

# Fiche projet

Justice thérapeutique  
Centre hospitalier le Vinatier

## Identification

### Référents/promoteurs du projet

Direction :

Référent Médical : Dr S. Mouchet-Mages, responsable de service – Dr F. Meunier (chef de projet) ;  
Consultation de Psychiatrie Légale, bâtiment 356, CH le Vinatier 95 Bd PINEL 69678 Bron ; 04 37 91 53 08

[Sabine.mouchet-mages@ch-le-vinatier.fr](mailto:Sabine.mouchet-mages@ch-le-vinatier.fr) ; [frederic.meunier@ch-le-vinatier.fr](mailto:frederic.meunier@ch-le-vinatier.fr)

### Acteurs/Partenaire(s) identifié(s) du projet

Structure partenaire	Référent	Périmètre d'intervention
T.G.I de LYON 67 rue Servient 69003 Lyon	Laurence BARRIQUAND Vice-Procureure Exécution des peines <a href="mailto:Laurence.barriquand@justice.fr">Laurence.barriquand@justice.fr</a> 04-72-60-71-44	Organisation logistique, intégration du dispositif dans les processus judiciaires déjà existants
T.G.I de LYON 67 rue Servient 69003 Lyon	Sylvie BOGE Vice-Présidente Application des peines <a href="mailto:Sylvie.boge@justice.fr">Sylvie.boge@justice.fr</a> 04 72 60 70 12	Organisation logistique, intégration du dispositif dans les processus judiciaires déjà existants
SPIP du Rhône 21 rue Crépet 69007 Lyon	Anne-Cécile GABRIEL DPIP LYON <a href="mailto:Anne-cecile.gabriel@justice.fr">Anne-cecile.gabriel@justice.fr</a> <b>04 69 67 76 00</b>	Organisation logistique, coordination entre les différents partenaires et les différentes étapes, moyens humains
<b>SCJE Rhône-Alpes</b> 59 boulevard Marius Vivier Merle 69003 Lyon	Mme Mélanie Chaverot <a href="mailto:Melanie.chaverot@justice.fr">Melanie.chaverot@justice.fr</a> 04.72.33.99.00	Evaluation systématique des personnes sous main de justice
<b>CSAPA de Villeurbanne</b> 111 rue du 1 <sup>er</sup> mars 43 69 100 Villeurbanne	Mr Anthony Demaria <a href="mailto:Anthony.demaria@anpaa.asso.fr">Anthony.demaria@anpaa.asso.fr</a> Mme Sophie Revert <a href="mailto:Sophie.revert@anpaa.asso.fr">Sophie.revert@anpaa.asso.fr</a> 04 72 65 06 00	Mise en place de soins, financement par la MILDECA

## Description et fondements du projet

### Contexte et objectifs

Le projet contrainte pénale-justice thérapeutique (CPJT) est un projet innovant reposant sur un partenariat entre le Tribunal de Grande Instance (TGI) de Lyon, le Service de Contrôle Judiciaire et d'enquête, le Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation, le CSAPA de Villeurbanne ANPAA, la Consultation de Psychiatrie Légale (CPL) du Centre Hospitalier le Vinatier.

**L'objectif de ce projet « justice thérapeutique » dans le ressort du TGI de Lyon l'individualisation de la peine pour des personnes multirécidivantes et souffrant de troubles mentaux et/ou d'addiction, en tentant de limiter les peines privatives de liberté – défavorable au rétablissement – et d'aider à la réinsertion.**

Le moyen est de prendre en charge les personnes, dont la délinquance est liée à une problématique de santé, qu'il s'agisse d'addiction, de trouble mental au sens large, ou de comorbidités addictions / trouble mental, dans le cadre d'un programme individualisé de suivi aux fins de réinsertion. Il s'agit d'enclencher une dynamique partenariale justice-soin-social afin de permettre au justiciable de devenir acteur de son parcours d'exécution de peine et de sa prise en charge.

La contrainte pénale créée par la loi du 15 août 2014 constitue un cadre juridique adapté à cette expérimentation. En effet, cette peine correctionnelle **alternative à l'emprisonnement** s'adresse aux justiciables rencontrant les difficultés les plus importantes et repose sur une évaluation préalable à la mise en place d'un suivi soutenu, individualisé et évolutif de la personne condamnée.

Dans ce contexte, une mesure de soins pénalement ordonnés est mise en place sous forme d'une contrainte pénale, avec un dispositif renforcé de suivi par les Conseillers d'Insertion et de Probation (CPIP). Le juge d'application des peines intervient pour rencontrer le condamné pour renforcer son adhésion au dispositif dans une approche d'esprit motivationnel.

