



UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Propositions pour améliorer la communication entre les USMP et
les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus des
centres pénitentiaires de la métropole lilloise : Technique du
groupe nominal**

Présentée et soutenue publiquement le 04/10/2022 à 16h00
au Pôle Formation

par Emilien JENNESSON

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Valéry HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin RAFFOUX

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AME : Aide médicale de l'État

C2S : Complémentaire santé solidaire

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre médico psychologique

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNPE : Centre national de la protection sociale des personnes écrouées

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPLA : Centre pénitentiaire de Lille-Annœullin

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DMG : Département de médecine générale

DMP : Dossier médical partagé

DPI : Dossier patient informatisé

DSS : Dispositif de soins somatiques

DSP : Dispositif de soins psychiatriques

EMPP : Équipe mobile Psychiatrie précarité

EMOT : Équipe de mobilité transitionnelle

EPSNF : Établissement public de santé national de Fresnes

JAP : Juge d'application des peines

MALS : Maison d'arrêt de Lille-Sequedin

MSS : Messagerie de santé sécurisée

MT : Médecin traitant

QPR : Quartier de prise en charge de la radicalisation

LISTE DES ABREVIATIONS

SMPR : Service médico-psychologique régional

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

TGN : Technique du groupe nominal

UCSA : Unité de consultations et de soins ambulatoires

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

UPS : Unité de préparation à la sortie

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

UVF : Unité de vie familiale

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	2
TABLE DES MATIERES	4
RESUME	6
INTRODUCTION	7
A. PRESENTATION DU MILIEU CARCERAL EN FRANCE	8
1) Définitions.....	8
a) Les maisons d'arrêt.....	8
b) Les établissements pour peine.....	8
2) Les centres pénitentiaires de la métropole lilloise.....	9
a) Le centre pénitentiaire de Lille-Annœullin.....	9
b) Le centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin.....	10
B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CARCERALE	10
1) Statut socio-économique.....	11
2) État de santé des personnes détenues.....	11
a) Pathologies psychiatriques.....	11
b) Addictions.....	11
c) Pathologies chroniques.....	12
C. ACCES AUX SOINS PENDANT L'INCARCERATION	12
1) Aspect législatif.....	12
2) Les missions.....	13
3) La consultation arrivant.....	13
D. CONTINUITÉ DES SOINS APRES LA DETENTION	14
1) La consultation sortant.....	14
2) La protection sociale après la détention.....	15
a) Pour les personnes en situation régulière.....	15
b) Pour les personnes en situation irrégulière.....	15
3) Relation entre les médecins généralistes et les anciens détenus.....	16
E. RATIONNEL DE L'ETUDE	16
1) Travail préparatoire.....	16
2) Résultats.....	18
F. QUESTION DE RECHERCHE	19
MATERIEL ET METHODE	20
A. LA TECHNIQUE DU GROUPE NOMINAL	20
B. LES DIFFERENTS TEMPS DU GROUPE NOMINAL	21
C. FORMATION DU GROUPE NOMINAL	22
1) Population.....	22
2) Recrutement.....	22
3) La question nominale.....	23
4) Déroulé du groupe nominal.....	23
5) Analyse des résultats.....	24

RESULTATS	25
A. PROPOSITIONS EMISES LORS DU GROUPE NOMINAL	25
B. PRIORITE ET POPULARITE DES PROPOSITIONS	26
C. PROPOSITIONS RETENUES	27
DISCUSSION	28
A. LA METHODE	28
1) Les points forts	28
a) Qualité de la technique du groupe nominal	28
b) Composition du groupe d'expert.....	29
c) Réflexion préalable	29
2) Les points faibles	29
a) La visioconférence	29
b) Manque d'expérience de l'animateur.....	29
c) Volontariat	30
d) Difficultés organisationnelles	30
e) Extrapolation des résultats	30
B. LES RESULTATS	31
C. REFLEXIONS AUTOUR DES PROPOSITIONS RETENUES	32
1) Prise de contact rapide de l'USMP avec le médecin traitant après l'arrivée en détention.....	32
a) Intérêt	32
b) Faisabilité.....	33
c) Limites	34
2) Rédaction d'un courrier de sortie commun entre le DSS et les DSP de chaque centre pénitentiaire..	35
a) Intérêt	35
b) Faisabilité.....	35
c) Les « sorties sèches », une problématique majeure pour la continuité des soins.....	36
3) Courrier de contact direct ou notification (Apicrypt® ou autre) d'entrée ou de sortie d'incarcération à destination du médecin traitant / Envoyer le courrier de sortie via un mail sécurisé (Apicrypt® Hprim® MsSanté®) aux médecins traitants	38
a) Intérêt	38
b) Les différentes plateformes de messagerie de santé sécurisées.....	39
c) Faisabilité.....	39
d) Limites	40
4) Cibler les patients présentant des comorbidités somatiques, psychiatriques et/ou sociales pour l'organisation du suivi avant la fin de l'incarcération	40
a) Intérêt	40
b) Faisabilité.....	41
c) Limites	41
CONCLUSION	42
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	46
ANNEXE 1 : Fiche arrivant	46
ANNEXE 2 : Préparation du groupe Nominal du 28/04/2022	48
ANNEXE 3 : Notification de prise en charge par l'USMP	56
ANNEXE 4 : Mail envoyé aux médecins des USMP	57

RESUME

Introduction: Pour que le patient-détenu puisse être acteur de sa santé après sa libération, des échanges d'informations et des relais entre les intervenants intramuros et les acteurs de l'offre de soins en milieu libre sont nécessaires. Certains freins persistent, notamment le manque d'échanges entre les USMP et les médecins traitants. L'objectif de cette étude est de proposer des pistes de réflexion concrètes dans le but d'améliorer la communication entre les USMP de la métropole Lilloise et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus.

Méthode: La technique qualitative du groupe nominal a été utilisée pour le recueil de données de cette étude. Un échantillon de quatre médecins généralistes et de quatre médecins exerçant en USMP s'est exprimé autour de la question nominale : « Que proposez-vous pour améliorer la communication entre les USMP et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus des centres pénitentiaires de la métropole lilloise ? ».

Résultats: Les experts ont fait ressortir 16 propositions lors du groupe nominal. Les 5 propositions retenues étaient celles dont le score (nombre de votes ou nombre de points) était strictement supérieur au 75ème percentile. Une prise de contact précoce entre les USMP et les médecins traitants, l'utilisation de messagerie de santé sécurisée et une sélection des patients à prioriser sont les 3 grands axes d'amélioration que l'on peut retenir grâce à ce travail.

Conclusion: Ce travail de recherche a permis de cibler les attentes des médecins traitants et des médecins d'USMP en matière de communication. Grâce à la technique du groupe nominal, un consensus autour de 5 propositions concrètes a été trouvé. Elles ont permis de faire émerger des solutions facilement applicables sans modification structurelle des pratiques courantes.

INTRODUCTION

En Décembre 2021, la France comptait 69992 détenus répartis dans les 187 établissements pénitentiaires présents sur le territoire (1).

La population carcérale se caractérise par une surreprésentation des catégories sociales les moins favorisées. Elles cumulent en amont de l’incarcération des difficultés socio-économiques et sanitaires (2)(3). La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 proclame dans son article 46 le droit, au bénéfice des personnes incarcérées, à une qualité et à une continuité des soins équivalentes à celles de l'ensemble de la population (4).

La prise en charge médicale des personnes détenues prend tout son sens si elle s’inscrit dans la durée, c’est-à-dire au-delà du séjour en prison grâce à la coordination avec les médecins traitants. Pour que le patient-détenu puisse être acteur de sa santé après sa libération au même titre que les autres citoyens, cela implique un accompagnement, des échanges d’informations et des relais entre les intervenants de sa prise en charge intramuros et les acteurs de l’offre de soins en milieu libre.

Certains freins persistent dans le parcours de soins du patient sortant de prison. Il s’agit du risque de rupture de droits après la libération, de l’incidence des modalités d’exécution de peine mais également de la mauvaise communication entre les unités sanitaires en milieu pénitentiaires (USMP) et les médecins traitants (MT). Ces éléments peuvent induire un risque de rupture thérapeutique (5).

L’objectif de cette étude est de proposer des pistes de réflexion concrètes dans le but d’améliorer la communication entre les USMP de la métropole Lilloise et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus.

A. PRESENTATION DU MILIEU CARCERAL EN FRANCE

1) Définitions

Les établissements pénitentiaires sont classés en 4 grandes catégories (6):

a) Les maisons d'arrêt

Il en existe 81 dont 50 quartiers « maison d'arrêt » (situés dans les centres pénitentiaires).

Elles reçoivent :

- Les personnes prévenues en détention provisoire (personnes détenues en attente de jugement ou dont la condamnation n'est pas définitive),
- Les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans ainsi que celles en attente d'affectation dans un établissement pour peine.

b) Les établissements pour peine

Au nombre de 98, ils sont divisés en fonction du type de population pénale qu'ils accueillent.

On distingue :

- Les maisons centrales (x6) qui accueillent les personnes détenues condamnées à une longue peine et/ou présentant des risques sécuritaires,
- Les centres de détention (x25), qui reçoivent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent les meilleures perspectives de réinsertion sociale.

- Les centres de semi-liberté (x9), qui accueillent des personnes condamnées admises au régime du placement extérieur ou de la semi- liberté. La personne condamnée détenue peut s'absenter de l'établissement durant la journée,
- Les centres pénitentiaires (x58), établissements mixtes, comprennent au moins deux quartiers différents (maison d'arrêt, centre de détention et/ou maison centrale).

On compte également 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

2) Les centres pénitentiaires de la métropole lilloise

a) Le centre pénitentiaire de Lille-Annœullin

Le centre pénitentiaire de LILLE-ANNOEULLIN (CPLA) est doté d'une capacité d'accueil de 688 places (7) :

- Deux quartiers « maison d'arrêt » de 150 et 210 places,
- Un quartier « centre de détention » de 210 places,
- Un quartier « Quartier de prise en charge de la radicalisation » (QPR) de 28 places,
- Un quartier « service médico-psychologique régional » (SMPR) de 20 places,
- Un quartier « accueil » pour les nouveaux arrivants de 50 places,
- Six unités de vie familiale (UVF).

Il convient d'ajouter à ces 688 places :

- 12 places de quartier d'isolement,
- 14 places de quartier disciplinaire,
- 2 places de quartier disciplinaire au QPR.

b) Le centre pénitentiaire de Lille-Loos-Sequedin

1. La maison d'arrêt de Lille-SEQUEDIN

La maison d'arrêt de LILLE-SEQUEDIN (MALS) est dotée d'une capacité d'accueil de 652 places :

- Deux quartiers « maison d'arrêt » hommes pour un total de 435 places ;
- Un quartier « maison d'arrêt femmes » de 148 places dont 5 places mère-enfant ;
- Un quartier « d'accueil » pour les nouveaux arrivants d'une capacité de 20 places ;
- Un centre national d'évaluation de 30 places ;
- Un quartier « disciplinaire » de 9 places et un quartier « d'isolement » de 10 places.

2. L'UHSI du centre hospitalier universitaire de Lille

L'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI) du CHU de Lille est dotée d'une capacité d'accueil de 21 places regroupées dans une seule unité.

