



# Télémédecine & Etablissements pénitentiaires

Télémédecine & Etablissements pénitentiaires - Mai 2001



## Etude de faisabilité

  
MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ  
  
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS  
8 av. de Ségur - 75007 PARIS / www.sante.gouv.fr

SICOM 01 127 - ISBN 2-11-092374-1 **PARIMAGE**

Etude de faisabilité

  
MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ  
  
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Mai 2001

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

# Préface

*La prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues dans les établissements pénitentiaires a considérablement évolué au cours des dernières années.*

*Un partenariat s'est développé entre le ministère chargé de la santé et le ministère de la justice marqué par : le rôle de contrôle sanitaire dans les établissements pénitentiaires confié à l'Inspection Générale des Affaires Sociales et aux services déconcentrés du ministère de la santé en 1984, la transformation de l'infirmerie centrale des prisons de Fresnes en établissement hospitalier public national en 1985, la création dans le cadre de la sectorisation psychiatrique de Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) en 1986.*

*La parution, en 1993, d'un rapport du Haut Comité de Santé Publique sur l'état sanitaire dans les prisons a conduit une réforme d'envergure de l'organisation des soins aux personnes détenues. Ce rapport formulait des propositions de réforme du système de santé en milieu carcéral à la suite du constat d'une situation jugée alarmante : l'enjeu de santé publique apparaissait alors comme très important et prioritaire.*

*Dans cette perspective, la loi du 18 janvier 1994, dont l'objectif était d'assurer à la population détenue une égalité et une continuité des soins équivalentes à celles dont dispose l'ensemble de la population, a transféré la prise en charge sanitaire des personnes détenues du service public pénitentiaire au service public hospitalier. Elle est désormais confiée à des personnels hospitaliers, au sein d'Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).*

*A titre transitoire, la fonction santé des établissements pénitentiaires du "programme 13.000", a été déléguée à des opérateurs privés en 1987. Cependant, à l'échéance des contrats, le 4 mars 2001, le service public hospitalier a été chargé d'assurer cette mission.*

*L'étude réalisée par nos services est antérieure à ces dernières dispositions et présente donc la situation existante jusqu'à ce jour.*

*Du fait de l'importance des besoins révélés par la réforme de 1994, du nombre croissant d'extractions médicales, de la technicité accrue des plateaux techniques, la prise en compte, en milieu carcéral, de ces technologies de l'information et de la communication est apparue légitime. En effet, les différentes études réalisées par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et plus récemment la cartographie des applications de télésanté en France, mettent en évidence de nombreux champs d'application, téléconsultation, téléexpertise, échanges d'informations de nature médicale confidentielles et sécurisées, qui devraient contribuer à l'amélioration et la continuité des soins en établissements pénitentiaires.*

*Cette étude de faisabilité permet ainsi, à partir d'une expression des besoins formulée par des professionnels de santé, d'envisager le développement de ces nouveaux outils au bénéfice du patient détenu et ce, de son entrée à son transfert ou sa libération. Mais il faut rester vigilant et avoir toujours présent à l'esprit, que ces outils sont complémentaires d'un indispensable dialogue direct médecin patient. Ils ne doivent en aucun cas se substituer à des consultations de médecins dans les établissements pénitentiaires, ni éviter les transferts des patients détenus lorsque leur état de santé l'impose. L'examen clinique et le dialogue avec le patient restent essentiels mais l'utilisation de ces nouvelles techniques doit permettre d'améliorer la qualité des soins et la rapidité dans la prise de décision, tout en confortant les professionnels de santé isolés dans les UCSA et les SMPR.*

*Plusieurs établissements pénitentiaires sont concernés par ce type de projets qui ont servi de base à cette réflexion. La mise en place d'un réseau expérimental régional en matière de prise en charge carcérale, utilisant les technologies de l'information et de la communication, serait souhaitable permettant ainsi d'atteindre un haut niveau de sécurité dans les échanges d'informations de nature médicale, entre les UCSA, les SMPR et les hôpitaux de rattachement.*

---

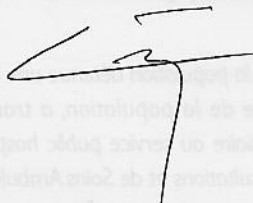
1 Dans ces établissements, au nombre de 21, l'administration pénitentiaire a concédé, en 1987, à des opérateurs privés la construction, l'entretien et les prestations telles la santé, l'hôtellerie, le travail, tout en conservant les fonctions de direction, de surveillance et socio-éducative.

Dans ce cadre, une évaluation d'un réseau régional expérimental permettrait de mesurer les apports des technologies de l'information et de la communication dans la prise en charge des patients détenus, en termes d'égalité d'accès aux soins, de continuité et de coordination des pratiques médicales et d'envisager une généralisation de ces outils.