La contrainte pénale est une peine qui a tout son sens particulièrement pour des personnes impliquées dans des parcours de délinquance répétitifs dus majoritairement à des problématiques psychiques et/ou d'addiction conjointement à de lourdes difficultés sociales et d'insertion. Il s'agit des auteurs d'infraction présentant une pathologie mentale et/ou une addiction (alcoolique ou aux produits stupéfiants) favorisant un passage à l'acte délinquant régulier.

Les objectifs du projet sont de favoriser les soins et l'insertion sociale de patients malades mentaux condamnés pour des infractions, pour qui une incarcération serait délétère en termes de parcours de soins,

à l'aide d'une prise en charge renforcée coordonnée avec les services judiciaires et pénitentiaires. Une part importante est réalisée dans l'articulation avec le secteur chez des patients souvent peu adhérents aux soins ou n'en ayant jamais bénéficié. Ce projet est adaptable, sans changement majeur, à la peine de probation prévue par la réforme pénale en cours qui aura vocation à remplacer la mesure de contrainte pénale et le sursis avec mise à l'épreuve.

### Inscription dans la politique régionale de sante mentale et de psychiatrie

Ce projet permet l'accès aux soins de personnes qui, sans être dans une situation de désert médical par « état », le sont dans les faits. Du fait de leurs troubles, de la mauvaise adaptation sociale, d'un logement précaire, parfois de leur agressivité et de leur violence, elles ont du mal à accéder aux structures de soins usuelles (CMP, CSAPA) directement.

Ce projet permet un accès « intermédiaire », sécurisé (avec des équipes ayant l'expérience nécessaire, dans un cadre adapté et sous couvert d'une mesure pénale). A terme ces patients, s'ils continuent à nécessiter des soins, seront pris en charge par le secteur.

Le PRS demande une meilleure accessibilité aux soins, notamment en santé mentale, et une coordination des professionnels dans le parcours de soin des personnes.

Deux facteurs de protection sont promus par ce projet, celui de la continuité de la prise en charge, et celui de la diminution des addictions associées.

### Description des apports attendus – objectifs poursuivis

#### Objectifs du projet :

- Les objectifs du projet d'expérimentation, sont la mise en place du projet justice thérapeutique à Lyon sur le territoire de ressort du Tribunal de Grande Instance. A ce jour, il n'existe pas de coordination entre les soins et la justice pour des patients bien connus des 2 institutions. Leur parcours oscille entre la détention et les soins, parfois en hospitalisation, et les protocoles inhérents à ces deux systèmes vont heurter le fonctionnement de l'autre. Cette coordination autour de cas concrets entre la santé et la justice est innovante, elle ne correspond pas aux habitudes de fonctionnement de part et d'autre. Elle vise à améliorer l'accès aux soins et renforcer la prise en charge. A terme, ce projet a pour objectif de diminuer les journées d'incarcération (c'est un objectif direct car une alternative à l'incarcération), et les journées d'hospitalisation (le renforcement des soins non perturbés par un processus judiciaire devrait permettre une meilleure efficacité thérapeutique et une diminution de la fréquence et de la durée des hospitalisations).

- Sur le plan clinique, il s'agit d'inclure des personnes sous main de justice dans un dispositif coordonné.

Nous évaluons nos capacités de prises en charge à 60 sujets (donc 40 de plus que dans l'expérimentation), sous réserve d'un financement spécifique. L'inclusion graduelle dans le dispositif des patients suite à leur jugement sera compensée par les fins de mesures environ 18 à 24 mois après. Les 60 sujets correspondent d'après les estimations du Parquet et du COPIL mis en place.

- Pour ces sujets, l'évaluation de l'efficacité du dispositif reposera sur la capacité du sujet à adhérer aux soins (respect des consultations, prise de traitement, mise à distance des consommations, fréquentation des soins), et à respecter ses obligations judiciaires ; la diminution des passages à l'acte est également un objectif qui devrait être mesuré à moyen terme. Ainsi que les coûts évités en matière de détention et d'hospitalisation (suivi de cohorte).
- Du point de vue des professionnels, la mise en place d'une coordination entre différents champs est de nature à renforcer la connaissance mutuelle des services et à favoriser la coopération autour des usagers.

#### **Résumé :**

- **Évaluation du besoin de santé spécifique sur le territoire (ressort du TGI de Lyon : métropole et sur du Rhône) : 60 personnes environ.**
  - *Indicateur : inclure 60 sujets dans le dispositif*
- **Suivi des personnes sur une durée de 18 à 24 mois**
  - *Indicateur 1: nombre de personnes bénéficiant du dispositif CPJT*
  - *Indicateur 2 : nombre de réunions multipartenariales les concernant`*
- **Coordination du parcours**
  - *Indicateur 1 : Activité des case-managers*
  - *Indicateur 2 : Parcours terminés, qualité de vie et de prise en charge des personnes, taux de récidive.*
- **Amélioration de la santé et des liens des personnes**
  - *Indicateur 1 : fin des soins, relai sur les services de « droit commun »*
  - *Indicateur 2 : évaluation qualitative par les usagers*

## Caractère innovant du projet

L'innovation principale du projet est la mise en place d'une organisation concertée entre professionnels au cours du processus judiciaire, afin de renforcer la prise en charge du patient sous-main de justice tout en le maintenant en ambulatoire, et en proposant des soins groupaux à des patients qui y sont généralement peu accessibles.