B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION CARCERALE

Au 1^{er} Décembre 2021, la France comptait 69992 personnes écrouées détenues dont 2982 femmes soit 3,5% de la population carcérale (8). L'âge moyen était de 34,7 ans. Comme la population française, la population carcérale vieillit. Les détenus âgés de 60 ans et plus n'étaient que quelques centaines il y a 40ans, ils sont désormais plus de 3000.

1) Statut socio-économique

Selon une étude de la DREES de 2003 (9), 16,7% des détenus arrivants en prison déclaraient avoir un domicile précaire ou être sans domicile fixe. A l'entrée en détention, 54% déclaraient être sans activité professionnelle. Au début de l'incarcération, 49% étaient sans diplôme et 20% avaient échoué au test de lecture réalisé.

A ces difficultés s'ajoutait un manque de recours aux soins. Parmi les nouveaux entrants en prison, 13,6% n'avaient aucune protection sociale et 43,8% déclaraient n'avoir eu aucun contact avec le système de soins dans les douze mois précédant l'incarcération.

2) État de santé des personnes détenues

a) Pathologies psychiatriques

Deux études de 2002 et 2006 (10)(11) s'intéressaient à la santé mentale des détenus en France. Il en ressortait que 55% des détenus arrivants en prison déclaraient avoir un antécédent psychiatrique et 16% avaient déjà été hospitalisé en psychiatrie. Au cours de la détention, 27,4% des personnes détenues avaient présenté des troubles psychiatriques dont 18% de syndromes dépressifs majeurs, 21% de troubles anxieux et 12% de troubles psychotiques.

b) Addictions

Dans les prisons françaises la prévalence des addictions était élevée. Lors de leur arrivée en détention, 78% des détenus fumaient quotidiennement, 31% des arrivants avait une consommation abusive d'alcool et 9,4% d'entre eux étaient dépendant à l'alcool. On constate également que 10,8% des entrants étaient dépendants aux drogues (10)(11).

c) Pathologies chroniques

En France, la part des personnes écrouées de plus de 50 ans est passée de 4,5% à 12,6% en 30 ans. Le risque de développer une pathologie chronique augmente avec l'âge. Une étude régionale de 2015 montrait que 87% des détenus de 65 ans et plus souffraient d'une telle pathologie. Elle montrait également que 36% des nouveaux détenus, quel que soit l'âge, déclaraient au moins une maladie chronique somatique (12).

Les pathologies broncho-pulmonaires (asthme, BPCO...) et cardiovasculaires (hypertension artérielle, arythmie...) représentaient la moitié des pathologies chroniques rencontrées. Les premières concernaient les détenus les plus jeunes avec un âge moyen de 34 ans et les secondes les détenus les plus âgés avec un âge moyen de 48 ans (13).

C. ACCES AUX SOINS PENDANT L'INCARCERATION

1) Aspect législatif

La loi du 18 janvier 1994 (14) a permis d' « *intégrer les personnes détenues dans le système général de santé [...] en leur permettant d'accéder aux mêmes soins que les personnes non privées de libertés* ». Ce dispositif a été mis en place pour prendre en charge de façon globale la santé des patients détenus. Non seulement les aspects somatiques et psychiatriques mais aussi les aspects préventifs et curatifs. La santé des détenus est confiée à des personnels hospitaliers. Chaque patient bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé par le régime général d'assurance maladie à compter de la date d'écrou (15).

Les dépenses de santé sont alors prises en charge à hauteur de 100% des tarifs de la sécurité sociale, en tiers payant intégral.

Cette loi permet également la création des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA), véritables unités fonctionnelles d'un service hospitalier. Chaque UCSA est rattachée à un établissement de santé de proximité. En 2012 est créée l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) qui regroupe deux entités qui sont le DSS (Dispositifs de Soins Somatiques) anciennement dénommée UCSA et le DSP (Dispositif de Soins Psychiatriques).

2) Les missions

Les missions des USMP sont :

- L'organisation des soins en milieu pénitentiaire :
 - Consultations d'odontologie,
 - Consultations de médecine générale,
 - Consultations de soins infirmiers,
 - Consultations spécialisées,
 - La permanence des soins,
- L'organisation des soins en milieu hospitalier et des extractions médicales,
- La prévention, la vaccination, l'éducation à la santé et le dépistage,
- La continuité des soins en faisant le lien à la sortie de détention avec les structures extérieures (médecins traitants, Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)...).

3) La consultation arrivant

Chaque nouveau patient-détenu est pris en charge dans les 48h après son arrivée dans l'établissement pénitentiaire. Il bénéficie d'une visite médicale permettant de faire le point sur

ses antécédents personnels et familiaux, ses vaccinations, ses allergies, ses consommations de substances. Un examen clinique est réalisé. Le patient « arrivant » se voit proposer une radiographie thoracique de dépistage de la tuberculose ainsi qu'un bilan biologique adapté au patient et de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) (16). Cet entretien médical est réalisé par l'un des médecins généralistes de l'USMP sur le site d'incarcération dans le respect du secret médical. A l'issue de cette consultation une fiche « arrivant » est éditée et ajoutée au dossier médical informatisé via le logiciel « SILLAGE® » qui est le système d'information du CHU de Lille (ANNEXE 1).

D. CONTINUITÉ DES SOINS APRES LA DETENTION

1) La consultation sortant

L'article 53 de la loi pénitentiaire précise qu'une visite médicale est proposée à toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération (17).

L'organisation de cette consultation ne peut se faire sans une bonne coordination entre les USMP et l'administration pénitentiaire qui doit informer les unités sanitaires, de façon anticipée, des dates de libération.

La consultation médicale de sortie est obligatoirement proposée. Elle est assurée par le médecin généraliste de l'unité sanitaire. Elle peut être complétée, si besoin, d'une consultation de psychiatrie ou d'addictologie.

Cette consultation est l'occasion de faire le résumé médical du séjour carcéral et de fournir au patient les documents nécessaires à la poursuite des soins après la sortie (ordonnances, comptes rendus d'examen, courriers médicaux, carnet de vaccination, etc...).

2) La protection sociale après la détention

a) Pour les personnes en situation régulière

La personne libérée doit se rendre avec son bulletin de sortie à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de son nouveau lieu de résidence. Elle se mettra en relation avec le centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE). Une nouvelle attestation de droits lui sera remise.

Si le patient bénéficiait de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) lors de sa mise sous écrou, la prise en charge perdure pendant 1 an.

Si le patient n'en bénéficiait pas, il doit en faire la demande auprès de la CPAM de son nouveau lieu de résidence. Le dossier sera instruit prioritairement si un certificat médical est établi par le médecin de l'USMP attestant de la nécessité d'une prise en charge rapide en raison de son état de santé (18)(19).

b) Pour les personnes en situation irrégulière

Ils peuvent bénéficier à leur libération de l'aide médicale de l'État (AME) s'ils sont présents depuis plus de 3 mois sur le territoire ou s'ils ont des ressources inférieures aux plafonds fixés. L'AME permet la prise en charge à 100% des frais de santé. Le dossier sera instruit prioritairement si un certificat médical est établi par le médecin de l'USMP

3) Relation entre les médecins généralistes et les anciens détenus

D'après une étude qualitative de 2019 (20), les médecins généralistes considéraient que l'incarcération était une information importante pour le suivi médical du patient. Elle était aussi perçue comme un facteur de fragilité qui nécessitait un suivi plus régulier.

Cette même étude montrait que le médecin traitant était considéré comme un soutien essentiel pour le patient à la sortie de détention. Cependant il pouvait arriver que celui-ci exprimait des perceptions négatives qui pouvaient nuire à la relation médecin-patient. Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes étaient souvent en lien avec les antécédents de toxicomanie ou psychiatriques.

E. RATIONNEL DE L'ETUDE

1) Travail préparatoire

Nous avons réalisé, en amont de ce travail de thèse, un large recueil de données dans les centres pénitentiaires de Lille-Annœullin et de Lille-Loos-Sequedin (ANNEXE 2).

Nous nous sommes intéressés aux patients sortants des centres pénitentiaires de la métropole lilloise sur l'année 2021 soit 1354 patients.

Pour les deux centres nous avons cherché à savoir :

- Combien de patients avaient un médecin traitant connu ?
- Si le médecin traitant n'était pas connu, était-ce parce que la donnée était manquante dans le dossier ou bien parce que le patient n'avait tout simplement pas de médecin traitant ?
- Si le patient avait un médecin traitant, quel était son nom ?
- Le patient avait-il bénéficié d'une consultation de sortie ?
- Si la consultation de sortie n'avait pas eu lieu, était-ce parce qu'elle n'avait pas été programmée ou bien parce que le patient l'avait refusé ?
- Le patient avait-il besoin d'un suivi après la libération ?

Nous avons considéré que le patient avait besoin d'un suivi si :

- Il était atteint d'une pathologie chronique,
- Un traitement chronique devait être réévalué et renouvelé si besoin,
- Un schéma vaccinal devait être complété,
- Un examen paraclinique ou une consultation spécialisée étaient programmés ou à prévoir après la libération.

Les données ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé de chaque patient. Chaque patient s'est vu attribué un numéro au hasard compris entre 1 et 1354 afin de préserver leur anonymat.

2) Résultats

Pour le centre pénitentiaire de Lille-Annœullin (CPLA) :

- 43% des patients avaient un médecin traitant déclaré, 51% n'avaient pas cette information renseignée dans le dossier médical et 6% n'avaient pas de médecin traitant,
- 19% des patients ont bénéficié d'une consultation sortant, 13% ont refusé de s'y présenter et pour 68% d'entre eux, la consultation sortant n'a pas pu être programmée,
- 47% des patients avaient besoin d'un suivi après la détention,
 - Pour 75% d'entre eux, un courrier de sortie a été rédigé,
 - Pour 26% d'entre eux, la consultation sortant a eu lieu,
 - Pour 50% d'entre eux, le médecin traitant était connu.

Pour la maison d'arrêt de Lille-Sequedin (MALS) :

- 41% des patients avaient un médecin traitant déclaré, 42% n'avaient pas cette information renseignée dans le dossier médical et 17% n'avaient pas de médecin traitant,
- Aucune consultation sortant n'a été programmée,
- 40% des patients avaient besoin d'un suivi après la détention,
 - Pour 2,3% d'entre eux, un courrier de sortie a été rédigé,
 - Pour 53% d'entre eux, le médecin traitant était connu.

Force est de constater qu'il existe certaines carences dans l'accompagnement du patient sortant ainsi que dans les échanges d'informations entre les différents intervenants (intra-muros et milieu libre). Nous avons proposé au département de médecine générale (DMG) ce travail de thèse, qui vise à faire émerger des propositions d'amélioration de communication entre les unités sanitaires et les médecins traitants au bénéfice du patient sortant.

F. QUESTION DE RECHERCHE

Continuité des soins : Comment améliorer la communication entre les USMP de la métropole lilloise et les médecins traitants lors de la libération des patients détenus ?

MATERIEL ET METHODE

La technique qualitative du groupe nominal a été utilisée pour le recueil de données de cette étude.

