

L'application de la télémédecine aux UCSA et aux SMPR

I. Fiche I L'entrée

I.1. Situation actuelle

1. Dès son arrivée, la personne détenue est prise en charge par l'UCSA pour y ouvrir un dossier et assurer un premier bilan. Selon les organisations, cette prise en charge initiale peut prendre plusieurs formes.
2. Dans certaines UCSA, la personne détenue a d'abord un premier entretien avec l'infirmière afin d'élaborer le dossier de soins infirmiers qui contient : sa situation sociale, professionnelle, son identité familiale, ses antécédents médicaux. Les constantes (température, tension, poids, pulsation) sont prises systématiquement.
3. Dans un deuxième temps (le plus tôt possible après l'entrée), la personne détenue doit bénéficier d'une consultation médicale durant laquelle le médecin poursuit l'élaboration du dossier médical. A la suite de cela et en fonction de l'accord écrit de la personne détenue, des dépistages sérologiques peuvent être proposés. En fonction des résultats, la vaccination contre l'hépatite B est proposée, ainsi que les autres vaccinations. L'infirmière tient à jour une fiche médicale.
4. Suite à ces deux entretiens, la personne détenue peut éventuellement être dirigée vers le psychiatre intervenant au sein de l'UCSA. Celui-ci juge du type de suivi de la personne détenue ; (cette situation est semblable dans les établissements à gestion déléguée).

Les événements caractéristiques identifiés dans la procédure d'admission peuvent être résumés sous la forme suivante :

- identification du patient ;
- création ou recherche du dossier médical ;
- prescription des examens de biologie et réception des résultats ;

- entretiens avec spécialistes ;
- échanges avec le CH de rattachement pour la mise en œuvre des formalités concernant la prise en charge sanitaire et sociale de la personne détenue ;
- saisie de l'entrée dans la file active du patient (SMPR) ;
- saisie des actes déjà réalisés.

I.2. Besoins recensés

a) structurer et partager des informations

La tenue d'un dossier médical, informatisé, et éventuellement standardisé entre UCSA, SMPR et les services médicaux des établissements à gestion déléguée, permettrait :

- l'acquisition et le stockage des données médicales du patient placé sous main de justice ;
- la récupération d'informations extérieures (d'une autre UCSA par exemple) ;
- la gestion du dossier du patient placé sous main de justice ;
- le suivi du patient placé sous main de justice et les éventuelles consultations ;
- l'enregistrement des événements intercurrents.

La tenue d'un dossier médico-psychologique au sein du SMPR permettrait :

- l'acquisition et le stockage des données médico-psychologiques ;
- l'administration de données concernant d'éventuelles conduites addictives ;
- la gestion et la mise à jour de ces données ;
- l'enregistrement d'événements intercurrents de nature médico-psychologique ;
- l'acquisition et l'enregistrement de résultats complémentaires.

L'interopérabilité des systèmes et la standardisation du recueil de données (codification) permettrait :

- des échanges de données entre tous les services concernés et les structures médicales externes.

L'accès à des informations externes et leur récupération permettraient au médecin de disposer d'une connaissance plus précise du sujet :

- en particulier si le patient placé sous main de justice a un dossier médical dans un cabinet médical ou une



autre structure de soins (hôpital par exemple), sous condition de l'accord de l'intéressé.

b) activer des fonctions télématiques

La communication entre ces dossiers informatisés et des environnements hétérogènes permettrait :

- d'accéder à des dossiers existants du patient placé sous main de justice, afin de disposer des antécédents du sujet de manière fiable ;
- de respecter des règles strictes de sécurité et de confidentialité.

1.3. Recommandations pour des solutions fonctionnelles

Les solutions choisies pour l'informatisation et la mise en communication d'informations médicales nominatives concernant les personnes détenues au sein de l'UCSA et du SMPR devront suivre le schéma suivant :

- La première étape consiste à établir le cahier des charges d'un dossier médical de l'UCSA et d'un dossier médical du SMPR (ces deux dossiers devant avoir des parties communes) ;
- La seconde étape doit permettre d'assurer une transmission sécurisée du dossier médical du patient entre structures sanitaires intervenant dans les établissements pénitentiaires (au travers d'intranets sécurisés tel le réseau santé social) ;
- La troisième étape consistera à assurer des échanges d'information sélectifs entre ce dossier médical informatisé et les réseaux professionnels qui s'installeront progressivement.

