

**Concours externe sur épreuves pour le recrutement
de directeurs pénitentiaires d'insertion et de probation**

Session 2025

2^{ème} épreuve d'admissibilité

Rédaction d'une note de synthèse à partir d'un dossier de trente pages
maxima, portant sur la matière suivante :

Sciences humaines.

Sujet :

**Pluridisciplinarité et multi partenariat dans les pratiques de
réinsertion des personnes placées sous mains de justice :
un levier plus que jamais stratégique dans la prévention de la récidive**

Durée de l'épreuve : 5 h 00

Coefficient 5

Le sujet, paginé de 1 à 24, est composé d'une page de garde suivie de la liste du corpus documentaire et d'un dossier documentaire de 22 pages.

Aucun document n'est autorisé, autre que les documents fournis en annexe.

Annexes

Document 1 – Recherche Sociale N°229, janvier-mars (Hiver 2019) * Les sortants de prison, extraits. (5 pages) ; p.3

Document 2 – « Principes de prévention de la récidive et principe de réalité en France : Les Programmes de Prévention de la Récidive à la lumière du modèle « Risque-Besoins-Réceptivité » », par Olivier VANDERSTUKKEN et Massil BENBOURICHE, La revue AJ Pénal Dalloz, janvier 2014 (9 pages) ; p.8

Document 3 – « Les enjeux de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des adolescents incarcérés », extraits de l'ouvrage « Soins concertés pour adolescents violents (2024) » dans Divan familial (52.2024) par David VAVASSORI et Sonia HARRATI (3 pages) ; p.17

Document 4 – « France Services : inauguration de la première maison dédiée aux personnes condamnées » Le Figaro, 22 novembre 2024 (1 page) ; p.20

Document 5 – « Prévenir la récidive : une expérience dans l'agglomération du Saint-Quentinois » article de la revue Sécurité globale 2017/1 N°9 par Xavier BERTRAND et Matthieu GRESSIER (4 pages). p.21

Document 1

Recherche Sociale N°229, janvier-mars (Hiver 2019) * Les sortants de prison, extraits.

B - Quel impact d'un passage en détention ?

La détention n'a pas le même impact selon la durée du séjour en prison. Qu'il s'agisse de courtes ou de longues peines, le passage par la prison entraîne à chaque fois des effets déstructurants, d'autant plus s'il est récurrent et/ou durable. Il peut vite entraîner un processus de désinsertion et renforcer l'exclusion sociale, notamment des plus vulnérables.

« La désocialisation quand on passe par la case prison est très rapide : la famille va être marquée, on perd très vite son emploi... la rupture peut aller très vite. [...] Les gens sortent souvent en fin de mesure un peu plus cassés qu'avant de rentrer. La rupture est souvent avant, c'est rare que les gens soient vraiment dans les clous au niveau de la loi, au niveau social avant la prison, elle vient juste dégrader davantage une situation ».

(Représentant d'un service pénitentiaire d'insertion et probation)

1 • L'interruption des revenus et la rupture des droits

Le passage en prison entraîne rapidement une rupture de droits et une diminution des ressources. Si la personne travaillait, l'incarcération est synonyme de perte de l'emploi et donc d'une diminution nette des revenus. En effet, une personne prévenue ou condamnée ne peut pas avoir accès au statut de demandeur d'emploi et les possibilités de travailler en milieu carcéral sont très limitées⁵⁰. Dans les cas où la personne ne travaillait pas, si elle touchait le RSA, celui-ci est suspendu au bout de 2 mois, ce qui signifie que même pour les courtes peines, les détenus s'exposent à une perte de revenus. La plupart des prestations sociales sont supprimées ou diminuées au bout de quelques mois de détention, et si certaines prestations demeurent accessibles, encore faut-il que l'information soit à disposition des détenus, ceux-ci étant en général peu armés pour faire valoir les droits sociaux auxquels ils peuvent prétendre pendant leur incarcération.

De ce fait, le passage en détention est souvent décrit par les personnes interrogées comme une rupture brutale (perte des biens, des ressources). « J'ai tout perdu » est souvent l'une des phrases les plus utilisées par les (ex)détenus rencontrés pour décrire les effets de l'incarcération, notamment quand il s'agit d'une première condamnation.

« L'incarcération, au départ ça a été un trauma, j'avais tout, un travail, un logement, une vie stable, et vous me mettez en prison, moi et pas un chômeur ? Pourquoi ne pas avoir un bracelet électronique ? Ils me l'ont refusé mais ça aurait été plus simple, j'aurais pu payer mes factures, j'aurais pas perdu mon appartement. [...] Si t'as pas un caractère dur et une grosse détermination, c'est facile de tomber dans le trou. Beaucoup de gens avec qui j'étais en prison, ils y sont retournés depuis, ils avaient rien, ils sont pas retombés sur leurs jambes, ils ont préféré retomber dedans, en prison ».

(J., homme, 23 ans, 8 mois de détention qui ont conduit à la perte de son travail et de son logement)

Tableau 2 : quelles sont les prestations sociales auxquelles ont droit les détenus ?

Types de prestations	Impact de la détention
RSA	Suspension du RSA après 60 jours (2 mois) d'incarcération, radiation des listes de la CAF au bout d'un an.
Allocation adulte handicapé	Diminution de l'AAH après 60 jours de détention, la personne conservant 30% du montant de l'allocation.