A. LA TECHNIQUE DU GROUPE NOMINAL

Développée en 1975 par Delbeck, Van de Ven et Gustafson (21), la technique du groupe nominal (TGN) est une technique de prélèvement de perceptions qui a pour but d'amener un groupe de personnes à s'exprimer librement sur une question qui les concerne directement. Le groupe en question doit être assez homogène afin de pouvoir discuter du sujet en connaissance de cause, mais assez différent pour obtenir des propositions distinctes.

Cette technique offre certains avantages. Tout d'abord, le point de vue de chaque participant sera exprimé. Ensuite le groupe produira un point de vue collectif sans que les participants n'aient à parvenir à un consensus. Enfin, le caractère structuré permet à tous de s'exprimer offre un climat valorisant pour les participants (20).

Cependant, elle demande une préparation sérieuse et beaucoup de discipline lors de sa réalisation. Le rôle de l'animateur est crucial.

B. LES DIFFERENTS TEMPS DU GROUPE NOMINAL

Le groupe nominal a été organisé en différents temps (21) :

- Proposition de la question nominale au groupe d'experts,
- Proposition des idées sur papier durant un temps suffisant pour la réflexion,
- Partage des propositions lors d'un tour de table oral. Les idées sont alors inscrites sur un tableau une à une,
- Clarification des idées : les propositions semblables ont été regroupées après accord du groupe. Celles peu explicites ont été détaillées,
- Phase de vote anonyme : chaque expert a coté 10 idées de la plus importante à ses yeux (valant dix points) à la moins importante (ne valant qu'un point),
- Compilation des résultats : pour chaque item, il a été indiqué le nombre de fois où celui-ci a été cité (popularité) ainsi que le nombre de points qu'il a récolté (priorité),
- Validation des résultats par le groupe : Possibilité de modifications en cas de décision unanime après discussion.

Un animateur (JENNESSON Emilien) s'est occupé d'encadrer les experts tandis qu'un observateur (RAFFOUX Benjamin) a eu en charge la prise de notes des propositions et des votes.

C. FORMATION DU GROUPE NOMINAL

1) Population

La population étudiée se compose de tous les médecins traitants et de tous les médecins généralistes exerçant en USMP dans la métropole lilloise.

L'échantillon analysé était composé de 4 médecins généralistes qui sont, ou qui ont été, les médecins traitants de patient-détenus et de 4 médecins généralistes qui exerçaient en USMP dans les centres pénitentiaires de LILLE-ANNOEULLIN et de LILLE-LOOS-SEQUEDIN.

2) Recrutement

Le recrutement des médecins traitants s'est fait grâce aux données recueillies en amont de cette thèse. Ils ont été contactés par téléphone directement ou via leur secrétariat.

Le recrutement des médecins d'USMP de la métropole lilloise s'est fait par téléphone.

Le groupe d'expert est composé de :

- Deux médecins généralistes libéraux exerçant à DUNKERQUE dont un qui a déjà exercé dans une UCSA,
- Un médecin généraliste libéral exerçant à ROUBAIX,
- Un médecin généraliste salarié exerçant à LENS,
- Deux médecins exerçant à l'USMP du CPLA,
- Deux médecins exerçant à l'USMP de la MALS.

3) La question nominale

La question nominale devait être concise et claire. Dans notre travail, elle était la suivante :
« Que proposez-vous pour améliorer la communication entre les USMP et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus des centres pénitentiaires de la métropole lilloise ? ».

Les médecins ont été invités à s'exprimer autour de la question nominale selon les modalités citées ci-dessus. Le groupe nominal s'est réuni par visioconférence via une application dédiée (ZOOM®). Les participants ont été informés de la question nominale au préalable afin qu'ils puissent y réfléchir dans le but de réduire le temps de travail de groupe.

Un document explicatif (ANNEXE 2) a été envoyé par mail à chaque participant avant le groupe nominal afin que chacun prenne connaissance des modalités d'exécution de celui-ci et des données recueillies sur les détenus sortant en 2021.

4) Déroulé du groupe nominal

Le groupe nominal s'est déroulé le 28 Avril 2022 de 20h à 22h selon les modalités définies ci-dessus. La séance a débuté par une présentation de tous les participants puis une présentation de la méthode. Le consentement de chacun des participants a été recueilli en début de séance.

5) Analyse des résultats

L'ensemble des propositions était recueilli durant le groupe nominal. Un calcul des percentiles était réalisé, aussi bien pour la priorité (nombre de points recueillis) que pour la popularité (nombre de votes recueillis). Les propositions retenues pour cette étude étaient celles dont le nombre de votes ou de points était strictement supérieur au 75^{ème} percentile.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Microsoft Excel[®] 2018.

RESULTATS

A. PROPOSITIONS EMISES LORS DU GROUPE NOMINAL

Le groupe nominal a été réalisé le 28 Avril 2022. Il était composé de 8 participants, 4 médecins généralistes de ville et 4 médecins généralistes exerçant en USMP. La séance a duré 2 heures et a permis le recueil de 16 propositions.

ITEM	INTITULE
1	Contact téléphonique avec le médecin traitant pour s'assurer des conditions sociales de sortie.
2	Vérifier avec le médecin traitant le suivi psychiatrique et addictologique à l'arrivée du patient en détention.
3	Prise de contact rapide de l'USMP avec le médecin traitant, à l'arrivée en détention du patient, pour l'informer de l'incarcération.
4	Créer un mail sécurisé de contact par USMP (Apicrypt).
5	Vérification du nom du médecin traitant du patient détenu sur AMELIPRO lors de son arrivée en détention.
6	Rédaction d'un courrier de sortie commun (SMPR/UCSA).
7	Courrier de contact direct ou notification (Apicrypt ou autre) d'entrée ou de sortie d'incarcération à destination du médecin traitant.
8	Coordination via « intervision » pour les patients sans médecin traitant / accompagnement EMOT (Équipe mobile transitionnelle) ou EMPP (Equipe Mobile Psychiatrie Précarité) à la libération du patient.
9	Cibler les patients présentant des comorbidités somatiques, psychiatriques et/ou sociales pour l'organisation du suivi avant la fin de l'incarcération.
10	Exploiter le dispositif Structure d'accompagnement à la sortie (SAS).
11	Préparer l'hébergement après la sortie : suivi via l'«âtre» / appartement thérapeutique.
12	Alimenter l'Espace Santé : ex Dossier médical partagé (DMP).
13	Courrier de sortie via un mail sécurisé (Apicrypt, Hprim, MsSanté).
14	Prise du RDV à la sortie en présence du patient avec le CSAPA et/ou le MT.
15	Organiser une téléconsultation (vidéo ou téléphonique) avec le MT (si existant avant la sortie).
16	Prévoir une consultation de sortie avec délivrance d'une ordonnance de sortie de 7 jours.

Tableau N°1 : Intitulé des propositions émises lors du groupe nominal

B. PRIORITE ET POPULARITE DES PROPOSITIONS

Dans un second temps, les participants ont été invités à hiérarchiser les 10 propositions qui leurs paraissaient les plus pertinentes en leur attribuant une note entre 1 et 10. La note de 10 étant la note donnée à la proposition qui paraissait être la plus intéressante pour l'expert.

Cette phase de hiérarchisation a été faite à posteriori. En effet, après 2 heures de visioconférence et de discussion, il semblait opportun de mettre fin à l'entretien et de proposer aux experts de réfléchir individuellement à cette dernière étape. L'objectif était de permettre à chaque participant de prendre du recul sur les propositions émises afin de mener à bien leur réflexion. Ils avaient pour consigne de communiquer les résultats par email dans la semaine qui suivait le groupe nominal.

Les points et les votes de chaque participant (P1, P2, P3...) sont retranscrits dans le tableau ci-dessous.

N° Item	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	Nombre de point (priorité)	Nombre de vote (popularité)
1		1						8	9	2
2	8	7	7	1			1	3	27	6
3	9		8	9	3		8	2	39	6
4	1	8			6	9			24	4
5	3	5		8	7		9	4	36	6
6	5	4	9	10	9	10	7		54	7
7	6	9	10	4		8	3	1	41	7
8	7				4	1			12	3
9	10	10	4	5		7	10	9	55	7
10		2		3	5	3			13	4
11			1			2			3	2
12		6	2	7	10	4			29	5
13	4	3	3		8	5	2	10	35	7
14			5	6	1		6	6	24	5
15				2			5	7	14	3
16	2		6		2	6	4	5	25	6

Tableau 2 : Priorité et popularité des propositions

C. PROPOSITIONS RETENUES

Le calcul du 75^{ème} percentile se chiffrait à 6 pour le nombre de votes et à 36 pour le nombre de points.

Les propositions retenues étaient celles dont le score (nombre de votes ou nombre de points) était strictement supérieur au 75^{ème} percentile.

On retrouvait donc 4 propositions dont le nombre de points était de 37 ou plus (les 3, 6, 7 et 9) et 4 propositions dont le nombre de votes était de 7 ou plus (les 6, 7, 9 et 13). Au total, 5 propositions ont été retenues grâce à cette méthode (les 3, 6, 7, 9 et 13) soit 31% des 16 propositions.

ITEM	INTITULE
3	Prise de contact rapide de l'USMP avec le médecin traitant, à l'arrivée en détention du patient, pour l'informer de l'incarcération.
6	Rédaction d'un courrier de sortie commun (SMPR/UCSA).
7	Courrier de contact direct ou notification (Apicrypt ou autre) d'entrée ou de sortie d'incarcération à destination du médecin traitant.
9	Cibler les patients présentant des comorbidités somatiques, psychiatriques et/ou sociales pour l'organisation du suivi avant la fin de l'incarcération.
13	Courrier de sortie via un mail sécurisé (Apicrypt, Hprim, MsSanté).

Tableau N°3 : Propositions retenues

DISCUSSION

A. LA METHODE

1) Les points forts

a) Qualité de la technique du groupe nominal

Le groupe nominal est une méthode de consensus reconnue. Il s'est déroulé selon le protocole détaillé précédemment ce qui donne une très bonne validité interne d'un point de vue méthodologique. Le secrétaire n'était pas un investigateur. Il a retranscrit les propositions au fur et à mesure de la visioconférence en restant neutre, évitant ainsi un biais d'interprétation. Cette méthode est peu coûteuse. Elle permet une obtention rapide de résultats et est très productive.

Les différentes phases de réflexions individuelles et collectives permettent une participation de tous les membres du groupe et une interactivité entre les experts. Cela permet, en principe, d'éviter les dominations éventuelles (22).

b) Composition du groupe d'expert

La qualité des résultats dépend également du choix des participants. Le groupe d'experts était composé de médecins d'USMP de la métropole lilloise sensibilisés à la problématique de la continuité des soins après la détention et de médecins généralistes ayant l'habitude de prendre en soins d'anciens patients-détenus. Leur avis et leur légitimité sur la question nominale sont donc reconnus.

c) Réflexion préalable

Les participants ont reçu un mail avec toutes les informations nécessaires (ANNEXE 2) une semaine avant le groupe nominal. Ce délai leur a permis de prendre connaissance des règles encadrant le groupe nominal et des données statistiques recueillies lors du travail préparatoire. Les experts ont été encouragés à réfléchir à des propositions en amont de la visioconférence afin d'apporter du contenu et de la fluidité.

