

Feuille de route Santé-Justice 2026–2027

Une dynamique collective pour gagner en cohérence dans les parcours de santé des personnes sous-main de justice.

La santé des personnes sous-main de justice exige une approche globale, coordonnée entre la santé, la justice et le social. Les constats sont clairs : des vulnérabilités multiples – addictions, troubles psychiques, perte d'autonomie et des ruptures fréquentes dans les parcours, notamment à la sortie.

À partir des échanges de la commission Santé-Justice qui s'est réunie le 12 décembre 2025, ont été retenus cinq chantiers prioritaires pour la période 2026-2027.

Et pour chacun de ces chantiers, les objectifs sont précisés, les actions déclinées en tâches, avec leurs livrables et échéances. Des acteurs clés sont proposés. Et sont indiqués ci-dessous les co-pilotes responsables et les contributeurs associés, afin de garantir une mise en œuvre coordonnée.

AXE	Animateur principal	Co-animateurs
Conventions santé justice	Direction pénitentiaire DISP	ARS/DATPS
Addictions	ARS/DATPS	CHU/USMP
Télémédecine	ARS/DESI	CHU/DSI
Perte d'autonomie	ARS/DAI	SPIP - DAC
DMP – lien prison-ville	ARS/DESI	CHU/DSI

1- Conventions Santé-Justice : les réactualiser pour renforcer la coopération et la continuité des soins

Les conventions entre les établissements pénitentiaires et les structures de santé sont la colonne vertébrale de la coopération Santé-Justice. Elles fixent les engagements, les modalités d'intervention et les garanties de continuité des soins. Aujourd'hui, ces conventions sont hétérogènes et parfois incomplètes : la télémédecine n'est pas prise en compte, ne sont pas non plus prévus des dispositifs robustes pour les permanences le week-end ou en cas d'événements climatiques.

Pour 2026, l'objectif est de réactualiser ces conventions en intégrant les besoins identifiés et en prévoyant des dispositifs adaptés aux situations critiques (cyclones, événements majeurs), sous réserve d'arbitrage.

Toutefois, avant d'engager des renforcements tels le doublement des présences sanitaires le week-end ou la mise en place de plans de continuité, il est nécessaire d'évaluer la pertinence de ces mesures site par site, sur la base des besoins constatés et des contraintes organisationnelles.

Le volet sécuritaire s'inscrit dans le cadre de la convention Santé–Sécurité–Justice signée le 19 novembre 2022 entre l'État, l'ARS La Réunion, l'autorité judiciaire, les forces de sécurité intérieure et l'ensemble des établissements de santé du territoire, laquelle constitue la déclinaison locale du protocole national et fixe les principes de coopération visant à renforcer la sécurité dans les établissements et à mieux maîtriser les situations de violence.

Deux niveaux d'action sont prévus :

- Au niveau régional : définir une trame commune de convention, harmoniser les clauses essentielles (télémedecine, urgences psychiatriques, extractions médicales, continuité en période de crise), fixer les indicateurs et organiser le suivi annuel.
- Au niveau de chaque établissement : co-construire la convention adaptée à son contexte, intégrer les besoins spécifiques (présence médicale le week-end, astreintes renforcées), et mettre en place un dispositif de suivi opérationnel.

Objectifs opérationnels

- Réaliser un audit des conventions existantes et des besoins spécifiques avant avril 2026.
- Évaluer la nécessité d'un renfort sanitaire le week-end (doublement des présences), et en période de crise avant mai 2026.
- Réactualiser les conventions pour les trois établissements pour septembre 2026.
- Intégrer la télémedecine dans chaque convention.
- Mettre en place un plan de continuité activable en cas de cyclone ou crise majeure.

Objectifs chiffrés

- 3 conventions révisées et signées en octobre 2026.
- Plan de continuité validé et testé dans les trois établissements avant T4 2026.

Acteurs clés

Directions établissements pénitentiaires, ARS, CHU, EPSMR, USMP/SMPR, SPIP, PJJ, associations, DSI (télémedecine).

2- Addictions : un défi qui exige la construction d'une approche pluridisciplinaire intégrée

Les addictions en détention sont un enjeu central. Elles se traduisent par des sevrages brutaux dès l'entrée, des mésusages médicamenteux parfois dangereux, et des risques de rechute après une permission ou à la sortie. Ces situations fragilisent les personnes détenues et complexifient les prises en charge dans les établissements.