D'autres projets ont vu le jour en France, mais l'originalité du projet CPJT à Lyon est qu'il n'est pas strictement lié aux problématiques de toxicomanie mais se destine plus largement aux malades mentaux, et aux patients présentant une addiction, avec une comorbidité possible entre les deux conditions.

Il s'agit de proposer une prise en charge différente, renforcée sur le plan du suivi judiciaire et des soins, à des patients pour qui l'existence d'une pathologie mentale est à l'origine de la commission de délits qui, par leur répétition ou leur nature, contraindraient les magistrats à prononcer une incarcération courte. Une telle incarcération est un facteur de désocialisation et de rupture de soins, alors même que cette population est en règle une population peu observante et en situation précaire.

Un des axes forts du projet est sa population d'intérêt : il s'agit de patients souvent connus des services de soins pour leurs antécédents de violences et leur peu d'adhésion aux soins, et qui sont peu intégrés aux dispositifs sectoriels (peu de régularité en consultation, pas d'insertion dans les groupes en HDJ ou CATTP du fait d'un comportement erratique voire menaçant) ; du point de vue de la justice, il s'agit de sujets fréquemment usagers du système judiciaires, également bien connus, et pour qui la simple mise en place d'une peine ne suffit pas à contrôler les troubles du comportement. Seule une coordination entre les systèmes de soin et judiciaire peut permettre d'apporter une réponse conjointe à des cas communs.

Le territoire de l'expérimentation est celui du ressort du Tribunal de grande Instance de Lyon.

Durant la mesure qui dure environ 18 mois, les services de soins proposent une prise en charge renforcée avec des dispositifs groupaux en plus ou en attente d'un suivi de secteur. C'est la prise en charge renforcée durant cette période, organisée par le fait de la contrainte judiciaire, qui devrait permettre au patient d'être accompagné dans un processus de soins qui se poursuivra ultérieurement sur le secteur ou auprès de structures addictologiques. Tout au long de la mesure, les partenaires soignants et les CPIP se réunissent pour évoquer les dossiers des patients, dans le respect du secret professionnel et après consentement du patient à ces échanges. Ces réunions mensuelles permettent d'assurer une coordination entre les différents acteurs autour du patient et de proposer des stratégies globales de prise en charge. Les CPIP rédigent des

rapports périodiques au juge d'application des peines à la suite des réunions de concertation, et celui-ci reçoit périodiquement les condamnés dans une perspective motivationnelle.

En cas de non-respect des obligations, le juge d'application des peines peut prononcer un placement en détention, ou d'autres obligations plus coercitives. Mais son rôle principal demeure le soutien de la personne dans le processus.

Néanmoins, c'est le rôle coordonné des services de justice, psychiatriques et addictologie qui est l'innovation en termes d'organisation, et la place centrale de l'utilisateur et de son parcours personnel, clinique et judiciaire.

## Parties prenantes au projet

**Sur le plan humain, le projet repose sur une coordination entre plusieurs équipes.**

Avant d'être présentés au juge, le Service de Contrôle Judiciaire et d'Enquêtes (SCJE) réalise une enquête rapide de personnalité permettant de mettre en évidence un intérêt potentiel pour la participation au dispositif. Lors du procès, les juges correctionnels prononcent une peine de contrainte pénale avec orientation vers le dispositif de justice thérapeutique, après avoir informé et recueilli l'accord du patient. Cet accord est important car il doit participer à l'adhésion au dispositif, selon une approche motivationnelle.

Après le jugement, le condamné est orienté vers une permanence CPJT assurée par une équipe de Conseillers Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (CPIP) dédiés. C'est cette équipe qui assurera le fil conducteur des prises en charge, pouvant le cas échéant prendre RDV ou accompagner les sujets auprès des services de soin. Selon leur pathologie préférentiellement addictologique, psychiatrique ou comorbide, les patients fréquentent la consultation de psychiatrie légale et l'ANPAA, avec des modalités de prise en charge groupale renforcées, et en lien avec leur secteur psychiatrique. Un travail de maillage est effectué entre les différents services.

Une fois par mois, les équipes de l'ANPAA et de la CPL se rencontrent au Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation (SPIP) avec les CPIP pour faire le point sur le déroulé des prises en charge, dans le respect du secret professionnel. A l'issue de ces réunions, les CPIP rédigent périodiquement des rapports à destination des juges, qui reçoivent à 6 mois, en cours et en fin de mesure les condamnés afin de les suivre dans une perspective motivationnelle (les juges participant au projet ont bénéficié d'une sensibilisation aux techniques d'entretien motivationnel).

