

tion et validation de ces derniers, à tous les correspondants statistiques des DDASS ainsi qu'aux statisticiens régionaux concernés. Les exploitations de ces résultats seront diffusées à l'ensemble des DDASS et des DRASS.

*La directrice de la recherche,  
des études, de l'évaluation et des statistiques,*  
M. ELBAUM

*Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins*

Sous-direction de l'organisation  
du système de soins

Bureau organisation régionale des soins  
et populations spécifiques

*Direction générale de la santé*

Sous-direction santé et société

Bureau santé des populations  
précarité et exclusion

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction de l'accès aux soins,  
prestations familiales  
et accidents du travail

Bureau de l'accès à l'assurance maladie

*Direction générale de l'action sociale*

Sous-direction des personnes handicapées

Bureau de la vie autonome

*Direction de l'administration pénitentiaire*

Sous-direction des personnes  
placées sous main de justice

Bureau des politiques sociales  
et d'insertion

**Circulaire interministérielle DHOS/DGS/DSS/DGAS/DAP  
n° 2005-27 du 10 janvier 2005 relative à l'actualisation du  
guide méthodologique relatif à la prise en charge sani-  
taire des personnes détenues et à leur protection  
sociale**

NOR : SANH0530013C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

**Références :**

Code de la santé publique et notamment les articles L. 1110-1 à  
L. 1110-11, L. 6112-2 et R. 711-7 code de la sécurité sociale ;  
Code de procédure pénale.

*Annexe* : un *errata* au guide méthodologique relatif à la prise en  
charge sanitaire des personnes détenues.

*Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille ;  
le garde des sceaux, ministre de la justice à Mes-  
dames et Messieurs les directeurs d'agences régio-  
nales de l'hospitalisation (pour information) ; Mes-  
dames et Messieurs les préfets de région (directions  
régionales des affaires sanitaires et sociales, inspec-  
tions régionales de santé publique [pour informa-  
tion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs régio-  
naux des services pénitentiaires ; Monsieur le  
directeur régional, chef de la mission des services  
pénitentiaires de l'outre-mer (pour diffusion aux  
établissements pénitentiaires et aux services péniten-  
tiaires d'insertion et de probation) ; Mesdames et  
Messieurs les préfets de département (directions  
départementales des affaires sanitaires et sociales  
[pour diffusion aux établissements de santé  
concernés]).*

La loi n° 94-43 du 18 janvier 1994, relative à la santé publique et  
à la protection sociale et ses textes d'application ont considéra-  
blement fait évoluer la prise en charge sanitaire des personnes déte-  
nues.

L'objectif de la loi est d'assurer aux personnes détenues une qua-  
lité et une continuité des soins équivalentes à celles offertes à la  
population générale. La loi a institué deux mesures complémen-  
taires :

- le transfert de l'organisation et la mise en œuvre de la prise en  
charge sanitaire des personnes détenues au service public hospi-  
talier ;
- l'affiliation des personnes détenues, dès leur incarcération, au  
régime général de la sécurité sociale.

Cette loi a affirmé le développement d'une véritable politique de  
santé publique adaptée au milieu pénitentiaire. Elle permet d'intro-  
duire une véritable éthique des soins en détention et affirme l'égalité  
des droits aux soins des personnes incarcérées.

## 1. La réforme de 1994 à 2004

### 1.1. La mise en place de la réforme

La circulaire relative à la prise en charge sanitaire des détenus et  
à leur protection sociale et son guide méthodologique, publiés en  
décembre 1994, ont accompagné la mise en place de la réforme rela-  
tive à la prise en charge sanitaire des personnes détenues et à leur  
protection sociale.

Au cours des années 1995 et 1996, le nouveau dispositif de soins  
aux personnes détenues a été progressivement mis en place dans les  
149 établissements pénitentiaires concernés. Dans le courant du pre-  
mier semestre 2001, les 21 établissements pénitentiaires à gestion  
mixte du « programme 13000 » ont également été intégrés dans le  
dispositif. A ce jour, tous les établissements pénitentiaires relèvent  
du service public hospitalier pour la prise en charge sanitaire des  
personnes détenues.

