Commission Santé-Justice

Ile de la Réunion

25 novembre 2026

Point d’avancement des travaux de la Feuille de route régionale 2026–2027

MINISTÈRE DE LA JUSTICE
Liberté
Égalité
Fraternité

DSPOM
Direction des Services Pénitentiaires d'Outre-Mer

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars Agence Régionale de Santé La Réunion

Votre santé nous ambition

Rappel - Feuille de route régionale 2026–2027

Cinq chantiers prioritaires définis collectivement lors de la commission du 12 décembre 2025

CHANTIER	OBJECTIF	ANIMATION / COANIMATION
Conventions Santé-Justice	Actualiser les protocoles des trois sites pénitentiaires	**DSPOM / ARS–DATPS**
Addictions	Structurer le parcours de soins addictologiques	**ARS–DATPS / CHU–USMP**
Télémédecine	Organiser les usages cliniques prioritaires	**ARS–DESI / CHU–DSI /EPSMR -DSI**
Perte d'autonomie	Recenser les besoins en détention et en milieu ouvert	**ARS–DATPS / ARS-DAI / Gérontopôle**
DMP et lien prison-ville	Sécuriser la transmission des informations de santé	**ARS–DESI**

Axe 1 · Conventions/Protocoles

Un cadre commun renouvelé et adapté à chacun des trois sites

De l'intérêt des protocoles

Précise la coopération entre les établissements de santé et les établissements pénitentiaires

Afin d'assurer les conditions de la prise en charge sanitaire des personnes détenues.

Des protocoles prêts à être signés

Avant le 31 décembre 2026, échéance fixée par la Direction de l'administration pénitentiaire

Un travail conduit sous la coordination de la DSPOM, avec l'ensemble des parties prenantes

La commission Santé -Justice offre l'occasion de réunir les signataires

Prévoir des avenants

Les protocoles peuvent être revus chaque année et faire l'objet d'avenants au fil des besoins

Notamment pour tenir compte des enseignements des expérimentations en cours, comme le renfort infirmier en psychiatrie le week-end à Domenjod ou le projet URUD au Port.

Axe 2 · Addictions (1/3)

Une opportunité nationale : l'expérimentation d'un projet URUD

Pourquoi renforcer l'offre de soins en addictologie ?

- Les conduites addictives sont fréquentes en détention.
- L'USMP, les CSAPA, le SMPR, le SPIP et les associations interviennent déjà.
- Mais les situations complexes nécessitent un accompagnement plus intensif.

Profiter d'une expérimentation nationale

- **Les unités de réhabilitation pour usagers de drogues (URUD)** sont des dispositifs innovants de prise en charge intensive des addictions en détention.
- Inscrits dans une stratégie nationale porté par la DGOS, la DAP, la DGS et la MILDECA.
- La Réunion a été retenue à l'issue d'un appel à projets avec trois autres sites expérimentateurs.

Axe 2 · Addictions (2/3)

Projet URUD : une unité à vocation régionale, qui sera installée au Port

15 places à terme

L'unité sera implantée au centre de détention du Port (quartier haut de semi-liberté).

Mais s'adressera aux personnes détenues dans les trois établissements pénitentiaires de la Réunion qui présentent des troubles addictifs complexes.

L'identification des locaux est en cours.

Un programme thérapeutique de 6 mois renouvelable

Le programme prévoit un accompagnement intensif et pluridisciplinaire

Axé sur la réhabilitation, les compétences psychosociales, une meilleure prévention des rechutes…

Une démarche d'emblée partenariale

- **Équipes sanitaires** · USMP, SMPR
- **Acteurs de l'addictologie** · Association Addictions France et réseau Ôté
- **Administration pénitentiaire du Port**
- **Partenaires associatifs et d'entraide :** · Groupe d'entraide mutuelle (GEM) Les Maillons de l'Espoir et association Allons Dehors

L'association Addictions France est chargée maintenant d'assurer le pilotage opérationnel et l'animation de l'unité (recrutement des équipes, déploiement progressif…)

Axe 2 · Addictions (3/3)

L'URUD : un levier de transformation pour la filière addictions en détention

Renforcement de l'unité sanitaire

L'ARS travaille au renforcement de l'offre de soins en addictologie de l'USMP avec 0,5 ETP de médecin addictologue et 1,5 ETP infirmier.

Des moyens pour consolider le premier recours et son articulation avec l'URUD.

Renforcement du parcours de soins et de la préparation des sorties de détention

La fonction de coordination au sein des établissements pénitentiaires facilitera le travail entre les USMP, le SMPR, le SPIP, les CSAPA et autres opérateurs spécialisés, ainsi que l'administration pénitentiaire

Pour mieux articuler le repérage, les soins en détention, la préparation de la sortie et le relais en ville (lien avec l'EMOT).

Évaluation nationale

Une démarche d'évaluation est en cours de construction sous l'égide de l'ANAP.