Des logiciels médicaux de cabinet médical existent. Ils peuvent être adaptés, tant à l'activité du médecin généraliste qu'à celle du spécialiste de ville. Le choix d'une UCSA pourra se porter sur l'un de ces logiciels existants s'il garantit la sécurité de la gestion des données et celle des transactions télématiques.

1.4. Résultats attendus

La mise en œuvre des solutions préconisées permettra :

un meilleur suivi des patients placés sous main de justice et de l'évolution des pathologies ;

l'organisation de mesures de prévention des per-

sonnes détenues face à l'évolution épidémiologique ;

l'amélioration de la qualité de la gestion des données des patients, tant à l'UCSA qu'au SMPR ;

l'organisation d'échanges plus fréquents d'informations entre l'UCSA et le SMPR ;

la création et la maintenance de bases de données statistiques sur la typologie des pathologies rencontrées en milieu carcéral.

2. Fiche 2

La consultation médicale en milieu pénitentiaire

2.1. Situation actuelle

L'UCSA est animée par des praticiens hospitaliers

Ils ont besoin de communiquer avant, pendant et après une consultation et d'accéder aux bases de données médicales ou pharmaceutiques hospitalières, nationale ou internationales.

L'UCSA accueille des spécialistes qui assurent des consultations sur place :

- dans certaines UCSA, des chirurgiens-dentistes consultent à raison d'une ou plusieurs demi-journées par semaine. Ils ont à leur disposition un tableau nominatif leur permettant d'assurer un suivi personnalisé des patients ;
- on peut observer d'importantes variations selon les établissements pénitentiaires. Dans certaines structures, de nombreuses consultations médicales existent sur place (dermatologie, gynécologie, pneumologie, médecine interne). Dans d'autres structures, un nombre assez faible de consultations de spécialistes sont disponibles ;
- un psychiatre peut intervenir une à plusieurs fois par semaine selon les établissements pénitentiaires. Certaines personnes détenues ont un passé psychiatrique avec ou sans hospitalisation qu'il n'est pas toujours facile de retrouver, d'où une perte de temps et l'absence d'informations parfois utiles. Des psychologues peuvent aussi intervenir à mi-temps.

L'UCSA accueille des consultations de généralistes

- les médecins généralistes de ville sont amenés à consul-



ter au sein de certaines UCSA et des services médicaux des établissements à gestion déléguée en particulier lors des week-ends ou la nuit. Ils peuvent assurer la consultation, mettre en œuvre le traitement médical ou décider d'un transfert vers l'hôpital de rattachement si nécessaire.

Un certain nombre de limites sont constatées

- à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire, la programmation des soins est limitée tant par les différentes "activités" du milieu carcéral que par des contraintes de sécurités : ouverture des cellules, promenades, ateliers, parloir, extractions chez les juges ou pour jugement ;
- par ailleurs, l'état de personnes détenues dangereuses ou particulièrement surveillées, soumis aux "interdits de communiquer" renforce la limitation des déplacements et des mises "sous contraintes".

2.2. Besoins recensés

a) créer un cadre de consultation indifférencié

On doit considérer que les consultations de médecine générale sont assurées, comme s'il s'agissait d'un cabinet médical de généraliste qui serait situé à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire.

Il en est de même des consultations au sein du dispositif de soins psychiatriques qui doit être assuré comme s'il s'agissait d'un cabinet de psychiatre ou d'un centre médico-psychologique (CMP) en milieu carcéral, des suivis ambulatoires.

b) conserver une trace du suivi médical

La conservation d'états caractéristiques du suivi médical est indispensable :

- pour enregistrer les conclusions des consultations de médecine générale et assurer le suivi du patient (antécédents, précédentes consultations, thérapeutiques suivies, ...) ;
- pour permettre aux spécialistes de disposer d'un dossier médical à jour contenant les diagnostics et les thérapeutiques. Ce dossier doit lui permettre d'enregistrer ses conclusions et sa prescription ;
- pour faciliter la gestion des consultations avec un outil de gestion de rendez vous.

c) activer des solutions télématiques

Leurs mises en œuvre et leurs utilisations permettraient :

- de récupérer tout ou partie des dossiers médicaux

antérieurs du patient (d'une autre UCSA ou d'un médecin généraliste par exemple) ;

- d'accéder à des informations médicales "en ligne" (banque de données, Vidal, ...) ;
- d'intégrer les résultats de laboratoires (biologiques, ...) ;
- d'intégrer à terme, les images et les comptes-rendus des examens d'imagerie.