La réponse ne peut être fragmentée. Elle doit s'appuyer sur un parcours intégré (repérage, prise en charge, préparation de la sortie, relais en ville) et une approche pluridisciplinaire, associant les acteurs sanitaires, sociaux et judiciaires : USMP, SMPR, CSAPA, SPIP, associations, temps de PH addictologie, ACT, DAC...

Dans un premier temps, il est proposé de travailler sur l'articulation et la coopération des acteurs en présence. La feuille de route prévoit ainsi de structurer la coopération autour d'un projet médical partagé, articulé à deux niveaux :

- Au niveau régional : harmoniser les protocoles de sevrage et de prévention du mésusage, élaborer une grille commune de repérage des consommations à l'entrée, définir les indicateurs et tableau de bord, organiser le suivi, organiser les formations croisées.
- Au niveau de chaque établissement : créer une cellule pluridisciplinaire, tenir des réunions mensuelles pour les situations complexes, appliquer les protocoles harmonisés, préparer la sortie avec un plan coordonné incluant rendez-vous CSAPA et relais en ville, et déployer des ateliers ciblés et les procédures de sécurisation du circuit du médicament.

Concernant la prévention du mésusage médicamenteux en détention, il s'agit de réduire les détournements de médicaments à des fins économiques et limiter les risques sanitaires (surdosage, interactions) par trois approches :

- Prévention éducative ciblée (sensibilisation sur les risques sanitaires et les sanctions disciplinaires)
- Renforcement des circuits sécurisés (avec double contrôle des délivrances, suivi des prescriptions sensibles)
- Incitations alternatives en termes d'activités rémunérées pour réduire l'intérêt économique du trafic.

Concernant la prévention et la prise en charge du tabagisme en détention, le tabac reste la première addiction. La stratégie doit combiner plusieurs leviers :

- Sensibilisation et ateliers de prévention tabac, pour informer sur les risques et accompagner la motivation à l'arrêt.
- Prise en charge du sevrage tabagique, avec des traitements nicotiques (patches, gommages) et des consultations dédiées.
- Évaluation de l'option des cigarettes électroniques, en tant qu'outil d'aide au sevrage et/ou outil de réduction des risques. Avant toute mise en œuvre, il est indispensable d'analyser la faisabilité, les risques (trafic, sécurité), le cadre réglementaire et les conditions strictes d'encadrement (quantité, distribution, suivi).

Objectifs opérationnels

- Créer des cellules pluridisciplinaires sur chacun des trois sites pénitentiaires, réunissant soignants, éducateurs, acteurs judiciaires et associatifs, d'ici mai 2026.
- Tenir une réunion pluridisciplinaire mensuelle pour suivre les situations complexes dès le T2 2026.
- Harmoniser les protocoles de sevrage (tabac, alcool, benzodiazépines) et de prévention du mésusage médicamenteux.
- Déployer une grille commune de repérage des consommations dès l'entrée.
- Déployer des ateliers de sensibilisation (tabac, mésusages médicamenteux).
- Préparer la sortie avec un plan coordonné, incluant rendez-vous CSAPA et relais en ville. Fiche de liaison, prescription relais pour les traitements de substitution...
- Evaluer la faisabilité d'une approche thérapeutique s'appuyant sur les cigarettes électroniques : analyse des risques, cadre réglementaire, expérimentation éventuelle en 2027.

Objectifs chiffrés

- 100 % des entrants repérés via une grille commune d'ici T3 2026.
- Au moins 80 % des sorties à risque accompagnées avec un plan coordonné (sanitaire + social + CSAPA) d'ici T4 2026.
- Réduction significative des sevrages non protocolisés d'ici fin 2026.
- Tabac et trafic de médicaments : nombre d'ateliers réalisés sur chacun des sites en 2026 et en 2027 (au moins un par thématiques), nombre de participants, % de détenus bénéficiant d'un traitement nicotinique, rapport sur la faisabilité des cigarettes électroniques.
- Évaluation de l'efficacité de l'approche pluridisciplinaire, avec deux indicateurs transversaux :
 - Taux de réunions pluridisciplinaires tenues (objectif : 1 par mois par site).
 - Impact sur les parcours : baisse de 20 % des incidents liés aux addictions et des rechutes à 30 jours post-sortie

Acteurs clés

- USMP, SMPR/EPSPR, CSAPA (référénts carcéraux), SPIP, PJJ, associations, DAC, CHU addictologie, pharmaciens, équipes pénitentiaires.