*2) Les points faibles**a) La visioconférence*

Le groupe nominal s'est déroulé via une application de visioconférence. Le fait de ne pas être en présentiel a permis une plus grande disponibilité des participants. Cependant il a pu occasionner un manque de participation des intervenants ainsi qu'un manque de concentration en lien avec des sollicitations externes.

b) Manque d'expérience de l'animateur

La visioconférence a été animée par le thésard. Son manque d'expérience dans cette discipline et le respect vis à vis de ses aînés a pu entraîner des difficultés pour recentrer le débat lors des digressions. Ils ont pu également être responsables d'un manque de dynamisme pour relancer la discussion au moment opportun. A posteriori, il aurait pu être intéressant de confier ce rôle à quelqu'un de plus expérimenté.

c) Volontariat

Le recrutement des experts a été fait sur la base du volontariat. Ceci a pu engendrer un biais de recrutement. Les personnes qui ont souhaité participer à cette étude étaient probablement plus sensibilisées par cette question.

d) Difficultés organisationnelles

Des difficultés organisationnelles ont été rencontrées principalement pour la mise en place de la visioconférence. Il n'a pas été facile de trouver une date qui convienne à tous les participants. Une première date avait été validée mais celle-ci a été annulée le jour du groupe nominal à cause de plusieurs annulations de dernière minute. Le choix de la visioconférence a permis une plus grande flexibilité dans l'organisation du groupe nominal.

e) Extrapolation des résultats

Ces résultats sont peu extrapolables. L'objectif de cette étude était d'améliorer la communication entre les USMP de la métropole lilloise et les médecins traitants. Les propositions émises sont donc spécifiques aux centres pénitentiaires de la métropole Lilloise. Il serait intéressant de pouvoir reproduire ce travail avec d'autres centres pénitentiaires. Cette démarche permettrait une uniformisation des outils pour améliorer les échanges entre les USMP et les médecins traitants.

B. LES RESULTATS

Ce groupe nominal a permis le recueil de cinq propositions établies comme consensuelles.

1. Prise de contact rapide de l'USMP avec le médecin traitant dès l'arrivée en détention du patient. L'objectif est de créer rapidement un contact pour faire le point sur les antécédents du patient, ses traitements, ses conditions de vie. (Proposition N°3)
2. La rédaction d'un courrier de sortie commun entre les DSS et les DSP de chaque centre pénitentiaire lorsque le patient a bénéficié d'une prise en soins par le DSP pendant son incarcération. Le but est de donner le maximum d'informations sur les prises en soins psychiatriques et somatiques reçues lors de la détention. (Proposition N°6)
3. La rédaction d'un courrier de contact direct ou d'une notification (Apicrypt® ou autre) d'entrée ou de sortie d'incarcération à destination du médecin traitant à l'image de ce qu'il se passe lorsqu'un patient est hospitalisé. (Proposition N°7)
4. Le ciblage des patients présentant des comorbidités somatiques, psychiatriques et/ou sociales pour l'organisation du suivi avant la fin de l'incarcération. Le but est de consacrer plus de temps sur les patients détenus qui en ont le plus besoin afin d'assurer le suivi à l'extérieur. (Proposition N°9)
5. La rédaction d'un courrier de sortie via un mail sécurisé (Apicrypt®, Hprim®, MsSanté®) afin d'éviter la déperdition ou la rétention d'informations de la part du patient. (Proposition N°13)

Trois d'entre elles faisaient consensus à la fois par leur popularité et par leur priorité (Propositions N°6, 7 et 9).

Par ailleurs, parmi les propositions non retenues, certaines ont recueilli un nombre non négligeable de votes ou de points. On remarque que 3 propositions ont recueilli 6 votes pour un seuil de consensus retenu à 7 et plus (Proposition N°2,5 et 16). A noter que la proposition N°5 a recueilli 36 points pour un seuil de consensus retenu à 37 et plus.

C. REFLEXIONS AUTOUR DES PROPOSITIONS RETENUES

1) Prise de contact rapide de l'USMP avec le médecin traitant après l'arrivée en détention

a) Intérêt

Les experts ont suggéré une prise de contact rapide entre les USMP et la médecine de ville dès le début de l'incarcération afin de préparer au mieux la sortie dès l'arrivée du patient détenu. L'objectif est de vérifier la bonne identité du médecin traitant, de faire le point sur les antécédents somatiques, psychiatriques et addictologiques (Proposition N°2), les traitements et le contexte social du patient-détenu. Cet entretien serait l'occasion pour les médecins d'USMP d'expliquer le fonctionnement de l'unité sanitaire qui semble méconnu par les médecins de ville (20).

b) Faisabilité

Conformément à l'article L1110-4 du code de la santé publique (23), il est indispensable de demander l'accord du patient avant d'échanger des informations le concernant avec son médecin traitant.

Comme le montre le travail réalisé en amont de cette étude (ANNEXE2), environ 40% des patients détenus de la métropole lilloise connaissent le nom de leur médecin traitant. Pour les 60% restants, il était proposé, lors du groupe nominal, de rechercher le nom du médecin via le site AMELIPRO (proposition N°5) ou par l'intermédiaire des pharmacies fréquentées par le patient.

A noter que la création d'un compte AMELIPRO nécessite l'utilisation du numéro FINESS de l'établissement de soins de référence pour les personnels salariés ou du numéro d'assurance maladie pour les professionnels libéraux. Le CHU de Lille, plus particulièrement l'Hôpital FONTAN, a été contacté pour connaître l'accessibilité à ce service pour les médecins des 2 centres. Nous sommes toujours dans l'attente d'une réponse de la direction et du chef de pôle. Cette proposition pourrait s'intégrer facilement dans le parcours arrivant du patient. En effet, chaque nouveau détenu se voit proposer, lors de son arrivée dans le centre de détention, une consultation avec le médecin généraliste de l'USMP. Ce premier contact serait l'occasion idéale pour demander au patient son autorisation pour contacter son médecin traitant et/ou sa pharmacie habituelle.

c) Limites

Cette prise de contact peut être refusée par le patient. De nombreux patients-détenus ne souhaitent pas que leur médecin de famille soit informé de leur incarcération (20).

La communication entre les 2 parties peut être aussi freinée par la méconnaissance des conditions de travail respectives. Les médecins de ville ne sont pas forcément joignables du fait de leur charge de travail importante et/ou de l'absence de secrétariat. De leur côté, les USMP ne sont pas forcément visibles du fait de la méconnaissance de leur existence et/ou de leur fonctionnement par les médecins de ville (18).

Une proposition a été faite en dehors du groupe nominal. Elle consiste en la création d'une « plaquette informative » à destination des médecins traitants pour leurs expliquer les missions et les ressources des USMP. Les numéros utiles pourraient également apparaître pour faciliter la mise en relation.

En ce qui concerne les patients qui n'ont pas de médecin traitant, il est tout à fait envisageable de prévoir une consultation dédiée afin de contacter l'URPS (union régionale des professionnels de santé) des médecins libéraux de leurs régions. Cela permettrait d'obtenir les coordonnées d'un médecin qui serait susceptible de pouvoir les prendre en charge à leur sortie de détention. Il est également possible, comme le stipule la proposition N°8, de faire appel au dispositif « Intervision santé précarité » de la métropole lilloise. C'est un espace de parole, de concertation et d'accompagnement par des professionnels pluridisciplinaires qui permet une prise en charge collective pour éviter les ruptures de suivi dans les situations difficiles (24).

- 2) Rédaction d'un courrier de sortie commun entre le DSS et les DSP de chaque centre pénitentiaire

a) Intérêt

Au moins un trouble psychiatrique est repéré chez 55 % des patients détenus arrivant (10). Face à ce constat et compte tenu de la place centrale du médecin généraliste dans le système de soins, il semble intéressant de mutualiser les informations somatiques et psychiatriques dans l'intérêt du patient. En effet, entre un quart et un tiers des consultations de médecine générale de ville sont en lien avec une problématique psychiatrique (25). En raison de la saturation des centres médico psychologiques (CMP) et du manque de collaboration avec les psychiatres libéraux les médecins traitants se retrouvent souvent isolés dans leurs prises en soins (26).

Ce courrier commun permettrait également une meilleure coordination des soins entre les psychiatres et les médecins généralistes des USMP.

b) Faisabilité

L'équipe médicale du DSP a été contactée par email pour discuter de cette proposition et de sa faisabilité. D'après la réponse d'une psychiatre, un courrier de sortie complet est rédigé lorsque le patient est orienté vers un CMP ou un CSAPA. Lorsqu'il sort avec un relai chez le médecin généraliste, un rendez-vous est pris avec celui-ci pour lui transmettre quelques informations oralement. Un courrier de sortie pré-rempli avec les traitements est également remis au patient. Selon l'équipe du DSP du CP d'Annœullin, l'idée d'un courrier commun serait une bonne idée mais difficilement réalisable en pratique surtout pour les sorties du « jour au lendemain ».

A posteriori, il aurait été intéressant de convier des psychiatres exerçant dans les DSP dans le groupe nominal. Cela aurait permis de mieux connaître leur fonctionnement en ce qui concerne la continuité des soins pour le versant psychiatrique et la communication avec les structures extérieures comme les CMP ou les psychiatres référents de certains patients.

Le numéro de téléphone du secrétariat du DSP est systématiquement indiqué sur les courriers de sortie somatiques de l'USMP afin que les médecins traitants obtiennent des informations complémentaires si nécessaire.

c) Les « sorties sèches », une problématique majeure pour la continuité des soins

Dès lors qu'une personne est incarcérée pour une courte peine ou lorsqu'il s'agit de détention provisoire, les sorties de détention ne sont pas forcément programmées. C'est ce qu'on appelle une sortie sèche, une sortie sans accompagnement ni aménagement de peine. En 2014 selon le Ministère de la justice, 81% des personnes incarcérées exécutent leur peine en prison et en sortent sans aménagement de peine. Ce chiffre augmente à 98 % pour celles qui sont condamnées à des peines de moins de six mois (27). Ces situations mettent en relief le manque de coordination entre les différents acteurs que sont le juge d'application des peines (JAP), le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) et les USMP, ce qui pénalise le détenu. Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons : la méconnaissance des rôles de chacun et le manque de communication sur le dossier du patient-détenu (5).

« Bientôt libéré après six ans de détention, je sors en sortie sèche, malgré moi. Aucune permission de sortir. Pas d'action de réinsertion. Je sors les poches vides, une main devant, une main derrière. Je ne sais pas quel sera mon quotidien prochainement : soucis à régler dans un logement récupéré sans eau, ni électricité, ni chauffage. Pas de travail dans un monde qui

a dû changer en six ans. Je n'ai pas eu de remise à niveau pour m'aider à y faire face. Ma vie familiale et affective est à reconstruire. Je m'interroge sur ce que réserve la société à un repris de justice (...) Alors bien sûr, j'ai été nourri, blanchi, logé, habillé... Télé, eau, électricité, hôpital, gardiennage, assistanat total... Tout cela gratuitement. En plus, Roanne est neuf. Mais où est l'intérêt de toutes les dépenses qu'a faites l'État pour moi puisque je sors en sortie sèche ?» (28)

Ce témoignage d'un ancien détenu illustre avec réalisme les difficultés, les craintes découlant d'une sortie sèche, craintes présentes à plusieurs niveaux : hébergement, emploi, famille (29). La continuité des soins est également fragilisée. En effet, lors des sorties sèches, les USMP ne sont pas prévenues suffisamment en amont. L'intervalle entre la décision judiciaire de levée d'érou et la sortie effective est aléatoire. Elle peut varier de quelques semaines à moins de 24 heures. Dans ce contexte, les USMP ne sont pas toujours en capacité d'organiser la consultation de sortie. Celle-ci permet de remettre au patient le courrier de sortie à l'attention du médecin traitant ainsi qu'une ordonnance en cas de traitement chronique (Proposition N°16). Malheureusement, les axes d'améliorations pour répondre à cette problématique sont réduits étant donné que cette décision appartient à la justice.