2.3. Recommandations pour des solutions fonctionnelles

La mise en œuvre de ces solutions nécessite la mise en place :

- d'un dossier médical informatisé au niveau de chaque site, partagé entre les différents consultants ;
- de standards de gestion de données et de communication pour tous les sites ;
- de procédures d'échanges entre eux ;
- de procédures d'échanges avec les systèmes d'information hospitaliers (SIH) des hôpitaux de rattachement ;
- de procédures d'accès à des banques de données ou des banques d'informations télématiques "en ligne".

2.4. Résultats attendus

La mise en œuvre des recommandations précédentes, doit permettre :

- d'avoir un meilleur suivi de l'état sanitaire des patients incarcérés ;
- de faciliter la coordination des soins entre les différents intervenants (médecins généralistes, médecins spécialistes, corps infirmiers, ...) ;
- de faciliter les échanges des dossiers entre structures de soins du milieu pénitentiaire ou extérieures.



3. Fiche 3 Les consultations externes

3.1. Situation actuelle

Les contacts programmés avec des spécialistes sont rendus nécessaires dès que la pathologie de la personne détenue l'exige. Les consultations de spécialités qui ne sont pas assurées, ou qui ne sont pas possibles in situ, justifient une extraction de la personne détenue vers l'hôpital de rattachement.

Dans le cas de consultations externes, les consultations sont programmées par le personnel de santé, selon le schéma suivant :

- le personnel de santé de l'établissement pénitentiaire prépare le courrier et gère les rendez-vous avec la structure de consultations ;
- en fonction de la situation pénale de la personne détenue, le surveillant attaché au site fait la demande d'extraction auprès du Procureur ou du Juge d'Instruction ;
- l'accès des patients placés sous main de justice au spécialiste en dehors de l'établissement pénitentiaire s'inscrit dans un contexte particulier : les extractions de personnes détenues présentent certains risques (risque d'évasion), elles nécessitent une escorte de police (parfois sur de longues distances) et sont donc coûteuses ; de ce fait, elles sont souvent limitées, en nombre, et soumises à des délais d'attente. Faute d'escorte, elles peuvent être différées plusieurs fois ;
- à l'hôpital, hormis l'escorte, la consultation s'exerce selon les procédures habituelles propres aux différentes spécialités.

3.2. Besoins recensés

a) organiser les consultations externes

• la prise de rendez-vous

Elle peut être simplifiée et optimisée par accès direct au cahier de rendez-vous des services hospitaliers (s'ils sont informatisés et consultables) à partir de l'UCSA. Ceci concerne particulièrement l'accès aux plateaux techniques (radiologie, imagerie, ...).

• préparer la consultation

Cette préparation est assurée par l'envoi au service de consultation des éléments du dossier médical nécessaires à une bonne prise en charge du patient placé

sous main de justice, évitant des consultations multiples ou itératives.

A l'inverse, selon l'architecture informatique, l'UCSA pourra éventuellement donner accès aux dossiers informatiques qui sont en sa possession, mais cette procédure pose davantage de problèmes de sécurité et de confidentialité.

- assurer le suivi post-consultation ;
- recevoir les résultats et comptes-rendus des spécialistes.

L'hôpital transmettra vers l'UCSA le compte-rendu de la consultation et les résultats des examens complémentaires effectués et informera les médecins des traitements prescrits et de leurs modalités d'application et de suivi. Il faudra donc que l'UCSA puisse recevoir par un intranet sécurisé, les résultats et les comptes-rendus des spécialistes.

b) activer des solutions télématiques

- disposer de moyens de téléconsultations

La consultation de certains spécialistes à distance par visioconférence permet d'assurer une meilleure qualité des soins tout en évitant certaines extractions. On peut ainsi penser que des disciplines comme la dermatologie pourraient utiliser ces techniques de télédiagnostic pour simplifier et rendre plus rapide l'accès aux soins pour les personnes détenues.