Elle vise à documenter les résultats sur les quatre sites expérimentateurs et les conditions de transférabilité du dispositif

Axe 3 · Télé-médecine en milieu pénitentiaire (1/3)

Un autre levier pour améliorer l'accès aux soins

Bénéfices attendus

- Faciliter l'accès à des soins spécialisés en détention
- Réduire les délais de consultation
- Prévenir les pertes de chance tout en limitant le recours aux extractions sanitaires et les coûts et risques associés.

Une démarche en cours de construction

Depuis 2020, les premiers équipements ont fourni un socle technique et de premiers usages.

La possibilité d'acquérir des équipements supplémentaires a été envisagée à plusieurs reprises (ex. télé- échographie robotisée)

Mais le déploiement de la télémédecine suppose au préalable d'identifier et de hiérarchiser l'ensemble des besoins cliniques, puis de formaliser l'organisation médicale qui permettra d'y répondre, avant de choisir, parmi les solutions disponibles sur le marché, les outils et le socle technique adapté.

Axe 3 · Télé-médecine (2/3)

Les trois sites pénitentiaires disposent déjà d'équipements

Sites et acteurs

- Centre pénitentiaire de Domenjod
- Centre de détention du Port
- Maison d'arrêt de Saint-Pierre.

Établissements de santé associés

- CHU
- EPSMR

Équipements fournis

- Postes de travail
- Visioconférence
- Ecrans
- Caméras mobiles
- Stéthoscope numérique
- Câblages numériques.

Financements en 2020

CHU · 13 401,46 €

EPSMR · 14 679,95 €

Axe 3 · Télémédecine (3/3)

Maintenant il s'agit d'aller vers un diagnostic des besoins prioritaires pour construire ensemble la suite

Repères 2026

AAP Développement de la télésanté en milieu pénitentiaire –

Diffusion en mai 2026

Une opportunité pour consolider une infrastructure réseau ?

1ère échéance : 26.06.2026
2ème échéance : 09.11.2026

Prochaine étape à mener par les établissements de santé

La prochaine étape consiste à identifier les besoins prioritaires de recours à la télémédecine et à définir l'organisation des soins qui permettra d'y répondre

Le CHU et l'EPSMR sont ainsi invités à conduire ce diagnostic et à proposer une ou des organisations réalisables

En mettant en regard des besoins : les spécialités médicales mobilisables , les créneaux disponibles, les temps de professionnels nécessaires…

Construire ensemble la télémédecine en détention

Ce travail sera conduit de façon collégiale, avec l'appui de l'ARS et du GCS TESIS.

L'enjeu aujourd'hui est d'engager une réflexion approfondie et partagée sur les besoins prioritaires de recours à la télémédecine et l'organisation des soins qui en découle.

Il s'agit aussi de consolider les démarches projets globalisées entre établissements.

Axe 4 · Perte d’autonomie et handicap (1/3)

Un enjeu émergent pour les personnes placées sous main de justice

Trois moments du parcours

- En détention
- En milieu ouvert
- Lors de la sortie de détention.

Des situations très diverses

Vieillissement, handicaps moteurs, sensoriels, psychiques ou cognitifs

Limitations dans la vie quotidienne : difficulté pour se déplacer , se laver, s’habiller… Besoin d’aide et d’aménagements.

Difficulté d’accès aux soins, aux droits, aux dispositifs médico-sociaux

Difficulté à anticiper lors de la sortie de détention la continuité des soins et des aides, l’accès aux droits, les relais dans le secteur médico-social…

Des besoins à documenter pour orienter les travaux

Mieux connaître le nombre de personnes concernées

Les réponses existantes (cellules aménagées, aides techniques et humaines, accès à la kinésithérapie et aux consultations, accompagnement en milieu ouvert…)

Les besoins sans réponses (aménagement indisponible, aide difficile à mobiliser, accès aux soins retardés ou relais impossible à organiser avant la sortie…)

Les autres difficultés rencontrées, les besoins des professionnels, les autres causes de ruptures de parcours…

Axe 4 · Perte d’autonomie et handicap (2/3)

État d’avancement des travaux : un état des lieux régional en construction

Le cadrage est achevé

En lien avec le Gérontopôle.

Le périmètre couvre le vieillissement, le handicap et les limitations d’autonomie.

Concerne les trois sites pénitentiaires et le milieu ouvert.

Une méthode est proposée

Une enquête par questionnaires est envisagée auprès des établissements pénitentiaires, des unités sanitaires et des SPIP.

Ces questionnaires permettront de recueillir des données quantitatives et qualitatives et de partager les expériences de terrain, notamment sur les bonnes pratiques existantes.

Les outils sont en cours de finalisation

Des premières trames de questionnaires ont été préparées.

Elles doit maintenant être proposées aux services concernés pour recueillir leurs observations et les ajuster avec eux avant diffusion.