Les usagers sont impliqués dans le processus par une démarche générale motivationnelle. Cette motivation au changement est favorisée par une attitude des acteurs judiciaires accompagnante dans le processus et non uniquement dans une fonction répressive. Les échanges d'informations entre professionnels doivent être acceptés par les patients, qui sont prévenus des réunions les concernant, et peuvent y être conviés.

De manière générale, le projet participe au rétablissement par une meilleure implication du patient dans les soins et un renforcement de la prise en charge pour permettre une meilleure observance, un soutien vers l'accès au logement et à l'emploi le cas échéant.

## Transférabilité du projet

Le dispositif s'appuie sur des structures existantes sur d'autres territoires : le système judiciaire, les CPIP, un CSAPA, et une unité de soins. Celle-ci a pour particularité d'être en charge des soins post-carcéraux. Sur le plan départemental, ce travail pourrait être élargi au territoire d'autres TGI avec les mêmes équipes soignantes.

Ailleurs en France, le réseau des CSAPA et l'existence de consultations post-carcérales permettrait de reproduire le même dispositif. Au besoin, un secteur plus sensibilisé à la prise en charge des patients sous-main de justice pourrait mettre en place une coordination identique et des soins groupaux du même type.

## Bibliographie/ ressources scientifiques

Le projet CPJT de Lyon est en lien avec les expériences de Tribunaux de Santé Mentale.

Le premier Mental Health Court (MHC) ou tribunal de Santé Mentale a été créé en Floride en 1997. Il existe à l'heure actuelle plus de 300 MHC à travers les Etats Unis. Il existe également des expériences en Ecosse, Nouvelle-Zélande, Angleterre , au Canada.

La raison de la mise en œuvre d'un tel programme est que, bien que les troubles mentaux ne soient pas des facteurs de risques de délinquance tels que ceux décrit par Bonta et al 2014, les personnes souffrant de troubles mentaux auraient trois à six fois plus de risques d'être arrêtés que la population générale. Ces personnes représenteraient aux Etats-Unis 6 à 40% des personnes incarcérées.

Les critères d'éligibilité dans ces dispositifs sont différents en fonction des tribunaux (Honegger 2015) mais les constantes d'inclusion dans le programme restent que le sujet doit être atteint d'un trouble mental et avoir commis une infraction (le plus souvent délit ou crime non violent) en rapport avec sa pathologie. Les comorbidités addictives ne sont, la plupart du temps pas critères d'exclusion.

L'efficacité de telles approches a été testée sur le plan quantitatif et qualitatif. Par exemple, aux Etats-Unis, une étude multicentrique s'intéressant aux données six mois avant et six mois après l'inclusion des

participants, trouvait une augmentation significative de la motivation aux soins, de l'utilisation des services de soins communautaires et d'addictologie chez les sujets des programmes MHC. Cette augmentation d'accès à la médication et aux centres de soins était alors associée à une diminution de la récidive, évaluée par les ré-arrestations dans l'année suivant le début du programme (Han et Redlich 2016). Sur le plan clinique le fonctionnement global (évalué par la Global Assessment of Functioning) et la qualité de vie (évaluée dans une seule étude) ont été améliorés chez les participants aux programmes de tribunaux de santé mentale en comparaison à ceux des sujets ayant intégré le système judiciaire classique.

Les initiatives de ce type en France sont nées d'un modèle canadien basé sur la motivation du justiciable à participer à un programme qui inclut des soins dans le cadre d'une peine ambulatoire. La justice au Canada et plus particulièrement au Québec, a mis en place une procédure spécifique de traitement judiciaire, reposant sur un partenariat multisectoriel (justice, police, santé, associations) des différents acteurs impliqués dans la prise en charge de deux publics pour lesquels la dimension du soin est essentielle : les personnes souffrant d'une addiction et les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale au sens large.

L'expérience canadienne en matière de justice thérapeutique est un apport déterminant pour faire évoluer nos pratiques par la conception d'un travail en équipe pluridisciplinaire à tous les stades de la procédure, une évaluation personnalisée très précise des risques-besoins-réceptivité et un suivi intensif adapté à la personnalité du délinquant. La mise en lien des expériences en France et au Québec a été favorisée par un programme d'échanges en lien avec le magistrat de liaison au Québec et la MILDECA.