3- Télémédecine : structurer un déploiement ciblé

La télémédecine permet de réduire les extractions, accélère l'accès aux spécialistes difficiles à mobiliser en détention, sécurise le suivi, y compris en période de crise.

À La Réunion, des pratiques sont déjà opérationnelles sur les trois sites, principalement en addictologie (avec des partenaires type CSAPA) et, ponctuellement, en pré-anesthésie ou dans d'autres spécialités. L'appropriation reste toutefois hétérogène selon les sites/équipes.

Par ailleurs, des investissements techniques ont été engagés ces dernières années au niveau du CHU pour permettre notamment la réalisation de télémedecine à partir du milieu pénitentiaire.

L'enjeu 2026 consiste désormais à mieux préciser les cas d'usage cliniques, à articuler l'offre des établissements de santé (CHU et EPSMR/SMPR) avec les besoins exprimés par les services de prise en charge sanitaire des PPSMJ, et à homogénéiser les circuits.

Différents niveaux d'action sont à prendre en compte

Le CHU contribue à l'identification des spécialités prioritaires mobilisables et à leur capacité. Il désigne des référents par spécialité et coordonne l'organisation des plages de téléconsultations, en cohérence avec les besoins consolidés par les USMP et avec les contraintes d'agenda des services. Le CHU appuie aussi la montée en compétences des équipes (formations courtes, fiches pratiques) et partage un tableau de bord.

Pour la psychiatrie, l'EPSMR/SMPR demeure l'acteur de référence : il fixe les cas d'usage (évaluations, suivis, télé-expertises), organise les créneaux et assure la cohérence de la prise en charge. L'articulation avec le CHU se fait à la demande, pour les situations nécessitant une co-expertise somatique ou pour harmoniser les outils communs (modèles de comptes rendus...).

Chaque établissement pénitentiaire (Saint-Denis, Le Port, MASP) devra de son côté désigner des référents télémedecine (sanitaire et pénitentiaire), organiser le circuit patient (pré-consultation et consentement, préparation du dossier, convocation, confidentialité, post-consultation et suivi), mettre à disposition les salles dédiées et veiller au bon usage du matériel. Les équipes assureront la traçabilité locale (comptes rendus, transmissions, DMP) et partageront des retours d'expérience pour homogénéiser les pratiques.

Objectifs opérationnels

- Capitaliser sur l'existant : consolider les spécialités déjà actives et homogénéiser les pratiques entre sites.
- Cadrer les cas d'usage prioritaires (psychiatrie/SMPR, addictologie, médecine interne/MRC, douleur, dermato, pré-anesthésie...), avec objectifs d'impact (extractions évitées, délais, qualité du suivi).
- Aligner l'offre CHU sur la demande USMP/SMPR : référents cliniques CHU par spécialité, référents télémedecine par site, plages dédiées et règles de reprogrammation.
- Standardiser le cadre opératoire (pré-consultation, déroulé, post-consultation, escalade vers présentiel, compte-rendu...)
- Former les équipes et piloter via un tableau de bord mensuel partagé.

Objectifs chiffrés

- Augmenter de 50 % le nombre de téléconsultations en 2026 par rapport à 2024 et atteindre un taux de réussite supérieur à 90 % des créneaux programmés.
- Au moins 2 nouvelles spécialités actives en télémedecine avant T2 2027.

- Une diminution d'au moins 20 % des extractions médicales pour motifs éligibles à la télémédecine d'ici fin 2027.
- Former 80 % des professionnels concernés avant T2 2027.

Acteurs clés : ARS, CHU (coordination télémédecine), USMP, SMPR, spécialistes, DSI établissements, équipes pénitentiaires.