Les USMP de la métropole Lilloise ont déjà pris contact avec le service du greffe pour qu'une liste des patients sortant soit transmise de manière hebdomadaire.

En ce qui concerne les patients sortants après une longue peine, une piste d'amélioration possible tiendrait à la généralisation des unités de préparation à la sortie (UPS). Il s'agit d'un dispositif permettant d'accompagner la sortie du détenu libérable à court terme (de 3 à 6 mois). L'objectif est de responsabiliser les personnes fortement désocialisées en les aidant à préparer

leur sortie (par la mise à jour des droits sociaux, l'accès à un hébergement, le développement d'un projet professionnel, l'accès à des informations d'éducation à la santé, etc...).

Il serait également intéressant de suivre le modèle des équipes de mobilité transitionnelle (EMOT) comme ce qui a été proposé dans la proposition N° 8. L'EMOT du CHU de Lille est composée de quatorze professionnels qui exercent pour la plupart aussi en détention. L'équipe se déplace à la rencontre des patients pendant les six mois suivant leur libération. Elle assure le relai entre les soins psychiatriques intramuros et les structures médicosociales de droit commun en milieu libre (30).

- 3) Courrier de contact direct ou notification (Apicrypt® ou autre) d'entrée ou de sortie d'incarcération à destination du médecin traitant / Envoyer le courrier de sortie via un mail sécurisé (Apicrypt® Hprim® MsSanté®) aux médecins traitants

a) Intérêt

A posteriori, nous avons fait le choix de regrouper ces 2 propositions du fait de leur ressemblance. Nous aurions pu en discuter lors du groupe nominal lors de la phase de clarification des idées. L'idée principale qui ressort de ces 2 items est l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée pour communiquer avec les intervenants extérieurs sans passer par l'intermédiaire du patient. Les médecins généralistes sont très largement équipés d'une Messagerie de Santé Sécurisée (MSS). Ils souhaitent majoritairement que l'envoi des courriers se fasse par ce moyen (18). On peut même envisager que le patient sorte avec un courrier papier et que le courrier soit envoyé par MSS une fois l'accord du patient recueilli.

b) Les différentes plateformes de messagerie de santé sécurisées

APYCRIP[®] est une messagerie sécurisée pour tous les professionnels de santé créée par une association dunkerquoise de médecins indépendants sensibilisés à la question de la sécurité. C'est plus de 93000 utilisateurs actifs sur le territoire et plus 136 millions de messages échangés en 2021 (31).

MSSANTE[®]/MAILIZ[®] est un concept créé par l'ASIP Santé, qui propose un moyen de communiquer entre professionnels de santé de façon sécurisée. L'ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagée de santé) est une agence gouvernementale qui vise à promouvoir les systèmes d'information numérique en santé (32).

HPRIM[®] est un format structuré utilisé pour l'envoi des messages permettant d'intégrer automatiquement les résultats dans le DPI (dossier patient informatisé). Le format HPRIM permet de reconnaître un grand nombre de données notamment les noms, prénoms et dates de naissance des patients.

c) Faisabilité

Le service informatique du CHU de Lille a été contacté par téléphone pour connaître la faisabilité de cette proposition. Plusieurs éléments de réponse nous ont été apportés :

- La commission médicale d'établissement (CME) du CHU de Lille a validé en Juillet 2022 la création d'une adresse mail sécurisée pour chaque médecin travaillant en

son sein. Cette adresse permettra de rentrer directement en contact avec les médecins traitants de manière sécurisée.

- Il est possible de créer des adresses mails spécifiques à chaque centre qui pourront être communiquées aux médecins traitants pour faciliter le contact avec les USMP. Par exemple : `contactUSMPAnnoeullin@apycrypt.com`.
- L'envoi des courriers de sortie et des fiches arrivants est possible sur la MSS via le dossier informatisé sur le logiciel « SILLAGE® ».

Un dossier de patient fictif a été créé pour tester l'envoi d'une notification d'arrivée en détention et de prise en charge par l'USMP (ANNEXE 3) et d'un courrier de sortie. Ceux-ci ont bien été réceptionnés par un médecin traitant informé du test.

d) Limites

La réalisation de ces manipulations nécessite d'être sensibilisé et formé à l'utilisation du logiciel « SILLAGE® » pour les médecins exerçants en USMP.

- 4) Cibler les patients présentant des comorbidités somatiques, psychiatriques et/ou sociales pour l'organisation du suivi avant la fin de l'incarcération

a) Intérêt

Actuellement, les courriers de sorties sont rédigés de manière plus ou moins aléatoire en fonction du centre pénitentiaire. En 2021, au CPLA, 75% des patients qui avaient besoin d'un suivi après la détention ont eu un courrier de sortie rédigé contre 2,3% à la MALS et 40% des

patients qui n'avaient pas besoin de suivi ont quand même eu un courrier de sortie rédigé au CPLA contre 0,5% à la MALS. L'idée est donc de concentrer les efforts sur les patients pour lesquels un suivi est indispensable pour réduire le risque de rupture thérapeutique après la détention.

b) Faisabilité

Actuellement, il n'y a pas de ciblage des patients nécessitant la rédaction d'un courrier de sortie. Il a été discuté avec les médecins des USMP qu'un fichier informatique soit créé afin d'y référencer les patients présentant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques. Ce fichier serait rempli par le secrétariat de l'USMP à la demande des médecins après les consultations arrivant ou suite à la prise en charge d'une pathologie le justifiant.

Ce fichier informatique pourrait être mis en lien avec le listing des patients sortants remis par le service du greffe chaque semaine. Cela permettrait un ciblage des courriers à rédiger en priorité.

c) Limites

Cette proposition nécessite une adhésion de l'équipe médicale et une bonne transmission des informations par l'équipe du greffe.

Un biais de sélection médecin dépendant peut exister lors du choix des patients à prioriser.

CONCLUSION

La continuité des soins après la détention est un enjeu majeur de santé publique. Une bonne coordination des différents acteurs qui gravitent autour du patient est essentielle pour qu'elle se déroule dans de bonnes conditions. Nous avons fait le choix d'aborder la communication entre les USMP et les médecins traitants. Ces deux acteurs ont un rôle central. Le médecin de l'USMP devient le médecin traitant du patient détenu pendant cette parenthèse qu'est l'incarcération. Le médecin traitant reprendra son rôle pivot après la détention. Une bonne communication entre ces deux protagonistes est donc primordiale. Elle réduit le risque de rupture thérapeutique après la sortie, qui est souvent une période charnière pour l'ancien patient-détenu.

Ce travail de recherche a permis de cibler les attentes des médecins traitants et des médecins d'USMP. Grâce à la technique du groupe nominal, un consensus autour de 5 propositions concrètes a été trouvé. Elles ont permis de faire émerger des solutions facilement applicables sans modification structurelle des pratiques courantes.

Une prise de contact précoce entre les USMP et les médecins traitants, l'utilisation de messagerie de santé sécurisée et une sélection des patients à prioriser sont les 3 grands axes d'amélioration que l'on peut retenir grâce à ce travail. Malgré l'apparente simplicité des mesures évoquées, ce travail de thèse a permis d'initier leur mise en place concrète. Des freins persistaient et les échanges entre les experts ont permis d'en prendre conscience et de faire évoluer les pratiques.

Pour finaliser ce travail, un email a été envoyé aux médecins des USMP de la métropole Lilloise afin de leur exposer les propositions qui sont ressorties et les outils qu'ils avaient à leur disposition pour faciliter leur mise en place (ANNEXE 4).

BIBLIOGRAPHIE

1. Statistique établissements personnes écrouées France 01122021.pdf [Internet]. http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Statistique_etablissements_personnes_ecrouees_France_01122021.pdf
2. Develay AE, Verdot C, Grémy I. Surveillance de la santé des personnes détenues en France : faisabilité et recommandations. *Sante Publique (Bucur)*. 5 nov 2015;Vol. 27(4):491-502.
3. Enquête PREVACAR - Volet offre de soins VIH hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral octobre 2011.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Enquete_PREVACAR_Volet_offre_de_soins_-_VIH_h%C3%A9patites_et_traitements_de_substitution_en_milieu_carc%C3%A9ral_octobre_2011.pdf
4. Article 46 - LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire - Légifrance Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000021312291
5. Frizon C, Kiremidjian T, et al. Garantir la continuité des soins à la sortie de prison. L'exemple de la prise en charge des addictions. 2010.
6. Les structures pénitentiaires [Internet]. justice.gouv.fr. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/ladministration-penitentiaire-10037/les-structures-penitentiaires-14557.html>
7. Ridon PE. Prise en charge de l'hépatite C en milieu carcéral : dépistage et facteurs de risque de l'hépatite C chez les arrivants en prison de la métropole lilloise en 2016 [Thèse de Doctorat d'Université, médecine générale]. Lille : Université Henri Warembourg Faculté de Médecine 2017
8. Mesure mensuelle de l'incarcération, indicateur clé au 1^{er} octobre 2021 [Internet]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/Mesure_mensuelle_01102021.pdf
9. La santé des personnes entrées en prison en 2003.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er386.pdf>
10. La santé mentale et le suivi psychiatrique des détenus accueillis par les services médico-psychologiques régionaux [Internet]. Disponible sur: <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er181.pdf>
11. Falissard et al. Prevalence of mental disorders in French prisons for men.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-6-33.pdf> - 2006.
12. Caractéristiques sanitaire et sociale des nouveaux détenus en 2015 en Picardie.pdf http://www.or2s.fr/images/Prison/2017_CaracteristiquesSanitaireEtSociale_NouveauxDetenusEn2015_Picardie.pdf

13. Fauchille - description de l'état de santé et des caractéristiques sociales des personnes entrées en détention en Picardie en 2013.pdf [Internet]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/18-19/pdf/2016_18-19_3.pdf
14. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000728979/>
15. Article L381-30 - Code de la sécurité sociale - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000036431127/
16. Raffoux B. Extraction médicales en milieu pénitentiaire: état des lieux dans les prisons de la métropole lilloise en 2018 [Thèse de Doctorat d'Université, médecine générale]. Lille : Université Henri Warembourg Faculté de Médecine 2019
17. Article 53 - LOI n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire - Légifrance [Internet]. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000021329649
18. Livret du Centre National de gestion de la protection sociale des Personnes Écrouées. cnpe_livret.pdf [Internet] https://www.cpam17.fr/espacepartenaires/imprimenes/cnpe_livret.pdf
19. Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice - guide méthodologique 2019 [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_methodo_2019_ppsmj.pdf
20. Guillemot - 2019 - Freins et leviers à la continuité des soins des détenus sortant du centre pénitentiaire de Béziers.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02638746/document>
21. Andrew H. Van de Ven, Andre L. Delbecq. The Nominal Group as a Research Instrument for Exploratory Health Studies [Internet]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1530096/pdf/amjph00725-0019.pdf>
22. Letrilliart L. Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus. Quelle méthode utiliser? Revue EXERCER Volume 22 - 2011 - [Internet]. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/101916/1/Article%20Delphi.pdf>
23. Article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043895798/
24. Réseau Santé Solidarité Lille Metropole - Intevision santé précarité [Internet]. Disponible sur: <https://www.sante-solidarite.org/garantir-continuete-soins.html>
25. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. L'Encéphale. décembre 2009;35(6):560-9.
26. Catherine PH - 2012 - Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative - [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00768253/document>