3.3. Recommandations pour des solutions fonctionnelles

- la gestion et la prise des rendez-vous nécessite un accès pour l'UCSA au SIH de l'hôpital et à son système de gestion des rendez-vous ;
- la transmission du dossier médical et la réception des comptes-rendus relèvent d'une messagerie spécialisée et sécurisée, telle qu'elle se met en place dans le cadre du Réseau Santé Social ou d'intranets médicaux sécurisés. Cette situation sera celle des UCSA, des SMPR et des services médicaux des établissements à gestion déléguée ;
- l'accès à des informations complémentaires (banques de données, ...) devra permettre une meilleure prise en charge, plus adaptée, des traitements prescrits (ex : le cas des trithérapies, les traitements des diabétiques, ...) ;
- pour les visioconsultations, il faut disposer au sein de chaque site, d'un poste de visioconférence (PC + caméra + phonie). Il s'agira du même poste que celui utilisé pour la gestion des urgences médico-chirurgicales (voir plus loin). Ce poste devra être connecté aux services de consultations de l'hôpital où des postes de "téléconsul-



tation" devront être aménagés en accord avec les spécialistes hospitaliers. Cette pratique ne doit pas se substituer aux consultations pratiquées dans l'UCSA ou éviter une consultation dans un établissement hospitalier si cela est nécessaire.

Ceci nécessite la connexion des UCSA, des SMPR et des services médicaux des établissements à gestion déléguée :

- au RSS ou aux intranets médicaux sécurisés ;
- aux sites de consultations spécialisées (visioconférence) par des lignes spécialisées (Numéris ou RTC ou large bande) ;
- au SIH de l'hôpital de rattachement via une connexion spécifique et sécurisée ;
- et l'utilisation de la carte de professionnel de santé qui permet l'identification et l'authentification du professionnel de santé.

Notons que ces 3 types de connexions peuvent être assurés par la même infrastructure technique.

3.4. Résultats attendus

Les enjeux de la télémédecine dans ce domaine apparaissent importants car ils concernent :

- la sécurité et la confidentialité des transmissions d'informations nominatives ;
- un meilleur accès au spécialiste hospitalier ;
- l'amélioration de la qualité et de la continuité des soins ;
- une optimisation du nombre des extractions et des coûts de transport ;
- la diminution des risques liés à l'extraction ;
- la sécurité des personnes détenues et des personnels.

4. Fiche 4 En cas d'urgence

4.1. Situation actuelle

a) des situations d'urgence différentes

Les urgences surviennent dans différentes situations :

- lorsque le personnel soignant est présent (infirmière et/ou médecin), les urgences sont prises en charges sur le site. Cependant selon la gravité de la situation et les circonstances il peut être fait appel au SMUR ;
- en l'absence de personnel soignant (nuit, week-ends...) des solutions ont été arrêtées dans le cadre de protocole afin de gérer au mieux les situations d'urgences. On peut ainsi faire appel, selon les environnements et les situations, aux médecins généralistes du secteur, à des urgentistes privés (SOS Médecins par exemple), au Centre 15 ; ce dernier étant toujours le référent désigné en cas d'urgence vitale.

b) la particularité des situations d'urgence

La définition de l'urgence varie selon l'intervenant concerné (soignant ou personnel pénitentiaire), et le type d'urgence, médicale, vitale, sociale, psychologique, ...

La prise en charge locale de l'urgence varie également selon :

- l'expertise de l'équipe soignante ;
- l'équipement de l'unité de soins ;
- la disponibilité des moyens et des personnels pénitentiaires si l'extraction est nécessaire.

c) les conditions de prise en charge de l'urgence

- l'urgence peut être prise en charge à l'UCSA (lorsqu'il s'agit d'urgences simples, ne nécessitant pas d'examen complémentaire, ni de gestes importants) ;
- le patient peut être pris en charge à l'hôpital de rattachement (urgences plus compliquées, besoins d'exams complémentaires, gestes à pratiquer, besoin d'instaurer une surveillance hospitalière) ;
- en cas d'urgence grave et évidente, le SMUR est appelé via le centre 15.



4.2. Besoins recensés

a) adapter la réponse aux besoins réels

L'urgence en milieu pénitentiaire crée deux types de besoins :

1. *Bien évaluer le niveau de l'urgence comme pour un appel à domicile par des tiers*

Une aide à l'évaluation des degrés de l'urgence permettrait de dédramatiser certaines situations et d'apporter plus rapidement la réponse appropriée au problème en cours.

