration d'oxygène la nécessité d'être porté ou brancardé 	Ambulance
<ul style="list-style-type: none"> un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie l'utilisation d'aide technique (ex : béquilles) ou humaine pour se déplacer l'aide d'une tierce personne pour la transmission des informations nécessaires à l'équipe soignante en l'absence d'un accompagnant un respect rigoureux des règles d'hygiène ou la désinfection rigoureuse du véhicule pour prévenir le risque infectieux 	Taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL)
2. La personne est soumise à un traitement ou a une affection pouvant occasionner des risques d'effets secondaires pendant le transport	
3. La personne ne présente pas l'un des critères listés ci-dessus	Véhicule de l'administration pénitentiaire

Pour les patients répondant aux cas 1. et 2. ci-dessus, les médecins disposent de deux formulaires pour établir la prescription :

- le formulaire « [Prescription médicale de transport](#) » (Cerfa n° 50742*04), sous réserve que le transport soit facturable à l'assurance maladie et non pris en charge par l'établissement prescripteur (à défaut, ce sont les documents propres à l'établissement qui s'appliquent) ;
- le formulaire « [Demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale](#) » (Cerfa n° 50743*05) en cas de transport de plus de 150 km ou en série (transports comportant 4 déplacements de plus de 50 km aller sur une période de 2 mois pour un même traitement), en cas de voyage en avion ou en bateau de ligne régulière ou encore de transports vers les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP).

La prescription médicale doit être établie avant le transport, sauf en cas d'urgence médicale (appel du SAMU - centre 15). Dans ce cas, la prescription peut être remplie a posteriori par un médecin de la structure de soins dans laquelle le patient a été admis.

Vaut prescription médicale une convocation du contrôle médical ou pour se rendre à une consultation médicale d'appareillage (article R. 322-10-2 du code de la sécurité sociale). La convocation qui vaut prescription précise le moyen de transport sanitaire le moins onéreux compatible avec l'état du patient.

Dans le cas particulier du transport de patient entre deux établissements de santé, les modalités de prescription sont définies dans une note d'information dédiée¹.

2 - MODALITES D'ORGANISATION DU TRANSPORT

En fonction du profil de dangerosité de la personne détenue, une demande de renfort par les forces de sécurité intérieure (FSI) peut être nécessaire. L'administration pénitentiaire, qui a la connaissance de cette dangerosité, se charge de la demande.

2-A. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES EN ETABLISSEMENT DE SANTE POUR DES SOINS SOMATIQUES OU UHSI

Transport aller/retour entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé ou l'UHSI

L'organisation du transport aller/retour de la personne détenue en vue d'une hospitalisation ou d'une consultation extérieure vers l'établissement de santé de rattachement, ou d'une hospitalisation en UHSI, incombe à l'administration pénitentiaire. Le transport est effectué au moyen d'un véhicule de l'administration pénitentiaire. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Si l'état de santé et le niveau d'autonomie de la personne détenue le nécessitent, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée par un médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

L'établissement pénitentiaire organise le transport sanitaire (choix du transporteur et commande de la prestation), en lien avec les personnels de santé. L'escorte est assurée par du personnel pénitentiaire.

Par exception, dans les petites maisons d'arrêt qui ne disposent pas des moyens suffisants, la garde et l'escorte des personnes détenues peuvent être assurées par les forces de l'ordre.

Transport entre un centre hospitalier et une UHSI

Dès lors que la personne détenue est hospitalisée, sous garde statique au sein du centre hospitalier de rattachement, ou au sein de l'UHSI, l'organisation du transport entre ces établissements est fixée selon les règles de droit commun définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

¹ NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R2/2018/80 du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017

Ainsi, en cas de transfert définitif (transfert supérieur à 48h) vers une UHSI, le transport est à la charge de l'établissement prescripteur (celui depuis lequel le patient est transféré), en l'occurrence le centre hospitalier de rattachement.

Lorsque des patients détenus hospitalisés en UHSI se voient prescrire des examens devant être réalisés au sein de plateaux techniques spécialisés, l'accompagnement des personnes détenues est assuré par les personnels hospitaliers escortés par les personnels pénitentiaires. La planification de ces prises en charge s'organise de manière concertée entre le médecin et le responsable pénitentiaire de l'UHSI.

La garde statique des détenus hospitalisés sur les plateaux techniques est assurée par les forces de l'ordre. Toutefois, pour les patients de l'UHSI de Paris accueillis au sein des plateaux techniques de l'AP-HP, la garde est assurée par l'administration pénitentiaire.

DPS et risque très grave d'atteinte à l'ordre public

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour assurer un renfort de l'escorte pénitentiaire.

2-B. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DETENUES EN UHSA

Les modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux au sein des UHSA sont encadrées par le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010.

Transport aller vers l'UHSA

Deux cas doivent être distingués :

Hospitalisation du patient avec son consentement²

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée avec son consentement incombe à l'administration pénitentiaire, au moyen d'un véhicule de l'administration pénitentiaire.

Sur prescription médicale, un accompagnement du transport par du personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité (UHSA) peut être envisagé.

Si l'état de santé de la personne détenue le nécessite, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée³. Le transport est dans ce cas à la charge de l'assurance maladie. L'escorte est quant à elle assurée par du personnel pénitentiaire.

Hospitalisation du patient sans son consentement⁴

Le transport de l'établissement pénitentiaire à l'unité spécialement aménagée d'une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé siège de l'unité spécialement aménagée.

² 1^{er} alinéa de l'article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

³ Article R.3214-23 du Code de la Santé Publique

⁴ Article D.398 du Code de procédure pénale et 2^e alinéa de l'article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

La personne détenue est accompagnée par le personnel soignant de l'établissement de santé et escortée par le personnel pénitentiaire.

Transport retour de l'UHSA⁵

Le transport de l'unité spécialement aménagée à l'établissement pénitentiaire d'une personne détenue, hospitalisée avec ou sans son consentement, incombe à l'administration pénitentiaire, au moyen d'un véhicule de l'administration pénitentiaire.

Sur prescription médicale du médecin de l'UHSA, un accompagnement du transport par du personnel hospitalier de l'établissement de santé siège de l'unité peut être envisagé.

Si l'état de santé de la personne détenue le nécessite, une prescription médicale de transport sanitaire est réalisée⁶ par un médecin de l'UHSA. Le transport est alors à la charge de l'assurance maladie. L'escorte est quant à elle assurée par du personnel pénitentiaire.

Extraction médicale de l'UHSA vers un établissement assurant des soins somatiques⁷

Si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée dans une unité spécialement aménagée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'unité pour des raisons somatiques, le transport aller et retour est assuré au moyen d'un véhicule sanitaire, selon les règles d'organisation et de prise en charge de droit commun, définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.

Ainsi, en cas de transfert définitif ou provisoire (hors transfert pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation ou d'une séance de chimiothérapie, de radiothérapie ou de dialyse en centre⁸), le transport est à la charge de l'établissement dans lequel l'UHSA est implantée.

Au cours du transport aller comme retour, la personne détenue est accompagnée par le personnel hospitalier et escortée par le personnel pénitentiaire.

La garde statique en cas d'hospitalisation est assurée par les forces de sécurité intérieure.

DPS et risque très grave d'atteinte à l'ordre public⁹

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour assurer un renfort de l'escorte pénitentiaire.

2-C. TRANSPORT ET ESCORTE DES PERSONNES DETENUES HOSPITALISEES EN ETABLISSEMENTS DE SANTE DESIGNES PAR LE DG ARS POUR ASSURER LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT (HORS UHSA)¹⁰

⁵ 3^e alinéa de l'article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

⁶ Article R.3214-23 du Code de la Santé Publique

⁷ Article R.3214-22 du Code de la Santé Publique

⁸ Dans ces cas particuliers, le transport est à la charge de l'établissement vers lequel la personne détenue est transférée.

⁹ Article R.3214-21 du Code de la Santé Publique

¹⁰ Article L.3222-1 du Code de la Santé Publique

Transport aller vers l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Le transport de la personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement incombe à l'établissement de santé. L'escorte¹¹ est éventuellement assurée par les forces de sécurité intérieure.

Transport retour depuis l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Le transport retour de l'établissement de santé vers l'établissement pénitentiaire incombe à ce dernier, sauf si l'état du patient nécessite une prescription médicale de transport sanitaire (auquel cas le transport est facturable à l'assurance maladie). L'escorte est assurée par le personnel pénitentiaire.

Extraction médicale hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

Si l'état de santé de la personne détenue hospitalisée nécessite une consultation ou une hospitalisation hors de l'établissement de santé autorisé en psychiatrie, le transport aller et retour est organisé et pris en charge, selon les règles de droit commun définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017. L'escorte et la garde sont éventuellement assurées par les forces de sécurité intérieure.

DPS et risque très grave d'atteinte à l'ordre public¹²

En cas de transport d'une personne détenue particulièrement signalée (DPS), il est fait appel aux forces de sécurité intérieure pour assurer un renfort de l'escorte pénitentiaire.

Tableau récapitulatif des modalités d'organisation des escortes

	Situation	Organisation du transport	Garde et escorte
Etablissement de soins (hors UHSI, UHSA, CHAP)	Transport aller-retour	AP	AP* <i>dans les maisons d'arrêt à petit effectif :</i> possibilité de faire appel aux FSI pour réaliser l'escorte principale (circulaire de 1963)
	Surveillance pendant la consultation		
	Garde statique pendant l'hospitalisation		FSI
	Transfert entre deux hôpitaux en cas d'hospitalisation	Centre hospitalier de rattachement	FSI

¹¹ L'organisation de cette escorte répond aux modalités prévues par l'article D. 394 du code de procédure pénale et précisées par la note DH/E04 n° 990273 du 26 juillet 1999 relative aux modalités de transfert des personnes détenues hospitalisées d'office.

¹² Article R. 3214-21 du Code de la Santé Publique

UHSI	Transport aller - retour	AP	AP*
	Surveillance pendant l'hospitalisation		AP
	Extraction plateau technique	Médecin et responsable pénitentiaire de l'UHSI	Personnels hospitaliers avec l'AP*
UHSA	Transport aller en soins sans consentement (SSC)	Etablissement de santé siège de l'UHSA)	Personnels hospitaliers avec l'AP*
	Transport aller en soins psychiatriques libres	AP	AP*
	Transport retour (SSC et soins psychiatriques libres)	AP	AP*
	Extraction plateau technique	établissement de santé	Personnels hospitaliers avec l'AP*
Centre Hospitalier autorisé en psychiatrie	transport aller	établissement de santé	Personnels hospitaliers*
	transport retour	AP	AP*
	extraction plateau technique pour prise en charge somatique	établissement de santé	Personnels hospitaliers*

*avec renfort des forces de sécurité intérieure si DPS ou personne présentant un risque très grave d'atteinte à l'ordre public

3 - MODALITES DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU TRANSPORT

3-A. CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DU TRANSPORT SANITAIRE

L'assurance maladie prend en charge le transport sanitaire si la prescription médicale précisant le motif du déplacement et justifiant le moyen de transport prescrit a été établie¹³ et s'il correspond à l'un des cas suivants¹⁴ :

- Transport lié à une hospitalisation¹⁵ (complète, partielle, ambulatoire). Sont exclus les transports inter établissements de patients hospitalisés, pris en charge par les établissements de santé dans les conditions définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017.
- Transport lié à des traitements ou examens en rapport avec une ALD si la personne présente l'une des déficiences ou incapacités définies par le référentiel de prescription.

¹³ Articles L.162-4-1 et R.322-10-2 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁴ Article R.322-10 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁵ Les séances de chimiothérapie, de radiothérapie ou d'hémodialyse sont assimilées à une hospitalisation

- Transport en ambulance médicalement justifié (hors transports inter établissements de patients hospitalisés, pris en charge par les établissements de santé dans les conditions définies dans la note d'information du 19 mars 2018 relative à la mise en œuvre de l'article 80 de la LFSS pour 2017).
- Transport nécessitant une demande d'accord préalable.
- Transport pour se rendre chez un fournisseur agréé d'appareillage ou à la consultation d'un expert, ou pour répondre à une convocation du contrôle médical ou d'un médecin expert.

3-B. NIVEAUX DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DU TRANSPORT SANITAIRE

Les frais de transport en taxi conventionné, en VSL ou en ambulance sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs conventionnels, à hauteur de 100 %.

En effet, à compter du 1^{er} janvier 2018, le régime général d'assurance maladie prend en charge l'ensemble des frais de santé des personnes écrouées, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.

3-C. REGLEMENT DU TRANSPORTEUR SANITAIRE

Lorsque le transport sanitaire répond aux conditions de prise en charge de l'assurance maladie, les caisses d'assurance maladie règlent 100 % des frais, sur présentation de la facture par le transporteur.

Lorsque le transport sanitaire incombe à l'établissement de santé, ce dernier règle 100 % des frais sur présentation de la facture par le transporteur.

3-D. RECAPITULATIF DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DU TRANSPORT

Transport pris en charge par :	Définition du transport	Mode de transport	Prise en charge financière
Administration pénitentiaire	Transport aller/retour de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé ou UHSI ou UHSA (hors cas d'hospitalisation sans consentement), hors prescription de transport sanitaire	Véhicule de l'administration pénitentiaire	Intégralement pris en charge par l'administration pénitentiaire
	Transport <u>sanitaire</u> aller/retour de l'établissement pénitentiaire vers l'établissement de santé ou UHSI ou UHSA (hors cas d'hospitalisation sans consentement), sur prescription médicale	Transporteur sanitaire / taxi conventionné	Intégralement pris en charge par l'assurance maladie
Assurance maladie	Transport sanitaire entre deux établissements de santé pour les cas suivants : - patients non hospitalisés - régulation du transport par le SAMU-Centre 15 - transport en bateau / avion	Transporteur sanitaire / taxi conventionné	Intégralement pris en charge par l'assurance maladie

	- transport provisoire pour la réalisation d'une séance de radiothérapie en centre de santé ou dans une structure d'exercice libéral		
MIG SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation)	Transport médicalisé d'urgence vers un établissement de santé	SMUR	Pris en charge dans le cadre de la MIG
Etablissement de santé	Transport <u>définitif</u> entre deux établissements de santé (relevant ou non de la même entité juridique) OU transport <u>provisoire</u> (moins de 48h) entre deux établissements de santé relevant du <u>même champ d'activité</u> (MCO vers MCO par exemple), hormis les transports de patients non hospitalisés, les transports régulés ou réalisés par le SMUR et les transports en bateau / avion	Transporteur sanitaire / taxi conventionné / flotte interne de l'établissement	Intégralement pris en charge par l'établissement prescripteur (<u>celui depuis lequel</u> le patient est transféré)
	Transport <u>provisoire</u> de patients hospitalisés (moins de 48h) entre deux établissements de santé relevant de <u>champs d'activité distincts</u> (SSR vers MCO par exemple) <u>pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation ou de dialyse en centre, radiothérapie, ou chimiothérapie</u>	Transporteur sanitaire / taxi conventionné / flotte interne de l'établissement	Intégralement pris en charge par l'établissement prescripteur (<u>celui vers lequel</u> le patient est transféré)
UHSA / Etablissement de santé autorisé en psychiatrie	Transport de l'établissement pénitentiaire vers l'UHSA / un établissement de santé mentale désigné par le DG ARS, dans le cas d'une hospitalisation sans consentement	Transporteur sanitaire / taxi conventionné / flotte interne de l'établissement	Intégralement pris en charge par l'établissement de santé siège de l'UHSA / l'établissement de santé autorisé en psychiatrie

ANNEXE 3

Livre 4 / Cahier 8 – Prise en charge des personnes âgées et des personnes

CHAPITRE X : PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

FICHE 1 – DONNEES ET REPERES SUR LES NOTIONS DE HANDICAP ET DE PERTE D'AUTONOMIE

1 - QUELQUES DONNEES

Les personnes, détenues âgées constituent une faible part de la population carcérale. En effet, au 1^{er} janvier 2016, 2 444 personnes détenues étaient âgées de plus de 60 ans, soit 3,7 % de la population pénale écrouée détenue. Le vieillissement de la population pénale génère des nouveaux besoins de prise en charge dans le domaine des pathologies chroniques et peut également être associé à l'apparition progressive de fragilités ou de perte d'autonomie. Un besoin d'autant plus prégnant en raison de l'inadaptation des locaux des établissements pénitentiaires à la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Par ailleurs, selon une enquête réalisée par les personnels pénitentiaires, au 1^{er} janvier 2013, 329 personnes détenues présentaient un handicap physique, soit 0,5 % de la population pénale écrouée détenue.

Enfin, lors d'une enquête effectuée en septembre 2015 par les personnels pénitentiaires, on comptabilisait 185 personnes détenues ayant besoin d'une aide dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne soit 0,28 % de la population pénale.

2 - DEFINITIONS ET CONCEPTS

.A. HANDICAP

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a donné une définition de la notion de handicap : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou trouble de santé invalidant ».

Ainsi définie, la notion de handicap recouvre une grande diversité de situations qui englobe différents types de déficiences (physique, sensorielle, mentale, psychique, cognitive, ...), d'origines (anomalie congénitale, trouble de développement de l'enfance, traumatisme, maladie ou trouble de santé invalidant somatique ou psychiatrique,...), de configurations (polyhandicap, handicaps associés,...), de gravité (handicap sévère, léger...). Par ailleurs, il n'y a pas nécessairement de lien entre l'importance d'une déficience et celle des limitations d'activités qui en résulte.

Si le terme de handicap, reste encore marqué par les représentations collectives et des images parfois stéréotypées, plusieurs modèles ou concepts explicatifs successifs ont été élaborés pour définir et expliciter cette notion. Ainsi le modèle a évolué d'une approche individuelle¹ du handicap à une approche sociale². Des nomenclatures successives développées par l'OMS reflètent ces évolutions conceptuelles.

En 1980, la Classification internationale du handicap (CIH), s'inscrit dans le cadre du modèle bio médical en présentant trois niveaux ayant une relation linéaire de cause à effet :

Déficience³ → Incapacité⁴ → Désavantage⁵.

En 2001, la CIH est révisée pour devenir la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui prend en compte l'interaction entre les caractéristiques individuelles d'une personne (déficience, incapacité, ...) et les facteurs environnementaux qui peuvent être obstacles ou facilitateurs sur le fonctionnement de la personne. La CIF utilise un vocabulaire⁶ plus neutre et moins stigmatisant que la CIH. L'articulation entre les différents plans est moins linéaire, toutes les dimensions peuvent interagir entre elles. La maladie ne disparaît pas du modèle mais elle ne sert plus de point de référence pour définir le handicap qui est conçu comme résultant d'une interaction non prédéfinie entre un problème de santé et des facteurs personnels et environnementaux.

La CIH sert de référence au guide barème pour fixer le taux d'incapacité et la CIF sert de référence à la définition du handicap figurant dans la loi de 2005 et aux outils développés en application de cette loi, notamment le guide d'évaluation multidimensionnelle⁷ utilisé par les équipes pluridisciplinaires

¹ **Dans le modèle individuel ou bio médical**, le handicap est considéré comme un problème personnel, directement causé par la maladie, un accident ou une autre condition de santé, et susceptible d'amélioration par des interventions médicales telles que la réhabilitation.

² **Le modèle social** voit le handicap non comme une caractéristique inhérente de la personne mais comme un produit de l'environnement et du contexte social, notamment sa structure physique (la conception des bâtiments, les systèmes de transport, etc.), des convictions et des constructions sociales qui donnent lieu à la discrimination contre les personnes handicapées.

³ **Déficience** : Toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect lésionnel. La déficience n'implique pas nécessairement l'existence d'une maladie.

⁴ **Incapacité** : Toute réduction, résultant d'une déficience, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect fonctionnel dans toutes ses composantes (physiques ou psychiques).

⁵ **Désavantage** : Les limitations (voire l'impossibilité) de l'accomplissement d'un rôle social normal en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels.

⁶ - **Les fonctions organiques** sont les fonctions physiologiques des systèmes organiques (y compris les fonctions psychologiques). **Les structures anatomiques** désignent les parties du corps comme les organes, les membres et leurs composantes. **Les déficiences** sont les problèmes des fonctions organiques ou des systèmes anatomiques manifestés par un écart ou une perte importante.

- Une **activité** signifie l'exécution d'une tâche ou d'une action par une personne. Les limitations d'activité désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer pour mener une activité (incapacités).

- La **participation** signifie le fait de prendre part à une situation de vie réelle. Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour participer à une situation réelle.

⁷ Arrêté du 6 février 2008 relatif aux références et nomenclatures applicables au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées prévu à l'article R. 146-28 du Code de l'action sociale et des familles.

des MDPH, connu sous le nom de « GEVA » et le référentiel d'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

.B. PERTE D'AUTONOMIE ET FRAGILITE DES PERSONNES AGEES

Pour les personnes âgées, la notion de perte d'autonomie est définie par la loi dans le cadre d'une description des critères d'accès et des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) : *« Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins. Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière.⁸ »*.