27. Ministère de la justice - Loi du 15 Aout 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales [Internet]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/loi-du-15-aout-2014-12686/la-liberation-sous-contrainte-12690/>
28. Observatoire international des prison - section française - "Une sortie sèche et angoissante"[Internet]. Disponible sur: <https://oip.org/temoignage/une-sortie-seche-et-angoissante>
29. Salis C - Mémoire de Master 2 - Lutter contre les sorties sèches - Promotion 2019-2020 [Internet]. https://www.enap.justice.fr/sites/default/files/master2_salis.pdf
30. Observatoire international des prisons - section française - Soins: des psys font le lien à la sortie [Internet]. Disponible sur: <https://oip.org/analyse/soins-des-psys-font-le-lien-a-la-sortie>
31. Bilan APICRYPT® 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.apicrypt.org/files/communication/CN_COM_Bilan_APICRYPT_2021_PUB.pdf
32. Ternisien G - État des lieux de l'utilisation d'une messagerie de santé sécurisée par les médecins généralistes libéraux de la Somme - 2019 - Thèse de Doctorat d'Université, médecine générale. Université de Picardie Jules Verne. Faculté de Médecine d'Amiens [Internet]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02128483/document>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche arrivant

ETIQUETTE

Nom :
Prénom :
Né(e) le :
Ecroû :

U.C.S.A CP de LILLE – SEQUEDIN
CONSULTATION ARRIVANT

 Le : Dr : Refus

Adresse :

Lieu de naissance : Langue(s) parlée(s) :

 Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé Autre :
 Concubinage Pacsé Veuf Nombre d'enfants :

Niveau scolaire / qualification / profession :

 Médecin traitant : Non Oui

 Autre suivi médical : ALD : Non Oui
▪ SITUATION PENALE

 Primaire : oui non fois Transfert de

 Prévenu condamné Incarcération précédente à

Durée / jugement le : Du au

▪ ANTECEDENTS FAMILIAUX**▪ ANTECEDENTS PERSONNELS**

 Avez-vous déjà été gravement malade et ou hospitalisé non oui

MEDICAUX**CHIRURGICAUX**

GYNECO-OBSTETRICAUX

Grossesse(s) / enfant(s) :	Contraception <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Grossesse en cours <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	DDR :

▪ ALLERGIES

Médicamenteuses :	Autres :
-------------------------	----------------

▪ VACCINATIONS

Hépatite B : <input type="checkbox"/> à jour <input type="checkbox"/> non à jour <input type="checkbox"/> ne sait pas	Autres :
---	----------------

DTP : <input type="checkbox"/> à jour année :	<input type="checkbox"/> non à jour <input type="checkbox"/> ne sait pas
---	--

▪ ADDICTIONS / FACTEURS DE RISQUES

Tabac :	Alcool (nbre d'unités/j)
---------------	--------------------------------

CAGE/DETA : ... /4 (besoin de diminuer ?? Remarques de l'entourage ?? impression d'avoir trop bu ?? besoin d'alcool le matin ??)
--

Drogues : héroïne <input type="checkbox"/>	cannabis <input type="checkbox"/>	autres <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------------	---------------------------------

cocaïne <input type="checkbox"/>	médicaments <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------------

Tatouages / piercings :	Conduites sexuelles à risque :
-------------------------------	--------------------------------------

▪ EXAMEN CLINIQUE

Taille : ... m	Poids : ... kg	IMC :	PA : ... / ...	FC : ... bpm
----------------	----------------	-------------	----------------	--------------

Lunettes / lentilles :	Etat général :
------------------------------	----------------------

EXAMEN :

▪ DEPISTAGES

Glycémie capillaire : g/l

	Dates et résultats	à faire	accord du patient
Sérologies :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Thorax :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
FibroScan :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

▪ TRAITEMENT EN COURS

▪ PROJET DE SOINS

.....
.....
.....

ANNEXE 2 : Préparation du groupe Nominal du 28/04/2022

Question de recherche :

Continuité des soins : Comment améliorer la communication entre les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) de la métropole lilloise et les médecins traitants lors de la libération des patients détenus ?

Quelle est la méthode utilisée ?

La technique qualitative du groupe nominal est utilisée pour le recueil de données de cette étude.

C'est une méthode de consensus qui vise à faire émerger des propositions d'un groupe de personnes. Celles-ci, qualifiées d'experts, doivent appartenir à un groupe assez homogène afin de pouvoir discuter du sujet en connaissance de cause, mais assez différente pour obtenir des propositions distinctes.

La population étudiée se compose de tous les médecins traitants de patient détenus et des médecins d'USMP de la métropole lilloise.

L'échantillon analysé est composé d'une dizaine de médecins traitants et de médecins d'USMP qui ont acceptés de se réunir sur une plateforme de visioconférence afin de répondre à la question nominale.

Nous avons contacté les médecins traitants dont les noms apparaissaient dans les dossiers des patients libérés et les médecins d'USMP de la métropole lilloise.

Déroulement du Groupe Nominal :

Cette méthode est organisée selon des étapes prédéterminées et définies :

- Enoncé de la question et mise en situation des participants par le modérateur.
- Réponses à la question : chaque participant retranscrit toutes ses idées se rapportant à la question. Il s'agit d'une étape silencieuse de production personnelle d'une dizaine de minutes. (Cette étape pourra être préparée en amont de la visioconférence dans notre cas)
- Enoncé des réponses : les participants proposent une idée à la fois lors des différents tours de table, jusqu'à épuisement des idées.
- Clarification des idées : par le modérateur, reformulation/fusion des idées par le groupe.
- Vote individuel : chaque participant hiérarchise les idées lui paraissant les plus importantes de 10 à 1 point, de façon anonyme.
- Compilation des résultats : score des idées établies avec les différents votes des participants, étape réalisée par l'enquêteur après la visioconférence.

Question Nominale :

La question nominale doit être concise, claire et permettre aux experts d'exprimer l'ensemble de leurs propositions. Elle est formulée de la sorte : « **Comment améliorer la communication entre les USMP et les médecins traitants lors de la libération des détenus des centres pénitentiaires de la métropole lilloise ?** »

Données recueillies :

Afin d'illustrer la problématique qui se pose à nous concernant la continuité des soins après la détention, un travail de recherche a été réalisé en amont dont voici les résultats :

Les données ont été recueillies à partir du dossier médical informatisé de chaque patient.

Patients inclus : Les patients libérés des centres pénitentiaires (CP) de Lille-Annœullin et de Lille-Sequedin durant l'année 2021 soit au total: **706 patients** pour le CP d'Annœullin et **648 patients** pour le CP de Sequedin.

Patients exclus : Les patients transférés dans un autre établissement pénitentiaire, les patients pris en charge par la police aux frontières, les patients décédés durant l'incarcération et les patients qui ont été libérés mais qui ont été réincarcérés durant l'année 2021.

Pour les deux centres nous avons cherché à savoir :

- Combien de patients ont un médecin traitant connu ?
- Si le médecin traitant n'est pas connu, est-ce parce que la donnée est manquante dans le dossier ou bien parce que le patient n'a tout simplement pas de médecin traitant ?
- Si le patient a un médecin traitant, quel est son nom ?
- Le patient a-t-il bénéficié d'une consultation de sortie ?
- Si la consultation de sortie n'a pas eu lieu, est-ce parce qu'elle n'a pas été programmée ou bien parce que le patient l'a refusé ?
- Le patient a-t-il besoin d'un suivi après la libération ?

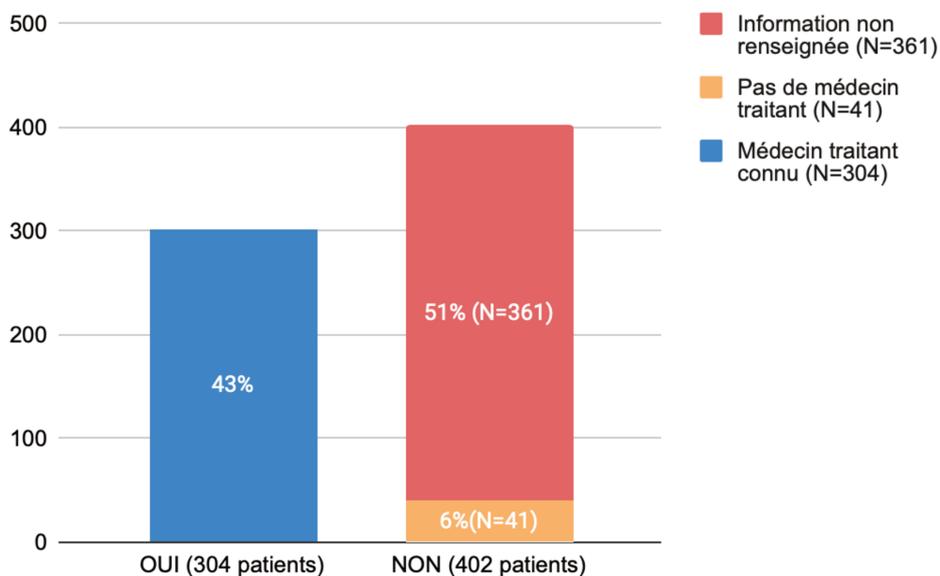
Nous avons considéré que les patients avaient besoin d'un suivi si :

- Le patient était atteint d'une pathologie chronique,
- Un traitement chronique devait être réévalué et renouvelé si besoin,
- Un schéma vaccinal devait être complété,
- Un examen paraclinique ou une consultation spécialisée étaient programmés ou à prévoir après la libération.

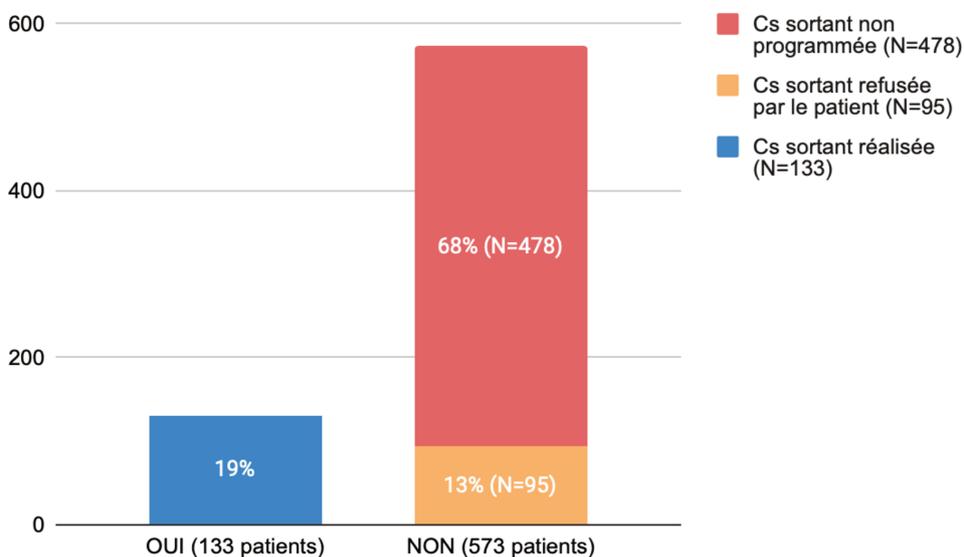
Résultats :

- Pour le CP de Lille-Annoeullin :

Le patient a-t-il un médecin traitant?