2. *Eviter certaines extractions*

On peut estimer que certaines extractions pourraient être évitées si un avis spécialisé était fourni (par les urgentistes de l'hôpital de rattachement, par exemple) ou si une conduite thérapeutique adaptée était proposée par le service d'urgences de ce même hôpital.

b) activer des solutions télématiques

- pour répondre à ces besoins, il apparaît souhaitable de renforcer les liens entre UCSA, SMPR et les services médicaux des établissements à gestion déléguée et le service d'urgences de l'hôpital de proximité afin de pouvoir disposer de l'avis autorisé d'un urgentiste confirmé. Cet avis pourra orienter la prise en charge de l'urgence selon deux directions :
- le cas clinique relève effectivement d'une prise en charge urgente. Dans ce cas, l'avis de l'urgentiste permettra de préparer le transfert, d'orienter précisément le patient vers la structure la plus adaptée, d'assurer un meilleur accueil médical du patient aux urgences hospitalières ;
- le cas clinique peut être traité en établissements pénitentiaire par le personnel sur place. Le contact avec le médecin urgentiste permettra :
 - de dédramatiser la situation ;
 - de guider les gestes thérapeutiques et la prise en charge sur place ;
 - d'éviter les extractions inutiles.

Les moyens de la télémédecine (visioconférence, téléconsultation) peuvent apporter des solutions appropriées à ce besoin.

4.3. Recommandations pour des solutions fonctionnelles

La mise en œuvre de ces solutions nécessitera :

- l'installation dans l'UCSA et le SMPR, d'une station de visiodiagnostic (PC + caméra + phonie) et de visioconférence ;
- la connexion avec une station identique située au service d'urgences de l'hôpital de rattachement ;
- les fonctions de téléconsultation, télédiagnostic et télé-expertise au service des urgences hospitalières 24h/24, 7j/7 pour le professionnel de santé intervenant au sein de l'UCSA.

Trois services hospitaliers sont particulièrement concernés par la prise en charge des urgences : les services d'obstétrique, les unités de soins intensifs (U.S.I.), les services d'accueil des urgences.

4.4. Résultats attendus

L'exploitation de ces nouveaux services permettra :

- une meilleure prise en charge des urgences (soins primaires, préparation du transfert, arrivée à l'hôpital) ;
- une meilleure préparation des transferts en milieu spécialisé ;
- et peut-être une réduction du nombre d'extractions pour "urgence".

5. Fiche 5 La surveillance médicale

5.1. La surveillance des femmes enceintes à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis

Situation actuelle

- la maison d'arrêt des femmes héberge environ 280 femmes, dont une dizaine sont enceintes. Environ 10 par an vont accoucher au centre hospitalier Sud Francilien, établissement de rattachement, et reviennent en prison avec leur bébé qu'elles gardent auprès d'elles jusqu'à l'âge de 18 mois.



- pour la prise en charge de ces femmes, l'UCSA dispose de deux vacations de gynécologie par semaine. Il y a une sage-femme qui intervient à raison de deux demi-journées par semaine consacrées d'une part à une activité de consultations et d'autre part à une activité de prévention et d'éducation à la santé. Ce sont les infirmières qui suivent les futures parturientes entre ces deux consultations.

Besoins de télésurveillance

La transmission, à l'hôpital de rattachement, d'enregistrements sur monitoring, effectués au sein de l'établissement pénitentiaire sur les femmes enceintes, permettrait de communiquer avec le service ad hoc en temps réel.

Ce monitoring s'inscrirait dans le suivi des grossesses, afin de permettre une réduction des hospitalisations et des consultations surtout pour les personnes détenues en fin de grossesse (menace d'accouchement prématuré, contractions, ...) qui entraînent des extractions parfois injustifiées et de toute manière répétées.

Recommandations pour des solutions techniques

Elles peuvent être de trois types :

- un monitoring permettant l'enregistrement sur place des paramètres et des signaux de surveillance de la grossesse (enregistrements fœtal et maternel) ;
- la connexion à la centrale de télésurveillance de la maternité ;
- le retour des comptes-rendus de la télésurveillance.

Résultats attendus

La télésurveillance des femmes enceintes apparaît comme une application dont les bénéfices seront immédiats. Elle recouvre de réels besoins et devrait avoir un impact sur la qualité de vie des parturientes, le confort de travail du personnel de l'UCSA, et le nombre d'extractions évitées.