Dans une perspective de prévention de la perte d'autonomie, il est intéressant de prendre en compte la notion de fragilité⁹ qui est un marqueur de risque d'évènements péjoratifs (incapacité, chute, hospitalisation, entrée en institution, mortalité), mais aussi un état potentiellement réversible. En effet, des interventions gériatriques multidisciplinaires ainsi que des mesures, tel que l'exercice physique, peuvent réduire le risque de bascule dans la perte d'autonomie. Le repérage de la fragilité peut permettre d'identifier les personnes à risque, susceptibles de bénéficier d'interventions préventives.

⁸ Article L. 232-1 du Code de l'action sociale et des familles

⁹ La fragilité est définie comme un syndrome clinique qui se caractérise par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression est modulée par les comorbidités ainsi que par des facteurs psychologiques, socio-économiques et comportementaux, parmi lesquels l'altération des fonctions cognitives.

FICHE 2 – RECOMMANDATIONS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES ET DES PERSONNES HANDICAPEES

1- LE REPERAGE DES SITUATIONS DE HANDICAP OU DE PERTE D'AUTONOMIE

Le repérage des personnes détenues âgées en perte d'autonomie et des personnes détenues handicapées constitue une étape centrale afin de s'assurer que ces personnes bénéficient d'une prise en charge adaptée à leur état de santé en terme de prise en charge sanitaire, de compensation du handicap ou de la perte d'autonomie, d'aménagements des conditions de détention, d'accès aux dispositifs d'aide sociale et, le cas échéant, de recours aux aménagements ou suspensions de peine pour raison médicale. Cette prise en charge a vocation à comprendre aussi des soins et autres activités destinés à une prévention secondaire ou tertiaire du handicap ou de la perte d'autonomie.

Ce repérage peut être fait lors des examens réalisés à l'entrée ou en cours de détention par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire ou les personnels pénitentiaires. D'autres acteurs peuvent être à l'origine de l'identification : la personne elle-même, son avocat ou sa famille (les titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs par exemple ; des professionnels du service éducatif territorialement compétent de la PJJ dont l'infirmier(e) territorial(e) ; des associations participant à l'accompagnement des personnes ou encore l'autorité judiciaire. Il est nécessaire que l'ensemble des acteurs s'informent mutuellement des démarches engagées afin :

- d'assurer une prise en charge de la personne adaptée à son état de santé et de la manière la plus appropriée en détention ;
- d'accompagner au mieux la personne dans ses démarches pour l'accès aux droits et prestations sociales et médico-sociales ;
- le cas échéant, engager une procédure de suspension de peine ou de tout autre aménagement de peine pour raison médicale.

2- LES PRISES EN CHARGES QUI PEUVENT ETRE MISES EN PLACE

En fonction de l'origine, de la nature et des caractéristiques de la situation de handicap ou de perte d'autonomie, la prise en charge peut comprendre :

- **des soins médicaux** prescrits par l'unité sanitaire, le cas échéant, dans le cadre d'une affection longue durée (ALD) ; la mise à jour des vaccinations conseillées selon l'âge et les risques particuliers (grippe, pneumocoque) ;
- **des aides humaines pour des soins liés à la perte d'autonomie** qui, selon la situation de la personne, peuvent relever de soins techniques ou de soins de base et relationnels délivrés par un service de soins infirmiers à domicile (intervention sur prescription médicale et financement assurance maladie), ou d'aide à la vie quotidienne assurée par un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financé par la personne qui peut être solvabilisée, selon sa situation, par la prestation de compensation (PCH) ou l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

- **un accès aux dispositifs médicaux¹⁰ et aides techniques** (matelas anti escarre, fauteuil roulant, déambulateur, rehausseur de toilettes, etc.) ;
- **un aménagement des conditions de détention**, portant notamment sur l'adaptation et l'accessibilité des locaux¹¹ (aménagement et équipement des cellules, accessibilité des cheminements, etc.). Le chef d'établissement est prévenu afin d'adapter, si besoin, l'affectation de la personne détenue au sein de l'établissement ;
- **la mise en place d'action de prévention, d'action d'éducation pour la santé** : alimentation, addictions, activité physique (Cf. fiche « Éducation et promotion de la santé en milieu pénitentiaire », Partie 2 ; Cahier IV) ;
- **l'engagement des démarches pour l'accès aux droits et prestations** : allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation de compensation (PCH), allocation aux adultes handicapés (AAH), reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH), orientation vers un établissement ou service médico-social, ... (cf. fiche 3) ;
- **l'engagement d'autres démarches** qui peuvent être nécessaires, en fonction de l'état de santé de la personne, par exemple pour initier :
 - une mesure de protection juridique,
 - un aménagement ou une suspension de peine ou une mise en liberté pour raison médicale qui peut être accordée aux personnes condamnées ou prévenues pour lesquelles le pronostic vital est engagé ou dont l'état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec leur maintien en détention¹².

La prise en charge de ces personnes, en particulier lorsqu'il s'agit de handicap ou de perte d'autonomie, lourds, complexes ou évolutifs, a vocation à s'inscrire dans le cadre de l'élaboration d'un « parcours » de prise en charge, qui prend en compte l'état et les souhaits du patient, son environnement (social, familial, etc.) et l'évolution de sa ou ses pathologies et/ ou de la situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Cette étape nécessite la mobilisation conjointe de l'équipe médicale et du SPIP qui doivent disposer d'une bonne connaissance des dispositifs de droit commun mobilisables dans le champ sanitaire ou médico-social pour répondre aux besoins préalablement identifiés de la personne.

¹⁰ Certains de ces produits nécessitent une prescription médicale et sont pris en charge par l'assurance-maladie, d'autres peuvent être pris en compte au titre de la PCH ou de l'APA. Enfin certains relèvent d'une prise en charge par l'assurance maladie éventuellement complétée par la PCH.

¹¹ Arrêté du 4 octobre 2010 relatif à l'accessibilité des personnes handicapées dans les établissements pénitentiaires lors de leur construction et arrêté du 29 décembre 2016 relatif à l'accessibilité des établissements pénitentiaires existants aux personnes handicapées

¹² La suspension de peine pour raison médicale peut être accordée aux personnes condamnées dont l'état de santé physique ou mentale est durablement incompatible avec leur maintien en détention. Le concept « d'état de santé » tel que défini par l'OMS, est plus large que celui de « pathologie » et n'implique pas nécessairement l'existence d'une maladie. L'incompatibilité avec la détention doit être « durable », ce qui suppose deux choses :

- l'état de santé invalidant quel que soit le degré de gravité ou d'invalidité, est durable ou définitif ;
- des aménagements de l'environnement de détention qui le rendraient compatible avec les besoins de la personne ne sont pas possibles ou envisageables de façon pérenne.

La Cour de cassation invite toutefois les juges du fond à une appréciation in concreto de l'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en détention au regard des spécificités de l'état de santé et des conditions d'incarcération réelles de la personne condamnée (cf. guide Aménagement de peine pour raison médicale)

FICHE 3 - ACCES AUX DISPOSITIFS MEDICO-SOCIAUX DESTINES AUX PERSONNES HANDICAPEES

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est le pivot pour les demandes et décisions concernant l'accès à des mesures destinées aux personnes handicapées, qu'il s'agisse de prestations [allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), prestation de compensation (PCH)], de la reconnaissance de la qualité travailleur handicapé (RQTH), de la carte mobilité inclusion¹³ (CMI), d'aménagement de la scolarité ou d'orientation vers un établissement ou service médico-social.

1- LES PRESTATIONS ET LES DISPOSITIFS DESTINES AUX PERSONNES HANDICAPEES

1.A. ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH) ET LES COMPLEMENTS¹⁴

Présentation : l'AAH, est une prestation sociale qui permet d'assurer un minimum de ressources, contributive¹⁵, subsidiaire¹⁶ et différentielle¹⁷.

L'allocation est réduite à hauteur de 30 % le 1^{er} jour du mois suivant les 60 premiers jours d'incarcération. La personne détenue ne peut recevoir une allocation plus élevée que celle qu'il percevrait s'il n'était pas incarcéré. Cependant, dans les cas suivants, aucune réduction n'est effectuée :

- lorsque le bénéficiaire a au moins un enfant ou un ascendant à sa charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la sécurité sociale ;
- lorsque le conjoint ou le concubin de l'allocataire ou la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité ne travaille pas pour un motif reconnu valable par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Le versement de l'AAH sans réduction est repris, sans nouvelle demande, à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus détenue dans un établissement pénitentiaire.

Au regard des dispositifs d'aménagement ou d'exécution de peine pouvant être mis en place, la personne condamnée ne doit plus être considérée comme détenue et doit donc être réintégrée ou bénéficier de l'ensemble de ses droits à l'AAH dans les situations suivantes : le placement sous

¹³ La carte mobilité inclusion (CMI) remplace progressivement depuis le 1er janvier 2017 les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34049>.

¹⁴ Pour plus d'informations :

- Articles L. 821-1 à L. 821-8 et R. 821-1 à R. 821-9 du Code de la sécurité sociale

- Circulaire interministérielle n° DGCS/SD1C/DAP/2013 /203 du 11 juillet 2013 relative aux conditions d'accès et aux modalités de calcul du RSA et de l'AAH des personnes placées sous-main de justice - incarcérées ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement ou d'exécution de peine.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37294.pdf<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

¹⁵ Elle n'est pas liée à des cotisations mais repose sur une logique d'assistance sociale et de solidarité nationale

¹⁶ Les avantages invalidité et vieillesse, à l'exception de la majoration pour aide constante à une tierce personne, doivent être sollicités en priorité à l'AAH.

¹⁷ L'AAH peut venir compléter les ressources de la personne dans la limite de son montant maximum.

surveillance électronique ; la semi-liberté ; le placement à l'extérieur sans surveillance ; la libération conditionnelle ; la suspension de peine ; le fractionnement de peine ; la surveillance électronique de fin de peine.

En revanche, lorsque la personne condamnée bénéficie d'une mesure de placement à l'extérieur sous surveillance de l'administration pénitentiaire, ce sont les dispositions destinées aux personnes détenues dans un établissement pénitentiaire qui s'appliquent.

Critères d'accès :

1° Critères de handicap appréciés par la MDPH :

- Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % (AAH-1¹⁸)

ou

- Avoir un taux d'incapacité compris entre 50 et moins de 80 % et présenter une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi (RSDAE) du fait de son handicap (AAH-2¹⁹)

Le taux d'incapacité est fixé sur la base du « guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » (annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles).

2° Conditions administratives appréciées par la CAF/MSA

Âge :

- Âge minimum : avoir 20 ans (ou plus de 16 ans pour un jeune qui n'est plus considéré à la charge de ses parents pour le bénéfice des prestations familiales) ;
- Âge maximum : pour les bénéficiaires de l'AAH-1 : pas de limite d'âge et pour les bénéficiaires de l'AAH-2 : âge légal de départ à la retraite.

Résidence et nationalité : Résider de manière permanente en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-mer ou à Saint-Pierre-et-Miquelon et pour les personnes de nationalité étrangère, être en possession d'un titre de séjour régulier sur le territoire national.

Ressources : Avoir des ressources annuelles inférieures à un plafond. Ce plafond est majoré pour une personne vivant en couple et par enfant à charge.

Une procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est systématiquement engagée par la MDPH à l'occasion de l'instruction d'une demande d'attribution ou de renouvellement de l'AAH.

Versement : Le versement est assuré par la Caisse d'allocations familiales (CAF) [ou la Mutualité sociale agricole (MSA)] qui examine les conditions administratives et calcule le montant de l'AAH.

Sous certaines conditions, l'AAH peut être complétée par le complément de ressource ou par la majoration pour la vie autonome.

¹⁸ AAH-1 au titre de l'article L. 821-1 du Code de la sécurité sociale

¹⁹ AAH-2 au titre de l'article L. 821-2 du Code de la sécurité sociale

COMPLEMENT DE RESSOURCES²⁰

Présentation : Le complément de ressources a pour objectif de compenser l'absence durable de revenus d'activité si la personne est dans l'incapacité de travailler et bénéficie d'un logement indépendant. Avec l'AAH, ce complément constitue la garantie de ressources.

Comme pour l'AAH, pour une personne détenue, le complément de ressources est maintenu jusqu'au 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention, sous réserve que la personne continue d'en remplir les conditions. Le versement est suspendu à compter du 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention. Il reprend, sans nouvelle demande, dès le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus détenue.

En revanche, et comme pour l'AAH, le complément de ressources est pleinement accessibles aux personnes soumises à une mesure d'aménagement de peine, non hébergées au sein d'un établissement pénitentiaire, à condition de remplir les critères d'accès.

Critères d'accès :

Critère relevant de la compétence de la MDPH

Avoir un taux d'incapacité* d'au moins 80 % et une capacité de travail, appréciée par la CDAPH, inférieure à 5 % du fait du handicap

Critères relevant de l'organisme payeur

- Percevoir l'AAH à taux plein ou un complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail et ne pas avoir perçu de revenu à caractère professionnel depuis 1 an à la date du dépôt de la demande de complément ;
- Disposer d'un logement indépendant, c'est-à-dire d'un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance.

NB : conformément aux annonces gouvernementales, le complément de ressources devrait être fusionné en flux avec la majoration pour la vie autonome à compter du 1^{er} janvier 2019.

Versement et formalité : Idem AAH

MAJORATION POUR LA VIE AUTONOME (MVA)²¹

Présentation : La MVA, est un complément de l'AAH. Elle permet aux personnes en situation de handicap vivant dans un logement de faire face aux dépenses que cela implique.

Comme pour l'AAH, pour une personne détenue, la majoration pour la vie autonome est maintenue jusqu'au 1^{er} jour du mois suivant une période de 60 jours de détention, sous réserve que la personne continue d'en remplir les conditions. Le versement est suspendu à compter du 1^{er} jour du mois

²⁰ Pour plus d'informations : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12911>

²¹ Pour plus d'informations : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12911>

suivant une période de 60 jours de détention. Il reprend, sans nouvelle demande, dès le 1^{er} jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne n'est plus détenue.

En revanche, et comme pour l'AAH, la majoration pour la vie autonome est pleinement accessible aux personnes soumises à une mesure d'aménagement de peine, non hébergées au sein d'un établissement pénitentiaire, à condition de remplir les critères d'accès.

Critères d'accès :

- Avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % ;
- Percevoir l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage vieillesse ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail, ou percevoir l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) ;
- Disposer d'un logement indépendant, c'est-à-dire d'un logement qui n'appartient pas à une structure dotée de locaux communs meublés ou de services collectifs ou fournissant diverses prestations annexes moyennant une redevance ;
- Percevoir une aide au logement ;
- Ne pas percevoir de revenu d'activité.

Versements : La MVA n'a pas à être demandée. La CAF ou la MSA l'attribue automatiquement et en même temps que l'AAH dès lors que les conditions sont remplies.

1.B. ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH)²² ET SON COMPLEMENT

Présentation : Prestation familiale destinée à compenser les frais d'éducation et de soins apportés à un enfant en situation de handicap. Cette aide est versée à la personne qui en assume la charge effective. Elle peut être complétée, dans certains cas, d'un complément d'allocation.

L'AEEH comprend une allocation de base et, le cas échéant, un complément pour prendre en compte les frais liés au handicap et/ou l'impact sur l'activité professionnelle des parents ou l'obligation d'embauche d'une tierce personne. L'AEEH est uniquement applicable aux enfants et adolescents sous main de justice suivis en milieu ouvert. La prestation n'est versée qu'aux personnes ayant effectivement la charge de leur enfant handicapé

Critères d'accès :

- L'enfant doit avoir moins de 20 ans ;
- L'enfant ne doit pas être placé en internat avec prise en charge intégrale des frais de séjour par l'Assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ;
- L'enfant doit avoir un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou compris entre 50 et moins de 80 % et fréquenter un établissement d'enseignement adapté, ou son état doit exiger le recours à un dispositif adapté ou d'accompagnement ou bien le recours à des soins dans le cadre de mesures préconisées par CDAPH. Le taux d'incapacité est fixé sur la base du « guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » (annexe 2-4 du Code de l'action sociale et des familles).

²² Pour plus d'informations :

- Article L. 541-1 à L. 541-4 et R. 541-1 à R. 541-10 du Code de la sécurité sociale
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14809>

Versement : par la CAF ou la MSA

Articulation avec la PCH : les possibilités de cumul avec la PCH sont précisées par les articles L. 245-1 et D. 245-13 du Code de l'action sociale et des familles.

.C. PRESTATION DE COMPENSATION (PCH)²³

Présentation : la PCH, est une prestation en nature qui contribue à financer différents types de dépenses liées au handicap. La PCH comprend 5 éléments :

- aides humaines, notamment pour rémunérer les interventions de services d'aide et d'accompagnement à domicile. Les besoins d'aides humaines pris en compte sont précisés en annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles ;
- aides techniques. Les besoins d'aides techniques pris en compte sont précisés en annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles. Certaines aides techniques ou dispositifs médicaux pris en charge au titre de la PCH sont inscrits sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables par la Sécurité sociale (LPPR). Ils doivent faire l'objet d'une prescription médicale selon les conditions prévues au code de la sécurité sociale et le montant de la prise en charge par l'assurance maladie est déduit du tarif applicable pour la PCH ;
- aménagement du logement et du véhicule ;
- dépenses exceptionnelles ou spécifiques ;
- aide animalière.

Les personnes détenues peuvent bénéficier de la PCH dans les mêmes conditions qu'à domicile. Toutefois, pour les personnes détenues, la PCH a principalement vocation à financer une aide humaine et, éventuellement, une aide technique sur autorisation du chef d'établissement au vu du règlement intérieur de l'établissement pénitentiaire. Elle n'a pas vocation à prendre en compte des dépenses d'adaptation de locaux qui sont sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire.

Critères d'accès :

- Avoir une résidence stable et régulière et un titre de séjour pour les personnes de nationalité étrangère hors ressortissants des états membres de la communauté européenne ;
- Avoir moins de 60 ans ou avoir moins de 75 ans si la personne répondait aux critères d'accès à la PCH liés au handicap avant 60 ans ou avoir plus de 60 ans et exercer une activité professionnelle.
- Avoir une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou avoir une difficulté grave pour la réalisation d'au moins 2 activités parmi une liste d'activités portant sur la mobilité, l'entretien personnel, la communication, les tâches et les exigences générales et les relations avec autrui (les conditions d'accès à la PCH liées au handicap sont définies par le « Référentiel pour l'accès à la prestation de compensation » figurant à l'annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Le montant de chaque élément de la PCH est déterminé dans la limite des tarifs et du montant maximal de l'élément.

²³ Pour plus d'informations :

- Articles L. 245-1 à L. 245-14 et R. 245-1 à D.245-78 du Code de l'action sociale et des familles
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

Instruction – Evaluation de la demande : L'équipe pluridisciplinaire de la MDPH élabore un plan personnalisé de compensation (PPC) qui comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations relevant d'une décision ou d'un avis de la CDAPH. Pour la PCH, le PPC précise notamment les besoins pris en compte au titre de la PCH. Le plan de compensation est transmis à la personne ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La CDAPH est informée de ces observations.

Versement : La PCH est versée par le Conseil départemental du département du domicile de secours. Le versement de la PCH est soumis à des conditions d'effectivité. La PCH ne peut pas se cumuler avec l'APA.

Le principe est celui du versement direct de la prestation à son bénéficiaire. Dans le cas où le conseil départemental a mis en place la possibilité du tiers payant pour le versement de la prestation, il pourra avec l'accord du bénéficiaire, payer directement le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) pour les prestations réalisées, ainsi que le fournisseur de l'aide technique.

Procédure d'urgence : En cas d'urgence attestée, l'intéressé peut, à tout moment de l'instruction de la demande de PCH, faire une demande de procédure d'urgence auprès de la MDPH sur papier libre. Cette demande précise la nature des aides pour lesquelles la PCH est demandée en urgence, le montant prévisible des frais et apporte tout élément permettant de justifier l'urgence. Elle doit être accompagnée d'un document attestant de l'urgence de la situation délivré par un professionnel de santé ou par un service ou organisme à caractère social ou médico-social.

Le président du conseil départemental peut attribuer la PCH à titre provisoire. Lors de la procédure d'urgence, le PPC n'est pas élaboré.

Cette décision d'attribution en urgence doit être régularisée dans un délai de 2 mois.

.D. LA RECONNAISSANCE DE LA QUALITE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE²⁴

Présentation : La RQTH est un dispositif, applicable aux personnes détenues, qui s'adresse aux personnes en capacité de travailler, mais présentant des difficultés à obtenir ou conserver une activité professionnelle en raison de problèmes de santé (maladie, handicap) et qui permet de bénéficier d'aides spécifiques pour l'accès ou le maintien dans l'emploi :

- accéder à des dispositifs dédiés à l'insertion professionnelle (stages de réadaptation, de rééducation, contrat d'apprentissage...) et à des soutiens spécialisés pour la recherche d'emploi au sein, par exemple, des services du Réseau Cap Emploi ;
- bénéficier de l'obligation d'emploi ;
- bénéficier d'aménagement d'horaires ou de poste de travail.