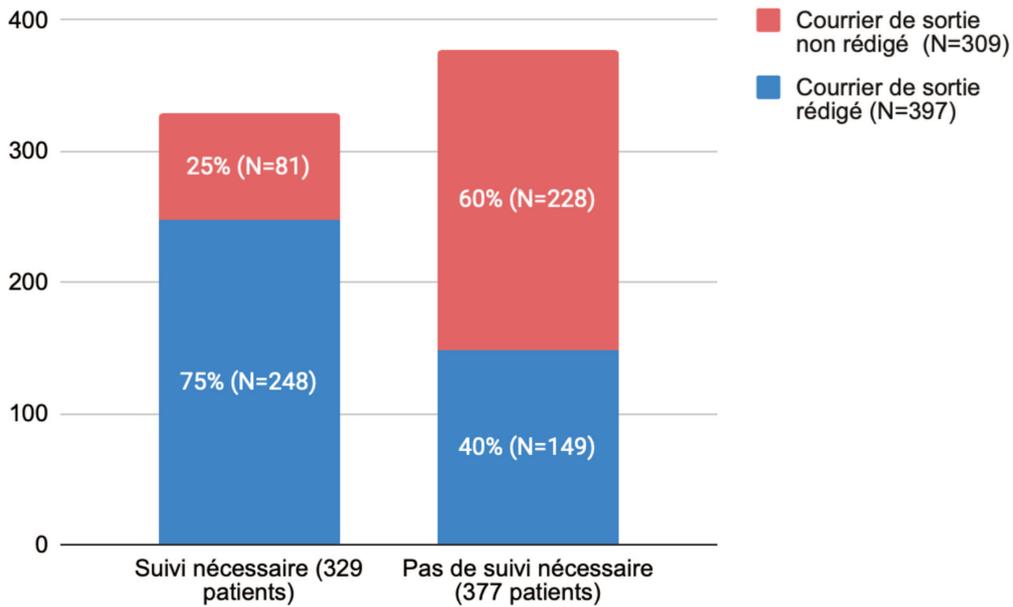
Le patient a-t-il bénéficié d'une Consultation (Cs) sortant ?



Commentaires :

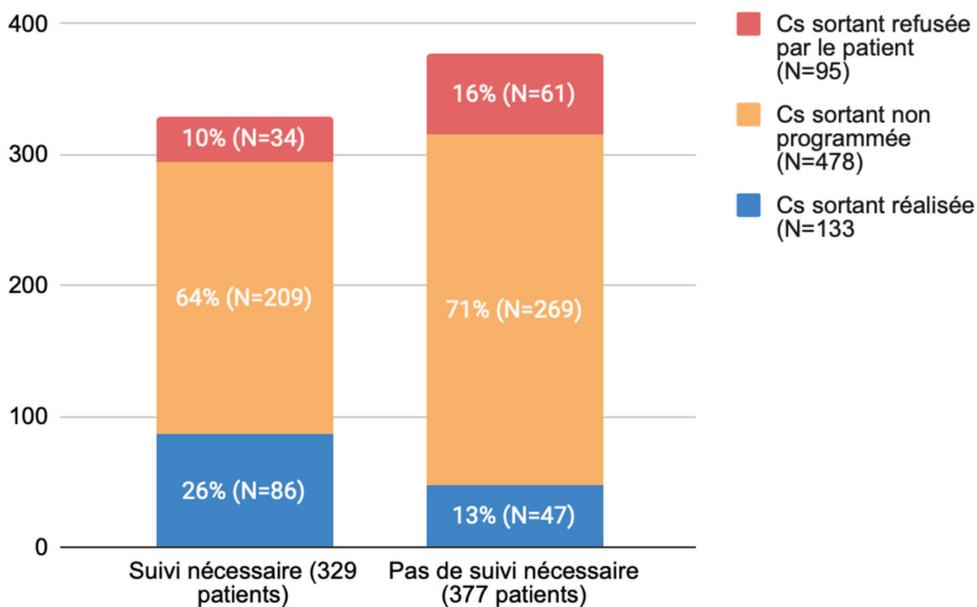
A noter que dans de nombreux cas, la sortie est organisée par l'administration pénitentiaire sans que les USMP soient prévenues (sorties sèches). La programmation d'une consultation de sortie est donc difficile.

Rédaction d'un courrier de sortie selon le besoin de suivi

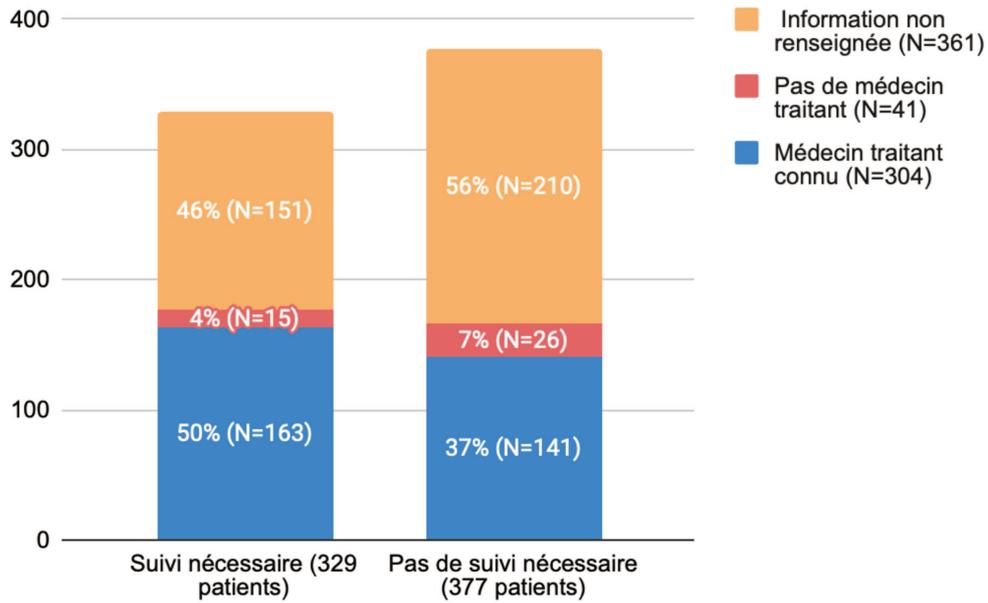


A noter que certains détenus refusent la rédaction d'un courrier de sortie lors de la consultation sortant car ils ne souhaitent pas que leur parcours carcéral soit connu de leur médecin traitant.

Consultation sortant selon le besoin de suivi.

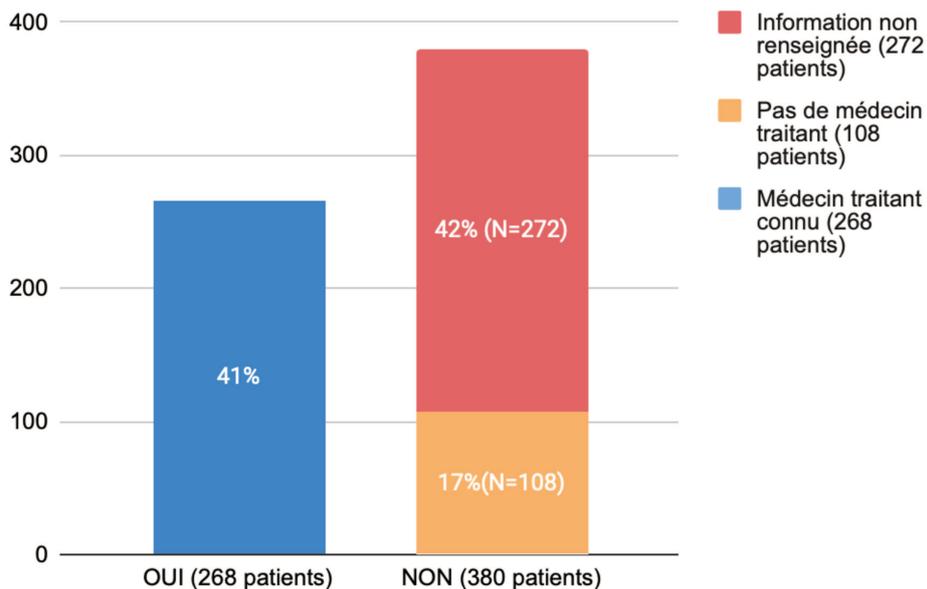


Médecin traitant connu selon le besoin de suivi.

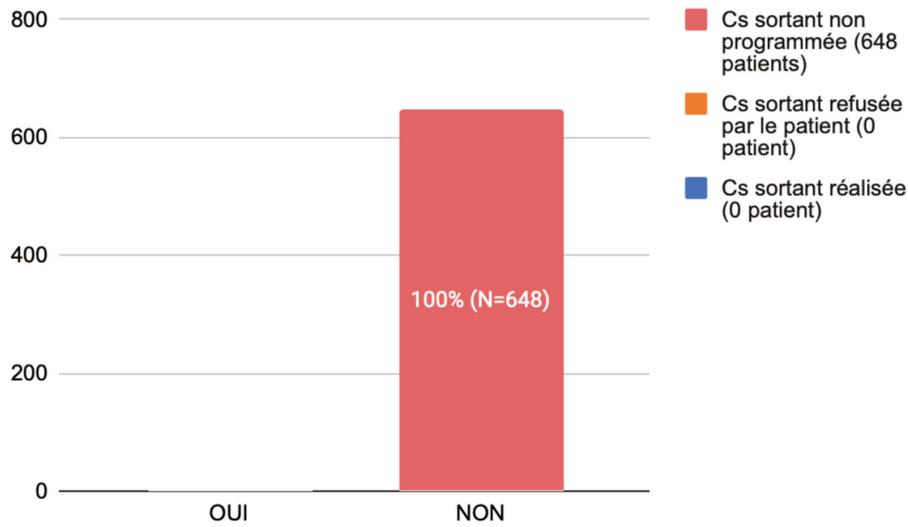


- Pour le CP de Lille-Sequedin :

Le patient a-t-il un médecin traitant?



