

Circulaire n° 45 DH/DGS/DSS/DAP du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale et guide méthodologique

08/12/1994

Résumé : Organisation des soins somatiques et psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Mots clés :

Soins aux détenus

Unité de consultations et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire

Situation des personnels sanitaires

Financement

Protection sociale des détenus

Date d'application : immédiate

Textes de références:

- Le code de la santé publique.
- Le code de sécurité sociale.
- Le code de procédure pénale.
- modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire.
- **Loi n° 90-527 du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- relative à la santé publique et à la protection sociale.
- **Décret n° 91-291 du 30 mars 1981** modifié portant statut des attachés et des attachés associés des établissements publics de santé.
- Décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale.
- Décret n° 84-99 du 10 février 1984 modifié portant statut particulier des infirmiers des services médicaux des administrations centrales de l'Etat, des services extérieurs qui en dépendent et des établissements publics de l'Etat.
- **Décret n° 84-131 du 24 février 1984** modifié portant statut des praticiens exerçant à temps plein.
- **Décret n° 85-384 du 29 mars 1985** modifié portant statut des praticiens exerçant leur activité à temps partiel.
- Décret n° 85-986 du 16 septembre 1985 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires de l'Etat.
- **Décret n° 86-602 du 14 mars 1986** modifié relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- **Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987** modifié relatif aux assistants des hôpitaux.
- **Décret n° 88-976 du 13 octobre 1988** relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers.
- **Décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988** modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.
- Décret n° 90-230 du 14 mars 1990 modifié relatif au statut particulier des infirmiers des services extérieurs de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.
- **Décret n° 91-1271 du 18 décembre 1991** modifié portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants-chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière.
- **Décret n° 92-6 du 2 janvier 1992** modifié portant attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à certains agents de la fonction publique hospitalière.
- **Décret n° 92-590 du 29 juin 1992** relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes.
- Décret n° 93-193 du 8 février 1993 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale.
- **Décret n° 93-317 du 10 mars 1993** relatif aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.
- Décret n° 93-547 du 26 mars 1993 portant statut particulier des surveillants chefs des services médicaux des services extérieurs de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse modifiant le décret n° 90-230 du 14 mars 1990.
- **Décret n° 93-701 du 27 mars 1993** relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé.
- **Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994** relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire.
- **Arrêté du 14 octobre 1986** relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.
- **Arrêté du 14 décembre 1986** relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médicopsychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- Circulaire interministérielle du 8 avril 1963, relative à la surveillance des détenus conduits à une consultation dans un service hospitalier et des femmes détenues hospitalisées.

- Circulaire D.G.S. /3A/390 du 30 août 1984 relative au contrôle exercé par les services extérieurs du ministère chargé de la santé, dans les établissements pénitentiaires.
- Circulaire AP n° 85-29-G2 du 7 décembre 1985 relative à la promotion de la santé en milieu carcéral.
- **Circulaire n° 90-5 du 14 mars 1990** relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Circulaire interministérielle n° 14 du 21 décembre 1990 relative à l'hospitalisation en court séjour non psychiatrique des détenus.
- Circulaire AP 92-01 GA3 du 25 février 1992 relative à la protection sociale des détenus exerçant une activité professionnelle ou de formation à l'extérieur des établissements pénitentiaires en application de l'article 723 du code de procédure pénale.
- **Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992** relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
- **Circulaire D.G.S. (division S.I.D.A.) n° 9 du 29 janvier 1993** relative au dispositif de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
- Circulaire AP 93-01 GB 250293 du 18 mars 1993 relative à l'examen de la situation des détenus au regard de leur couverture sociale et à la circulaire C.N.A.M. du 5 août 1992.
- Circulaire AP/D.G.S. Norjus. E 9340061CJ23AP/D.G.S. du 8 juin 1993 relative au dépistage volontaire de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (V.I.H.) en milieu pénitentiaire.
- Circulaire DH/FH3-AF2 n° 748 du 23 juillet 1993 relative aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.
- Circulaire DH/AF2 du 12 octobre 1993 portant application du décret n° 93-317 du 10 mars 1993 relatif aux modalités de prise en compte de certains services accomplis par divers personnels hospitaliers avant leur recrutement par l'un des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Circulaires abrogées:

- Circulaire D.G.S./1354/2D du 3 novembre 1987 portant cahier des charges type des antennes de toxicomanies des services médico-psychologiques régionaux.
- Circulaire Santé/Justice n° 1164 du 5 décembre 1988 relative à l'organisation de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- Circulaire AP/D.G.S. n° AP 89.03. G2 du 17 mai 1989 relative aux mesures de prévention préconisées dans l'institution pénitentiaire dans le cadre du plan national de lutte contre le S.I.D.A.