5.2. Besoins recensés pour la télésurveillance en général

Les surveillances continues "en temps réel" sont irréalisables actuellement en UCSA. L'utilisation d'équipements de monitoring directement dans la cellule et la mise en place d'un concept type hospitalisation à domicile (HAD), ne peut aujourd'hui être retenue sauf cas particulier, car on ne peut laisser des appareillages sophistiqués en cellule.

En revanche, l'exploitation d'images en temps différé d'ECG, d'EMG, de cliché dermatologique, répond à la difficulté de joindre des spécialistes en direct et leur donne

la possibilité de réserver quelques dizaines de minutes par jour pour avis consultatif sur les images, les tracés et les signaux transmis.

Un contact avec le médecin spécialiste qui a pris en charge la personne détenue lors de son hospitalisation, permet d'assurer une continuité du suivi en organisant éventuellement des visites par caméra depuis le centre hospitalier.

Recommandations pour les solutions fonctionnelles

La télémédecine peut améliorer la surveillance médicale de certaines personnes détenues si l'on met en place un système de téléconsultation entre l'hôpital de rattachement et l'UCSA basé sur le principe de la visioconférence pour surveiller médicalement le patient détenue à partir de l'hôpital.

Le médecin hospitalier, à sa demande ou à la demande de son confrère de l'UCSA, peut initialiser la téléconsultation selon un protocole préétabli.

Le système de téléconsultation devra permettre l'acquisition, le stockage et la télétransmission de signaux et d'images en temps différé.

Les outils nécessaires à la télésurveillance ne sont guère différents des applications télématiques déjà décrites. Elles utilisent :

- la visioconférence ;
- ou la téléconsultation ;
- les liaisons téléphoniques et télématiques (Numéris).

En cas de surveillance continue, une liaison directe spécialisée avec la centrale de télésurveillance de l'hôpital de rattachement apparaît souhaitable.

5.3. Résultats attendus

Dans l'état actuel, il n'est pas concevable de "télé-surveiller" certains patients directement dans leur cellule.

Seules des visioconférences ou des téléconsultations régulières au sein de l'UCSA, des SMPR et des services médicaux des établissements à gestion déléguée, en présence du personnel de cette unité permettront de surveiller à distance l'évolution d'une affection aiguë ou chronique.



6. Fiche 6

L'hospitalisation

6.1. Situation actuelle

La transmission d'informations médicales nominatives est essentielle à la prise en charge coordonnée des patients détenus. Lors de l'hospitalisation à l'hôpital de rattachement, il est utile que le médecin hospitalier ait connaissance des antécédents et de l'histoire médicale du patient qui lui est adressé.

- Ceci est vrai a fortiori pour les autres hôpitaux où le patient peut être admis (les Unités de Soins Intensifs des CHU par exemple, en services de psychiatrie accueillant les personnes détenues ayant bénéficié des dispositions de l'article D-398 du Code de Procédure Pénale).

6.2. Besoins recensés

a) les flux d'informations

La transmission concerne des informations médicales :

- transfert des données du dossier médical de l'UCSA, du SMPR et des services médicaux des établissements à gestion déléguée vers l'hôpital ;
- retour des données concernant la prise en charge du patient et la thérapeutique.

Remarque : La plupart des logiciels de cabinets médicaux permettent d'effectuer automatiquement une "synthèse" du dossier existant pour un envoi "personnalisé" vers l'hôpital ou accès direct au dossier de l'hôpital.

b) les types d'informations

- des informations administratives :
 - transfert de documents administratifs,
 - création d'IPS (identifiant patient santé), commun avec l'hôpital,
 - procédures d'hospitalisation d'office (HO),
 - facturation, activité, gestion du personnel, informations générales ;
- des résultats d'examen, rapports, comptes-rendus, lettres de liaison et de sortie ;
- des informations concernant les thérapeutiques administrées au patient placé sous main de justice

(modalité de prise en charge, soins) ;

- la synthèse (résumé) du dossier médical ;
- des images médicales :
 - l'imagerie médicale peut être transmise en cas de besoin pour interprétation par un radiologue aux services de radiologie de l'hôpital de rattachement.