Axe 4 · Perte d’autonomie et handicap (3/3)

Prochaines étapes

Finaliser les outils de recueil et lancer l’état des lieux régional

Soumettre les trames de questionnaires, les ajuster avec les équipes concernées

Convenir ensemble des modalités de diffusion et du calendrier de réponse

Lancer le recueil, puis analyser les contributions et partager les constats en commission

Contribution attendue de la commission

Recueillir vos observations sur la démarche, la méthode.

Identifier avec vous les interlocuteurs à mobiliser

Et solliciter votre concours pour alimenter l’état des lieux.

Axe 5 · DMP et lien prison-ville (1/4)

Mobiliser le numérique en santé pour sécuriser la continuité des soins à la sortie de détention

Les outils numériques de partage de données de santé

- Mon espace santé et le dossier médical partagé (DMP),
- La messagerie sécurisée de santé (MSS).

Les partenaires associés en 2026

Au national : Direction Générale de la Recherche et de l'Innovation et du Numérique en Santé (DNS) et l'Agence du Numérique en Santé (ANS).

À La Réunion : l'Assurance Maladie, le GRADeS (Tesis), le CHU, l'USMP, le centre pénitentiaire de Domenjod, le greffe et le SPIP.

Les travaux conduits

Visite de l'USMP par le GRADeS, l'ARS et l'Assurance Maladie.

Observation des usages du DPI sur Crossway et de la qualification de l'INS (dans un contexte de transition vers le futur DPI Sillage)

État des lieux en cours mené par le GRADeS sur les possibilités de transmissions au DMP des documents de santé produits par l'USMP.

Axe 5 · DMPP et lien prison-ville (2/4)

Principaux freins identifiés

Qualification de l'identité nationale de santé (INS)

Les pièces d'identité requises pour qualifier l'INS font fréquemment défaut.

Ce prérequis à l'alimentation du DMP appelle une réflexion et d'éventuels arbitrages nationaux associant les secteurs de la Santé, Justice et de l'Intérieur.

Processus hospitaliers en cours de stabilisation

Les procédures de production des volets de synthèse médicale et des lettres de liaison restent à harmoniser.

La signature électronique des documents médicaux présente des difficultés de mise en œuvre.

La migration de Crossway vers Sillage mobilise actuellement les équipes et oblige à temporiser certains développements.

Axe 5 · DMP et lien prison-ville (3/4)

Les conditions de reprise des travaux

Sécuriser l'identité et la qualification de l'INS

Identifier des solutions opérationnelles pour qualifier l'INS des personnes détenues.

Porter les difficultés rencontrées auprès des instances nationales, avec l'ANS.

Stabiliser les processus

Au CHU : formaliser les modalités de production et de signature des documents de sortie (volet de synthèse médicale et lettre de liaison).

A l'échelle régionale : Préparer la reprise des travaux en tenant compte du déploiement de Sillage.

Définir un projet pilote réaliste

Préciser le périmètre d'une éventuelle expérimentation sur les modalités d'utilisation du DMP

De même sur les modalités d'utilisation de la MSS vers le médecin traitant et le patient si l'alimentation du DMP n'est pas possible.

Axe 5 · DMP et lien prison-ville (4/4)

Ce que la commission peut retenir

Les acquis de 2026

- Mobilisation partenariale des professionnels de la santé, du numérique en santé et de la justice.
- Meilleure compréhension des freins de terrain et des prérequis nécessaires pour une expérimentation.
- Emergence d'une approche commune de la continuité des soins à la sortie de détention.

Les prochaines étapes

Sécuriser les prérequis techniques, notamment la qualification de l'INS, et réexaminer la faisabilité avec les partenaires nationaux.

Stabiliser les outils et procédures.

Fixer le calendrier de reprise.

Perspectives : mobiliser progressivement la médecine de ville et accompagner les personnes vers Mon espace santé.

Bilan 2026 et perspectives

Des avancées en 2026

- Actualisation des contenus des protocoles pour les trois sites pénitentiaires.
- Projet URUD au Port retenu au niveau national.
- Les autres chantiers ont progressé à des rythmes différents : l'identification des freins au partage numérique des données de santé à la sortie de détention, préparation de l'enquête sur la perte d'autonomie.

Les prochaines étapes

- Signer les protocoles (ce jour)
- Préparer l'ouverture de l'URUD
- Mettre en œuvre le diagnostic des besoins en télémédecine
- Engager l'état des lieux sur la perte d'autonomie et le handicap
- Poursuivre les travaux sur le DMP et la MSS

Garder une vision d'ensemble

Partager les avancées et les premiers enseignements des travaux conduits.

Continuer à échanger sur les difficultés communes aux sites et sur les besoins d'appui des partenaires.

Et faire le point sur les priorités de la feuille de route régionale au regard des constats de terrain.