Critères d'accès : La RQTH est reconnue à toute personne de plus de 16 ans dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique.

²⁴ Pour plus d'informations :

- Code du travail : articles L. 5213-1 et L. 5213-2-1
- <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1650>

3 - L'INSTRUCTION DES DEMANDES PAR LA MDPH

3.A. LA MDPH COMPÉTENTE :

La MDPH compétente est celle du lieu de résidence, ou celle du [domicile de secours](#) lorsque le lieu de résidence ne permet pas d'acquérir un domicile de secours. Le séjour dans un établissement pénitentiaire n'est pas acquisitif de domicile de secours. Ainsi la personne détenue conserve donc le domicile de secours précédant son incarcération. Toutefois lorsqu'un domicile de secours ne peut être déterminé, la MDPH du lieu de résidence de la personne handicapée est compétente pour instruire la demande²⁵.

La personne concernée et, le cas échéant, son représentant légal si elle bénéficie d'une mesure de protection juridique, sont associés à toutes demandes. Il/elle signe le formulaire de demande et est destinataire des courriers adressés par la MDPH (accusé de réception, demande de pièces complémentaires, plan personnalisé de compensation, notification de décision, etc....).

Pour les mineurs, ces démarches requièrent l'avis du mineur et celui du détenteur de l'autorité parentale. Le service éducatif de la PJJ assure le relais auprès de ces derniers.

3.B. LA DEMANDE

Le dossier de demande auprès de la MDPH comporte :

- le formulaire de demande ;
- le certificat médical de moins de six mois transmis sous pli confidentiel et, le cas échéant, les certificats médicaux complémentaires (bilan ophtalmologique ou auditif) ;
- les pièces à joindre dont la liste figure dans le formulaire de demande (notamment, les pièces justifiant de l'identité du demandeur, de sa résidence et de son domicile de secours).

Les formulaires ont été modifiés en 2017 et peuvent être téléchargés sur le site « service public » : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R19993>.

Le nouveau formulaire de demande est progressivement généralisé. Chaque MDPH décide de sa date de mise en place. Au 1^{er} mai 2019, il remplacera définitivement l'ancien modèle.

Quelques points clefs pour remplir le certificat médical « MDPH » :

Les informations contenues dans le certificat médical sont essentielles pour permettre d'engager une évaluation adaptée des besoins de compensation de la personne handicapée. Bien rempli, il contribue à accélérer le processus décisionnel et permet d'éviter de refaire des évaluations déjà réalisées.

Le handicap est appréhendé sur la base des conséquences des déficiences dans la vie quotidienne et sociale de la personne, et non seulement sur la base de la pathologie à l'origine du handicap et /ou des seules déficiences et altérations elles-mêmes.

Il est important de décrire les éléments de la pathologie qui retentissent de façon notable sur la situation de handicap, y compris les symptômes associés (douleur, asthénie, retentissement psychologique, amaigrissement, etc.) ainsi que les conséquences des traitements sur la vie de la personne. En effet, pour certaines maladies chroniques, c'est

²⁵ Article L. 146-3 du Code de l'action sociale et des familles

parfois le retentissement du traitement lui-même qui est constitutif des restrictions d'activités que la personne vit au quotidien.

3.C. L'ÉVALUATION

L'évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire de la MDPH sur la base d'un guide d'évaluation multidimensionnelle « GEVA ». Elle s'appuie sur d'autres outils pour l'élaboration des réponses, en particulier pour la PCH sur le référentiel d'accès à la prestation de compensation (annexe 2-5 du Code de l'action sociale et des familles).

Pour mieux connaître les situations des personnes et ainsi recueillir des données d'évaluation reflétant au plus proche les situations, les MDPH sont habituellement en relation avec différents partenaires (sanitaire, médico-social, associatif, services sociaux, etc.) qui apportent des éléments de connaissance sur la situation des personnes handicapées qu'ils accompagnent. De ce fait, ils sont considérés comme des partenaires de l'évaluation et leur contribution doit pouvoir être recueillie, pour éviter la redondance et la multiplicité des évaluations, dans une logique d'efficacité et d'articulation.

Sur la base de l'évaluation, l'équipe pluridisciplinaire peut identifier les droits et prestations dont peut bénéficier le demandeur en fonction de ses besoins et attentes.

3.D. LA DÉCISION

La décision est prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Elle est notifiée à la personne détenue ou à son représentant légal qui la transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire.

3.E. VOIES DE RECOURS

Les délais et les voies de recours sont précisés sur les notifications des décisions.

En cas de désaccord avec une décision prise par la CDAPH, le demandeur peut exercer successivement plusieurs voies de recours :

- **Un recours gracieux auprès de la MDPH.** C'est un recours administratif qui conduit à un réexamen de la décision par la CDAPH. Le demandeur conserve ainsi la possibilité d'un recours contentieux au cas où il ne serait pas satisfait de l'issue du recours gracieux. La demande de recours gracieux se fait par courrier à l'attention de la MDPH, dans un délai de 2 mois suivant la réception de la notification de décision ou du rapport de conciliation si le demandeur envisage ensuite un recours contentieux. Le courrier doit être accompagné d'une copie de la notification de la décision contestée et de tous les justificatifs relatifs au handicap appuyant le ou les motifs de contestation de la décision ;

Il existe aussi une procédure de conciliation²⁶ qui consiste en l'intervention d'une personne qualifiée (extérieure à la MDPH) chargée de proposer des mesures de conciliation et qui rencontre la personne concernée. Il est nécessaire de se renseigner auprès de la MDPH sur les possibilités de mise en œuvre de cette conciliation.

L'engagement d'une procédure d'un recours gracieux ou de conciliation suspend les délais du recours contentieux.

²⁶ Article L.146-10 du Code de l'action sociale et des familles

- **Un recours contentieux** qui est un recours exercé devant un tribunal. S'il est préférable pour le demandeur d'avoir exercé préalablement un recours gracieux, jusqu'au 31 décembre 2018 il n'y a pas d'obligation et le demandeur peut engager directement un recours contentieux.

La demande de recours contentieux est à faire, par la personne détenue ou son représentant légal, par courrier au tribunal compétent dont l'adresse figure sur la notification de décision. Une copie de la notification de décision contestée doit être jointe avec un courrier précisant les noms, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur, numéro de sécurité sociale, la dénomination et l'adresse de l'organisme ayant pris la décision contestée, l'objet de la demande, un exposé sommaire des motifs de la demande.

Suivant les décisions le tribunal compétent est différent²⁷ :

- Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (TCI) : PCH ; AAH et CPR ; AEEH, carte mobilité inclusion avec mention Invalidité ou priorité ; Orientation vers un Établissement ou Service Médico-Social ;
- Tribunal Administratif : Reconnaissance de Travailleur Handicapé (RTH) ; Orientation Professionnelle (ORP) ; Carte Mobilité Inclusion avec mention Stationnement.

Les décisions du TCI sont susceptibles d'appel devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). Les décisions de la CNITAAT peuvent faire l'objet d'un recours devant la Cour de cassation.

Les décisions du tribunal administratif sont susceptibles d'appel devant la Cour administrative d'appel (CAA). Les décisions de la CAA peuvent faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat.

A partir du 1^{er} janvier 2019, les modalités de recours contentieux changent :

- **il sera obligatoire d'engager un recours administratif avant d'engager un recours contentieux ;**
- **les recours examinés antérieurement par le TCI relèveront du pôle social du tribunal de grande instance (TGI) ;**
- **les parties pourront se défendre elles-mêmes ou se faire assister ou représenter²⁸.**

²⁷ Article L. 241-9 du Code de l'action sociale et des familles

²⁸ Outre les avocats, peuvent assister ou représenter les parties notamment : conjoint ou ascendant ou descendant en ligne directe, concubin ou personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ; délégué d'une des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives ou d'une association régulièrement constituée depuis cinq ans au moins pour œuvrer dans les domaines des droits économiques et sociaux des usagers ainsi que dans ceux de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté. (Article L. 134-4 du Code de l'action sociale et des familles ou L. 142-9 du Code de sécurité sociale dans les versions qui entreront en vigueur le 1er janvier 2019).

FICHE 4 - ACCES AUX DISPOSITIFS MEDICO-SOCIAUX DESTINES AUX PERSONNES AGEES DEPENDANTES

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)²⁹ s'adresse à toute personne âgée de 60 ans et plus, résidant en France³⁰, qui, au-delà des soins qu'elle peut requérir, a besoin d'être aidée pour accomplir les actes de la vie quotidienne, ou dont l'état nécessite une surveillance régulière, dès lors qu'elle est classée dans l'un des quatre premiers groupes iso-ressources (GIR 1 à 4) de la grille nationale AGGIR³¹ (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Les personnes détenues peuvent bénéficier de l'APA dans les mêmes conditions qu'au domicile.

L'APA sert à financer tout ou partie des aides figurant dans le plan d'aide personnalisé de la personne âgée, notamment les aides humaines (par exemple l'intervention d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile – SAAD). En établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, USLD), l'APA permet de prendre en charge tout ou partie du tarif dépendance de l'établissement dans lequel réside la personne âgée.

La demande d'APA est à transmettre au président du conseil départemental du lieu de résidence (ou du domicile de secours si le lieu de résidence n'est pas acquisitif d'un domicile de secours).

La demande comprend le formulaire de demande d'APA établi par le département compétent conformément aux dispositions de l'annexe 2-3 du Code de l'action sociale et des familles et les pièces justificatives suivantes qui doivent être impérativement jointes au dossier :

- photocopie du livret de famille ou de la carte nationale d'identité ou d'un passeport de la communauté européenne ou extrait d'acte de naissance ;
- pour les demandeurs de nationalité étrangère, photocopie de la carte de résidence ou du titre de séjour ;
- photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu ;
- le cas échéant, toute pièce justificative des biens ou capitaux relevant du patrimoine dormant (photocopie du dernier relevé des taxes foncières sur les propriétés bâties et non bâties, relevé annuel d'assurance vie...);
- relevé d'identité bancaire ou postal.

Beaucoup de départements prévoient un certificat médical qui n'est pas obligatoire, mais peut utilement contribuer à une meilleure prise en compte de la situation du demandeur.

Les formulaires sont spécifiques à chaque département et accessibles sur le site internet de chaque conseil départemental.

L'équipe médico-sociale APA du département effectue une évaluation multidimensionnelle sur la base d'un référentiel fixé par arrêté³² et élabore le plan d'aide.

²⁹ Pour plus d'informations : Articles L. 232-1 à L. 232-28 et R. 232-1 à R. 232-61 du Code de l'action sociale et des familles.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>.

³⁰ Ces conditions sont précisées à l'article R. 232-2 du Code de l'action sociale et des familles

³¹ Annexe 2-1 du Code de l'action sociale et des familles.

³² Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, prévu par l'article L. 232-6 du Code de l'action sociale et des familles).

Le plan d'aide est transmis au demandeur qui dispose d'un délai de 10 jours pour donner, par écrit, son accord à la proposition de plan d'aide.

Le calcul de l'APA et son montant sont différents à domicile et en établissement :

- En détention, le montant de l'APA est calculé dans les mêmes conditions qu'à domicile : le montant de l'APA est égal au montant de la fraction du plan d'aide utilisé par la personne âgée, auquel est soustrait, en fonction des ressources, le montant restant à charge. Le montant de l'APA ne peut pas dépasser un montant mensuel maximum défini par GIR.
- A la sortie de détention, si la personne est admise en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ce montant est calculé en fonction de trois paramètres :
 - les ressources du résident ;
 - son niveau de perte d'autonomie qui correspond à son GIR ;
 - le montant du tarif dépendance correspondant à son GIR en vigueur dans l'établissement.

L'attribution de l'APA relève du Président du conseil départemental du domicile de secours de la personne. L'APA ne peut pas se cumuler avec la PCH.

En cas d'urgence le Président du conseil départemental peut attribuer l'APA à titre provisoire et pour un montant forfaitaire.

La décision est notifiée à la personne détenue ou à son représentant légal qui la transmet au directeur de l'établissement pénitentiaire.

FOCUS sur le domicile de secours

A quoi ça sert ?

Le domicile de secours est une notion juridique qui détermine la collectivité débitrice des aides sociales légales (telles que l'APA, la PCH ou l'ASH) et ne constitue en aucun cas une condition d'attribution des dites prestations. Le domicile de secours est la constatation d'un état de fait. Il se distingue du domicile civil, fiscal ou électoral.

Lorsque des démarches sont engagées pour l'accès à l'APA, la PCH ou l'ASH, il est donc nécessaire de disposer des éléments permettant d'identifier le domicile de secours.

Comment détermine-t-on le domicile de secours ?

Principe : La personne détenue conserve le domicile de secours qu'elle avait acquis avant son incarcération.

Le domicile de secours s'acquiert, sauf exceptions, par une résidence habituelle de trois mois ininterrompus dans un département postérieurement à la majorité ou à l'émancipation de la personne concernée. La personne peut avoir résidé dans des villes différentes de ce département.

Le séjour dans un établissement pénitentiaire, un établissement sanitaire ou un établissement médico-social ne sont toutefois pas acquisitifs de domicile de secours. La personne conserve le

domicile de secours acquis avant l'entrée dans ces structures.

La preuve de cette résidence peut se faire par tout moyen, y compris une attestation d'hébergement d'un proche.

La condition de résidence habituelle doit être considérée comme remplie dès lors que la personne a eu une présence physique habituelle et notoire dans un département indépendamment de l'existence pour cette personne d'un domicile de résidence et de ses conditions d'habitation.

Pour un enfant mineur non émancipé, le domicile de secours est celui de la personne qui exerce l'autorité parentale (ou de l'une des personnes) ou la tutelle confiée en application de l'article 390 du Code Civil.

NB : Un conseil départemental ne peut pas s'estimer incompétent au motif que la personne est détenue dans un département différent depuis plus de trois mois.

Si le département à qui est adressée la demande de prestation s'estime incompétent, il devra renvoyer la demande au département qu'il estime compétent. Si ce dernier refuse sa compétence, il ne peut rejeter la demande d'aide sociale pour ce motif, mais devra déposer un recours devant la commission centrale d'aide sociale.

Que faire en l'absence de domicile de secours ?

S'il n'est pas possible de déterminer le domicile de secours d'avant l'incarcération, il convient de réaliser une domiciliation.

Il appartient aux personnels pénitentiaires d'insertion et de probation qui constatent l'absence de domicile de secours, d'entreprendre les démarches de domiciliation. Le cas échéant, la domiciliation au sein de l'établissement pénitentiaire, mise en œuvre de manière pluridisciplinaire, peut permettre de résoudre des situations complexes pour l'accès au droit des personnes concernées.

Voies de recours

Les délais et les voies de recours sont précisés sur les notifications des décisions.

Un recours gracieux peut être exercé. Il s'agit d'une demande de réexamen du dossier par l'autorité administrative qui a pris la décision. L'exercice d'un tel recours suspend le délai de recours contentieux. Il doit être présenté dans un délai de deux mois suivant la notification de décision. Le Conseil départemental concerné dispose d'un délai de deux mois, à compter de la réception du recours, pour y répondre. À défaut de réponse, le recours est réputé rejeté.

Le recours gracieux est à adresser par courrier, de la personne détenue ou de son représentant légal, au Président du conseil départemental, accompagné d'une copie de la notification de la décision contestée et de tous les justificatifs relatifs à la perte d'autonomie appuyant le ou les motifs de contestation de la décision.

Un recours contentieux peut être formé dans un délai de deux mois suivant la notification de décision devant la commission départementale de l'aide sociale (CDAS). La décision de la CDAS est susceptible d'appel dans le même délai auprès de la commission centrale d'aide sociale (CCAS). Enfin, la décision de la CCAS peut faire l'objet d'un recours en cassation devant le Conseil d'Etat dans un délai de deux mois à compter de réception de la décision

Le recours contentieux est à adresser par courrier, de la personne détenue ou de son représentant légal, à la commission départementale de l'aide sociale dont l'adresse figure sur la notification de décision.

A partir du 1^{er} janvier 2019, les modalités de recours contentieux changent :

- il sera obligatoire d'engager un recours administratif avant d'engager un recours contentieux ;
- le recours contentieux devra être introduit devant le tribunal administratif (ce tribunal sera compétent en premier et dernier ressort, comme pour les autres contentieux sociaux déjà soumis au juge administratif : il y aura donc une possibilité de cassation devant le Conseil d'Etat) ;
- les parties pourront se défendre elles-mêmes ou se faire assister ou représenter³³.

³³ Outre les avocats, peuvent assister ou représenter les parties notamment : conjoint ou ascendant ou descendant en ligne directe, concubin ou personne à laquelle elles sont liées par un pacte civil de solidarité ; délégué d'une des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives ou d'une association régulièrement constituée depuis cinq ans au moins pour œuvrer dans les domaines des droits économiques et sociaux des usagers ainsi que dans ceux de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté. (Article L. 134-4 du Code de l'action sociale et des familles ou L. 142-9 du Code de sécurité sociale dans les versions qui entreront en vigueur le 1er janvier 2019).

FICHE 5 - PREPARATION A LA SORTIE

En cas d'impossibilité de retour à domicile, l'accès des personnes détenues en situation de handicap ou de perte d'autonomie aux structures médico-sociales d'aval, constitue un enjeu particulièrement important. En effet, dans le cadre d'une mesure d'aménagement de peine pour raison médicale, la fixation du lieu d'hébergement constitue une condition du prononcé de l'aménagement de peine. Pour les sortants de prison, la recherche d'une structure d'aval constitue le point central du projet de sortie.

Cette recherche d'une structure d'aval s'avère complexe car elle repose sur une coordination avec plusieurs acteurs et implique l'acculturation de services, ayant besoin les uns des autres, afin de développer leurs connaissances réciproques et suppose de faire vivre un partenariat local riche permettant de répondre à de multiples situations³⁴.

La recherche d'une structure d'aval : Il est souhaitable que le SPIP et les USMP aient une connaissance des ressources du territoire en dispositifs de prise en charge sanitaire et médico-sociale effectivement mobilisables. Il s'agit d'identifier, à partir de l'établissement hospitalier de rattachement, les établissements et services avec lesquels des partenariats peuvent être noués, qui pourront se formaliser, le cas échéant, par la signature de conventions. C'est aussi l'occasion pour que chaque établissement précise sa procédure d'admission³⁵.

Le référent de l'Agence régionale de santé « politique de santé des personnes sous main de justice » et le référent santé de la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP), peuvent, en tant que de besoin, être mobilisés pour favoriser les partenariats avec des structures d'aval, sanitaires ou médico-sociales.

La coordination entre le service en charge des soins et le SPIP : Afin de rechercher une structure médico-sociale adaptée à la situation de la personne, le SPIP doit conjuguer ses actions avec l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Cette dernière est notamment compétente pour :

- **identifier la problématique de santé à l'origine de la demande** : pathologie somatique ou mentale, engageant le pronostic vital ou non, perte d'autonomie d'une personne âgée de plus de 60 ans, situation de handicap, etc. ;
- **déterminer le type de prise en charge qui lui semble adapté** compte tenu de l'état de santé de la personne, et en informer la personne détenue. L'USMP s'assure que celle-ci soit informée de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation (Article L. 1111-6 du Code de santé publique). S'il s'agit d'une prise en charge par une structure médico-sociale, L'USMP oriente la personne vers le type de structure médico-sociale qui paraît le plus adapté à sa situation à sa sortie s'il s'agit d'une personne âgée de plus de 60 ans ou propose de faire une demande d'orientation auprès de la MDPH s'il s'agit d'une personne handicapée et en informe le SPIP dans le respect du secret médical. En outre, l'assistant de service social de l'USMP peut le cas échéant aider la personne dans la constitution du dossier.

³⁴ La direction de l'administration pénitentiaire a mené l'expérimentation d'un guichet unique d'accès aux structures d'aval, visant à favoriser la coordination entre les services pénitentiaires d'insertion et de probation et les structures d'aval, par l'intermédiaire d'une boîte mail structurelle. L'expérimentation a mis en exergue un certain nombre de constats : un fort besoin de prise en charge pour les personnes atteintes d'une pathologie mentale, la nécessité d'une coordination et d'un échange d'informations entre le SPIP et l'USMP dans le respect des obligations de secret médical et professionnel, une coordination avec les acteurs de droit commun.

³⁵ Les textes ne prévoient pas les modalités exactes de l'admission dans les établissements. Toutefois, il est préconisé que chaque établissement mette en place de procédures clairement définies.

- **en tant que de besoin, contribuer à la constitution des dossiers de demandes** notamment en renseignant la partie médicale :
 - Pour une personne handicapée : dossier de demande auprès de la MDPH (orientation vers un ESMS, AAH, PCH,...) ;
 - Pour une personne âgée de 60 ans ou plus en perte d'autonomie : dossier de demande d'APA, dossier de demande d'admission (établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD)), et le cas échéant, dossier de demande d'aide sociale à l'hébergement.
- **organiser la continuité des soins à la sortie** en lien avec le médecin coordonnateur de la structure d'aval d'accueil. Cette coordination peut notamment se matérialiser par la mise en place d'une fiche de liaison entre le SPIP et l'USMP, par l'organisation de réunions ou commissions ou par la participation de l'assistant de service social de l'USMP dans les démarches.