Réciproquement, l'image médicale acquise à l'hôpital peut être réadressée pour stockage dans le dossier médical du patient placé sous main de justice. Ces images peuvent revenir sous forme de film dans un délai compatible avec la poursuite de la prise en charge du patient détenu ;

- les réunions de visioconférences régulières peuvent permettre aux médecins hospitaliers et aux praticiens exerçant dans les UCSA, les SMPR et les services médicaux des établissements à gestion déléguée de confronter leurs points de vue et de procéder à de véritables téléstaffs pour des prises de décisions médicales communes ;
- des données logistiques
 - échanges d'informations relatives aux besoins des services,
 - commandes et approvisionnements ;
- les aides en ligne par accès aux serveurs d'information de l'hôpital (informations générales, formations générales, formation, serveurs de données...).

c) activer des solutions télématiques

Leur mise en œuvre et leur utilisation permettraient :

- la communication des sites en établissements pénitentiaires avec le système d'information (SIH) de l'hôpital ;
- la communication des sites en établissements pénitentiaires avec le système d'information radiologique de l'hôpital ;
- la visioconférence ;
- la transmission de résultats.

6.3. Décider des solutions fonctionnelles

a) des pré-requis

Une transmission télématique ne sera possible avec les hôpitaux que si les structures de soins disposent de dossiers médicaux informatisés (voir fiches 1 et 2) et de moyens sécurisés de communiquer électroniquement avec l'extérieur.

Leur informatisation et la mise à disposition des outils télématiques grâce aux intranets sécurisés sont donc des éléments clés du développement de la télématique en établissement pénitentiaire.

La mise en œuvre de ces solutions nécessitera :

b) des solutions spécifiques

- l'installation d'outils de visioconférence entre les structures de soins du milieu pénitentiaire et l'hôpital de rattachement pour permettre aux professionnels de santé de participer aux téléstaffs hospitaliers locaux ou régionaux pour discuter des cas cliniques et de leur suivi ;
- la connexion des structures de soins en établissement pénitentiaire au SIH de l'hôpital de rattachement permet aux soignants de disposer au cours et au décours de l'hospitalisation des résultats, bilans, rapports, comptes-rendus et courriers hospitaliers, prescription thérapeutique et éléments de surveillance, et ce en temps réel et en continu ;
- la connexion au SIH de l'hôpital de rattachement permet d'harmoniser aussi toutes les informations administratives et logistiques communes ;
- la connexion au système d'information radiologique de l'hôpital assure deux fonctions :
 - soit avoir une téléinterprétation d'une image radiologique ou échographique effectuée dans l'UCSA, le SMPR ou les services médicaux des établissements à gestion déléguée,
 - soit avoir accès au dossier d'imagerie hospitalier ;
- le rattachement à un intranet médical sécurisé permet l'échange sûr et confidentiel des lettres, rapports, comptes-rendus, et résultats.

6.4. Résultats attendus

On peut attendre de ces fonctionnalités une meilleure transmission des données entre UCSA, SMPR et services médicaux des établissements à gestion déléguée et l'hôpital et réciproquement permettant une meilleure connaissance du malade par une réelle coordination des soins.

7. Fiche 7 Le transfert et la libération

7.1. Situation actuelle

a) transmission de l'information lors du transfert vers un autre établissement pénitentiaire

L'information médicale peut concerner :

- les UCSA ;
- les SMPR, services médico-psychologiques régionaux.

Ces différentes structures assurent conjointement ou successivement (lors du transfert des personnes détenues ou d'incarcérations itératives), la prise en charge et le suivi médico-sanitaire des personnes détenues : elles doivent en conséquence, pouvoir échanger les informations médicales des patients (dossier médical) en temps réel, dans la confidentialité et en toute sécurité, conditions parfois difficiles à respecter lors des transferts des personnes détenues.

b) sortie pour libération

Lorsque la personne détenue est libérée, et avec son accord, il est parfois souhaitable qu'il bénéficie d'un suivi médical.

Le médecin de ville qui le prend en charge doit pouvoir disposer des données nécessaires à ce suivi médical.

Dans certains cas, le suivi peut être assuré dans le cadre des consultations du centre hospitalier de rattachement.

7.2. Besoins recensés

Un système d'information homogène et communicant

Pour améliorer le suivi médical entre les structures intervenant dans les établissements pénitentiaires, il est licite d'envisager la mise en place d'un dossier médical qui puisse être communiqué entre les différents établissements. Ceci permettrait une meilleure transmission d'informations médicales entre structures médicales des établissements pénitentiaires lors du transfert du patient.