En septembre 1997, un bilan des conditions pratiques de la mise  
en œuvre de la réforme, établi à partir de synthèses régionales réali-  
sées par les services déconcentrés des ministères de la santé et de la  
justice fait apparaître une amélioration notable de la qualité des  
soins en milieu pénitentiaire, tout en soulignant la nécessité de ren-  
forcer certaines catégories de personnel.

### 1.2. Des rapports pointant une prise en charge sanitaire insuffisante dans certains domaines

Dès 1996, le rapport de C. Balier, A. Civaldini et A. Girard-  
Khayat a appelé l'attention des autorités sur la prise en charge sani-  
taire des auteurs d'agression sexuelle.

Au cours des années 1998 et 1999, certains événements ont sensi-  
bilisé l'opinion publique sur l'état des établissements pénitentiaires  
français et sur les conditions de vie des personnes détenues. Ils ont  
conduit les assemblées parlementaires à diligenter deux commissions  
d'enquête sur les conditions de détention dans les établissements en  
France, qui ont fait l'objet de deux rapports en juillet 2000. Ces rap-  
ports ont mis notamment en exergue la nécessité d'améliorer la prise  
en charge psychiatrique des personnes détenues.

Dès lors, une mission a été demandée en juin 2000, conjointement  
par le ministre de la justice et le secrétaire d'Etat à la santé et aux  
handicapés, à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et à  
l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ), pour évaluer la  
loi du 18 janvier 1994 sur la santé des détenus, notamment en ce qui  
concerne l'organisation des soins et l'hygiène des personnes déte-  
nues dans les établissements pénitentiaires. Cette mission s'est  
appuyée sur les rapports précités. Un autre rapport issu d'une autre  
mission santé justice sur la réduction des risques de transmission du  
VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, de décembre 2000, a  
complété les recommandations de l'IGAS/IGSJ sur ce thème.

Plus récemment, le professeur Jean-Louis Terra a remis aux  
ministres de la santé et de la justice un rapport sur la prévention du  
suicide en milieu pénitentiaire.

### 1.3. La poursuite de la mise en œuvre de la réforme : les difficultés à résoudre et les perspectives

Les recommandations et les propositions formulées dans ces diffé-  
rents documents, notamment les conclusions du rapport d'évaluation  
de la mission IGAS-IGSJ (juin 2001), ont conduit à un grand  
nombre d'avancées en termes de politique de santé et d'organisation  
des soins, qu'il convient de poursuivre.

Aussi, dix ans d'évolutions sanitaires et pénitentiaires se devaient  
d'être traduits par une actualisation du guide méthodologique relatif  
à la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

L'évolution du droit européen devait également être pris en  
compte dans la réactualisation du guide.

## 2. Eléments d'actualisation du guide

### 2.1. Prise en compte du droit des malades

Le régime de droit commun, et notamment la loi du 4 mars 2002  
relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé,

s'applique aux personnes détenues, que les soins dispensés aient lieu dans une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), dans un service médico-psychologique régional (SMPR) ou dans un établissement hospitalier. Ces dispositions concernent plus particulièrement :

#### L'information et le consentement :

La personne détenue a droit à l'information sur son état de santé, sur les soins proposés, sur le consentement ou le refus de soins, sur l'accès aux informations contenues dans son dossier médical. Cependant, lorsque la personne détenue désigne une personne de confiance pour l'accompagner dans sa démarche auprès des médecins, une restriction demeure puisqu'il est impératif que la personne de confiance dispose d'un permis de visite. Le consentement aux soins de la personne détenue s'exerce de la même manière qu'à l'extérieur.

#### La suspension de peine pour raison médicale :

La mesure de suspension de peine pour raison médicale nécessite, pour sa mise en œuvre, les conclusions concordantes de deux expertises médicales. Elle est assujettie aux délais nécessaires à la réalisation des expertises et s'appuie sur un travail partenarial entre les services pénitentiaires et les services médico-sociaux, notamment pour la recherche éventuelle d'un lieu de vie adéquat pour la personne bénéficiaire de la mesure. Cependant, la décision appartient au juge de l'application des peines ou à la juridiction régionale de la libération conditionnelle. La circulaire DHOS/DAP n° 2003/440 du 24 juillet 2003 précise le rôle des médecins intervenant auprès des personnes détenues dans le cadre de la mesure de suspension de peine pour raison médicale.