Le SPIP s'assure de la réalisation des démarches relatives aux demandes d'aide sociale (appui à la constitution des dossiers de demande APA, MDPH) et aux demandes d'admissions dans un établissement ou service médico-social. Elles sont réalisées par l'assistant de service social du SPIP et/ou du service en charge des soins, lorsque ces services en disposent. À défaut, il revient au SPIP d'organiser les modalités de cette réalisation. Les demandes pourront notamment être effectuées avec l'appui d'un travailleur social intervenant en détention (association, CCAS, conseil départemental, etc.).

Focus sur la constitution du dossier de demande d'admission en EHPAD

Le formulaire unique de demande d'admission en EHPAD (Cerfa n° 14732*01) peut être téléchargé sur le site « service public³⁶ ».

Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire. Une photocopie est à transmettre à chaque EHPAD sollicité.

Ce dossier comprend :

- **un volet administratif** à renseigner par la personne concernée ou toute personne habilitée pour le faire (travailleur social). A cet effet, le SPIP collabore avec le service en charge des soins, via l'assistant de service social ou par tout travailleur social intervenant en ou hors détention (associations, CCAS ou conseil départemental), en lien avec l'assistant de service social du centre hospitalier de rattachement.
- **une partie médicale** à renseigner par le médecin en charge des soins et transmise sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de chaque EHPAD sollicité.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD prend contact en tant que de besoin avec le médecin en charge des soins.

Il existe un annuaire national des EHPAD, accessible sur le site développé par la CNSA, « pour les personnes âgées ».

Focus sur l'aide sociale à l'hébergement (ASH)

L'aide sociale à l'hébergement pour personnes âgées : L'ASH permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez

³⁶ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R17461>

un accueillant familial. L'ASH est subsidiaire, elle est versée par le département en fonction des ressources de la personne âgée et de ses obligés alimentaires³⁷. L'ASH est soumise à récupération.

Critères d'accès :

- Avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail) ;
- Vivre en France de façon stable et régulière, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois (si la personne âgée est étrangère, elle doit avoir un titre de séjour valide) ;
- Avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement ;
- Résider en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), ou en unité de soins de longue durée (USLD), ou résidence autonomie (ex logement-foyer), habilité à recevoir des bénéficiaires de l'ASH, ou résider chez un accueillant familial agréé par les services du département.

Démarche :

- La demande doit être déposée dans la commune du domicile de secours ;
- Pour que la prise en charge des frais d'hébergement débute à partir de la date d'entrée dans l'établissement, la demande d'ASH doit être faite dans les 2 mois suivant cette date d'entrée. Il est donc conseillé de faire la demande d'ASH en même temps que les démarches d'admission en établissement : le SPIP doit, sans attendre l'admission, aider la personne à réunir les pièces nécessaires pour la constitution du dossier de demande d'aide sociale à l'hébergement.

Montant :

Les services du département fixent le montant de l'ASH en fonction des ressources :

- de la personne âgée, y compris les biens immobiliers, à l'exception de la retraite combattant et des pensions attachées aux distinctions honorifiques (Légion d'honneur) ;
- de la personne avec laquelle elle vit en couple ;
- de ses obligés alimentaires.

Le bénéficiaire de l'ASH doit reverser 90 % de ses revenus à l'établissement d'hébergement. S'il touche [une aide au logement](#), cette aide est prise en compte dans les revenus. Les 10 % restants sont laissés à sa disposition. Cette somme ne peut pas être inférieure à un certain montant.

Versement : Les services du département versent l'ASH à la personne âgée ou à son représentant légal.

Les montants d'ASH versés par le département sont récupérables du vivant et au décès de la personne bénéficiaire. Le département peut récupérer ces sommes :

³⁷ L'obligation alimentaire est l'obligation d'aider matériellement des personnes de sa famille, lorsque ces dernières sont dans le besoin (articles 205 du Code civil et L. 132-6 du Code de l'action sociale et des familles). L'obligation alimentaire existe : entre parents et enfants, entre grands-parents et petits-enfants, entre gendres ou belles-filles et beaux-parents. Entre époux, il ne s'agit pas d'une obligation alimentaire mais d'un devoir de secours. Ce devoir existe aussi entre les personnes ayant passé un PACS. Les obligés alimentaires doivent s'entendre à l'amiable sur le montant de l'aide à verser à leur proche. La loi ne fixe pas le barème de l'obligation alimentaire. Seul le juge aux affaires familiales est compétent pour fixer la contribution individuelle de chaque obligé alimentaire en fonction de sa situation familiale et économique. Lorsque les obligés alimentaires ne sont pas d'accord sur les sommes à verser, le juge aux affaires familiales peut être saisi pour déterminer le montant de l'aide que chaque obligé alimentaire devra verser à son proche. En cas de manquement grave d'un parent envers son enfant (violences, abandon...), l'enfant peut demander à être exonéré de l'obligation alimentaire.

- sur la succession du bénéficiaire (sommes récupérées sur le patrimoine transmis par la personne décédée à ses héritiers) ;
- si la situation financière du bénéficiaire s'améliore (en cas d'héritage, par exemple) ;
- sur donation faite par le bénéficiaire dans les 10 ans ayant précédé la demande d'ASH ou après celle-ci.

Aide sociale à l'hébergement pour personnes handicapées : les personnes handicapées admises dans un ESMS financé en totalité ou en partie par le département (cf. Tableau 2 : Etablissements sociaux ou médico-sociaux avec ou sans hébergement) peuvent aussi bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement. Des dispositions spécifiques³⁸ s'appliquent :

- les obligés alimentaires ne sont pas sollicités ;
- il n'y a pas de récupération lorsque les héritiers du bénéficiaire décédé sont son conjoint, ses enfants, ses parents ou la personne qui a assumé, de façon effective et constante, la charge de la personne handicapée. Il n'y a pas de récupération du vivant de la personne dans le cas d'un retour à meilleure fortune pour les personnes handicapées.

La personne doit disposer d'une orientation CDAPH en cours de validité pour un type d'hébergement correspondant à l'établissement d'accueil.

Une personne handicapée hébergée en EHPAD ou en USLD peut bénéficier du régime d'ASH des personnes handicapées si elle remplit l'une des conditions suivantes³⁹ :

- soit avoir été accueillie dans un établissement ou accompagnée par un service pour personnes handicapées adultes avant d'avoir été accueillie en établissement pour personnes âgées ;
- soit avoir un taux d'incapacité au moins égal à 80 % reconnu avant l'âge de 65 ans.

Le cas particulier des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées : pour une personne en situation de handicap, une décision d'orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) prise par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH constitue un pré requis à toute recherche d'un accueil en ESMS pour personne handicapée. Cette décision précise notamment la catégorie d'établissement dont relève la personne. Pour cette raison, il convient donc d'anticiper les démarches MDPH en amont de la sortie.

L'orientation vers un établissement ou service médico-social pour personnes handicapées doit être adaptée à la situation de handicap et aux besoins de compensation de la personne. Aussi, si la personne détenue dispose déjà d'une décision d'orientation, il peut être nécessaire d'en demander la révision afin de tenir compte de l'évolution de la situation de la personne concernée et répondre au mieux à ses besoins d'aides et d'accompagnement. Une demande auprès de la MDPH est donc indispensable pour déterminer le type d'orientation approprié à la personne concernée

La préparation de l'accueil au sein d'une structure d'aval : Au moment de la procédure d'admission, le médecin responsable de la coordination des soins au sein de l'établissement médico-social d'aval se met en tant que de besoin en relation avec le médecin en charge des soins de la personne, afin de

³⁸ Article L. 344-5 du Code de l'action sociale et des familles.

³⁹ Article L. 344-6 du Code de l'action sociale et des familles

s'assurer de l'adéquation avec le profil médico-social et, le cas échéant, définir les éventuels besoins de suivi et organiser la transmission du dossier médical.

- Afin que l'admission dans un ESMS se déroule dans les meilleures conditions, il est nécessaire que le SPIP et la structure d'accueil préparent cette arrivée avec la personne détenue. Il est souhaitable que la procédure d'admission pour la personne détenue soit celle prévue par la structure et que la personne détenue puisse bénéficier d'une permission de sortir pour participer aux visites ou entretiens prévus par la procédure établie par l'ESMS d'accueil : en EHPAD, une visite de préadmission est souvent prévue avec le médecin coordonnateur, afin qu'il puisse donner un avis sur l'admission⁴⁰. Cette visite peut aussi permettre à la personne détenue de découvrir le lieu dans lequel elle sera accueillie.
- Dans les ESMS accueillant des personnes handicapées, les procédures sont variables, mais comportent souvent une rencontre avec un ou plusieurs membres de l'équipe et une visite de la structure.

A défaut, il peut être organisé une rencontre avec les membres de l'équipe, désignés par la direction de l'ESMS, dans le cadre d'un parloir.

Au moment de l'accueil, il est prévu de conclure un contrat de séjour, élaboré avec la participation de la personne accueillie, selon une procédure prévue par la réglementation⁴¹. Cette procédure prévoit un entretien bilatéral avec le directeur de l'ESMS qui a notamment vocation à s'assurer du consentement de la personne à être accueillie et doit se faire hors de la présence de toute autre personne, sauf si la personne accueillie choisit d'être accompagnée par une personne de confiance⁴². Pour les personnes en EHPAD, une annexe⁴³ au contrat de séjour intitulé « Mesures individuelles permettant d'assurer l'intégrité physique et la sécurité du résident et de soutenir l'exercice de sa liberté d'aller et venir » peut être prévue par l'EHPAD.

L'accompagnement de la personne après l'accueil : Dès lors que la personne est admise dans une structure d'aval, le SPIP est l'interlocuteur privilégié de l'établissement d'accueil⁴⁴. Il lui appartient de porter à sa connaissance les informations lui paraissant pertinentes pour la prise en charge et le suivi de la personne, comme par exemple certaines obligations judiciaires ou interdictions. Afin de garantir les échanges, une fiche de liaison peut être élaborée, afin d'éclairer les potentielles structures d'accueil. Les coordonnées des professionnels référents de chaque service pourront y être indiquées.

Les tableaux ci-après présentent les différents types d'établissements et services médico-sociaux destinés aux personnes handicapées et aux personnes âgées, les démarches à accomplir et les modalités de financement.

Tableau 1 : Les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux pouvant intervenir à domicile :

⁴⁰ Les missions du médecin coordonnateur sont définies à l'article D. 312-158 du Code de l'action sociale et des familles : « Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ».

⁴¹ Article L. 311-4-1 du Code de l'action sociale et des familles

⁴² « Lors de toute prise en charge dans un établissement ou un service social ou médico-social, il est proposé à la personne majeure accueillie de désigner, si elle ne l'a pas déjà fait, une personne de confiance » cf. article L. 311-5-1 du Code de l'action sociale et des familles

⁴³ Annexe prévue par les articles L. 311-4-1 et R. 311-5-0 à R. 311-0-9 du Code de l'action sociale et des familles

⁴⁴ Cf. [« Guide DAP Croix rouge française relatif à l'accueil dans les établissements de la Crf de personnes bénéficiant d'un aménagement ou d'une suspension de peine pour raison médicale »](#).

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Personne ayant besoin de soins médicaux et paramédicaux importants	Alternative à l'hospitalisation, assure des prestations de soins hospitaliers complexes et coordonnés au domicile des patients, 24h/24 et 7 jours sur 7	HAD <i>Hospitalisation à domicile</i>	Accès sur prescription médicale Evaluation par l'équipe soignante de l'HAD	Financement par l'assurance maladie
Personne âgée ou handicapée ou atteinte de maladie chronique, nécessitant des soins infirmiers	Prestation de soins techniques infirmiers ainsi que des soins de base et relationnels	SSIAD <i>Service de soins infirmiers à domicile</i>	Accès sur prescription médicale Démarche pour admission auprès du responsable de la structure	Financement par l'assurance maladie pour la partie soins Pas de participation financière des usagers
Personne âgée ou personne handicapée	Soutien à domicile : prestations de services ménagers et prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne	SAAD <i>Services d'aide et d'accompagnement à domicile</i>	Démarche pour admission auprès du responsable de la structure Pour une prise en charge : demande de PCH à la MDPH demande d'APA au département	La personne paie le service Aide financière possible : personne handicapée : PCH personne âgée : APA
Personne âgée ou personne handicapée	Assure de façon coordonnée et intégrée les missions d'un SSIAD et d'un SAAD	SPASAD <i>Service polyvalent d'aide et de soins à domicile</i>	Accès sur prescription médicale Démarche pour admission auprès du responsable de la structure Pour une prise en charge : demande de PCH à la MDPH demande d'APA au département	La personne paie le service pour les prestations relevant d'un SAAD Aide financière possible : personne handicapée : PCH personne âgée : APA
Personne adulte handicapée	Contribue à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Certains services assurent un	SAVS <i>Service d'accompagnement à la vie sociale</i>	Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures Démarche pour admission auprès du responsable de	Financement : prix de journée, par le conseil départemental Pas de participation financière des usagers

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
	accompagnement dédié à des types de handicap particuliers.		la structure après la décision d'orientation	
Personne adulte handicapée	Apporte un accompagnement médico-social comportant des prestations de soins (dispensation et coordination des soins médicaux et paramédicaux) à domicile ainsi que les accompagnements assurés par un SAVS	SAMSAH <i>Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés</i>	Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures Démarche pour admission auprès du responsable de la structure	Financement conjoint : par le conseil départemental pour la partie accompagnement à la vie sociale (prix de journée) et par l'assurance maladie pour la partie soins (forfait journalier) Pas de participation financière des usagers
Enfant, adolescent ou jeune adulte handicapé	Les SESSAD assurent une prise en charge globale avec un soutien à l'intégration scolaire ou à l'acquisition de l'autonomie à des jeunes atteints d'une déficience intellectuelle, motrice ou sensorielle. Les services proposés diffèrent selon l'âge.	SESSAD <i>Service d'éducation spéciale et de soins à domicile</i> SSAD : <i>Services pour enfants et adolescents polyhandicapés de 0 à 20 ans.</i>	Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation	Condition d'âge : jusqu'à 20 ans, sauf dispositions particulières prévues par l'autorisation Financement par l'assurance maladie Pas de participation financière des usagers

Tableau 2 : Etablissements sociaux ou médico-sociaux avec ou sans hébergement

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
Personne âgée en perte	Prise en charge globale Aide à l'autonomie	EHPAD <i>Etablissements</i>	Démarche pour admission auprès du responsable de	Avoir 60 ans et plus (sauf dérogation)

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
d'autonomie	Soins médicaux et paramédicaux Hébergement, restauration, animation	<i>t d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</i>	la structure : un dossier national unique d'admission en EHPAD est à transmettre à la structure http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/R17461.xhtml Pour une prise en charge : Demande d'APA et d'ASH auprès du département du domicile de secours*	Décision d'admission par le directeur après avis du médecin coordonnateur (en fonction des possibilités d'accueil de l'EHPAD) Le résident paie une facture qui se décompose en tarif hébergement et tarif dépendance. Aide financière possible : Pour l'hébergement : ASH (aide sociale à l'hébergement) sous réserve que l'EHPAD soit habilité à l'aide sociale les aides au logement Pour le volet dépendance : APA en établissement
Personne âgée en perte d'autonomie avec pathologies nécessitant une permanence médicale et des actes médicaux itératifs	Prise en charge, en établissement hospitalier , de même nature qu'en l'EHPAD, pour des personnes qui requièrent des soins médicaux plus importants : actes itératifs et permanence d'une surveillance médicale	USLD <i>Unité de Soins longue durée dans un établissement hospitalier</i>	Etablissement de santé	Idem EHPAD
Personne âgée ou adulte handicapée	Accueil permanent ou temporaire, à temps complet ou non, au sein d'une famille C'est une alternative entre le maintien à domicile et un accueil en établissement social et médico-social	<i>Accueil familial à titre onéreux, assuré par des particuliers ayant obtenu un agrément du</i>	Dispositif placé sous la responsabilité du Président du département Pour une prise en charge : demande de PCH à la MDPH demande d'APA au département	La personne rémunère l'accueillant. Aide financière possible, en fonction de la situation, l'APA ou la PCH

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
		département		
Personne adulte handicapée	<p>Prise en charge dans un établissement médico-social</p> <p>Pour les personnes n'étant pas en capacité d'avoir une activité professionnelle y compris en milieu protégé : Etablissement médicalisé ou non pour personnes handicapées</p> <p>Différentes modalités d'accompagnement sont possibles notamment internat et/ou accueil de jour.</p> <p>Pour les personnes pouvant avoir une activité professionnelle en milieu protégé (orientation de la CDAPH en ESAT)</p> <p>Les ESAT assurent un accueil de jour.</p>	<p>MAS <i>maison d'accueil spécialisée</i></p> <p>FAM <i>foyer d'accueil médicalisé</i></p> <p>Foyer occupationnel ou foyer de vie</p> <p>ESAT <i>établissement et service d'aide par le travail</i></p> <p>et Foyers d'hébergement</p>	<p>Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures</p> <p>Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation</p> <p>Demande auprès du CCAS/CIAS pour aide sociale à l'hébergement pour FAM, foyer occupationnel, foyer d'hébergement</p>	<p>Admission avant 60 ans</p> <p>MAS : prise en charge assurance maladie</p> <p>Forfait journalier à la charge de la personne ou AAH réduite</p> <p>FAM, Foyer occupationnel, Foyer d'hébergement : prise en charge par l'aide sociale à l'hébergement (sous conditions et selon des dispositions spécifiques aux personnes handicapées)</p> <p>nota bene : un minimum de ressource garanti est laissé à la personne hébergée.</p>
Enfant, adolescent et jeunes adultes	<p>Structures destinées à des jeunes atteints de déficiences intellectuelles profondes, moyennes, légères avec ou sans troubles associés</p> <p>Structures destinées à des jeunes présentant une déficience motrice importante entraînant une restriction extrême de leur autonomie, à l'exclusion des malades atteints simultanément de troubles moteurs et de troubles psychiques caractérisés</p> <p>Structures destinées à des</p>	<p>IME <i>Institut médico-éducatif</i></p> <p>IEM <i>Institut d'éducation motrice</i></p> <p>ITEP <i>Institut thérapeutique</i></p>	<p>Préalable : Demande d'orientation auprès de la MDPH du département du domicile de secours* et décision de la CDAPH qui précise le type de structure vers laquelle la personne est orientée et propose une ou des structures</p> <p>Démarche pour admission auprès du responsable de la structure après la décision d'orientation</p>	<p>Jusqu'à 20 ans, sauf dispositions particulières prévues par l'autorisation</p> <p>Financement par l'assurance maladie et l'éducation nationale (pour les enseignants mis à disposition)</p> <p>Pas de participation financière des usagers</p>

Caractéristiques des personnes	Types de réponses sociales, médico-sociales ou sanitaires	Type de structures	Procédures d'admission Opérateurs à contacter	Modalité de financement et participation financière de la personne
	jeunes présentant des troubles du caractère et du comportement et ayant des capacités intellectuelles normales voire quasi normales Structures destinées à des jeunes présentant des déficiences auditives ou visuelles, et pouvant présenter des troubles et handicaps associés. Centre d'accueil familial pour apporter à des enfants et adolescents un environnement psychologique, éducatif et affectif qu'ils ne peuvent trouver dans leur propre entourage Il est rattaché à un IME, un CMPP ou un CAMSP et n'accueille que les enfants qui y sont suivis	<i>e, éducatif et pédagogique</i> - <i>Instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences auditives ;</i> - <i>Les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ;</i> - <i>Les instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles.</i> CAFS <i>Centre d'accueil familial spécialisé</i>	Le choix de la famille d'accueil relève du directeur de l'établissement dans lequel le jeune est accueilli	

FICHE 6 - PARTENARIATS

.A. DISPOSITION POUR FACILITER LE MAINTIEN DES DROITS A L'AAH

Afin de faciliter le maintien des droits à l'AAH en fonction de l'évolution de la situation et des mesures d'aménagement ou d'exécution de peine, plusieurs outils sont mis en place entre la caisse d'allocation familiale (CAF) ou la mutualité sociale agricole (MSA) et le SPIP :

- la délivrance d'un billet de sortie marquant la fin de la détention ;
- la création d'une fiche de liaison renseignée par le SPIP ;

Des bonnes pratiques peuvent aussi être mises en place pour faciliter l'accès à l'AAH des personnes sous mains de justice :

- la désignation de référents au sein de chaque service ;

- la mise en place de rendez-vous d'accès aux droits ; la réalisation d'informations collectives.

.B. DISPOSITION POUR FACILITER L'ACCES A LA PCH OU L'APA ET LA MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'AIDES OU DE COMPENSATION

Une convention signée entre l'administration pénitentiaire, l'établissement de santé, le département, la MDPH et le cas échéant des services d'aide à domicile est de nature à faciliter l'accès aux prestations et la mise en œuvre des aides, notamment des aides humaines. Dans les départements où une telle convention n'a pas été signée, le modèle de convention, est destiné à faciliter la démarche.