Ce guide est destiné à apporter à l'ensemble des équipes concernées un appui en les aidant à construire ce type de réseau.

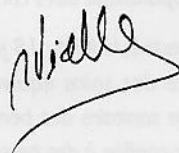
Nous souhaitons ici remercier tous les professionnels qui ont participé à ce travail intéressant.

Le Directeur de l'Hospitalisation et  
de l'Organisation des Soins

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line with a small loop on the left, a vertical line extending downwards, and a horizontal line at the top.

**Edouard COUTY**

La Directrice  
de l'Administration Pénitentiaire

A handwritten signature in black ink, featuring a large, sweeping 'M' followed by a series of loops and a long horizontal stroke at the bottom.

**Martine VIALLET**

<b>Cadrage de l'étude</b>	<b>9</b>
Le contexte	9
Les objectifs	9
La démarche	9
Les intervenants : composition du comité de pilotage	10

<b>Analyse bibliographique</b>	<b>11</b>
<b>1. La télémédecine</b>	<b>11</b>
1.1. Travail coopératif	11
1.2. Typologie de la télémédecine	12
1.3. Conclusion	12
<b>2. La télémédecine en milieu carcéral</b>	<b>12</b>
2.1. L'expérience de l'OHIO	12
2.2. L'expérience du TEXAS	13
2.3. L'expérience dans le COLORADO	13
2.4. La télémédecine en psychiatrie	13

## **La prise en charge des détenus**

<b>Les structures référentes</b>	<b>15</b>
<b>1. Rappel du cadre législatif et réglementaire</b>	<b>15</b>
<b>2. Les établissements pénitentiaires</b>	<b>15</b>
<b>3. La population prise en charge - quelques chiffres</b>	<b>16</b>
3.1. En France	16
3.2. Quelques chiffres européens (données 1997 et 1998)	16
<b>4. Structures impliquées dans la prise en charge des personnes détenus</b>	<b>17</b>
4.1. Les structures impliquées dans la prise en charge somatique	17
4.2. Les structures impliquées dans la prise en charge psychiatrique	17
4.3. Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) en milieu pénitentiaire (ex-antennes de lutte contre la toxicomanie)	18
4.4. La prise en charge sanitaire du VIH en milieu pénitentiaire	18
4.5. Les unités hospitalières sécurisées à vocation interrégionale (UHSI)	18



<b>5. Les personnels pénitentiaires</b>	<b>18</b>
5.1. Le personnel de direction	18
5.2. Le personnel de surveillance	18
5.3. Le personnel d'insertion et de probation	19
5.4. Le personnel administratif et technique	19
5.5. Le personnel de l'enseignement et de la formation	19
<b>6. Les contraintes de la vie quotidienne liées au milieu carcéral</b>	<b>19</b>
6.1. Contraintes matérielles	19
6.2. Influence des rapports au temps	19
6.3. Information aux personnes détenues	19
<b>Cadrage d'analyse des besoins</b>	<b>20</b>
<b>1. L'exercice médical en milieu pénitentiaire</b>	<b>20</b>
1.1. Un besoin de sécurité dans les échanges d'informations médicales et de normalisation	20
<b>2. La notion d'urgence</b>	<b>22</b>
2.1. Les constats de la situation existante	22
2.2. Les besoins lors du traitement des urgences	22
2.3. Les recommandations	23
<b>3. Des besoins de consultations de spécialistes</b>	<b>23</b>
3.1. Constat de la situation existante : un besoin répété et quotidien dans les établissements pénitentiaires de consultations externes de spécialistes	23
3.2. La recherche d'un avis extérieur	23
3.3. Des mesures d'accompagnement	23
<b>4. Suivi d'activités et statistiques</b>	<b>24</b>
4.1. Les besoins d'informations	24
4.2. Les recommandations	24
<b>L'application de la télémédecine aux UCSA et aux SMPR</b>	<b>25</b>
<b>1. Fiche L'entrée</b>	<b>25</b>
1.1 Situation actuelle	25
1.2 Besoins recensés	25
1.3 Recommandations pour des solutions fonctionnelles	26
1.4 Résultats attendus	26