CIRCULAIRE RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS ET A LEUR PROTECTION SOCIALE

ORIENTATIONS GENERALES

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

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

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

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

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

I - LE TRANSFERT DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES DETENUS AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER:

* Une orientation dictée par des impératifs de santé publique et une expérience de collaboration positive, marquée par des <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-45-dhdgdsdssdap-du-8-decembre-1994-relative-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-et-a-leur-protection-sociale-et-guide-methodologique/>

étapes successives:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La mission s'étend à l'ensemble des établissements pénitentiaires, maisons d'arrêt et établissements pour peine des départements métropolitains et d'outre-mer, à l'exception des établissements du 'programme 13.000' non repris en régie directe, dans lesquels les soins sont actuellement confiés à des sociétés privées.

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

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

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

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

Parallèlement, la psychiatrie en milieu pénitentiaire est inscrite dans les schémas départementaux et régionaux de <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-45-dhdgdsdssdap-du-8-decembre-1994-relative-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-et-a-leur-protection-sociale-et-guide-methodologique/>

psychiatrie, en s'appuyant sur le cadre pénitentiaire arrêté en application des dispositions du second alinéa de l'article 11 du [décret n° 86-602 du 14 mars 1986](#) modifié, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.

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

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

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

Les soins somatiques doivent être assurés par un établissement public de santé doté d'un plateau technique suffisant et habilité à participer à l'accueil et au traitement des urgences, au sens du III de l'article R. 712-2 du code de la santé publique.

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

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

* La formalisation des engagements par la signature de protocoles:

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cas des établissements pénitentiaires où sont implantés des S.M.P.R., le protocole qui fixe les modalités <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-45-dhdgdsdssdap-du-8-decembre-1994-relative-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-et-a-leur-protection-sociale-et-guide-methodologique/>

d'intervention de l'établissement de santé de rattachement du S.M.P.R. est établi en application des dispositions de l'article 4 modifié de l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des S.M.P.R. relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

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

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

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

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

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

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

Les hospitalisations pour d'autres pathologies sont assurées soit par l'établissement de santé signataire du protocole quand elles présentent un caractère d'urgence ou de très courte durée, soit par un établissement de santé figurant sur une liste fixée par arrêté interministériel dans les autres cas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Une mission sur l'organisation des soins en milieu pénitentiaire (mission EO4) a été constituée au sein de la direction des hôpitaux afin de coordonner, avec les services déconcentrés, la mise en oeuvre de ce dispositif, en liaison avec le bureau de l'action sanitaire et de la lutte contre la toxicomanie (bureau GB3) à la direction de l'administration pénitentiaire.

Au cours d'une première phase, les services centraux apporteront un accompagnement méthodologique, au niveau de chaque région, pour la négociation de premiers protocoles de référence. Dans un second temps, le processus sera généralisé sous l'impulsion des D.R.A.S.S. et des D.R.S.P., l'ensemble des protocoles devant être signé au 1er juillet 1995 au plus tard, en application de l'article 17 du [décret n° 94-929 du 27 octobre 1994](#).

II - L'EXTENSION DE LA PROTECTION SOCIALE DU REGIME GENERAL AUX DETENUS:

Antérieurement à la , la prise en charge sanitaire et la couverture sociale des détenus étaient principalement assurées par l'administration pénitentiaire, la sécurité sociale demeurant pour l'essentiel externe à ce dispositif.

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

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

Ils bénéficient pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit des prestations en nature des assurances maladie et maternité servies par le régime général. A compter de leur libération, ils bénéficient du maintien des droits pendant une année. + Toutefois, s'agissant des détenus en situation irrégulière au regard de la législation sur les étrangers, l'ouverture des droits à prestation se limite à eux seuls, et uniquement durant leur incarcération.

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

Le guide méthodologique annexé à la présente circulaire a pour objet de décrire le dispositif de prévention et de soins tant <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-45-dhdgdsdssdap-du-8-decembre-1994-relative-a-la-prise-en-charge-sanitaire-des-detenus-et-a-leur-protection-sociale-et-guide-methodologique/>

somatiques que psychiatriques, l'articulation entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier, de préciser la nouvelle situation des personnels sanitaires précédemment employés par l'administration pénitentiaire, de fixer les modalités financières de prise en charge des détenus, la procédure et l'échéancier d'exécution de la réforme ainsi que le système de protection sociale des détenus.

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

La circulaire, accompagnée d'un guide méthodologique, paraîtra dans un fascicule spécial du bulletin officiel du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville n° 94-11 bis et sera disponible au service des journaux officiels au 26, rue Desaix - 75727 Paris cedex 15.

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville Simone VEIL Le ministre d'Etat, garde des sceaux, ministre de la justice, Pierre MEHAIGNERIE Le ministre délégué à la santé, Philippe DOUSTE-BLAZY

**ANNEXE
GUIDE METHODOLOGIQUE**

B 2.

à Messieurs les préfets de région Directions régionales des affaires sanitaires et sociales Directions régionales des services pénitentiaires Mesdames et messieurs les préfets de département Directions départementales des affaires sanitaires et sociales