Pour améliorer le traitement des demandes faites auprès de la MDPH ou des demandes d'APA, il est utile que l'équipe soignante médicale et para médicale de l'unité de soins communique les informations nécessaires à l'évaluation de la situation, l'identification des besoins à l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ou à l'équipe médico-sociale du département pour l'APA.

Les établissements pénitentiaires facilitent l'accès des équipes pluridisciplinaires des MDPH ou des équipes médico-sociales APA des conseils départementaux pour la réalisation des évaluations dans le cadre de demande de PCH (et le cas échéant d'autres demandes de prestations ou de droits auprès de la MDPH) ou d'APA et du service d'aide et d'accompagnement à domicile pour la mise en œuvre des plans d'aide.

Le chef de l'établissement pénitentiaire autorise, par voie d'habilitation, l'accès des personnels du service d'aide et d'accompagnement à domicile. Les horaires d'intervention, les lieux autorisés, la mise à disposition du matériel par l'administration pénitentiaire (produits d'entretien et matériel nécessaire à l'hygiène de la cellule) et les prestations assurées sont fixés par voie de convention.

En outre, l'établissement pénitentiaire prend en charge une formation des personnels intervenant pour l'adaptation au milieu carcéral. Le prestataire, quant à lui, assure les prestations en conformité avec les règles déontologiques. Il informe l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire en cas de dégradation de l'état de santé des personnes détenues suivies.

Annexe 4

Livre 5 / Fiche 2 – Permissions de sortir

En vertu de l'article D. 143-4 du code de procédure pénale (CPP), des permissions de sortir d'une durée maximale d'une journée peuvent être accordées aux personnes condamnées pour se présenter dans une structure de soins, sous réserve qu'elles répondent aux critères définis par cet article. Des permissions de sortir d'une durée de trois jours peuvent également être octroyées, lorsque la situation pénale de la personne détenue relève des critères énoncés à l'article D. 143 du CPP et que cette sortie est de nature à préparer sa réinsertion professionnelle ou sociale.

En outre, les personnes détenues, condamnées à une mesure de surveillance judiciaire ou de surveillance de sûreté, doivent rencontrer le médecin coordonnateur et leur médecin traitant avant leur libération ou la cessation de leur rétention de sûreté. Conformément aux dispositions de l'article D. 147-40-1 du CPP, cette rencontre peut s'organiser par l'octroi de permissions de sortir ou, le cas échéant, d'autorisations de sortie sous escorte. Les permissions de sortir pour se rendre dans une structure de soins et les autorisations de sortie sous escorte pour rencontrer un médecin coordonnateur et un médecin traitant sont accordées par le juge de l'application des peines (JAP), qui précise dans sa décision les modalités de la permission (horaires de sortie et de retour, lieu d'hébergement, obligations et interdictions éventuelles, prise en charge, etc.). L'article D. 144 du CPP permet toutefois au JAP de décider, dans son ordonnance statuant sur le principe de l'octroi de la ou des permissions, que la date et les modalités d'exécution de cette ou ces permissions seront fixées et précisées par le directeur du service pénitentiaire d'insertion et de probation (DSPIP), après avis du chef d'établissement. La personne détenue doit supporter les frais de transport occasionnés. À ce titre, la personne condamnée se verra refuser sa permission de sortir si elle ne dispose pas des fonds suffisants sur sa part disponible.

Les permissions de sortir et autorisations de sortie sous escorte ne sont donc applicables que pour un nombre limité de personnes, et soumises à une décision judiciaire. Il est également possible de demander un aménagement de peine ou une mise en liberté pour raison médicale, dans les cas où l'état médical de la personne correspond à ce cadre de procédure.

Annexe 5

Livre 5 / Fiche 3 – Grâce présidentielle

La grâce n'est pas un aménagement de peine mais une prérogative discrétionnaire du président de la République. Mesure strictement individuelle, elle dispense la personne condamnée qui en bénéficie de l'exécution de tout ou partie de sa peine. En revanche, elle ne fait pas disparaître la condamnation qui restera mentionnée au casier judiciaire.

La grâce peut être demandée par la personne condamnée elle-même mais également par un tiers. La demande de grâce est instruite par la direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la justice. Elle peut constituer le dernier recours de celui qui, gravement malade, n'entrerait pas dans les conditions des mesures décrites dans le Guide méthodologique relatif aux aménagements de peine et à la mise en liberté pour raison médicale.

S'agissant d'un pouvoir discrétionnaire, le président de la République n'a pas à indiquer les motifs qui le conduisent à envisager ou non une telle mesure. S'il décide d'octroyer une grâce, cette dernière est décidée par un décret, signé par le président de la République, contresigné par le Premier ministre et par le ministre de la Justice. Les décrets de grâce ne sont pas publiés au Journal officiel et sont notifiés directement à la personne condamnée et le cas échéant à la personne ayant sollicité la grâce.

Annexe 6

Livre 7 / Droits sociaux et financement des soins

CAHIER 7-1 – LA PROTECTION SOCIALE

FICHE 1 : LA COUVERTURE MALADIE SPECIFIQUE AUX PERSONNES ECROUEES

1. QUI EST COUVERT ?

Toute personne écrouée bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé par le régime général d'assurance maladie à compter de la date d'écrou¹.

On entend par "personne écrouée" toute personne incarcérée dans un établissement pénitentiaire (prévenue ou condamnée), ou bénéficiant d'une mesure d'aménagement de peine sous écrou (semi-liberté, placement à l'extérieur ou placement sous surveillance électronique). Dans le Code de la Sécurité Sociale, cette définition générique peut être reprise sous les termes de "personne écrouée", "personne détenue" ou "détenu".

Sont donc rattachées au régime général toutes les personnes écrouées :

- mineures ou majeures ;
- retraitées ;
- qui relevaient d'un autre régime d'assurance maladie avant leur incarcération ;
- en situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour des étrangers en France ;
- prévenues ou condamnées ;
- effectuant ou non un travail pénitentiaire en détention ;
- incarcérées ou bénéficiant d'un aménagement de peine sous écrou (semi-liberté, placement à l'extérieur ou sous surveillance électronique).

Ne sont pas rattachées au régime général au titre de la mise sous écrou :

- **les personnes écrouées en aménagement de peine exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres :**

Les personnes bénéficiant d'une mesure de semi-liberté, de placement à l'extérieur² ou placées sous surveillance électronique en application de l'article L.723-7 du CPP et exerçant une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, sont affiliées au régime d'assurance maladie dont elles relèvent au titre de cette activité³. Elles peuvent ainsi bénéficier des prestations en espèces telles que les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie, si elles en remplissent les conditions.

¹ Article L. 381-30 du Code de la Sécurité Sociale

² En application de l'article 723 du Code de Procédure Pénale

³ Article L. 381-30 2° alinéa et D160-14 1° alinéa du Code de la Sécurité Sociale

Ces personnes bénéficient d'une prise en charge des frais de santé de droit commun, à l'instar de n'importe quel autre assuré et sont soumises aux mêmes obligations (parcours de soins coordonné,...).

- **les personnes effectuant un travail d'intérêt général**

Ces personnes ne sont pas écrouées. Elles restent donc couvertes par leur régime d'assurance maladie actuel.

Elles peuvent toutefois bénéficier d'une prise en charge par le régime général en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle (cf. fiche 3. La couverture accident du travail – maladie professionnelle).

- **les enfants des personnes écrouées**

Lorsque des enfants sont rattachés à la personne mise sous écrou (ce sont les « ayants droit » de cette personne), il est procédé au « détachement » de ces ayants droit pour qu'ils continuent d'être gérés par la caisse de leur lieu de résidence.

2. QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE ?

A. Prise en charge par le CNPE

La prise en charge est effectuée par le CNPE (Centre National de la protection sociale des personnes écrouées)⁴, sur la base des informations transmises par l'administration pénitentiaire.

Le CNPE est constitué de 2 pôles inter-régionaux :

- La CPAM (caisse primaire d'assurance maladie) de l'Oise gère les personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires situés dans les régions Hauts de France, Ile de France et Grand Est, dans le ressort respectivement des DISP (direction interrégionale des services pénitentiaires) de Lille, Paris et Strasbourg.
- La CPAM du Lot gère les personnes écrouées dans les établissements pénitentiaires situés dans les autres régions, dans le ressort des DISP de Rennes, Dijon, Lyon, Toulouse, Bordeaux et la mission Outre-mer (la gestion des personnes écrouées dans les départements d'Outre-mer, aujourd'hui assurée par les caisses générales de sécurité sociale, sera reprise par le CNPE à la fin de l'année 2019).

Les services de l'administration pénitentiaire transmettent au CNPE, dans un délai de 5 jours ouvrés à compter de la date d'écrou, les informations nécessaires à la prise en charge de chaque personne écrouée.

Le CNPE rattache la personne écrouée au régime général d'assurance maladie-maternité et transmet, dans un délai de 5 à 10 jours ouvrés :

- sur un serveur sécurisé, l'attestation de droits, à destination du greffe de l'établissement pénitentiaire, pour la personne incarcérée ;
- par courrier au domicile de la personne en aménagement de peine. Si cette dernière possède une carte Vitale, elle devra la mettre à jour en pharmacie ou en CPAM.

⁴ Arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une caisse d'assurance maladie autre que la caisse du lieu de résidence

Le greffe informe le secrétariat de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) (ou, en l'absence de secrétariat, le médecin de l'unité) du numéro de sécurité sociale de la personne incarcérée.

B. Attribution d'un numéro de sécurité sociale et d'une carte Vitale

Toute personne née en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (DOM) est inscrite au répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'INSEE. L'inscription à ce répertoire entraîne l'attribution du numéro d'inscription au répertoire (NIR), communément appelé « numéro de sécurité sociale ». La délivrance du NIR pour les personnes nées à l'étranger est effectuée par le SANDIA⁵, sur la base des pièces justificatives indiquées ci-après. L'attribution du numéro de sécurité sociale est un préalable indispensable à l'obtention de la carte Vitale.

La carte Vitale permet au praticien ou à l'hôpital de télétransmettre les informations à l'assurance maladie, et ainsi d'obtenir rapidement les remboursements des soins. Elle évite également à l'assuré d'avoir à remplir et envoyer la feuille de soins. Elle est conservée au vestiaire lors de l'incarcération, et remise à la personne en cas de permission de sortir ou de soins dispensés en établissement de santé. La personne en aménagement de peine en dispose librement. Pour rappel, la carte Vitale doit être mise à jour par la personne écrouée, en pharmacie ou en CPAM, à compter de la réception de l'attestation de droits.

Plusieurs situations se présentent lors de la mise sous écrou :

- **La personne dispose d'un numéro de sécurité sociale :**

La personne écrouée ayant un numéro de sécurité sociale (NIR) mais ne disposant plus de sa carte Vitale peut en faire la demande auprès du CNPE si la durée de mise sous écrou est supérieure à 1 mois, afin de permettre sa fabrication. Elle doit pour cela compléter la « déclaration sur l'honneur de perte/vol/dysfonctionnement de la carte Vitale », sans besoin de pièce justificative complémentaire.

- **La personne ne dispose pas de numéro de sécurité sociale :**

La personne ne disposant pas d'un numéro de sécurité sociale (NIR) se voit attribuer par le CNPE un numéro provisoire au moment de son rattachement au régime général.

Pour obtenir une carte Vitale, elle doit préalablement obtenir un NIR et pour cela fournir au CNPE les documents suivants :

- pour les ressortissants de l'Union Européenne disposant de la nationalité d'un Etat membre de l'Union Européenne : une pièce d'état civil (extrait d'acte de naissance comportant la filiation, qui n'est pas à traduire), ainsi que le formulaire européen de rattachement à un organisme de protection sociale ou, à défaut de ce formulaire, une pièce d'identité ;
- pour les ressortissants d'un Etat tiers à l'Union Européenne : un titre ou document de séjour attestant de l'identité et de la régularité du séjour de la personne, ainsi qu'une pièce d'état civil (dans la mesure du possible plurilingue ou traduite par un traducteur assermenté).

⁵ Service administratif national d'immatriculation des assurés de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

Une fois le NIR attribué, un courrier sera adressé à la personne (à l'adresse de l'établissement pénitentiaire) lui demandant d'envoyer sa photo et une photocopie de sa pièce d'identité pour fabrication de la carte Vitale.

Si les documents permettant l'obtention du NIR ne peuvent être produits par la personne, celle-ci conserve son numéro provisoire pendant toute la durée de sa mise sous écrou. L'absence de numéro de sécurité sociale (NIR) ne bloque pas la prise en charge par le régime général, elle empêche seulement la délivrance d'une carte Vitale.

C. Changements de situation à signaler au CNPE

Le CNPE doit être informé dans les 5 jours ouvrés de la survenance des événements suivants par les services de l'administration pénitentiaire :

- **Levée d'écrou** pour libération, suspension de peine ou libération conditionnelle (cf. glossaire) : le CNPE met fin au rattachement au régime général au titre de la mise sous écrou (cf. fiche 4 « Protection sociale de la personne écrouée à sa libération »)
- **Aménagement de peine** (placement à l'extérieur, semi-liberté, ou placement sous surveillance électronique - cf. glossaire) : la personne reste sous écrou mais peut, selon les cas :
 - être hébergée à son domicile, dans un autre établissement pénitentiaire ou dans une autre structure (ex : en centre d'hébergement et de réinsertion sociale) : le CNPE modifie sa résidence, qui peut entraîner si nécessaire un transfert de gestion à l'autre pôle du CNPE ;
 - exercer une activité professionnelle ou suivre un enseignement ou une formation professionnelle : le CNPE met fin au rattachement au régime général au titre de la mise sous écrou et rattache la personne au régime de son activité.
- **Changement de lieu d'écrou** : lorsque la personne est transférée dans un autre établissement, placée en Centre National d'Évaluation (CNE) ou hospitalisée, le pôle du CNPE de l'établissement pénitentiaire d'origine reste compétent pendant 40 jours ouvrés. A compter du 41^{ème} jour, le pôle CNPE compétent est celui en charge de la zone du nouvel établissement pénitentiaire ou hospitalier. Ainsi, les transferts ou hospitalisations ne doivent pas être signalés par les établissements pénitentiaires avant expiration du délai de 40 jours ouvrés.

D. Pour tout renseignement ou remontée concernant la prise en charge :

Plusieurs modes de contact sont à disposition des personnes écrouées ou de leur famille, des établissements de santé et pénitentiaires pour obtenir des informations sur la prise en charge ou remonter d'éventuelles difficultés sur la gestion des droits :

Pour les personnes et établissements :

- Un numéro de téléphone non surtaxé (prix d'un appel local) : 09 74 75 75 50, du lundi au vendredi 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h00

Pour les établissements pénitentiaires :

- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Sud : cnpe46.cpam-cahors@assurance-maladie.fr
- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Nord : cnpeoise@assurance-maladie.fr

Les établissements pénitentiaires doivent mettre en copie de leur mail au CNPE la boîte structurelle de la DAP : cnpe.dap@justice.gouv.fr.

Pour les établissements de santé :

- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Sud : cnpe46.cpam-cahors@assurance-maladie.fr
- Une boîte mail dédiée pour le CNPE Nord : echange.ch.cnpeoise@assurance-maladie.fr

IMPORTANT : En cas d'urgence sur une prise en charge individuelle, les établissements doivent privilégier le recours au téléphone, et si nécessaire adresser un mail d'alerte sur les boîtes mails dédiées des pôles du CNPE en indiquant « URGENT » en début d'objet du mail.

3. QUEL EST LE CONTENU DE LA PRISE EN CHARGE ?

A. Prise en charge des frais de santé

Le régime général prend en charge les frais de santé des personnes écrouées à compter de la date d'écrou⁶ : il s'agit par exemple du remboursement des consultations, médicaments, examens de biologie, frais d'hospitalisation, frais de transport....

Ces dépenses de santé sont prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale, en tiers payant intégral. Cela signifie que les personnes écrouées n'ont pas à avancer d'argent pour leurs soins. Il suffit aux personnes en aménagement de peine de produire leur carte Vitale mise à jour ou leur attestation de droits, qui porte le libellé suivant : « TIERS PAYANT INTEGRAL SANS DEPASSEMENT SUR LES HONORAIRES, PRISE EN CHARGE A 100% PAR LE REGIME GENERAL »

Les personnes incarcérées, quant à elles, n'ont pas d'attestation à produire, leur numéro de sécurité sociale étant transmis à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire par le greffe de l'établissement pénitentiaire. En cas d'hospitalisation, l'établissement doit consulter les droits de la personne dans l'outil CDR, via le numéro de sécurité sociale (NIR) ou les nom et prénom.

IMPORTANT : Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'administration pénitentiaire n'est plus redevable de la part complémentaire des dépenses de santé des personnes écrouées, qui est désormais prise en charge par le régime général⁷. **L'assurance maladie prend donc à sa charge l'ensemble des frais tout au long de la mise sous écrou** (cf. cahier 7-2 « Modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes écrouées »).

⁶ Article L. 381-30-1 du Code de la Sécurité Sociale

⁷ Article 55 de la loi de finances pour 2018

Les médecins consultés, quel que soit leur secteur conventionnel, ne peuvent pratiquer de dépassement d'honoraires à l'encontre des personnes écrouées⁸. Par exemple : un médecin généraliste appliquant 7€ de dépassement en sus du tarif conventionnel de 25€ pour une consultation, facturera à l'assurance maladie un tarif de 25€ au lieu de 32€ facturés habituellement aux patients non écroués (hors bénéficiaires de la CMU-C qui ne peuvent également se voir appliquer de dépassement d'honoraires).

Les personnes en aménagement de peine doivent faire le choix d'un médecin traitant selon les règles de droit commun⁹, afin de s'insérer dans le parcours de soins coordonné et bénéficier ainsi d'une meilleure prise en charge. Les personnes qui en sont dépourvues sont ainsi intégrées dans les campagnes de l'assurance maladie menées auprès des assurés afin de les inciter à déclarer un médecin traitant (à condition d'avoir déclaré un numéro de téléphone ou email). La déclaration s'effectue avec le praticien choisi.

Les personnes incarcérées, n'ayant pas le choix de leur médecin, ne sont de ce fait pas soumises au parcours de soins coordonné pendant la période de l'incarcération.

B. Personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée (ALD)

Lorsque le patient est reconnu atteint d'une des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse inscrite sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé¹⁰, les actes et prestations en rapport avec cette pathologie sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie à ce titre, sur la base du protocole de soins établi par le médecin traitant de l'intéressé avant sa détention ou par un médecin de l'unité de soins pendant sa détention et sous réserve que la personne se soumette aux éventuels contrôles du service du contrôle médical¹¹.

Les règles inhérentes à la reconnaissance des affections de longue durée demeurent applicables pendant la durée de la détention.

Affection de longue durée reconnue avant l'incarcération

Lorsque la personne a été reconnue atteinte d'une ou plusieurs affections de longue durée avant d'être incarcérée, l'information est reprise de manière automatique lors du transfert du dossier au CNPE compétent. De même, le protocole de soins est transféré au service du contrôle médical du CNPE, sauf opposition de la part de l'assuré.

Afin d'avoir communication du protocole de soins de l'intéressé, le médecin de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire doit se mettre en rapport, après accord écrit du patient, avec le médecin désigné par celui-ci (prioritairement son médecin traitant ou le médecin-conseil du CNPE).

Affection de longue durée reconnue pendant l'incarcération

⁸ Article L. 162-5-13 I bis du Code de la Sécurité Sociale

⁹ Article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁰ Articles L. 160-14 3°, R. 160-12 et D. 160-4, L. 160-14 4° du Code de la Sécurité Sociale et décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011

¹¹ Article L. 324-1 du Code de la Sécurité Sociale

Le médecin de l'unité de soins établit un protocole de soins sur le formulaire ad hoc et l'adresse au service du contrôle médical du CNPE afin que le médecin-conseil se prononce :

M. le Médecin chef de l'échelon local du service médical
CPAM de l'Oise
1 rue de Savoie
BP 30 326
60013 BEAUVAIS cedex

M. le Médecin chef de l'Echelon local du service médical
CPAM du Lot
238 Rue Hautesserre
46015 CAHORS cedex 9

L'avis du médecin-conseil est transmis au médecin de l'unité de soins qui en informe le bénéficiaire.

Important : ce protocole de soins, établi au sein de l'unité de soins, a la même durée de validité que celle de droit commun.

C. Prise en charge des frais de santé en cas de maternité et des frais de santé de l'enfant

En cas de maternité pendant la détention, les frais de santé de la parturiente restent couverts à 100% en tiers payant intégral au titre de la prise en charge dont bénéficient les personnes écrouées.