<b>2. Fiche 2</b>	<b>La consultation médicale en milieu pénitentiaire</b>	<b>26</b>
2.1.	Situation actuelle	26
2.2.	Besoins recensés	27
2.3.	Recommandations pour des solutions fonctionnelles	27
2.4.	Résultats attendus	27
<b>3. Fiche 3</b>	<b>Les consultations externes</b>	<b>28</b>
3.1.	Situation actuelle	28
3.2.	Besoins recensés	28
3.3.	Recommandations pour des solutions fonctionnelles	28
3.4.	Résultats attendus	29
<b>4. Fiche 4</b>	<b>En cas d'urgence</b>	<b>29</b>
4.1.	Situation actuelle	29
4.2.	Besoins recensés	30
4.3.	Recommandations pour des solutions fonctionnelles	30
4.4.	Résultats attendus	30
<b>5. Fiche 5</b>	<b>La surveillance médicale</b>	<b>30</b>
5.1.	La surveillance des femmes enceintes à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis	30
	Situation actuelle	31
	Résultats attendus	31
5.2.	Besoins recensés pour la télésurveillance en général	31
5.3.	Résultats attendus	31
<b>6. Fiche 6</b>	<b>L'hospitalisation</b>	<b>32</b>
6.1.	Situation actuelle	32
6.2.	Besoins recensés	32
6.3.	Décider des solutions fonctionnelles	32
6.4.	Résultats attendus	33
<b>7. Fiche 7</b>	<b>Le transfert et la libération</b>	<b>33</b>
7.1.	Situation actuelle	33
7.2.	Besoins recensés	33
7.3.	Recommandations pour des solutions fonctionnelles	34
7.4.	Résultats attendus	34
<b>8. Fiche 8</b>	<b>L'exploitation statistique des données médicales</b>	<b>34</b>
8.1.	Situation actuelle	34
8.2.	Besoins recensés	34
8.3.	Recommandations pour des solutions fonctionnelles	35
8.4.	Appréciation de l'impact des résultats attendus	35



<b>Expériences existantes</b>	<b>36</b>
<b>1. Expérience et projet de télémédecine entre le groupe hospitalier Cochin (AP-HP) et l'UCSA de la maison d'arrêt de Paris - La Santé</b>	<b>36</b>
1.1. Les objectifs du projet complet étaient triples :	36
1.2. D'une certaine façon les établissements pénitentiaires ont été et sont encore un laboratoire privilégié pour tester, évaluer, affiner les projets de télémédecine	37
1.3. Une enquête préalable réalisée à l'UCSA de la Maison d'Arrêt de la Santé a permis de mettre en évidence des données numériques significatives	38
1.4. Détails techniques	39
<b>2. Expérience de télémédecine entre le centre hospitalier de Versailles et l'UCSA de la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy</b>	<b>39</b>
2.1. Les objectifs	39
2.2. Analyse de l'expérimentation	40
2.3. Synthèse des besoins exprimés	41
2.4. Recommandations techniques	41
<b>3. Expérience du centre hospitalier de Cayenne et de la maison d'arrêt de Remire</b>	<b>43</b>
3.1. Les objectifs	43
3.2. Synthèse des besoins exprimés	43
3.3. Recommandations techniques	43
 <b>Conclusion</b>	 <b>45</b>
 <b>Glossaire</b>	 <b>46</b>
 <b>Annexes</b>	 <b>49</b>
<b>1. Bibliographie</b>	<b>49</b>
<b>2. Textes législatifs et réglementaires</b>	<b>51</b>



# Cadrage de l'étude

## Le contexte

L'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans le domaine santé- social met aujourd'hui en évidence de nombreux champs d'applications : téléconsultation, téléexpertise, téléformation par la pratique de la visioconférence, téléassistance et - encore expérimentale - la téléassistance chirurgicale.

Un très grand nombre d'expérimentations, d'études et de réflexions ont été menées en France depuis quatre ans. L'analyse de certaines applications opérationnelles et les premières évaluations encore "fragmentaires" réalisées permettent de démontrer un certain nombre de points positifs tels que :

- l'amélioration de la qualité des soins et les avantages sur la coordination et la continuité des soins ;
- la sécurité et la confidentialité des échanges de données médicales personnelles nominatives grâce notamment aux outils promus par l'Etat : le réseau santé-social et la carte de professionnel de santé ainsi que la structuration et la normalisation des données échangées ;

Mais elles démontrent également la nécessaire prise en compte d'un certain nombre de points auxquels des réponses doivent être apportées pour favoriser le développement des TIC tels que :

- la responsabilité médicale et plus généralement les aspects juridiques de la télémedecine ;
- les coûts ;
- l'absence de codification et de financement de cette nouvelle forme de pratique médicale coopérative en temps réel ou différé ;
- etc....

Lors de la réalisation de la cartographie de télémedecine en 1996-1997, mise à jour ponctuellement en 1998 et récemment actualisée en janvier 2001, plusieurs questions ont été évoquées par les hôpitaux de rattachement et les équipes hospitalières intervenant dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et de services médico-psychologiques régionaux (SMPR) concernant l'utilisation des réseaux de télémedecine.