4- Personnes en perte d'autonomie : structurer le repérage et renforcer l'accès aux soins et aux aides disponibles

Le vieillissement carcéral et la présence de personnes en situation de handicap représentent un enjeu croissant dans les établissements pénitentiaires comme en milieu ouvert. Ces publics ont des besoins particuliers, qu'il s'agisse de repérage de la dépendance, d'accès aux soins renforcés (médecine générale, spécialistes, dentistes, kinésithérapie), d'aides techniques ou d'adaptations matérielles des conditions de détention, et une préparation coordonnée de la sortie, avec l'anticipation des relais (DAC, SSIAD, EHPAD, structures handicap).

En l'absence de données consolidées, une étape préalable consiste à établir un état des lieux quantitatif et qualitatif : nombre de personnes âgées et/ou en situation de handicap, niveaux de dépendance, besoins fonctionnels et types de soins requis par site.

Objectifs opérationnels

- Réaliser un état des lieux des personnes âgées, en situation de handicap ou en perte d'autonomie en détention et en milieu ouvert.
- Mettre en place un repérage structuré via l'outil ICOPE/ICOPE Monitor, utilisable dès l'entrée et en suivi.
- Renforcer l'accès aux soins essentiels : dentaires, médecine générale, spécialistes, kinésithérapie (avec la définition d'un cadre d'intervention).
- Identifier et mettre en œuvre les adaptations nécessaires (cellules adaptées, aides techniques, dispositifs d'accompagnement en milieu ouvert).
- Mettre en place des revues de cas pluridisciplinaires pour les situations complexes (mensuel).
- Sécuriser la préparation de la sortie avec un plan individualisé, des rendez-vous programmés et la transmission des informations vers des relais en ville (médecin traitant, DAC, structures médico-sociales).

Objectifs chiffrés

- 100 % des détenus identifiés comme vulnérables évalués via la grille ICOPE d'ici T4 2026.
- Etat des lieux consolidé : nombre de personnes âgées et en situation de handicap par site (T3 2026).
- Au moins une revue de cas pluridisciplinaire/mois/site pour les situations complexes

- Au moins 20 situations complexes identifiées et 80 % d'entre elles accompagnées par un plan individualisé avant T4 2026.
- Réduction de 25 % des ruptures de soins post-libération pour ces publics d'ici fin 2027.

Acteurs clés : USMP, SMPR/EPMSR, SPIP, PJJ, DAC, CHU, associations, travailleurs sociaux, équipes pénitentiaires.

5. Lien prison-ville-hôpital : sécuriser la transmission des données médicales pour éviter les ruptures de soins

La sortie de détention constitue un temps de transition particulièrement sensible pour la continuité des soins. Malgré les démarches de liaison engagées par les équipes, la transmission des informations de santé peut rester incomplète ou hétérogène, avec un risque de rupture de traitement ou de retards de prise en charge. Le Dossier Médical Partagé (DMP) constitue un levier utile pour fiabiliser et standardiser cette continuité, mais son usage demeure encore inégal en milieu pénitentiaire.

L'enjeu est double : garantir que les données médicales soient correctement alimentées (consultations, traitements, bilans) et former les équipes à l'usage du DMP pour en faire un réflexe. Cela suppose aussi de vérifier les aspects techniques (paramétrage, droits d'accès, interopérabilité) et d'organiser la transmission des informations vers les relais en ville (médecin traitant, CSAPA, DAC).

Objectifs opérationnels

- Engager une concertation et un état des lieux avec les acteurs du milieu pénitentiaire avant septembre 2026.
- Si les possibilités techniques le permettent, mettre en place un protocole d'alimentation systématique du DMP pour les événements clés (entrée, consultations, sortie).
- Former 100 % des professionnels concernés (USMP, SMPR, CSAPA, SPIP) avant la fin 2027, éventuellement en mobilisant TESIS sur le sujet.
- Assurer la transmission des informations vers les relais en ville (médecin traitant, DAC, CSAPA) pour sécuriser la continuité des soins. Réfléchir à une alternative au DMP si cette possibilité n'est pas possible (usages MSS ?)

Objectifs chiffrés

- Diagnostic DMP réalisé avec les parties prenantes et les instances nationales S1 2026
- Mise en place d'une expérimentation sur le site de Domenjod pour les personnes sortantes d'incarcération sur trois mois glissants avant T4 2026 en fonction de la capacité technique à faire (20 sortants par mois)

Acteurs clés : ARS, DSI établissements de santé/CHU, USMP, SMPR, CSAPA, SPIP, DAC, médecins traitants, pharmaciens.