La déclaration de grossesse, établie conjointement par le médecin de l'unité sanitaire ou celui de l'établissement de santé de rattachement et l'assurée, doit être adressée au CNPE et à la caisse d'allocations familiales du département. La parturiente recevra le guide pratique "Ma maternité", le calendrier personnalisé des examens médicaux, ainsi qu'une invitation à effectuer un dépistage bucco-dentaire. Elle sera accompagnée dans sa grossesse par l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire et l'établissement de santé de rattachement.

Les frais de santé de l'enfant, au-delà des 12 premiers jours, seront également pris en charge à 100%. Pour cela, l'acte de naissance doit être transmis au CNPE.

Si à la naissance ou au terme des 18/24 mois passés avec sa mère, l'enfant est confié à :

- son père ou un autre membre de la famille : la personne qui se voit attribuer la garde de l'enfant doit réaliser les démarches auprès de la CPAM de son lieu de résidence, qui enregistrera l'enfant comme son ayant droit ;
- l'aide sociale à l'enfance (ASE) : le conseil départemental se charge des démarches auprès de la caisse locale.

D. Personnes titulaires d'une pension d'invalidité avant leur incarcération

Les personnes détenues, **titulaires d'une pension d'invalidité** avant leur détention, **en conservent le bénéfice pendant leur incarcération**¹². La pension d'invalidité continue d'être versée par la caisse initiale.

De même, si le titulaire d'une pension d'invalidité percevait l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité (ASI) avant sa détention, il continue de la percevoir aussi longtemps qu'il en remplit les conditions d'attribution¹³.

Si le bénéficiaire vient à remplir les conditions en cours de mise sous écrou, il peut bénéficier de l'ASI.

E. Droit aux indemnités journalières¹⁴

Les indemnités journalières sont destinées à compenser la perte de salaire due à un arrêt de travail.

Les personnes écrouées bénéficiant d'un aménagement de peine, et exerçant dans ce cadre une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres et suffisante pour leur ouvrir des droits à ce titre, peuvent percevoir des indemnités journalières en cas d'arrêt, qui sont alors intégralement versées sur leur pécule disponible.

Les personnes détenues exécutant un travail pénitentiaire ne peuvent quant à elles bénéficier d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail. De même, une incapacité constatée au cours de la détention ne peut donner lieu au paiement des indemnités journalières pendant l'incarcération.

Si la personne percevait des indemnités journalières avant sa mise sous écrou, leur versement est interrompu à la date d'écrou.

F. Droit à l'assurance décès du régime général

Le décès des personnes écrouées peut, sous réserve des conditions de droit commun, donner lieu au versement du **capital décès**¹⁵ à certains membres de la famille.

FICHE 2 – LA COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE

La personne écrouée, qu'elle soit incarcérée ou en aménagement de peine, **peut avoir une protection complémentaire pendant sa mise sous écrou afin de couvrir les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie** (frais allant au-delà des tarifs de la sécurité sociale), notamment les frais d'optique et de prothèses dentaires.

¹² Article L. 381-30-1 3e alinéa du Code de la Sécurité Sociale

¹³ Articles L. 815-11 et R. 815-42 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁴ Article L. 161-13-1 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁵ Articles L. 381-30-1 3e alinéa, L. 361-1 à L. 361-4 et R. 361-2 à R. 361-5 du Code de la Sécurité Sociale

En cas de faibles ressources, cette complémentaire peut être gratuite (CMU-C) ou son financement peut être partiellement pris en charge (ACS) (voir ci-après).

Toutefois, une personne écrouée étrangère en situation irrégulière ne peut bénéficier de cette couverture complémentaire, en application des règles de droit commun. Le cas échéant, ces dépenses peuvent être prises en charge par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature pour les personnes sans ressources suffisantes¹⁶.

1. LA CMU-C¹⁷ : PROTECTION COMPLÉMENTAIRE GRATUITE EN MATIÈRE DE SANTÉ

A. Quels sont les frais pris en charge ?

Dans le cas des personnes écrouées, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) prend en charge les frais allant au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier étant déjà pris en charge par l'assurance maladie) pour des lunettes, prothèses dentaires, orthodontie, dispositifs médicaux à usage individuel dont les audioprothèses, dans des limites fixées par arrêtés¹⁸.

Ces dépenses sont prises en charge sans avance de frais de la part de la personne écrouée.

La CMU-C est gratuite. Il n'y a pas de cotisation à régler.

La prise en charge par la CMU-C débute au premier jour du mois suivant la date de la décision d'attribution, pour un an. Toutefois, lorsque l'état de santé de la personne écrouée le justifie, cette prise en charge peut être anticipée au premier jour du mois de la demande. Pour une personne écrouée, elle couvrirait ainsi le recours en urgence à des soins prothétiques dentaires, étant donné que les autres soins d'urgence sont entièrement pris en charge par l'assurance maladie comme défini ci-avant (ex : frais d'hospitalisation, soins dentaires conservateurs).

B. Comment effectuer la demande ?

La CMU-C est attribuée aux personnes justifiant de leur identité, de leur situation régulière au regard du droit au séjour en France, de leur résidence stable en France (supérieure à 3 mois consécutifs), **et de ressources inférieures à un certain seuil**, en fonction de la composition du foyer (par exemple : en 2018, une personne seule doit avoir des revenus annuels inférieurs à 8 810€ pour bénéficier de la CMU-C, soit moins de 734,17€ par mois). Ne peuvent donc en bénéficier les personnes sous alias et celles en situation irrégulière.

La personne doit en faire la demande via le formulaire « Demande de couverture maladie universelle complémentaire ou d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » en y joignant les justificatifs demandés :

¹⁶ Circulaire du 17 mai 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention

¹⁷ Articles L. 861-1 à L. 861-10 et R. 861-1 à R. 861-18 du Code de la Sécurité Sociale

¹⁸ Arrêtés des 31 décembre 1999 et 30 mai 2006 modifiés et 21 mai 2014

- un justificatif de la résidence en France depuis plus de 3 mois, sauf si la demande est faite alors que la mise sous écrou date de plus de 3 mois ;
- un avis d'imposition (ou avis de situation déclarative à l'impôt sur le revenu). En cas d'impossibilité de produire ces documents, une attestation sur l'honneur des ressources perçues les 12 derniers mois devra être fournie.
- pour les ressortissants étrangers d'Etats tiers à l'Union européenne, un titre de séjour en cours de validité¹⁹ (si celui-ci a déjà été produit à l'occasion d'une ouverture de droits maladie et n'a pas expiré, il n'est alors pas nécessaire de le fournir de nouveau).

La personne écrouée choisit l'organisme qui gèrera sa CMU-C (voir formulaire) : le CNPE ou un organisme de protection sociale complémentaire participant au dispositif (liste disponible sur le site cmu.fr²⁰). **Quel que soit le choix effectué, les garanties offertes sont les mêmes.** Toutefois, en cas de refus de la demande de renouvellement de CMU-C, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un « contrat de sortie », qui offre des garanties similaires à celles de la CMU-C à un tarif réglementé.

Le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) organise la réalisation des démarches. Pour ce faire, il peut s'appuyer sur un travailleur social intervenant en détention (assistant de service social du SPIP, assistant de service social de l'USMP, association intervenant en détention, centre communal d'action sociale, caisse d'assurance maladie locale dans le cadre d'une permanence, etc.). Pour les personnes incarcérées dont le conjoint n'est pas incarcéré, il est préférable que celui-ci constitue le dossier pour le foyer et dépose la demande à la caisse du lieu de sa résidence, afin de faciliter la récupération des pièces justificatives.

Si la demande de CMU-C fait l'objet d'un accord, l'attestation de droits est adressée au greffe de l'établissement pénitentiaire ou à l'adresse de la personne en aménagement de peine.

Afin d'éviter une rupture dans le bénéfice de la CMU-C, qui est accordée pour un an, un courrier est adressé à la personne écrouée deux mois avant l'expiration de son droit, l'informant qu'il lui appartient de renouveler sa demande.

2. AIDE AU PAIEMENT D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)²¹

A. Qu'est-ce que l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ?

L'aide au paiement d'une complémentaire santé concerne les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond fixé pour l'attribution de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 35 %.

¹⁹ Les demandes de délivrance et de renouvellement de titre de séjour se font sur la base de la circulaire interministérielle du 25 mars 2013 relative aux premières délivrances et renouvellement des titres de séjours aux personnes de nationalité étrangère privées de liberté.

²⁰ <http://www.cmu.fr/liste-organismes-complementaires.php>

²¹ Articles L. 863-1 à L. 863-7-1 et R. 863-1 à R. 863-16 du Code de la Sécurité Sociale

Elle donne droit, durant un an, à une aide financière pour payer son contrat de complémentaire santé. Cette aide est utilisable sur l'un des contrats de complémentaire santé spécialement sélectionnés pour leur bon rapport qualité-prix, dont la liste est consultable sur le site info-accs.fr²².

Dans le cas des personnes écrouées, l'ACS prend en charge les frais allant au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale, notamment pour les lunettes, prothèses dentaires, orthodontie et audioprothèses, le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier étant déjà pris en charge par l'assurance maladie. La prise en charge dépend du niveau de garanties choisi, allant de la couverture la plus simple à une couverture plus complète (cf. détails sur les différents niveaux de prise en charge sur le site info-accs.fr²³).

Le montant de l'aide au paiement d'une complémentaire santé varie selon l'âge du bénéficiaire, apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours au moment de la demande, et est accordé par individu composant le foyer.

AGE DU BENEFICIAIRE AU 1 ^{ER} JANVIER	MONTANT DE L'AIDE
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	550 €

B. Comment effectuer la demande ?

Il s'agit du même formulaire que celui permettant de solliciter la CMU complémentaire, les démarches sont identiques à celles énoncées ci-avant (cf. paragraphe A.b).

Si la demande aboutit à l'accord d'un droit ACS, le CNPE adresse une attestation de droits ACS comportant le **chèque à faire valoir dans les 6 mois auprès d'une complémentaire santé sélectionnée** (dont la liste est consultable sur le site info-accs.fr).

FICHE 3 : LA COUVERTURE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE²⁴ (AT-MP)

1. RECONNAISSANCE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE AVANT LA MISE SOUS ÉCROU

Les personnes bénéficiant de la prise en charge des frais de santé (remboursement des soins : consultations, médicaments, examens de biologie...) au titre de l'assurance AT-MP continuent d'en bénéficier pendant leur mise sous écrou, jusqu'à la date de guérison ou de consolidation, ainsi qu'en cas de rechute, sous réserve de respecter les obligations auxquelles les victimes sont soumises²⁵.

²² http://www.info-accs.fr/acs_a_quelles_prestations_ai_je_droit.php

²³ <http://www.info-accs.fr/comparateur.php>

²⁴ Articles L. 431-1 du Code de la Sécurité Sociale

²⁵ Articles L. 412-8 5° et L. 442-5 du Code de la Sécurité Sociale

De même, le service d'une rente d'incapacité permanente allouée avant le placement sous écrou de l'intéressé se poursuit pendant la mise sous écrou.

2. ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE SURVENANT PENDANT LA MISE SOUS ÉCROU

Les personnes détenues exécutant un travail pénitentiaire bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'assurance AT-MP pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de ce travail²⁶, à l'instar des condamnés exécutant un travail d'intérêt général ou des personnes effectuant un travail non rémunéré dans le cadre d'une composition pénale.

Ces dispositions sont également applicables aux **accidents survenus au cours des déplacements** accomplis par la personne détenue conformément aux règlements pénitentiaires, pour se rendre sur son lieu de travail²⁷.

Le médecin de l'unité de soins établit le certificat médical initial, nécessaire à la déclaration d'accident du travail, dans les conditions de droit commun. La déclaration est adressée à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire, par l'administration pénitentiaire.

Une rente d'incapacité permanente peut être allouée. Le cas échéant, les arrérages de cette rente sont versés par la caisse primaire précitée à l'établissement pénitentiaire, qui la reverse ensuite au détenu sur son compte nominatif²⁸.

3. DROIT AUX INDEMNITES JOURNALIERES

Les indemnités journalières ne sont pas dues pendant la détention, qu'elles soient en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle antérieurs à la mise sous écrou ou pendant.

Par ailleurs, les ayants droit d'une personne détenue victime d'un accident mortel, ont la possibilité de demander à la caisse que leur soit attribuée une allocation provisionnelle dans les conditions prévues par l'article R.434-18 du code de la sécurité sociale.

Les personnes écrouées bénéficiant d'un aménagement de peine, et exerçant dans ce cadre une activité professionnelle dans les mêmes conditions que les travailleurs libres, peuvent quant à elles percevoir des indemnités journalières qui sont alors intégralement versées sur leur pécule disponible²⁹.

²⁶ Article L. 412-8 5° du Code de la Sécurité Sociale

²⁷ Article D. 412-37 du Code de la Sécurité Sociale

²⁸ Article D. 412-66 du Code de la Sécurité Sociale

²⁹ Article D. 412-61 du Code de la Sécurité Sociale

FICHE 4 - LA PROTECTION SOCIALE DE LA PERSONNE ECROUEE À SA LIBÉRATION

1. LES STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT VERS LA SORTIE (SAS)

Les structures d'accompagnement vers la sortie (SAS) sont de nouvelles structures pénitentiaires intermédiaires entre milieu ouvert et milieu fermé, qui accueillent des personnes détenues dont la peine ou le reliquat de peine est inférieur à un an, afin de mieux préparer leur sortie et ainsi favoriser leur insertion sociale et professionnelle. La première SAS a ouvert à Marseille en juin 2018, et de nouvelles ouvertures sont prévues d'ici 2022 pour accueillir 2 000 personnes.

Sont créées au sein des SAS des plateformes de préparation à la sortie, qui regroupent l'ensemble des acteurs concernés (caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales, service intégré d'accueil et d'orientation, Pôle Emploi, missions locales, préfetures, centre communal d'action sociale, associations...) selon différentes modalités (séances d'informations collectives, forum de préparation à la sortie, permanences, etc.).

2. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTE A LA LIBERATION

A. Pour les personnes en situation régulière

À leur libération, les personnes restent rattachées au régime général, sauf si elles exercent une activité, auquel cas elles sont rattachées au régime dont elles relèvent à ce titre³⁰.

Le CNPE doit être informé de la levée d'écrou, et de la nouvelle adresse et activité de la personne quand elles sont connues de l'administration pénitentiaire, dans la mesure du possible avant la date de libération et au plus tard 5 jours après.

La personne libérée doit se rendre avec son bulletin de sortie à la CPAM de son nouveau lieu de résidence, qui se mettra en relation avec le CNPE. Une nouvelle attestation de droits lui sera remise ou il pourra mettre à jour sa carte Vitale.

La personne écrouée mineure peut retrouver, à sa libération, sa qualité d'ayant droit. Si elle a atteint l'âge de 16 ans, elle peut demander à bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel³¹ et recevoir ainsi sa propre carte Vitale. Elle doit en faire la demande au CNPE avant ou après sa libération à la CPAM de son nouveau lieu de résidence.

Si elle vient à relever de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse, il appartient au service qui la prend en charge d'examiner avec la caisse compétente le mode de prise en charge le plus adapté au regard de sa situation et en lien avec les éventuels détenteurs de l'autorité parentale. Ainsi, le mineur peut relever de la CMU complémentaire à titre individuel si les difficultés de relations avec la famille ne permettent pas de le rattacher à la protection sociale de celle-ci.

³⁰ Article D. 160-14 8° et 1° du Code de la Sécurité Sociale

³¹ Article L. 160-2 du Code de la Sécurité Sociale

Concernant le bénéfice de la CMU-C ou ACS (voir Fiche 2)

Si la personne bénéficiait lors de sa mise sous écrou de la CMU-C ou de l'ACS, la prise en charge perdure jusqu'à l'échéance des 12 mois. La personne devra cependant entamer les démarches de renouvellement 2 mois avant l'expiration auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence. Le bénéficiaire de la CMU-C continue de bénéficier d'une interdiction de dépassement d'honoraire. En cas d'ACS, ces dépassements sont limités.

Si la personne n'en bénéficiait pas, elle doit en faire la demande auprès la CPAM de son nouveau lieu de résidence. Le bulletin de sortie, qui comporte à la fois la date d'écrou et la date de libération, **fait office de justificatif de résidence** sur le territoire en cas de durée d'écrou supérieure à 3 mois. **Le dossier sera instruit prioritairement dès lors qu'il contiendra un certificat médical** établi par le médecin de l'unité de soins attestant la nécessité d'une prise en charge rapide en raison de l'état de santé de la personne. La prise en charge pourra alors prendre effet rétroactivement au premier jour du mois de la demande.

B. Pour les personnes en situation irrégulière

Les personnes de nationalité étrangère qui ne satisfont pas aux conditions de régularité au regard de la législation sur le séjour et le travail des étrangers en France peuvent bénéficier à leur libération **de l'aide médicale de l'État (AME)**, s'ils sont présents depuis plus de 3 mois sur le territoire et ont des ressources inférieures aux plafonds fixés (par exemple : en 2018, une personne seule doit avoir des revenus annuels inférieurs à 8 810€ pour bénéficier de l'AME, soit moins de 734,17€ par mois).

L'AME permet la prise en charge à 100% des frais de santé, sans que le bénéficiaire n'ait à avancer d'argent. Seuls les médicaments au service médical rendu faible (taux de remboursement à 15%, signalé par une vignette orange), les cures thermales et les actes et examens nécessaires à la procréation médicalement assistée ne sont pas remboursés. Les dépassements d'honoraires sont également à la charge de la personne.

La personne effectue la demande d'AME via le formulaire de « demande d'aide médicale de l'Etat », auprès du CNPE avant la libération (l'AME ne débutera qu'à compter de la libération) ou auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence une fois libérée. **Le bulletin de sortie**, qui comporte à la fois la date d'écrou et la date de libération, **fait office de justificatif de résidence** sur le territoire en cas de durée d'écrou supérieure à 3 mois. **Le dossier sera instruit prioritairement dès lors qu'il contiendra un certificat médical** établi par le médecin de l'unité de soins attestant la nécessité d'une prise en charge rapide en raison de l'état de santé de la personne.

Une fois la demande acceptée, la prise en charge débute à la date de la demande. Elle peut débiter rétroactivement à la date des soins si la demande a été effectuée dans un délai de 30 jours suivant leur délivrance, avec les justificatifs des soins reçus.

Le mineur dont les parents sont en situation irrégulière peut bénéficier de l'AME dès sa sortie de prison et ce sans condition d'une stabilité de résidence de trois mois, même si ses parents n'y sont pas éligibles (ne remplissent pas les conditions de stabilité de résidence et/ou de ressources par exemple). Il doit en faire la demande d'AME auprès du CNPE avant la libération (l'AME ne débutera

qu'à compter de la libération) ou auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence une fois libéré. Cette prise en charge est également possible pour le mineur isolé qui ne relèverait pas de l'aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

C. Pour les personnes sans domicile à leur libération

Les personnes sans domicile stable à leur libération doivent élire domicile soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale, soit auprès d'un organisme agréé à cet effet pour pouvoir bénéficier de prestations sociales telles que la CMU-C, l'AME, le RSA..., ouvrir un compte en banque, demander une pièce d'identité, etc.³² (plus d'informations sur la domiciliation sur le site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé³³).

La loi 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales prévoit, en son article 31, que pour faciliter leurs démarches de préparation à la sortie, les personnes peuvent également élire domicile auprès de l'un des organismes précités, le plus proche du lieu où elles recherchent une activité en vue de leur insertion ou réinsertion ou le plus proche du lieu d'implantation d'un établissement de santé ou médico-social susceptible de les accueillir.

Une fois la démarche d'élection de domicile effectuée, la personne devra transmettre son attestation d'élection de domicile à la CPAM dans le ressort de laquelle est situé le CCAS ou l'organisme agréé, qui deviendra sa caisse gestionnaire.

D. Pour les personnes reconnues atteintes d'une ALD

Lorsque la date de sortie du patient détenu est connue, le médecin de l'unité de soins lui remet les pièces du dossier médical nécessaires à la continuité des soins ainsi que les documents afférents au protocole ALD dont les photocopies seront incluses dans son dossier médical. Il sera indiqué au patient de prendre très rapidement contact avec son médecin traitant habituel auquel il remettra ces informations et en cas d'absence de médecin traitant connu, d'en choisir un, dès sa sortie.

En cas de remise en liberté non programmée, les documents médicaux seront adressés par courrier au patient, sur sa demande, et/ou s'il le souhaite à son médecin traitant.

3. MAINTIEN DE DROIT AUX PRESTATIONS EN ESPÈCES

Les prestations en espèces sont destinées à compenser la perte de salaire due à un arrêt de travail. Pour bénéficier de ces prestations l'assuré doit justifier d'un montant minimum de cotisations ou d'heures travaillées.