C'est dans ce contexte que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a souhaité engager en relation avec la direction de l'administration péniten-

taire du ministère de la justice une réflexion sur ce nouveau mode de pratique médicale coopérative à distance entre professionnels de santé, utilisant les potentialités offertes par les TIC dans les établissements pénitentiaires

## Les objectifs

Dans chaque étude que la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins entreprend dans le domaine des TIC et de leur utilisation, quels que soient la spécialité médicale ou le domaine traité, la démarche est la même et les objectifs poursuivis identiques. Il convient :

- d'analyser les expériences existantes tant en France qu'à l'étranger ;
- de faire connaître aux décideurs, aux professionnels de santé et aux personnels techniques l'état du domaine traité afin d'éviter des expériences coûteuses et souvent redondantes qui n'apportent plus aucune information nouvelle ;
- de préciser des recommandations pouvant servir de guide dans la démarche conceptuelle lors du lancement d'un projet et d'aide à la réalisation d'un cahier des charges spécifiques.

Cette étude sera diffusée à tous les acteurs concernés par ce thème :

- hôpitaux de rattachement ;
- médecins responsables des UCSA, des SMPR et des services médicaux des établissements pénitentiaires du programme dit "I3000" ;
- équipes soignantes ( infirmières, assistantes sociales... ) ;
- présidents des commissions médicales d'établissements (CME) ;
- ministère de la justice et direction de l'administration pénitentiaire ;
- ministère de l'emploi et de la solidarité et directions concernées.

## La démarche

Cette étude a été réalisée conjointement par le ministère de l'emploi et de la solidarité direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) , avec la collaboration de la direction générale de la santé – et le ministère de la justice – direction de l'administration pénitentiaire (DAP).

La DHOS et la DAP ont été assistées d'un comité de pilotage, composé d'experts hospitaliers, chargé de valider les objectifs, les orientations, la rédaction du document et de formuler avec le chef de projet de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le président du





comité de pilotage et la société ICARE Ingénierie des recommandations d'intérêt général sous forme d'un document pouvant être un outil de référence permettant de développer un projet de télémedecine en établissement pénitentiaire.

Cette étude s'est déroulée en quatre étapes :

- sélection et revue des textes législatifs et réglementaires ;
- sélection et analyse de la littérature française et étrangère communiquées aux experts ;
- élaboration de documents sur lesquels les experts devaient communiquer observations et remarques

notamment sur le plan de l'étude et en leur demandant en particulier :

- de repérer, dans la vie d'un détenu, les événements susceptibles de bénéficier des techniques nouvelles qu'offrent les applications de télémedecine,
  - d'identifier les besoins et les contraintes spécifiques au milieu pénitentiaire,
  - de se prononcer sur les propositions de téléservices retenues, les solutions fonctionnelles et les approches techniques,
- validation du rapport final.

## Les intervenants : Composition du comité de pilotage

**Président : Monsieur le Professeur Régis BEUSCART - CHRU Lille**  
*Représentant le comité national de pilotage et d'orientation de la télémedecine*

### **Membres \***

Monsieur Alain ARNAUD	DSIO – Centre Hospitalier d'Evry
Docteur Vincent BONNIOL	ARH Paca
Docteur Evry ARCHER	Chef de service du SMPR de Loos CHRU Lille
Docteur Eric DURAND	UCSA de Fleury-Mérogis
Docteur Frédéric FUZ	Cedit – APHP – Paris
Docteur Vincent HAZEBROUCQ	Service de radiologie Groupe hospitalier Cochin
Professeur Louis LARENG	Institut Européen de télémedecine Toulouse
Madame LE CHAPOIS	Pharmacien CHS de Bourges
Docteur François MOREAU	Chef de l'UCSA de Bois d'Arcy Centre Hospitalier de Versailles
Docteur Olivier OBRECHT	Chef de l'UCSA de Fleury-Mérogis
Monsieur PONTIES	Responsable informatique CHS du Vinatier Bron
Madame Marianne POSTEL	Infirmière UCSA d'Evreux
Madame SCHACHTEL	Cadre supérieur Infirmier UCSA de Fleury-Mérogis

### **Administration :**

Madame Odile SAMPEUR et Docteur Dominique de GALARD	Ministère de la justice Direction de l'administration pénitentiaire
Docteur Martine DUMONT Madame Sylviane TOURETTE	Ministère emploi/solidarité Direction générale de la santé
Madame Michèle FAVREAU-BRETTEL Madame Jacqueline CHARRE	Ministère emploi solidarité Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sous-direction O
Madame Hélène FAURE	Ministère emploi/solidarité Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Monsieur Gonzague de PIREY	Ministère emploi/solidarité Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Monsieur Pierre GERARD	Président Directeur Général de la Société Ic@re Ingénierie

\* par lettre alphabétique