## 2.2. Principe et organisation des soins

### 2.2.1. Les soins

#### La continuité et la permanence des soins :

La continuité des soins et des traitements doit être assurée en toutes circonstances : à l'entrée en détention, à l'occasion d'un transfèrement et en vue de la libération. D'une part, il est nécessaire que des contacts soient pris entre les médecins des UCSA et des SMPR et le médecin traitant des personnes détenues, afin que la continuité des soins soit assurée pendant la détention. D'autre part, la préparation à la sortie nécessite une étroite coopération avec les personnels pénitentiaires pour éviter que le caractère inopiné d'une libération n'interrompe le traitement médical et n'empêche la remise des documents nécessaires au suivi médical de la personne détenue. Des préconisations sont prévues à cet effet. Un support d'information sur les relais sanitaires et sociaux extérieurs doit être remis à toute personne sortant de détention. Le dossier médical doit suivre la personne détenue tout au long de sa détention, y compris lors d'un transfert, en respectant les règles de la confidentialité. La communication du dossier médical des personnes détenues à des praticiens extérieurs obéit aux règles du droit commun.

#### La réponse aux urgences :

Le médecin de l'UCSA doit organiser les modalités de recours à un médecin en cas d'urgence. Cette organisation figure dans le protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé. Les modalités pratiques de recours au dispositif de permanence des soins doivent être consignées dans un document à disposition du personnel pénitentiaire. Un dispositif permettant de faciliter la communication directe avec le médecin régulateur du centre 15 ou de l'établissement de santé doit être instauré, afin de mieux cerner les cas d'urgence vitale et d'éviter ainsi de prendre du retard dans la dispensation des soins pouvant entraîner des conséquences graves pour les personnes détenues.

#### Les hospitalisations :

La mise en place progressive d'un schéma national d'hospitalisation (hors psychiatrie) des personnes détenues modifie le dispositif d'hospitalisation actuel. Ainsi sont précisées la notion d'hospitalisation d'urgence et celle d'hospitalisation de très courte durée, pour lesquelles les personnes détenues sont hospitalisées en chambres sécurisées, dans l'établissement de santé signataire du protocole avec l'établissement pénitentiaire. Les hospitalisations excédant la très courte durée ou réclamant un plateau technique très spécialisé sont réalisées dans des unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) définies par l'arrêté du 24 août 2000. Ces dispositions ne font cependant pas obstacle à l'hospitalisation des personnes détenues dans des services très spécialisés dès lors que leur état de santé l'exige.

La loi d'orientation et de programmation pour la justice n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 réforme les modalités d'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues et amène à une redéfinition de

l'organisation globale de la prise en charge psychiatrique de ces personnes. Elle prévoit, dans son article 48, la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) en psychiatrie. Ce dispositif est actuellement en cours de définition.

#### Les attestations et les certificats médicaux :

Les attestations, les certificats et les documents médicaux sont délivrés, dans les mêmes conditions qu'à l'extérieur, à la demande de la personne détenue ou des autorités judiciaires ou administratives, ou également à l'initiative du médecin. Il en va de même de tous les documents indispensables pour bénéficier des avantages reconnus par la sécurité sociale, notamment par la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Dans des cas précisément déterminés, notamment pour les personnes relevant d'une surveillance médicale particulière, cas des grévistes de la faim ou pour les personnes détenues présentant un risque de suicide, l'initiative revient au médecin d'adresser des avis relatifs à l'état de santé de la personne détenue. Dans tous les cas, la personne détenue est informée des démarches entreprises et un double de ces attestations ou avis lui est remis sur sa demande.

### 2.2.2. Les lieux de soins

#### L'hygiène et les locaux :

Afin de respecter au mieux les règles d'hygiène hospitalière, l'entretien des locaux doit être assuré par les établissements de santé, moyennant un remboursement par l'administration pénitentiaire. Cette mesure fera l'objet d'instructions particulières.