La personne écrouée qui exerçait une activité avant sa mise sous écrou, lui ayant permis de s'ouvrir des droits aux prestations en espèces, bénéficie d'un maintien de droit à ces prestations pendant 12 mois à compter de l'arrêt de son activité. Elle ne peut en bénéficier en détention, mais retrouve ce

³² Articles L. 264-1 à 10, D264-1 et suivants du Code de l'action sociale et des familles

³³ <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/droits-et-aides/article/domiciliation-des-personnes-sans-domicile-stable-417653>

droit à la libération, même si elle n'exerce pas de nouveau. Comme le délai de 12 mois de maintien de droit court pendant la mise sous écrou, si celle-ci est supérieure à 1 an, le droit aux prestations en espèces aura expiré à la libération. Cependant, si la personne a été détenue moins de 12 mois, elle retrouve le reliquat du droit aux prestations en espèces à sa libération. Dès lors, si la personne tombe malade, le médecin peut prescrire un arrêt de travail quand bien même elle n'exerce pas d'activité. Elle doit alors l'adresser à sa caisse de résidence, et sera alors indemnisée.

Si le droit aux prestations en espèces a expiré à la libération ou si la personne n'avait pas eu une activité suffisante avant sa détention pour bénéficier des prestations en espèces, elle doit reprendre une activité salariée pour se créer de nouveaux droits.

Exemple : M. X exerçait en tant qu'ouvrier agricole et a pu ainsi s'ouvrir des droits aux prestations en espèces avant sa mise sous écrou, qui a duré 4 mois. A sa libération, il bénéficie d'un maintien de droit aux prestations en espèces de 8 mois. S'il tombe malade pendant ce laps de temps, en cas de prescription d'un arrêt de travail par son médecin, il devra l'adresser à la MSA, caisse dont il relevait avant sa mise sous écrou.

Le dispositif de maintien de droit est également applicable aux personnes bénéficiant d'une suspension de peine ou d'une libération conditionnelle.

4. COUVERTURE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE A LA LIBERATION

Lorsque la victime d'un accident du travail ou une maladie professionnelle est libérée avant sa guérison ou sa consolidation, elle a droit à l'indemnité journalière à compter du jour de sa libération conditionnelle ou définitive. Néanmoins, l'indemnité journalière sera suspendue si la victime est écrouée à nouveau³⁴.

La charge des prestations et indemnités afférentes à la période d'incapacité temporaire postérieure à la libération d'une personne écrouée, lorsque celle-ci intervient au cours d'une rechute, incombe à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est situé l'établissement pénitentiaire où la victime est ou était en dernier lieu détenue et ce, quel que soit le lieu effectif du travail ayant occasionné l'accident. Ces prestations sont servies à la victime, pour le compte de la caisse primaire qui en a la charge, par la caisse primaire dont relève la victime ou par la caisse primaire de la circonscription dans laquelle sont donnés les soins³⁵.

En cas d'allocation d'une rente d'incapacité permanente, les arrérages de cette rente sont versés par la caisse du lieu de résidence de la personne à compter de sa libération.

³⁴ Article D. 412-62 du Code de la Sécurité Sociale

³⁵ Article D. 412-38 du Code de la Sécurité Sociale

FICHE 1 - CADRE FINANCIER : RÉFORME 2018 DU FINANCEMENT DES SOINS DES PERSONNES ÉCROUÉES

1. CADRE BUDGETAIRE ET COMPTABLE HOSPITALIER

Les dépenses et les recettes afférentes aux soins dispensés aux personnes écrouées, en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier, sont retracées dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), au sein du compte de résultat principal de l'établissement de santé de rattachement.

À la clôture de chaque exercice, un état retraçant les dépenses et les recettes afférentes à ces soins est établi par l'établissement de santé.

2. REFORME DU FINANCEMENT DES SOINS DES PERSONNES ÉCROUÉES AU 1ER JANVIER 2018

Avant la réforme introduite par l'article 55 de la loi de finances pour 2018, les soins des personnes écrouées étaient pris en charge, tout au long de leur mise sous écrou :

- par le régime général d'assurance maladie pour la part obligatoire des soins ;
- par l'Etat (programme 107 « Administration pénitentiaire ») pour la part complémentaire des soins (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier), sauf lorsque l'assuré bénéficiait par ailleurs d'un régime d'exonération (affection de longue durée, maternité, etc...).

Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, ce schéma conduisait les établissements pénitentiaires à s'acquitter des factures émises par les établissements de santé au titre de la part complémentaire des soins. Les personnes en aménagement de peine devaient en outre avancer les frais avant d'être remboursées par l'assurance maladie et l'administration pénitentiaire.

Ce circuit a été modifié au 1^{er} janvier 2016 pour permettre aux personnes écrouées de bénéficier d'un tiers payant intégral sur leurs frais de santé. Pour ce faire, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) assuraient l'avance de l'ensemble des frais, tant pour la part obligatoire que complémentaire des soins. La direction de l'administration pénitentiaire remboursait ensuite la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) des sommes qui lui incombaient dans le cadre d'une facturation annuelle nationale, évitant ainsi aux établissements pénitentiaires d'avoir à traiter les factures.

Cependant, ces nouvelles modalités de prise en charge ont nécessité l'instauration de circuits complexes de facturation pour les établissements de santé et les caisses d'assurance maladie, et de reversement entre l'Assurance maladie et l'Etat.

C'est pourquoi l'article 55 de la loi de finances pour 2018 a simplifié le financement des soins des personnes écrouées en mettant l'ensemble des dépenses à la charge de l'assurance maladie. Ainsi, depuis le 1^{er} janvier 2018, le régime général prend en charge à la fois les parts obligatoire et complémentaire des soins, mettant ainsi fin au circuit de reversement entre la CNAM et la direction de l'administration pénitentiaire.

Cette réforme a également permis la simplification des circuits de facturation des soins des personnes écrouées, dont les nouvelles modalités sont définies par la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées, et reprises ci-après.

3. RAPPEL DES MODALITES DE DISPENSE D'AVANCE DE FRAIS DES PERSONNES ECROUEES

Le tiers payant intégral dont bénéficient les patients écroués repose sur l'application d'un régime exonérant spécifique, figurant sur la carte Vitale, l'attestation de droit et l'outil de consultation des droits réels (CDR) selon les modalités suivantes.

Sur l'attestation de droits ainsi que l'outil CDR, le libellé suivant est affiché : « TIERS PAYANT INTEGRAL SANS DEPASSEMENT SUR LES HONORAIRES, PRISE EN CHARGE A 100% PAR LE REGIME GENERAL ».

La carte Vitale contient quant à elle les informations suivantes, à condition d'avoir été mise à jour après la mise sous écrou :

- Le code exonération ETM=01 (également utilisé pour les pensionnés militaires) ;
- Un code gestion renseigné à la valeur « 65 ».

Remarque : les exonérations au titre d'une ALD ou d'une maternité par exemple ne sont donc plus visibles.

FICHE 2 - MODALITÉS DE FINANCEMENT ET DE FACTURATION DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTE ET EN UNITÉ SANITAIRE EN MILIEU PENITENTIAIRE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2018

Les personnes incarcérées n'ont pas d'attestation de droits à produire. Leur numéro de sécurité sociale est transmis à l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire par le greffe de l'établissement pénitentiaire. En cas d'hospitalisation, l'établissement doit consulter les droits de la personne dans l'outil CDR, via le numéro de sécurité sociale (NIR) ou les nom et prénom (cf. Cahier 1 Protection sociale).

1. DEPENSES DE SOINS MCO (MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE)

E. Modalités de financement

Les soins en médecine, chirurgie et obstétrique des personnes écrouées, délivrés par les établissements de santé, en hospitalisation et en ambulatoire, sont financés par :

- les recettes issues de la tarification à l'activité (selon les conditions de droit commun)³⁶, avec une prise en charge intégrale par l'assurance maladie telle que définie dans la Fiche 1 ;
- les crédits alloués aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général (MIG) relatives à la prise en charge sanitaire des personnes détenues (trois dotations : MIG USMP, MIG UHSI et MIG chambres sécurisées) qui ont vocation à financer les surcoûts liés aux spécificités du milieu carcéral (*pour plus de détails sur le calibrage de ces dotations : Cf. [Fiches MIG T02, T03 et T04](#)*).

Les soins de ville des personnes écrouées sont pris en charge par l'assurance maladie, tel que défini dans la Fiche 1.

F. Facturation des séjours et des actes et consultations externes

Les modalités de facturation des soins somatiques dispensés en établissement hospitalier et en unité sanitaire en milieu pénitentiaire sont définies par la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées.

Le circuit mis en place au 1^{er} janvier 2016 perdure.

Ainsi, s'agissant des établissements publics et privés à but non lucratif de l'échelle « ex-DG » n'ayant pas encore basculé sous un régime de facturation individuelle, les données d'activité relatives aux séjours et actes et consultations externes font, comme pour les autres prestations hospitalières, l'objet d'une transmission à l'ATIH³⁷ pour valorisation, grâce à l'identification des soins des personnes écrouées via le code gestion 65.

Les arrêtés de versement mensuels des directeurs généraux d'ARS identifient pour chaque établissement le montant dû au titre du reste à charge des patients écroués, qui sera versé par les caisses d'assurance maladie.

S'agissant des établissements sous un régime de facturation individuelle, la facturation prend la forme d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie. L'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie lors de la facturation en norme B2 CP.

2. DEPENSES DE SOINS PSYCHIATRIQUES

Tel que défini dans la Fiche 1, les soins psychiatriques des personnes écrouées sont désormais entièrement financés par l'assurance maladie. Aussi, **le circuit de facturation mis en place depuis le 1^{er} janvier 2016 est remplacé par un financement du reste à charge des patients écroués via la dotation annuelle de financement à compter du 1^{er} janvier 2018**. Tel qu'indiqué dans la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées, les modalités d'intégration sont précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

3. MEDICAMENTS

³⁶ A l'exception de l'établissement public de santé national de Fresnes, financé par une dotation annuelle de financement (articles L.6141-5 du Code de la Santé Publique et L.162-22-16 du Code de la Sécurité Sociale)

³⁷ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

En cas d'hospitalisation, les médicaments sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (à l'exception des médicaments figurant sur la liste en sus³⁸ ou des médicaments faisant ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU)³⁹). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours définie ci-avant.

Les médicaments dispensés aux personnes incarcérées en unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) sont désormais entièrement financés par l'assurance maladie à travers la MIG « unités sanitaires en milieu pénitentiaire » ou, le cas échéant, à travers le dispositif de facturation des médicaments inscrits sur la liste des produits mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, dite « liste de rétrocession ».

Les modalités de facturation de ces médicaments et d'intégration dans la MIG à compter du 1^{er} janvier 2018 sont définies dans la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées et dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

Le circuit préexistant de valorisation par l'ATIH du reste à charge associé à la délivrance de médicaments en unités sanitaires est donc supprimé. Toutefois, le recueil FICHSUP est maintenu dans la perspective d'une modélisation de la MIG correspondante.

4. DISPOSITIFS MEDICAUX A USAGE INDIVIDUEL

Il s'agit des produits et des prestations inscrits sur la liste des produits et des prestations (LPP)⁴⁰, tels que les pansements, béquilles, fauteuils roulants, lunettes (monture et verres), audioprothèses...

En cas d'administration au cours d'un séjour d'hospitalisation, les dispositifs médicaux sont inclus dans les tarifs des prestations d'hospitalisation (à l'exception des dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des séjours définie *supra*.

Certains dispositifs médicaux sont également inclus dans le tarif du forfait « externe » facturé par l'établissement⁴¹, en cas d'administration du dispositif médical au cours de soins non suivis d'hospitalisation. Il s'agit par exemple de dispositifs médicaux administrés dans le cadre d'une prise en charge aux urgences (forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU)), ou encore de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation (attèles, minerves,...) délivré en unité sanitaire (forfait « petit matériel » (FFM)). Leur financement entre donc dans le cadre de la facturation des soins externes définie *supra*.

S'agissant des dispositifs médicaux n'entrant pas dans ces modalités de facturation, tels que le gros matériel (lit médicalisé, fauteuil roulant, ...), ils doivent être commandés ou loués par les services pénitentiaires, en lieu et place de la personne écrouée, sur la base de l'ordonnance délivrée par le

³⁸ Les médicaments figurant sur cette liste font l'objet d'une consommation trop irrégulière ou onéreuse pour être inclus dans les tarifs. En application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, ils font l'objet d'une facturation spécifique, en sus du GHS, et sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

³⁹ En application de l'article L. 162-22-7-3 du Code de la Sécurité Sociale, ces médicaments sous ATU ou post ATU font l'objet, depuis le 1^{er} janvier 2017, de modalités de facturation identiques à celles des médicaments de la liste en sus.

⁴⁰ Article L. 165-1 du Code de la Sécurité Sociale

⁴¹ Forfaits « ATU », « PO », « FFM », « SE » ou « APE » et « FPI » mentionnés aux 2° à 7° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale

médecin de l'unité sanitaire et l'attestation de droits de la personne. La facture est ensuite adressée au CNPE, pour une prise en charge à 100% des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (cf. Fiche 1). Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont à la charge de la personne écrouée, sauf si celle-ci dispose d'une complémentaire santé prenant en charge tout ou partie de ces dépassements (CMU complémentaire ou mutuelle), ou, le cas échéant, par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes⁴².

Les dispositifs médicaux hors nomenclature, ne pouvant être remboursés par l'assurance maladie, sont financés au travers de la MIG.

5. SOINS DENTAIRES

A. Modalités de financement

Comme pour les autres soins, à compter du 1^{er} janvier 2018, l'assurance maladie règle l'ensemble des frais sur l'ensemble du tarif de responsabilité de la sécurité sociale (cf. Fiche 1).

Les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont à la charge de la personne écrouée, sauf si celle-ci dispose d'une complémentaire santé prenant en charge tout ou partie de ces dépassements (CMU complémentaire ou mutuelle), ou, le cas échéant, par l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes⁴³.

B. Modalités de facturation

Les consignes de facturation dans le cas d'une prise en charge par la complémentaire santé sont les suivantes :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/FI_DETENUS- 02 2016.pdf

- **Pour les établissements de santé « ex-OQN » et les établissements de santé « ex-DG » sous un régime de facturation individuelle :**
S'agissant de l'acte CCAM, l'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie lors de la facturation en norme B2 CP.
Le forfait panier de soins CMU-C associé à l'acte CCAM fait également l'objet d'une transmission à l'assurance maladie en norme B2, avec indication d'une prise en charge par l'assurance maladie complémentaire à 100%. Lorsque le patient n'est pas bénéficiaire de la CMU-C mais bénéficie d'une autre complémentaire santé, les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont directement facturés à l'organisme complémentaire.
- **Pour les établissements de santé « ex-DG » non encore basculés sous un régime de facturation individuelle :**
S'agissant de l'acte CCAM, l'intégralité de la dépense est valorisée par l'ATIH.
Seul le forfait panier de soins CMU-C associé à l'acte CCAM fait l'objet d'une transmission à l'assurance maladie en norme B2, avec indication d'une prise en charge par l'assurance maladie complémentaire à 100%.

⁴² Circulaire du 11 février 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention

⁴³ Circulaire du 11 février 2013 relative à la lutte contre la pauvreté en détention

Lorsque le patient n'est pas bénéficiaire de la CMU-C mais bénéficie d'une autre complémentaire santé, les dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sont directement facturés à l'organisme complémentaire.

6. TRANSPORTS SANITAIRES

Cf. détails à la Fiche 7 « Transports » du Livre 3 Cahier 3.

Lorsque le transport sanitaire répond aux conditions de prise en charge de l'assurance maladie, celle-ci prend en charge 100% des frais (sur la base des tarifs conventionnels) à compter du 1^{er} janvier 2018 (cf. Fiche 1).

Lorsque le transport sanitaire incombe à l'établissement de santé, ce dernier règle 100% des frais sur présentation de la facture par le transporteur.

7. PRESTATIONS DELIVREES PAR L'EPSN DE FRESNES

Tel que défini dans la Fiche 1, **les soins MCO ainsi que les prestations relevant des soins de suite et de réadaptation (SSR) dispensés depuis le 1^{er} janvier 2018 par l'EPSN de Fresnes sont entièrement financés par l'assurance maladie, au travers de la dotation annuelle de financement.** Aussi, le circuit de facturation mis en place sur le champ MCO pour les soins délivrés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 est supprimé. Les prestations de SSR dispensées sur cette période feront l'objet de modalités particulières de facturation, comme indiqué dans la note d'information n° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées. Les modalités d'intégration dans la DAF de l'établissement sont précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

8. PRESTATIONS SSR DISPENSEES DANS LES AUTRES ETABLISSEMENTS

Les prestations relevant des soins de suite et de réadaptation (SSR) dispensés depuis le 1^{er} janvier 2018 doivent être entièrement financées par l'assurance maladie, au travers de la dotation annuelle de financement. Les modalités d'intégration dans la DAF de l'établissement seront précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

FICHE 3 - MODALITÉS DE FINANCEMENT ET DE FACTURATION DES SOINS DE VILLE À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2018

A compter du 1^{er} janvier 2018, le régime général d'assurance maladie prend en charge à la fois les parts obligatoire et complémentaire des soins (cf. Fiche 1).

Les modalités de facturation sont inchangées. Elles sont identiques pour l'ensemble des soins dispensés en ville, qu'il s'agisse de consultations, d'actes techniques, d'exams de biologie, de la délivrance de médicaments ou de dispositifs médicaux (dont optique), etc.

1. INFORMATION SUR LE TIERS PAYANT

Afin de porter à la connaissance des professionnels de santé les modalités de mise en œuvre du tiers payant intégral et l'interdiction de dépassement d'honoraires dont bénéficient ces assurés, les attestations de droit portent le libellé suivant : « Tiers payant intégral sans dépassement sur les honoraires, prise en charge à 100 % par le régime général ». La carte Vitale, si elle a été mise à jour depuis la mise sous écrou, comporte également l'information de prise en charge à 100%.

2. MODALITES DE FACTURATION

Les consignes de facturation sont indiquées sur le site Ameli, dans l'espace dédié aux professionnels de santé, à la rubrique « Exercer au quotidien » et sous-rubrique « Le tiers payant pour les personnes détenues » :

<https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tiers-payant-modalites-regles-facturation/tiers-payant-modalites-regles-facturation>

<https://www.ameli.fr/paris/etablissement-de-sante/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/personnes-detenues/tiers-payant-personnes-detenues>

Ces consignes s'appliquent également aux praticiens intervenant dans le cadre de la permanence des soins au sein d'un établissement pénitentiaire.

- En cas de télétransmission en SESAM-Vitale :

La prise en charge à 100 % est déclenchée automatiquement à la lecture de la carte Vitale du patient à jour.

Dans le cas contraire, cela signifie que la carte n'est pas à jour et qu'une facturation papier doit être effectuée.

- En cas de télétransmission en norme B2, renseigner :

- le code justification de l'exonération à 5 « assuré ou bénéficiaire exonéré (régime exonérant) » ;
- le code prise en charge de la participation assuré 18 € « à blanc ».

- En cas d'impossibilité d'effectuer une télétransmission :

Pour faire bénéficier le patient du tiers payant intégral, cocher les cases suivantes dans la zone « Paiement » de la feuille de soins :

- « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire »
- « L'assuré n'a pas payé la part complémentaire ».

L'envoi de la feuille de soins papier s'effectue selon les modalités habituelles.

FICHE 4 – MODALITES DE PRISE EN CHARGE PARTICULIERES : DEPISTAGES DU VIH ET DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES PAR LES CEGIDD ; TUBERCULOSE ET CLAT

1 - MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES DEPISTAGES VIH, VHB, VHC ET AUTRES IST

Au sein des CeGIDD : Toutes les prestations effectuées au sein d'un CeGIDD (consultations, prélèvements, analyses, vaccinations, prévention, traitements) sont prises en charge gratuitement et s'imputent sur le fonds d'intervention régionale (FIR)⁴⁴.

Les frais de fonctionnement d'un CeGIDD hospitalier sont assurés par une dotation forfaitaire annuelle. Les dispositions financières applicables au CeGIDD, notamment celles relatives à la fixation de cette dotation forfaitaire, sont précisées dans l'annexe 10 de [l'instruction n° 2015-195 du 3 juillet 2015](#).

Au sein des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (établissements de santé) : les prestations relatives au dépistage (consultations et analyses) sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie.

2 - MODALITE DE PRISE EN CHARGE DES DEPISTAGES DE LA TUBERCULOSE

Les CLAT (Centre de Lutte Anti Tuberculose) interviennent pour le dépistage et/ou enquête autour d'un cas.

Toutes les prestations (consultations, prélèvements, analyses et traitements ambulatoires) effectuées au sein d'un CLAT sont prises en charge à 100 % dans le cadre des dotations allouées à ces structures (budgets pouvant provenir de plusieurs sources de financement).

FICHE 5 – MODALITES FINANCEMENTS DES PRESTATIONS ASSOCIEES

1 - FRAIS DE TRANSPORT ET DE DEPLACEMENT DE PERSONNEL HOSPITALIER OU DE PRODUITS ET DE MATERIELS ENTRE L'ETABLISSEMENT DE SANTE ET L'ETABLISSEMENT PENITENTIAIRE

Ces frais ne sont en aucun cas pris en charge par l'assurance maladie.