Lorsque la personne détenue est libérée, l'information vers le médecin de ville pourrait prendre la



forme d'une communication hôpital-ville, l'UCSA et le SMPR apparaissant au sein du système d'information hospitalier de rattachement comme une unité médicale hospitalière anonyme si la personne détenue a donné son accord.

7.3. Recommandations pour des solutions fonctionnelles

Il s'agit de rendre disponible de façon discrète, les informations à partir du centre hospitalier de rattachement, sachant que les patients détenus ne sont pas dans le SIH et s'assurer que le passé pénitentiaire a disparu de sa fiche personnelle. Il est en effet important de ne pas perdre les données médicales du patient.

Solutions fonctionnelles

La mise en place d'un dossier médical informatisé au sein des UCSA, des SMPR et des services médicaux des établissements à gestion déléguée apparaît comme un outil indispensable à un suivi médical de qualité et au renforcement des échanges d'informations entre les professionnels de santé chargés de prendre en charge successivement le patient.

La communication entre les unités médicales concernées pourra prendre les voies des intranets médicaux sécurisés tel le Réseau Santé Social.

La connexion entre UCSA, SMPR et médecins de ville devra – pour des raisons de confidentialité – être différente : les UCSA, les DSP et SMPR devront apparaître comme des unités médicales du centre hospitalier de rattachement. Le transfert de données se fera alors du système d'information de l'établissement vers le médecin de ville.

Les solutions télématiques sont sans particularité et peuvent relever des fonctions du Réseau Santé Social (RSS) et de l'utilisation de la carte de professionnelle de santé (CPS).

7.4. Résultats attendus

On peut attendre de la télématique :

- une amélioration de la continuité de la prise en charge de la personne détenue au cours de ses passages dans les différentes unités pénitentiaires ;
- un suivi médical de qualité de la personne détenue au cours de son(ses) incarcérations ;
- une meilleure liaison avec la médecine de ville au décours de sa détention.

8. Fiche 8 L'exploitation statistique des données médicales

8.1. Situation actuelle

Les données épidémiologiques et statistiques concernant l'état de santé de la population carcérale sont dispersées et trop souvent inhomogènes. Une meilleure connaissance de cette population " à risque " doit s'appuyer sur des outils d'exploitation communs de dossiers compatibles.

8.2. Besoins recensés

Les données statistiques utiles

Elles concernent les informations suivantes :

- statistiques descriptives classiques habituellement produites par les unités de consultation :
 - nombre de consultations,
 - nombre moyen de consultations pour un même patient par an,
 - lettres clés produites et consommées,
 - spécialités mises à contribution,
 - prescriptions réalisées,
 - durée moyenne des consultations,
 - pathologies rencontrées,
 - transports réalisés ;
- statistiques descriptives de l'activité d'un SMPR :
 - file active,
 - nombre de patients pris en charge dans chaque modalité de prise en charge,
 - échelle de gravité de l'état des patients placés sous main de justice,
 - diagnostics,
 - durée moyenne de séjour ;
- statistiques sur la production d'actes :

S'il existe un dossier médical informatisé, relevé fondé d'abord sur la prise de rendez-vous de consultation et d'examen médicaux ;



- relevé d'activité médicale :
 - consultations de généralistes,
 - consultations de spécialistes,
 - actes soignants,
 - actes dentaires,
 - actes de radiologie,
 - actes de laboratoire,
 - prothèses ;

8.3. Recommandations pour des solutions fonctionnelles

La mise en place d'un dossier informatisé permet également de produire plus aisément des relevés d'activité et des statistiques médicales concernant les populations suivies.

Pour des études transversales, l'adressage de fichiers anonymisés vers un centre de calcul chargé du traitement des données est une opération simple et sûre qui respecte la confidentialité des données.

La télématique n'est utile que pour le transfert des données et l'accès aux résultats des exploitations statistiques.

8.4. Appréciation de l'impact des résultats attendus

L'appréciation des sources statistiques permettra :

- d'avoir une meilleure connaissance de l'état médical de la population pénale ;
- de connaître l'évolution de cet état sanitaire régulièrement afin d'assurer d'assurer une politique de santé, adaptée à cette population.