De nouvelles normes de superficie des UCSA ont été définies en mars 2002, dans le cadre de la création des établissements pénitentiaires du « programme 4000 ». Elles se substituent aux normes fixées en 1994. Elles sont applicables dans tous les nouveaux établissements pénitentiaires, et dans les autres établissements après accord de l'administration pénitentiaire.

### 2.2.3. Les modalités financières

Les frais de déplacement du personnel hospitalier et les frais de transport des produits et des matériels ne sont pas à la charge de l'assurance maladie. Ils sont engagés par l'établissement de santé et remboursés par l'administration pénitentiaire en application des dispositions réglementaires en vigueur.

Le ticket modérateur et le forfait journalier sont à la charge de l'administration pénitentiaire qui les rembourse à l'établissement de santé. Toutefois, les hospitalisations en SMPR ne sont pas soumises au forfait journalier.

## 2.3. Adaptation des politiques de santé publique

#### La prévention et l'éducation pour la santé :

La prévention fait partie de la prise en charge sanitaire globale de la personne détenue. Le médecin de l'UCSA coordonne, au sein de l'établissement pénitentiaire, les actions de prévention et d'éducation pour la santé.

#### Les auteurs d'infractions sexuelles :

L'augmentation du nombre de personnes incarcérées pour infractions sexuelles nécessite une attention particulière. La loi du 17 juin 1998 détermine les compétences et préconise le partage des connaissances des acteurs de terrain sur les plans clinique et judiciaire. Les acteurs de la prise en charge (UCSA, SMPR, personnel pénitentiaire de l'établissement et du service pénitentiaire d'insertion et de probation) doivent articuler leurs pratiques. Lorsque cela s'avère nécessaire, ils doivent favoriser la demande de soins de la personne détenue et proposer diverses formes d'interventions sanitaires, sociales et pénitentiaires durant l'incarcération. Il convient également de préparer la sortie de la personne détenue, notamment si une injonction de soins lui est imposée. La supervision ou le soutien des professionnels en charge de ce public devra être systématiquement assuré.

#### Les addictions :

La note interministérielle Santé/Justice du 9 août 2001 précise les orientations relatives à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Au regard de cette note, la prise en charge des addictions des personnes détenues se veut exhaustive et transversale. Elle préconise un suivi de la personne tout au long du cursus carcéral : repérage, diversification des prises en charge, développement de la prévention, proposition d'un traitement de substitution, préparation à la sortie.

Le suicide :

Le taux de suicide dans les établissements pénitentiaires reste élevé. Il nécessite la mobilisation des services sanitaires et pénitentiaires sur la prévention dans le repérage de la crise suicidaire, dans la prise en charge des personnes détenues en crise suicidaire, dans la mise en place de la post-vention. La prévention du suicide doit concerner tous les aspects et tous les événements de la vie en détention : accueil, quartier disciplinaire, placement à l'isolement, période pré-sentencielle, sortie... L'ensemble des actions de prévention implique la mise en œuvre d'actions de formation spécifiques.

2.4. Protection sociale

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) :

Les personnes détenues doivent pouvoir bénéficier de la CMUC au cours de leur détention et si nécessaire à leur libération, si leurs ressources le justifient. Pour ce faire, les services pénitentiaires, en liaison avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), doivent instruire les demandes de CMUC. Compte tenu de la prise en charge du ticket modérateur par l'administration pénitentiaire, la CMUC n'intervient que pour les dépassements et les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité pour l'optique, le dentaire et les autres dispositifs médicaux à usage individuel.

La prise en charge des personnes dépendantes et/ou handicapées :

L'accueil en détention de personnes dépendantes, âgées ou handicapées concerne un nombre croissant de personnes détenues. Celles-ci doivent pouvoir bénéficier, lors de l'exécution de leur peine, de prestations et de conditions de détention adaptées à leur état, notamment de cellules réservées à l'accueil de personnes handicapées. En plus de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les personnes détenues peuvent maintenant bénéficier des prestations spécifiques telles que l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et l'aide personnalisée à l'autonomie (APA).

2.5. Nécessaire partenariat entre les professionnels

Les règles de l'habilitation :

Les personnels hospitaliers exerçant en milieu pénitentiaire doivent être habilités par l'autorité compétente. A cet effet, préalablement à leur nomination, une enquête administrative peut être demandée par l'administration pénitentiaire.