Les frais de déplacement du personnel hospitalier qui ne sont pas exclusivement affectés au sein de l'établissement, mentionnés au 3° R. 6111-35 du CSP, et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 4° de l'article R. 6111-35 du CSP engagés par l'établissement de santé sont remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions suivantes :

- le remboursement des frais de déplacement des personnels est assuré sur la base des tarifs fixés par arrêté interministériel, prévu par le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les

⁴⁴ Article L. 3121-2 du Code de la Santé Publique

conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la fonction publique de l'État sur le territoire métropolitain de la France.

Le remboursement des frais de déplacement s'effectue sur présentation d'un état nominatif fourni par le directeur de l'établissement de santé à l'administration pénitentiaire ;

- la base de remboursement des frais de transport des biens est le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport » calculé à partir des éléments de la comptabilité analytique de l'établissement de santé. Le remboursement s'effectue à partir des justificatifs présentés par l'établissement de santé portant sur le nombre de kilomètres parcourus (trajet le plus court) et sur le coût de l'unité d'œuvre de l'activité « transport » (hors transports sanitaires). En cas d'absence de données provenant de la comptabilité analytique de l'établissement, la base de remboursement des frais de transport des biens et les modalités de remboursement sont déterminés à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « transport » publié chaque année par la base nationale de comptabilité analytique hospitalière (dite base d'Angers).

2 - FINANCEMENT DE L'AMENAGEMENT ET DE L'EQUIPEMENT DES LOCAUX MIS A DISPOSITION DES EQUIPES HOSPITALIERES (2° ARTICLE R. 6111-35 ET 2° ARTICLE R.6111-32 DU CSP)

Selon les articles L. 381.30.6.3° du CSS et R.6111-35 2° du CSP, l'établissement pénitentiaire assure directement les charges de la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux pénitentiaires spécialisés destinés aux consultations et aux examens. En conséquence, aucune relation financière n'est à prévoir entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire, sauf en ce qui concerne l'entretien et l'hygiène des locaux (voir paragraphe suivant).

L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage (électrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance ;
- les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage.

L'établissement de santé prend à sa charge :

- le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- les équipements en postes téléphoniques, informatiques et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ;
- les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement (*Cf. protocole du 27 mai 2009*).

3 - FINANCEMENT DE L'ENTRETIEN DES LOCAUX MIS A DISPOSITION DES EQUIPES HOSPITALIERES

L'entretien et l'hygiène des locaux des unités de soins doivent être assurés par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire.

Les modalités de fonctionnement et d'organisation seront définies entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé qui pourra notamment affecter ses propres agents ou des

agents d'une entreprise d'entretien placés sous l'autorité du personnel hospitalier en cas de concession de cette fonction par l'établissement public de santé.

La base de remboursement des frais d'entretien est fixée à partir du dernier coût moyen connu de la fonction « nettoyage » publiée chaque année par la base nationale de comptabilité hospitalière (dite base d'Angers) rapporté à la surface des locaux des unités de soins.

Annexe 7

Protocole cadre entre l'établissement pénitentiaire et le ou les établissements de santé chargés de la prise en charge sanitaire des personnes détenues

Le directeur général de l'agence régionale de santé

Le ou les directeurs du ou des établissements de santé

Le directeur interrégional des services pénitentiaires

Le chef de l'établissement pénitentiaire

Article 1er

En vertu de l'article L. 6111-1-2 2° CSP, les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier. Le ou les établissements de santé assurent les missions sanitaires prévues par les articles R. 6111-27 et suivants du code de la santé publique (CSP).

Lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) désigne l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à assurer cette mission (R. 6111-28 du CSP). Les modalités d'intervention du ou des établissements de santé dans l'établissement pénitentiaire sont fixées par le présent protocole.

Lorsque l'établissement de santé assurant les soins psychiatriques diffère de celui assurant les soins somatiques, une convention précise les modalités de leur coordination et des missions et moyens devant être mutualisés.

Pour les établissements de santé ayant une autorisation de prise en charge en hospitalisation de jour psychiatrique, sont précisées les modalités de mise en œuvre de celle-ci.

Article 2

En référence à l'article R. 6112-7 du CSP, le ou les établissements de santé sont chargés de dispenser au sein de l'établissement pénitentiaire les soins somatiques et psychiatriques aux personnes détenues. Dans ce cadre, il lui ou leur reviennent d'assurer l'ensemble des prestations ambulatoires, voire hospitalières relevant de la médecine générale et de la psychiatrie, les soins dentaires, des consultations spécialisées, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Les consultations spécialisées qui ne peuvent être organisées en milieu pénitentiaire sont assurées au sein de l'établissement de santé. En cas d'impossibilité, celui-ci prend toutes dispositions pour que celles-ci soient réalisées dans un autre établissement de santé.

L'annexe I bis précise les conditions d'accueil de la personne détenue au sein de l'établissement de santé de rattachement (stationnement du véhicule d'extraction et circuit de la personne détenue au sein de l'établissement de santé, lieu d'attente, etc.).

L'établissement pénitentiaire prend toutes mesures utiles pour assurer la sécurité des personnes et des biens à l'occasion de ces consultations conformément aux dispositions de l'article D. 373 du Code de procédure pénale.

Le ou les établissements de santé mettent en place une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) dont les modalités d'organisation et de fonctionnement, définies en accord avec le chef de l'établissement pénitentiaire, sont décrites en annexe I du présent protocole.

Article 3

En référence à l'article R. 6111-32 du CSP, le ou les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire et, le cas échéant, en milieu hospitalier des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Il(s) effectue(nt) ou fait(font) effectuer les examens, notamment radiologiques ou de laboratoire nécessaires au diagnostic.

Il(s) pourvoit(ent) à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens, et en assure la maintenance.

L'établissement de santé chargé des soins somatiques assure la fourniture et le transport des produits et petits matériels à usage médical ainsi que des médicaments et des produits pharmaceutiques qui sont placés sous la responsabilité du pharmacien gérant la pharmacie à usage intérieur conformément à l'article L. 5126-6 du CSP. Il assure l'élimination des déchets hospitaliers.

L'annexe II du présent protocole prévoit les modalités d'organisation de ces transports.

Article 4

En référence à l'article R. 6111-33 du CSP, l'établissement public de santé chargé des soins somatiques coordonne les actions de prévention et d'éducation pour la santé. À ce titre, en lien avec l'établissement pénitentiaire, il veille à ce que les conditions soient réunies, au sein de l'établissement pénitentiaire, pour assurer les missions relevant des actions de santé recentralisées (lutte contre la tuberculose, vaccination, lutte contre le cancer et prévention des infections sexuellement transmissibles).

Il coordonne ces actions avec les services correspondant, habilités par l'ARS ou conventionnés avec l'État (lorsque le conseil départemental continue d'exercer cette activité). Ainsi, les modalités d'intervention d'un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD, ex-CDAG) sont fixées par convention entre l'établissement de santé et la structure sanitaire, notamment lorsque celle-ci est gérée par un conseil départemental. De même une convention prévoyant les modalités d'intervention des centres de lutte antituberculeuse (CLAT), notamment les actions de dépistage pour les personnes venant de l'état de liberté est signée à cet effet dans les mêmes conditions que précédemment.

Article 5

En référence à l'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention, la personne désignée en charge de la fonction du pilotage de l'organisation correspondante élabore un « protocole organisationnel » *ad hoc* dont les principaux attendus sont précisés dans l'annexe III du présent protocole.

Article 6

Les interventions mentionnées aux articles 3, 4 et 5 sont assurées par une équipe hospitalière (somatique et psychiatrique) placée sous la coordination d'un praticien. L'activité de ses membres s'exerce dans le cadre des règles professionnelles qui leur sont applicables. Les membres de l'équipe hospitalière (somatique et psychiatrique) intervenant en milieu pénitentiaire sont soumis à une procédure d'habilitation conformément à l'article D. 386 du code de procédure pénale.

Les personnels hospitaliers sont informés des règles de fonctionnement en vigueur dans l'établissement auxquels ils doivent se conformer.

La composition de l'équipe soignante incluant les équipes de soins somatiques et psychiatriques est précisée en annexe IV du présent protocole.

Article 7

En référence à l'article R. 6111-32 du CSP, le ou les établissements publics de santé dispensent en milieu pénitentiaire et, le cas échéant, en milieu hospitalier des soins aux personnes détenues dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation.

Ces soins incluent des consultations réglementaires (art. R. 6111-27 à R. 6111-40 du CSP, D. 379 et R. 57-8-1 et suivants du CPP) mais également toutes consultations médicales nécessaires au suivi de ces personnes (médecine générale, spécialisée, psychiatrique).

Les consultations réglementaires nécessitent une organisation appropriée respectant soit des délais, soit des modalités d'organisation à convenir avec l'administration pénitentiaire.

- Ce suivi médical comporte notamment les consultations suivantes :
 - l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté ;
 - l'examen médical des personnes condamnées sortantes ;
 - les visites au quartier d'isolement ;
 - les visites au quartier disciplinaire ;
 - les visites aux personnes détenues confinées dans une cellule ordinaire.

L'annexe V du présent protocole précise ces modes d'organisation.

Article 7 bis

Les modalités de mise en place et de fonctionnement des activités de soins psychiatriques de niveau 1 intégrant des activités de consultations, d'entretiens mais également des activités thérapeutiques de groupe sont précisées en annexe V bis du présent protocole.

Article 7 ter

Pour les établissements de santé ayant une autorisation de prise en charge en hospitalisation de jour psychiatrique au sein de l'établissement pénitentiaire, les modalités de mise en œuvre de celle-ci précisant le nombre de places de jour, le nombre de cellules d'hébergement dédiées affectées, les conditions de fonctionnement et les responsabilités des équipes soignantes et pénitentiaires sont fixées en annexe V ter du présent protocole.

Article 7 quater

22 établissements pénitentiaires sont spécialisés dans la prise en charge d'auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS). Un protocole santé-justice signé le 16 décembre 2011 fixe les modalités d'intervention des USMP et des personnels pénitentiaires.

Ces modalités sont précisées en annexe V quater du présent protocole.

Article 8

En référence à l'article R. 6111-34 du CSP, l'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnels concourant aux missions définies au dernier alinéa de l'article L. 6111-1-2 du CSP.

Le personnel pénitentiaire et les professionnels de la PJJ pour les mineurs sont informés des missions dévolues à l'établissement de santé et des modalités de fonctionnement des USMP. Ils concourent à ce fonctionnement dans le cadre de leurs missions propres.

Des personnels de surveillance sont affectés par le chef de l'établissement pénitentiaire au maintien de l'ordre et à la sécurité de l'USMP, après avis du praticien coordonnateur de l'unité. Ce dernier peut proposer le remplacement de tout agent de l'unité si ce remplacement lui paraît nécessaire à l'intérêt du service.

Les mesures de sécurité sont précisées en annexe VI du présent protocole.

Article 9

Le ou les établissements de santé s'assurent de la continuité des soins à la sortie des personnes qui le nécessitent en liaison avec les structures sanitaires et médico-sociales d'aval et le service pénitentiaire d'insertion et de probation et/ou le service éducatif de la PJJ.

Article 10

En référence à l'article 46 de la loi pénitentiaire (article D. 374 du CPP), une permanence des soins est mis en place selon la procédure précisée en annexe VII du présent protocole.

Article 11

En référence à l'article R. 6111-35 du CSP, la construction, l'aménagement, la sécurité et l'entretien des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire mentionné au 2° de l'article R. 6111-32 sont pris en charge par l'administration pénitentiaire. L'établissement pénitentiaire s'engage à ce que les locaux destinés à recevoir l'USMP soient mis en conformité avec les missions de l'établissement de santé selon les modalités et le calendrier indiqués en annexe VIII du présent protocole.

Les modalités de l'entretien des locaux de l'USMP sont définies en annexe VIII bis du présent protocole.

Article 12

En référence à l'article R. 6111-32 du CSP, l'établissement de santé pourvoit à l'équipement médical et non médical des locaux spécialisés de l'établissement pénitentiaire destinés aux consultations, aux soins et aux examens, et en assure la maintenance.

À ce titre, ces locaux spécialisés dévolus à l'activité de soins sont dotés des mêmes fonctionnalités logistiques, techniques et informatiques que les services hospitaliers du ou des établissements de santé de rattachement, notamment pour les équipements biomédicaux et les systèmes d'information.

Concernant l'échange des informations, une convention a été conclue entre la DGOS et la DAP le 12 juillet 2012, afin de mettre en place des échanges et des flux de données réciproques sur l'activité des structures de santé des personnes détenues.

Les équipements nécessaires sont listés en annexe IX du présent protocole.

Article 13

Les modalités financières de prise en charge sanitaire des personnes écrouées sont définies au chapitre éponyme du guide méthodologique de prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

S'agissant des frais de santé :

Les personnes écrouées bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de santé à compter de la date d'écrou, sans avance de frais de leur part.

Pour les soins antérieurs au 1^{er} janvier 2018, les frais étaient pris en charge :

- par le régime général d'assurance maladie pour la part obligatoire des soins ;
- par l'administration pénitentiaire pour la part complémentaire des soins (ticket modérateur, ticket modérateur forfaitaire de 18€ et forfait journalier hospitalier).

A compter du 1^{er} janvier 2018, le régime général prend en charge à la fois les parts obligatoire et complémentaire des soins, selon des modalités définies dans le chapitre du guide suscité.

Les éventuels dépassements d'honoraires et autres frais au-delà des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale restent toutefois à la charge de la personne. Les mutuelles complémentaires peuvent prendre en charge tout ou partie de ces frais, ou, le cas échéant, l'établissement pénitentiaire au titre de l'aide en nature apportée aux personnes détenues sans ressources suffisantes.

S'agissant des actions de promotion de la santé : (*  compléter en fonction des projets locaux*)

.....

S'agissant des frais de transport et de déplacement de personnel hospitalier, ou de produits et de matériels entre l'établissement de santé et l'établissement pénitentiaire :

Les frais de déplacement du personnel hospitalier qui ne sont pas exclusivement affectées au sein de l'établissement, mentionnés au 3^o R. 6111-35 du CSP, et les frais de transport des produits et des matériels mentionnés aux 4^o de l'article R. 6111-35 du CSP engagés par l'établissement de santé sont remboursés par l'administration pénitentiaire, dans les conditions définies au chapitre du guide suscité.

S'agissant de l'aménagement, de l'équipement et de l'entretien des locaux mis à disposition des équipes hospitalières :

L'administration pénitentiaire prend à sa charge :

- l'aménagement immobilier des locaux, y compris le câblage ( lectrique, téléphonique et informatique) ainsi que les installations des prises nécessaires et en assure la maintenance ;
- les consommations d'eau, d'électricité et de chauffage.

L'établissement de santé prend à sa charge :

- le mobilier, l'installation, la maintenance et l'entretien des équipements médicaux et non médicaux des unités sanitaires en milieu pénitentiaire ;
- les équipements en postes téléphoniques, informatiques et les liaisons informatiques avec l'établissement de santé en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire ;
- les frais de fonctionnement liés à l'utilisation du téléphone, du fax et des réseaux informatiques (Internet notamment), y compris les frais d'ouverture de ligne et d'abonnement (*Cf. protocole du 27 mai 2009*).

L'entretien et l'hygiène des locaux des unités de soins doivent être assurés par les établissements de santé, moyennant remboursement par l'administration pénitentiaire, dans les conditions définies au chapitre du guide suscité.

Article 14

Le ou les établissements de santé établissent un rapport annuel d'activité incluant un bilan des activités recensées (somatiques et psychiatriques), un bilan de l'activité pharmaceutique, un bilan de

Le chef de l'établissement pénitentiaire

ANNEXES AU PROTOCOLE

Annexe I (article 2 du protocole) : Organisation et fonctionnement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

Sont précisés :

- les horaires d'ouverture de l'USMP ;
- les horaires de présence des personnels infirmiers ;
- les horaires de consultations des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes ;
- les horaires de présence des psychiatres et des psychologues ;
- les modalités d'organisation des consultations spécialisées (périodicité) et leur nature ;
- les horaires de présence des surveillants pénitentiaires ;
- le nombre maximum de patients attendus par créneau horaire ;
- les moyens mis en œuvre par l'administration pénitentiaire pour assurer une gestion optimum des consultations (règles de non-cohabitation ou de non-croisement des différentes populations de personnes détenues, surbooking, etc.) ;
- les modalités d'organisation des prescriptions et dispensation des produits pharmaceutiques ;
- les modalités de distribution des produits pharmaceutiques (horaires) et modalités d'accompagnement par un personnel de surveillance et la périodicité du passage des pharmaciens.

Annexe II (article 3 du protocole) : Relations « logistiques » et modalités de toutes les livraisons de l'établissement de santé sur le site pénitentiaire (stérilisation, pharmacie, prélèvements biologiques, linge, petits matériels, équipements, fournitures diverses, courrier, etc.)

Sont précisés :

- le planning des livraisons (jours, horaires) ;
- les modalités de contrôle, d'enlèvement et de dépose ;
- les modalités d'enlèvement des déchets ménagers et des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) générées par l'activité hospitalière.

Annexe III (article 5 du protocole) : Modalités de prise en charge des addictions

Sont précisés :

- les modalités de coordination entre les professionnels impliqués (somaticiens, psychiatres, addictologues, SPIP, PJJ, etc.) ;
- Le nom et le statut du CSAPA référent désigné et son rôle ;
- Les modalités de réalisation du bilan addictologique pour chaque entrant.

Annexe IV (article 6 du protocole) : Composition de l'équipe soignante en nombre d'ETP budgétés

Sont listés :

- les effectifs médicaux ;
- les effectifs non médicaux.

Annexe V (article 7 du protocole) : Organisation des consultations réglementaires

Sont précisés :

- les délais à respecter ;
- les conditions de ces consultations (au sein de l'USMP, en cellule).

Annexe V bis (article 7 bis du protocole) : Organisation des activités thérapeutiques de groupe

Sont précisées les modalités d'organisation intégrant :

- le projet d'activités de soins ;
- un calendrier prévisionnel de montée en charge du dispositif sanitaire ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge (quels locaux, planning d'utilisation) ;
- les accompagnements par des surveillants pénitentiaires en tant que de besoin.

Annexe V ter (article 7 ter du protocole) : Hospitalisation de jour psychiatrique

Sont précisés :

- le nombre de places d'hospitalisation de jour autorisées ;
- le nombre de cellules d'hébergement dédiées ;
- les conditions d'admission ;
- les horaires de prise en charge sanitaire ;
- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à cette unité ;
- les conditions de fonctionnement de cette hospitalisation de jour (organisation des activités, ouverture des cellules, accès de soignants, etc.).

Annexe V quater (article 7 quater du protocole) : Prise en charge des AICS

Sont précisées les modalités d'organisation intégrant :

- le projet d'organisation des soins ;
- l'organisation matérielle de la prise en charge ;
- l'organisation de la continuité des soins à la sortie.

Annexe VI (article 8 du protocole) : Sécurité du personnel sanitaire

Sont précisés :

- le nombre de surveillants pénitentiaires affectés à l'ordre et la sécurité des USMP ;
- leurs horaires de présence ;
- le nombre d'alarmes portatives individuelles (API) mises à disposition des personnels de santé présents dans l'USMP ;
- les modalités de sécurisation des locaux (alarme coup de poing, portique, etc.) ;
- les modalités d'information et de formation des personnels santé par la direction de l'établissement pénitentiaire aux divers systèmes de sécurité intégrant la sécurité incendie.

Annexe VII (article 10 du protocole) : Permanence des soins

Est précisée l'organisation retenue pour assurer la permanence des soins :

- régulation (15 ou 115-116) ;
- astreinte hospitalière ;
- médecine libérale ;
- autres.

Sont également précisées les conditions d'accès à un traitement médicamenteux de première nécessité en dehors de heures d'ouvertures de l'USMP.

Annexe VIII (article 11 du protocole) : Les locaux

À préciser : locaux conformes ou non (référence : Guide santé-justice de programmation pour la construction de nouveaux établissements pénitentiaires).

Si les locaux sont non conformes, il est utile de joindre un état du projet envisagé, lorsque des travaux s'avèrent nécessaires indiquant : description de l'opération et plan de l'état futur ;

- liste des locaux et des surfaces correspondantes ;
- coût de l'opération ;
- calendrier de réalisation de l'opération.

Annexe VIII bis (article 11 du protocole) : Entretien des locaux de l'USMP

Préciser les modalités d'entretien de ces locaux selon **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** ».

Annexe IX (article 12 du protocole) : Les équipements

Sont listés les équipements installés au sein de l'USMP :

- équipements biomédicaux : radiologie, fauteuil dentaire, etc. ;
- équipements informatiques.

Annexe XI article 15 du protocole) : CPU et réunion hebdomadaire de l'équipe pluridisciplinaire relative aux mineurs : fonctionnement

Sont précisées :

- la périodicité des réunions ;
- les commission auxquelles les personnels soignants peuvent être invités à participer.

Annexe XII (article 16 du protocole) : Comité de coordination

Sont précisées les modalités d'organisation et de fonctionnement du comité de coordination :

- membres du comité ;
- périodicité des réunions.