Une première initiative de ce type de projets en France a été menée à Bobigny avec des fonds spécifiques issus de la MILDECA, et orienté vers la toxicomanie. Expérience pilote, il a été organisé par la création complète d'un système incluant une hospitalisation de jour intensive. Ce dispositif étant coûteux, il n'a pas été reconduit. L'ancrage sur des dispositifs existants comme nous le proposons à Lyon est une clé permettant d'optimiser le système sans excès de coûts tout en proposant une prise en charge coordonnée. A une plus grande échelle, l'expérience menée dans la ville de Laval (Québec) consiste en une réorganisation totale des relations entre les professionnels et les services existants, et a permis d'améliorer la prise en charge des patients psychiatriques dans le système judiciaire.

Moore, M. E., & Hiday, V. A. (2006). Mental health court outcomes: A comparison of re-arrest and re-arrest severity between mental health court and traditional court participants. *Law and Human Behavior*, 30(6), 659-674.

Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and violent behavior*, 19(3), 278-287.

Honegger, L. N. (2015). Does the evidence support the case for mental health courts? A review of the literature. *Law and Human Behavior*, 39(5), 478.



Han, W., & Redlich, A. D. (2015). The impact of community treatment on recidivism among mental health court participants. *Psychiatric Services*, 67(4), 384-390.

Plourde, C., & Brunelle, N. (2017). L'intervention auprès des personnes judiciarisées utilisatrices de drogues. Université de Laval

MacDonald, S. A., & Dumais Michaud, A. A. (2015). La prise en charge et discours entourant les personnes judiciarisées au sein d'un tribunal de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 161-177.

## Planification de la réalisation du projet

### Gouvernance du projet

Un comité de pilotage a été mis en place. Il s'est réuni mensuellement pour la préparation du dispositif, et assure depuis le suivi tous les 3 mois. Il regroupe des représentants des différents partenaires du projet : juges correctionnels, procureur de la république, juges d'application des peines, directeur d'insertion et de probation, représentant du SCJE, chargé de projet, psychologue, chargé de prévention et cadre du CSAPA, médecins de la Consultation de Psychiatrie Légale.

Le comité de pilotage a eu pour fonction de construire le dispositif, de rédiger le guide méthodologique incluant le logigramme et les fiches réflexe permettant de définir le rôle de chacun. Il a défini les indicateurs d'évaluation, et assure le suivi des dossiers inclus (en termes de nombre et de problématiques émergentes en lien avec l'organisation). Il assure la promotion du projet auprès des instances, et la recherche de partenaires notamment sociaux.

Le projet étant innovant, le comité de pilotage est régulièrement amené à communiquer auprès d'autres structures, notamment dans le cadre de formations de l'Ecole Nationale de la Magistrature.

Le Rôle de ce COPIL est la mise en œuvre, la conduite et l'évaluation du projet.

### Contexte existant

#### *Éléments déjà présents sur le périmètre d'action du projet*

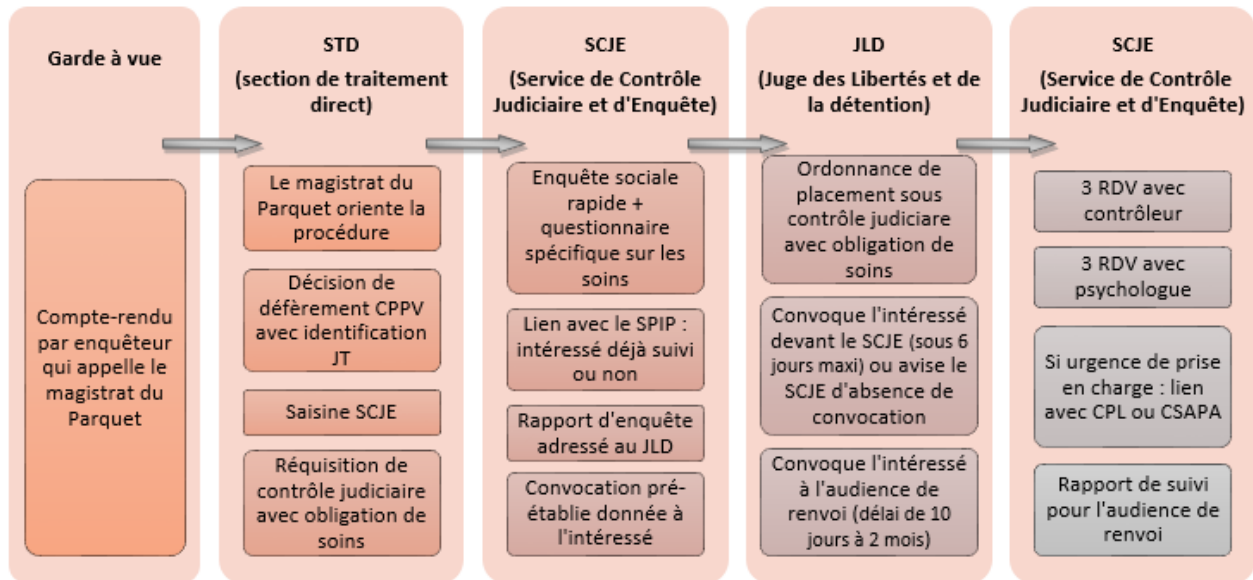
- *Infrastructures et acteurs*
- *Equipements utiles au projet proposé*
- *Schéma d'organisation*

Les différentes structures participantes existent déjà sur le périmètre d'action du projet, pour le stade présentiel et l'audience correctionnelle. L'organisation a été optimisée avec des fiches spécifiques permettant aux personnels n'étant pas directement impliqués dans le projet (greffiers par exemple) de correctement orienter les patients.