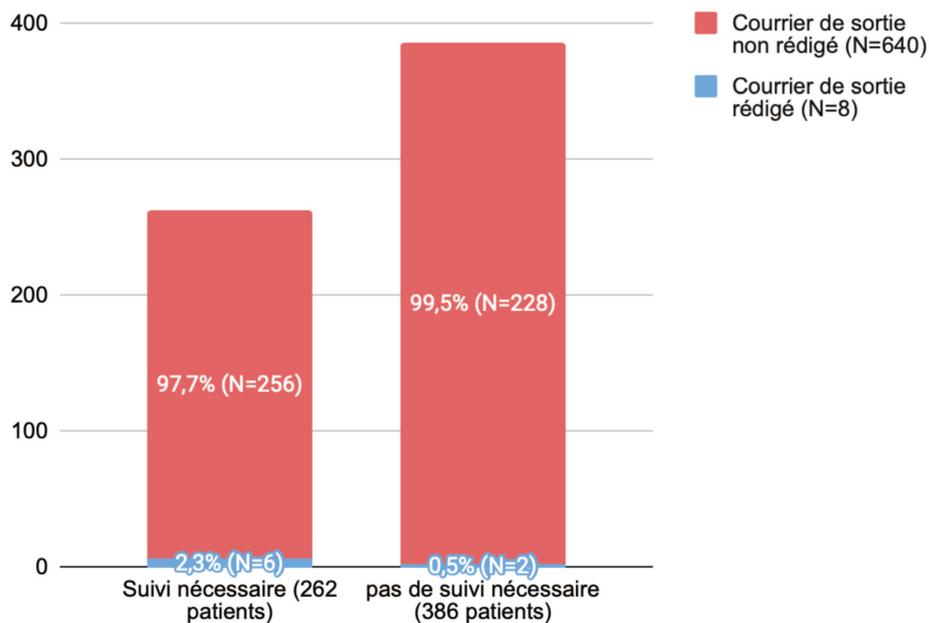
Le patient a-t-il bénéficié d'une consultation (Cs) sortant ?



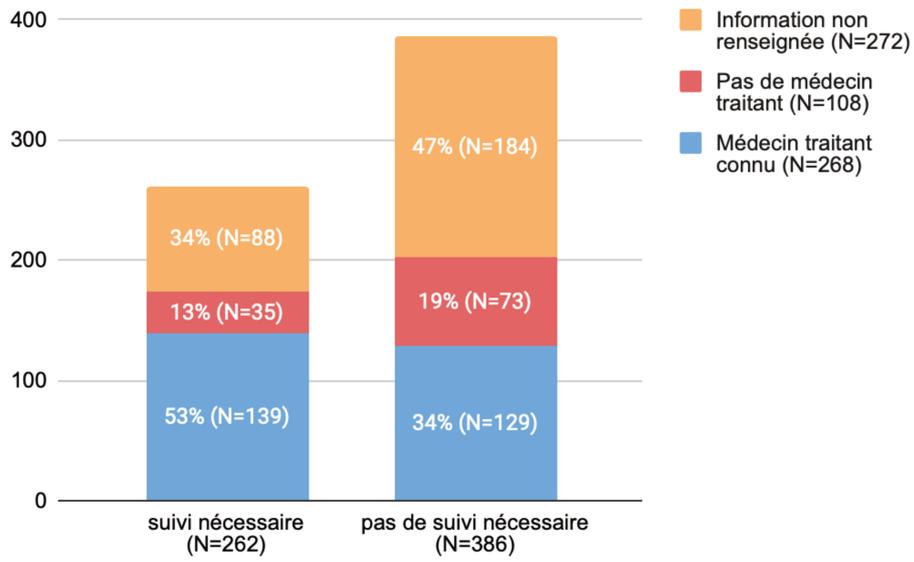
Commentaire :

A noter qu'actuellement aucune consultation sortant n'est programmée au CP de Lille-Sequedin.

Rédaction d'un courrier de sortie selon le besoin de suivi



Médecin traitant connu selon le besoin de suivi



ANNEXE 3 : Notification de prise en charge par l'USMP

**Pôle de Psychiatrie - Médecine Légale
et Médecine en Milieu Pénitentiaire**
Professeur Pierre THOMAS
Chef de Pôle

**Clinique de Médecine Légale et
Médecine en Milieu Pénitentiaire**
Professeur Valéry HEDOUIN
Docteur Anne BECART
Responsables de Clinique



Annœullin, le XX/YY/ZZZZ

SERVICE DE SOINS SOMATIQUES UCSA ET UHSI

RESPONSABLE DE SERVICE
Professeur Valéry HEDOUIN

PRATICIENS HOSPITALIERS



CADRE DE SANTE SUPERIEUR



CADRES DE SANTE



Secrétariat UHSI
☎ : 03 20 44 52 49
Fax : 03 20 44 53 14

Secrétariat UCSA ANNOEULLIN
☎ : 03 28 03 65 00
Fax : 03 28 03 65 17

Secrétariat UCSA SEQUEDIN
☎ : 03 20 30 21 74
Fax : 03 20 30 21 99

Chère consœur, cher confrère,

Votre patient IDENTITE DU PATIENT, né le XX/YY/ZZZZ sera pris en charge dans l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire du Centre Pénitentiaire de LILLE-XXXX pour la durée de son incarcération.

Si vous souhaitez de plus amples informations, vous pouvez nous contacter à l'adresse suivante :
contactUSMPAnn@chu-lille.fr
contactUSMPSeq@chu-lille.fr

Nous vous contacterons dès que possible.

Confraternellement,

L'équipe médicale de l'USMP

ANNEXE 4 : Mail envoyé aux médecins des USMP

« Bonjour à tous,

Je tiens une nouvelle fois à vous remercier pour votre participation à ce travail de thèse. Je vous en suis très reconnaissant.

Pour finaliser cette étude, il me semblait important de partager avec vous les résultats et de vous proposer quelques outils dans le but d'améliorer la continuité des soins après la détention.

Parmi les 16 propositions émises lors du groupe nominal, 5 d'entre elles ont été retenues après la phase de hiérarchisation.

- **Prise de contact rapide de l'USMP avec le médecin traitant après l'arrivée en détention**

- La consultation arrivant semble être le moment opportun pour demander au patient son consentement pour prendre contact avec le médecin traitant (s'il est connu) afin de l'informer de l'incarcération et d'échanger avec lui sur les antécédents, les traitements, etc...
- Une proposition a été faite en dehors du groupe nominal qui consiste en la création d'une plaquette informative à destination des médecins traitants pour leur expliquer les missions et les ressources des USMP. Les numéros utiles pourraient également apparaître pour faciliter la mise en relation. Cette plaquette pourra être envoyée via une adresse mail sécurisée personnelle comme expliqué ci-dessous.
- En ce qui concerne les patients qui ne connaissent pas le nom de leur médecin traitant, il est possible d'utiliser le site AMELIPRO pour récupérer cette information. La Direction de l'hôpital FONTAN, dont dépendent les USMP, a été contacté dans le but de récupérer la délégation d'accès à l'espace AMELIPRO pour les praticiens qui travaillent en son sein. Nous sommes actuellement dans l'attente de leur retour.

- **Rédaction d'un courrier commun UCSA et SMPR**

- L'équipe de psychiatrie du CPLA a été contactée, selon eux, l'idée d'un courrier commun est une bonne idée mais difficilement réalisable pour les sorties du "jour au lendemain". La problématique est la même pour les médecins somatiques. Il serait intéressant d'évoquer ce courrier commun pour les patients à fortes comorbidités psychiatriques et somatiques.

- Envoi d'un courrier de contact direct ou d'une notification via une messagerie de santé sécurisé / Envoi du courrier de sortie via une messagerie de santé sécurisée.
 - Le service informatique du CHU a été contacté. La CME a validé en Juillet 2022 la création d'une adresse mail sécurisée pour chaque médecin travaillant en son sein. Cette adresse permettra de rentrer directement en contact avec le médecin traitant de manière sécurisée.
 - Il est également possible d'envoyer les courriers de sorties par la messagerie de santé sécurisée (Apycript) via SILLAGE. Nous avons envoyé un courrier de sortie d'un Patient Test à un médecin traitant au courant du test et il nous a confirmé la bonne réception de celui-ci sur son mail sécurisé. Je vous invite à vous rapprocher de Benjamin pour les modalités pratiques.

- Cibler les patients présentant des comorbidités somatiques et psychiatriques et/ou sociales pour l'organisation du suivi après la détention.
 - Actuellement, les courriers de sorties sont rédigés de manière plus ou moins aléatoire. L'idée est de concentrer les efforts sur les patients pour lesquels un suivi est indispensable pour réduire le risque de rupture thérapeutique après la détention.
 - L'idée qui est proposée est la création d'un fichier informatique qui référencerait les patients présentant des comorbidités somatiques et/ou psychiatriques. Ce fichier serait rempli par le secrétariat de l'USMP à la demande des médecins après la consultation arrivant ou suite à la prise en charge d'une pathologie le justifiant. Ce fichier serait mis en relation avec le listing des patients sortants remis par le service du greffe chaque semaine pour cibler les courriers à rédiger en priorité.

Cette thèse a permis de faire émerger des solutions facilement applicables sans modification structurelle des pratiques courantes. Malgré l'apparente simplicité des mesures évoquées, ce travail permettra, je l'espère, d'initier leur mise en place. Des freins persistaient et les échanges que nous avons pu avoir lors de ce groupe nominal ont permis d'en prendre conscience et de faire évoluer les pratiques.

En cas de retour de la part de la direction de l'Hôpital FONTAN, je ne manquerai pas de revenir vers vous concernant les identifiants d'AMELIPRO.

Bien Cordialement,

Emilien JENNESSON »

AUTEUR : Nom : JENNESSON

Prénom : Emilien

Date de soutenance : 04 octobre 2022

Titre de la thèse : Propositions pour améliorer la communication entre les USMP et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus des centres pénitentiaires de la métropole lilloise : Technique du groupe nominal

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : *Médecine générale*

DES + spécialité : *Médecine générale*

Mots-clés : Prison ; Carcéral ; Pénitentiaire ; Continuité des soins, Médecine générale

Introduction: Pour que le patient-détenu puisse être acteur de sa santé après sa libération, cela implique des échanges d'informations et des relais entre les intervenants intramuros et les acteurs de l'offre de soins en milieu libre. Certains freins persistent, notamment le manque d'échanges entre les USMP et les médecins traitants. L'objectif de cette étude est de proposer des pistes de réflexion concrètes dans le but d'améliorer la communication entre les USMP de la métropole Lilloise et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus.

Méthode: La technique qualitative du groupe nominal a été utilisée pour le recueil de données de cette étude. Un échantillon de quatre médecins généralistes et de quatre médecins exerçant en USMP s'est exprimé autour de la question nominale : « Que proposez-vous pour améliorer la communication entre les USMP et les médecins traitants lors de la libération des patients-détenus des centres pénitentiaires de la métropole lilloise ? ».

Résultats: Les experts ont fait ressortir 16 propositions lors du groupe nominal. Les 5 propositions retenues étaient celles dont le score (nombre de votes ou nombre de points) était strictement supérieur au 75ème percentile. Une prise de contact précoce entre les USMP et les médecins traitants, l'utilisation de messagerie de santé sécurisée et une sélection des patients à prioriser sont les 3 grands axes d'amélioration que l'on peut retenir grâce à ce travail.

Conclusion: Ce travail de recherche a permis de cibler les attentes des médecins traitants et des médecins d'USMP en matière de communication. Grâce à la technique du groupe nominal, un consensus autour de 5 propositions concrètes a été trouvé. Elles ont permis de faire émerger des solutions facilement applicables sans modification structurelle des pratiques courantes.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Valery HEDOUIN

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin RAFFOUX