Les formations pour les personnels pénitentiaires et sanitaires :

L'amélioration du dispositif de prise en charge sanitaire des personnes détenues implique la mise en place de modules spécifiques sur les soins aux personnes détenues dans la formation initiale des personnels sanitaires et des personnels pénitentiaires. Dans le cadre de la formation continue, il est possible de développer des sessions communes d'adaptation à l'emploi pour tous les personnels sanitaires et pénitentiaires.

La communication et la coordination :

L'efficacité et la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes détenues reposent sur une dynamique partenariale qu'il convient d'instaurer et d'entretenir entre les services concernés : services hospitaliers, services pénitentiaires, caisses primaires d'assurance maladie. Les protocoles passés entre les établissements publics de santé et les établissements pénitentiaires constituent le cadre formel de ce partenariat institutionnel qui les lie entre eux. Les directeurs des services concernés doivent se réunir régulièrement pour faire le bilan des actions entreprises et analyser les difficultés rencontrées afin d'élaborer les meilleures solutions pour les résoudre et soutenir les dynamiques de travail qui se sont instaurées.

Au cours des dix dernières années, la réforme s'est progressivement mise en place. L'amélioration de la prise en charge sanitaire des personnes détenues a nécessité une implication forte des personnels sanitaires et pénitentiaires. Le partenariat entre les différentes catégories de personnel est indispensable et doit se traduire au travers d'une bonne coordination et d'une nécessaire complémentarité dans le respect des missions de chacun.

Ce guide méthodologique, actualisé, est un outil de référence au service de tous, en particulier pour les personnels de santé et les personnels pénitentiaires.

Au fil du temps, il devra suivre l'évolution des textes et tenir compte des nouvelles directives européennes, ainsi que de l'évolution des politiques de santé publique. Aussi, un comité de suivi composé des représentants des institutions concernées et des professionnels de santé a été mis en place afin d'en assurer l'actualisation.

Vous veillerez à assurer, chacun pour ce qui vous concerne, une large diffusion de la présente circulaire et du guide méthodologique qui lui est annexé, notamment aux établissements publics de santé et aux établissements pénitentiaires.

Le directeur général de la santé,  
W. DAB

Le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins,  
E. COUTY

Le directeur général  
de l'action sociale,  
J.-J. TREGOAT

Le directeur de la sécurité sociale,  
D. LIBAULT

Le préfet :  
Directeur de l'administration  
pénitentiaire,  
P. MOLLE

ERRATA

Page 11, chap I-2.1.1 : supprimer le second paragraphe commençant par « Il n'y a pas lieu de créer... »,

Page 11, chap I-2.1.1 au quatrième paragraphe, après les mots « Le mode d'organisation », ajouter « et le cas échéant »,

Pages 105 et 106, chap III-2.2.3 : ajouter « afin de trouver ensemble une solution alternative. » après « ...le médecin responsable de l'UCSA. »

L'annexe D est modifiée comme suit :

**Grille indicative des personnels médicaux et non médicaux en équivalent temps plein (ETP) proposée pour la reprise par le service public hospitalier de la fonction santé des établissements pénitentiaires du programme 13 000**

(Ces ratios minima constituent une évolution positive des ratios de référence préconisés en 1994)

	MAISON d'arrêt de 600 places	ÉTABLIS- SEMENTS pour peine de 400 places	ÉTABLIS- SEMENTS pour peine de 600 places
Médecins généra- listes	1,21	0,57	0,8
Psychiatres	1,5	0,7	1,0
Dentistes	0,8	0,57	0,8
Pharmaciens	0,23	0,143	0,2
Médecins spécia- listes Masseurs kinésithé- rapeutes Manipulateurs en électroradiologie	0,4	0,201	0,28
Infirmières* Aides soignantes Préparateurs en pharmacie**	8,05	3,818	5,29
Psychologues	4,5	2,0	3,0
Secrétaires médi- cales	1,15	0,57	0,8
A s s i s t a n t e s dentaires	0	0	0
Total	17,84	8,572	12,17

\* Y compris les postes d'encadrement.  
\*\* Lorsque les postes sont individualisés au sein de l'établissement pénitentiaire.