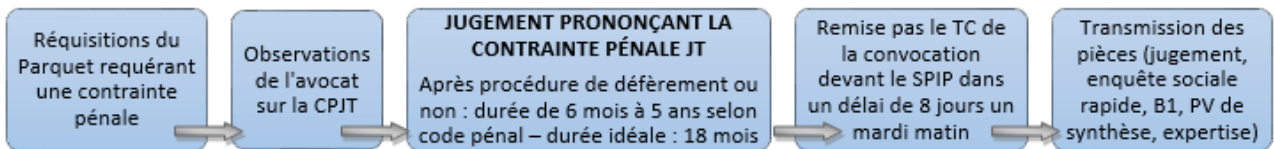
L'organisation se fait de la manière suivante (le déroulement est celui d'une procédure habituelle, mais une information des différents acteurs et des fiches réflexes ont été rédigées pour permettre de cibler les condamnations) :

### LOGIGRAMME DU DISPOSITIF CONTRAINTE PENALE JUSTICE THERAPEUTIQUE

#### STADE PRÉSENTENCIEL :



#### AUDIENCE CORRECTIONNELLE :



Le stade post-sentenciel hors dispositif est constitué par le suivi du CPIP mensuel généralement, un suivi médical ou addictologique dans le cadre d'une obligation de soins avec production d'attestations, par le service de secteur. Ce suivi est peu spécifique et n'est pas coordonné. De nombreux patients y échappent car il ne constitue pas de modification par rapport à leur prise en charge habituelle à laquelle ils adhèrent généralement peu. La prise en charge n'est pas coordonnée entre les différents intervenants.

### Contexte cible

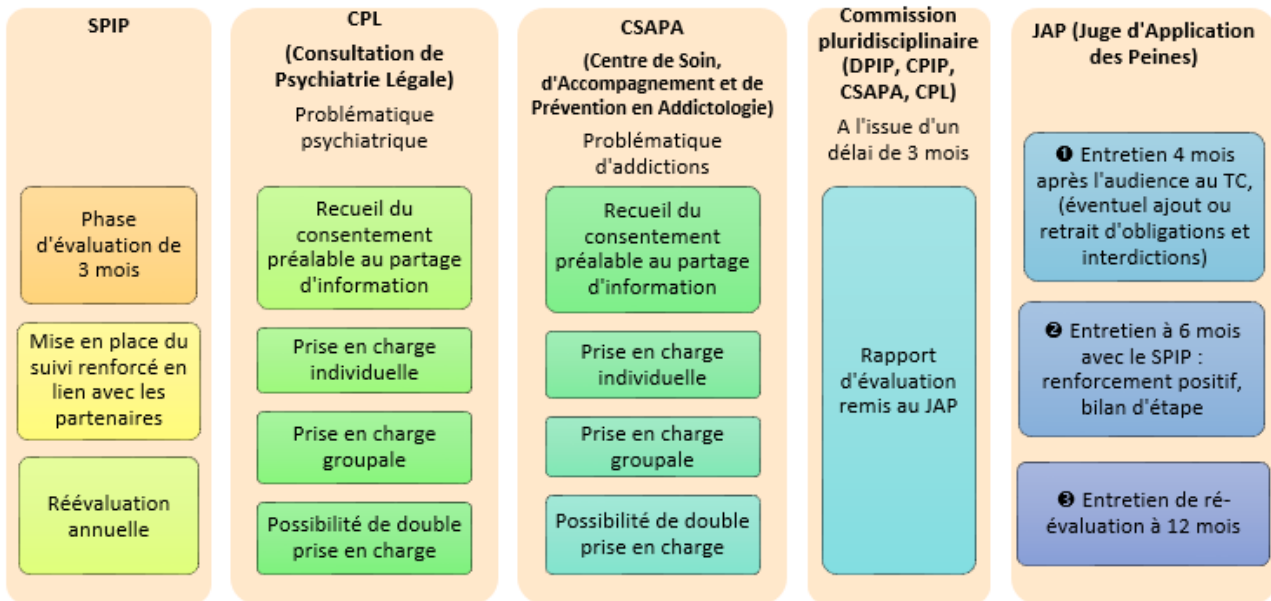
*Décrire les moyens à déployer en complément ou en remplacement des éléments existants cités supra.*

- Infrastructures et acteurs
- Equipements utiles au projet proposé
- Schéma d'organisation
- Description de l'organisation cible à terme

Les moyens supplémentaires sont un surcroît d'évaluations par le SCJE au stade présentenciel.

L'organisation de la communication entre les différents acteurs a permis d'orienter le justiciable  
 Les moyens nécessaires concernent le stade post-sentenciel selon le schéma suivant :

**STADE POST-SENTENCIEL :**



- Mise en place d'une équipe de CPIP dédiés au suivi renforcé
- Prises en charges renforcées à la CPL et à l'ANPAA, notamment sous format groupal
- Mise en place de réunions mensuelles entre les professionnels (CPI)
- Audiences supplémentaires du Juge d'Application des Peines

**Accompagnement au changement**

La mise en place du dispositif est basée sur une réorganisation du dispositif existant, assorti de renforcement dans les prises en charge notamment par la mise en œuvre d'une coordination entre les professionnels et d'un renforcement des soins. Pour ce faire, nous souhaitons pouvoir proposer des soins groupaux « tolérants », susceptibles d'accueillir des patients encore trop symptomatiques et potentiellement dangereux qui bénéficieraient d'une prise en charge de groupe. Cette prise en charge, plusieurs fois par semaine, permet de proposer un étayage conséquent des patients, et de mieux évaluer leur fonctionnement et leurs besoins pour proposer une prise en charge globale. Elle vient en appui des dispositifs sectoriels pour les renforcer, soit qu'ils ne soient pas encore existants pour le sujet –celui-ci sera alors progressivement orienté vers le secteur en utilisant l'étayage groupal -, soit que les capacités de celui-ci soient dépassées par la symptomatologie du patient.

Une formation des personnels à l'amélioration des habiletés sociales des patients est à envisager pour mise en place d'un groupe spécifique afin d'améliorer les comportements pro-sociaux chez nos patients.

## Calendrier

*Décrire le calendrier envisagé du projet sur son démarrage et sa montée en charge : pour chaque composante du projet, quels sont les activités projetées, la ou les personnes responsables de leur réalisation, les livrables attendus et le calendrier prévu?*

**Utilisez la grille Plan de réalisation du projet pour compléter cette section. Des informations complémentaires peuvent être incluses ici, au besoin.**

## Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le projet est susceptible d'apporter des

- Bénéfices cliniques : accompagnement vers des soins pour des patients en rupture sur le plan psychiatrique et/ou addictologique, lien et soutien du secteur, amélioration de l'observance par un suivi renforcé et un travail vers l'adhésion aux soins.
- Bénéfices organisationnels : l'organisation coordonnée entre les professionnels CSAPA-Psychiatrie-Justice-Probation est de nature à permettre une meilleure efficacité des prises en charge de tout type, par le développement de stratégies communes
- Le dispositif vise à conduire les patients vers des outils de réhabilitation auxquels ils n'ont généralement pas accès du fait de leur symptomatologie, de leurs addictions ou de leurs passages à l'acte. Cette prise en charge est donc de nature à diminuer les réhospitalisations en favorisant l'observance thérapeutique ambulatoire
- Sur le plan judiciaire, le premier bénéfice est la diminution du nombre de journées d'incarcération, mais également une diminution du risque de récidive lorsque le passage à l'acte est sous-tendu par une pathologie mentale ou addictive, puisque celle-ci sera mieux contrôlée

Pour les sujets, l'évaluation de l'efficacité du dispositif reposera sur la capacité du sujet à adhérer aux soins (respect des consultations, prise de traitement, mise à distance des consommations, fréquentation des soins), et à respecter ses obligations judiciaires ; la diminution des passages à l'acte est également un objectif qui devrait être mesuré à moyen terme.

Les données judiciaires sont connues par le dossier du SPIP ; les données cliniques sont collectées dans les dossiers médicaux. Un travail de thèse est actuellement en cours pour l'analyse des données des premiers patients inclus.

## Analyse stratégique des conditions de succès et de pérennité



## Demande de financement

### Cofinancements / pérennisation du projet au-delà de l'expérimentation

Le projet est déjà engagé et permet d'inclure 20 personnes, à partir des ressources propres des structures.

Pour chaque personne, on peut prévoir un parcours coordonné avec :

- 1) Un entretien infirmier et/ou avec un éducateur spécialisé case-manager chaque semaine.
- 2) Une participation hebdomadaire à un groupe d'accueil (soutien par des pairs), sur les premiers mois en les dernières semaines.
- 3) Une participation à un groupe, orienté soit addictologie, soit orienté vers les habiletés sociales, par semaine, sur un an à dix-huit mois, de façon bimensuelle.
- 4) Un entretien mensuel, plus au besoin, avec un psychiatre ou addictologue
- 5) Au besoin un suivi par un psychologue, deux fois par mois, une partie du parcours (entretiens motivationnels).

Une réunion de coordination des acteurs est prévue chaque mois.

Un temps d'AMA est nécessaire comme point d'accès unique téléphonique.

Les dépenses de personnel ou de formation nécessaires au CSAPA seront remboursées par l'hôpital.

Le financement prévu permet d'inclure 60 personnes (correspondant au besoin) dans le dispositif.

Au total :

2020 : 292 000 euros

Années suivantes : 272 000 euros

Coût total sur trois ans 836 000 euros

L'évaluation du projet, sur la base des critères exprimés, pourrait permettre sa pérennisation sur la DAF, dans le cadre d'un CPOM. On peut s'attendre à une diminution du besoin, du fait de la prise en charge des situations en cours – mais nous n'avons pas de critère précis sur le nombre de nouveaux cas.

### Ressources humaines

	Descriptif	Quotité	Coût Moyen	TTC	Budget sollicité 2020	Budget sollicité 2021	Budget sollicité 2022
Ressources humaines	PH Psychiatre	0,6	120 857	72 514	72 514	72 514	72 514
	PH Addictologue	0,3	120 857	36 257	36 257	36 257	36 257
	IDE	1	51 604	51 604	51 604	51 604	51 604
	Educ Spé	1	47 676	47 676	47 676	47 676	47 676
	Psychologue	0,3	51 400	15 420	15 420	15 420	15 420
	ASE	0,2	47 676	9 535	9 535	9 535	9 535
	AMA	0,2	48 010	9 602	9 602	9 602	9 602
<b>Total Ressources humaines</b>					<b>242 608</b>	<b>242 608</b>	<b>242 608</b>

## Composants techniques

	Descriptif	Quotité	Coût Moyen	TTC	Budget sollicité 2020	Budget sollicité 2021	Budget sollicité 2022
<b>Composants techniques et organisationnelles</b>	Formation Case Manager	2	3 000		6 000		
	Formation Habiletés sociales	1	3 000	-	3 000		
	Formation Réhabilitation	2	2 000	-	4 000		
				-	-	-	-
				-	-	-	-
	Frais environnementaux			-	36 400	36 400	36 400
<b>Total composants techniques</b>				<b>49 400</b>	<b>36 400</b>	<b>36 400</b>	

## GRILLE : PLAN DE RÉALISATION DU PROJET

Objectifs	Activités de réalisation du projet	Responsable (s)	mai 2016- février 2017	avril 2017	Nov. 2019	Déc. 2019	Janv. 2020	mai 2020
<b>Conception du projet :</b>	Rédaction du guide méthodologique, des fiches réflexe, communication autour du dispositif	Comité de Pilotage	X					
<b>Inclusion des premiers patients</b>	Premières condamnations à la CPJT, premières réunions	CPL, ANPAA, SPIP		X				
<b>Mise en place des groupes à la CPL</b>	Nécessite un recrutement de personnels et une conception des groupes	CPL					X	
<b>Augmentation du nombre de sujets à 60</b>								X



**FACTEURS POUVANT INFLUENCER L'ATTEINTE DES RÉSULTATS**

		FAVORABLES	DÉFAVORABLES
ENVIRONNEMENT INTERNE	<b>Forces</b>	<p>Collaboration pluridisciplinaire avec le SCJE, le TGI, le SPIP du Rhône, l'ANPAA et la CPL</p> <p>Appui sur des dispositifs existants, permettant de définir des objectifs réalisables</p> <p>Inclusion de patients avec sélection large de pathologies mentales et comorbidités addictives. Ce sont les patients qui « posent problème » à la fois aux services de soins et à la justice</p>	<p><b>Faiblesses</b></p> <p>Sur la mesure des résultats : les patients choisis sont par définition « difficiles ». Il pourrait être délicat de mesurer une diminution du recours à l'hospitalisation à moyen terme</p> <p>La mise en œuvre de prises en charge groupale est nécessaire à un renforcement des soins complémentaire aux offres sectorielles. A ce jour, faute de moyens, cette prise en charge n'a pas été possible</p>
	<b>Opportunités</b>	<p>Projet innovant issu d'un travail de coopération avec le Canada</p> <p>Territoire de déploiement essentiellement urbain, qui permet un déplacement aisé du patient entre les différentes structures</p>	<p><b>Contraintes</b></p> <p>L'accès au logement peut être un facteur défavorable supplémentaire pour certains patients. Un travail de partenariat est en cours pour favoriser la recherche de logement dans notre population. Un accès privilégié a été organisé vers le dispositif « chez soi d'abord » via l'equipe d'orientation de la CPL</p>
ENVIRONNEMENT EXTERNE			

<sup>1</sup> SWOT : Réfère aux termes *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (forces, faiblesses, opportunités, contraintes ou menaces).