Sécurité sociale	Toutes les personnes détenues sont obligatoirement affiliées à l'assurance maladie du régime général de la Sécurité sociale à la date de mise sous écrou.
Allocation spécifique de solidarité	Suppression après 15 jours d'incarcération.
Allocation de retour à l'emploi	Suspension après 15 jours d'incarcération, et la personne incarcérée pour une durée plus longue doit demander à Pôle Emploi la fin de son inscription, au risque sinon de devoir rembourser à la sortie un trop perçu. La radiation des listes de Pôle Emploi intervient après 3 ans de suspension de l'ARE. Pôle Emploi intervient après 3 ans de suspension de l'ARE.
Retraites	Pensions ou retraites assurées en détention.
ASPA	Maintien et ouverture du droit en détention, conditions du droit commun.
CAF	Maintien de l'allocation pour une personne seule pendant un an si le loyer continue à être payé. Maintien de l'allocation si le logement est occupé par un conjoint//des enfants/une personne à charge et que le loyer est payé, sous réserve de recalculer l'aide.

2 • Un maintien dans le logement compliqué, une perte du logement potentiellement rapide et des dettes qui peuvent s'accumuler

« C'est pas compliqué, quand vous tombez en prison vous perdez tout, sauf si vous avez les moyens de pouvoir payer votre loyer tous les mois, peut être que vous arriverez à garder votre logement ».

(V., homme, 59 ans, de multiples passages en détention, aujourd'hui accueilli en CHRS)

Pour les détenus isolés qui sont locataires d'un logement, les aides au logement versées par la CAF peuvent être maintenues pendant un an, sous réserve que la personne en détention conserve son bail (pas de sous-location) et continue à payer son loyer. Ce dispositif permet aux personnes incarcérées d'éviter d'accumuler des dettes locatives et de se maintenir dans le logement, à condition que la durée de détention soit inférieure à un an. Néanmoins, il peut arriver que la durée de détention initiale soit allongée (dans le cas d'un cumul de peines associées à d'autres faits), ce qui induit le risque d'une expulsion locative et d'une accumulation de dettes (loyers, charges). Pour les personnes condamnées qui font partie d'un ménage, et dans le cas où d'autres membres du ménage (conjoint, enfants, personnes à charge...) continuent à occuper le logement, l'aide est maintenue en neutralisant les ressources de la période de référence de la personne incarcérée (nouveau calcul des droits).

De manière générale, il existe peu d'actions spécifiques allant dans le sens d'une aide au maintien dans le logement des personnes incarcérées, ou alors d'une aide à la résiliation de leur bail. De ce fait, les dettes locatives peuvent s'accumuler rapidement, quand le bail n'est pas résilié. Les arriérés de

loyers peuvent ensuite freiner la réinsertion de la personne à sa sortie de détention, compromettant notamment la possibilité de retrouver un logement.

« Au départ, personne ne les [le bailleur] a prévenu, c'est seulement au bout du 2e mois qu'ils se sont rendus compte, c'est seulement là qu'on leur a dit que « le jeune homme avait été embarqué par la gendarmerie », c'est seulement là qu'ils ont coupé le bail. Du coup, j'avais les dettes de 2 loyers à régler. Les affaires, tout ce qui était habits, etc. pour les débarrasser, ils les ont données à la gendarmerie, qui les a données à la prison, pour qu'elle me les redonne. Le reste (meubles, etc.), ça a été jeté à la benne ».

(J., homme, 23 ans, 8 mois de détention qui ont conduit à la perte de son travail et de son logement)

3 • Le renforcement de la vulnérabilité sociale, sanitaire et psychique

• Une aggravation des ruptures relationnelles et de l'isolement

Si la détérioration des liens familiaux et amicaux est souvent antérieure à l'incarcération (cf. partie précédente), elle peut aussi surgir au moment de la condamnation de la personne, ou durant sa détention. Beaucoup de personnes rencontrées déclarent que la prison a provoqué une rupture nette dans leurs liens familiaux, du fait du jugement négatif des proches. Une partie semble assumer cet isolement, soit du fait qu'elles ont honte des actes qu'elles ont commis et considèrent qu'elles « méritent » en quelque sorte cette mise à distance, soit parce qu'elles imputent à leur environnement social pré-carcéral la responsabilité de leur situation actuelle.

« Mes enfants, je suis encore en contact avec eux pour certains. J'ai un fils à Antibes, un fils à Cannes. Eux, je ne veux pas les voir, je ne veux pas qu'ils sachent la raison de mon incarcération, et je ne veux pas détruire leur vie. Par contre à St Etienne, je vois mes trois filles, elles ne m'ont jamais abandonné mes filles. Elles sont toutes seules pour élever leurs enfants, elles ne peuvent pas compléter ici [sa redevance à l'EHPAD], elles sont toutes les trois au RSA, c'est pas la misère mais presque ».

(M., homme, 69 ans, a effectué 3 ans et demi au lieu de 5 ans de prison grâce à des remises de peine, accueilli en EHPAD)

« Avant la prison, j'étais tranquille. J'ai tout perdu, j'ai tout quitté, la famille, tout. A part une de mes filles, mais c'est une fois tous les... je l'ai vu deux fois en quatre ans. J'ai 4 enfants, mais je me suis embrouillé avec eux ».

(S., homme, 68 ans, a effectué 2 ans et demi au lieu de 5 ans de prison, en rupture familiale, accueilli en EHPAD)

« J'ai plus de contacts familiaux. Et j'ai perdu quasiment tous mes amis du fait que j'ai été incarcéré, mes amis m'ont jugé par rapport à ça. La détention a fait une rupture avec un peu tout le monde, mais côté familial c'était déjà avant la détention ».

(J., homme, 23 ans, 8 mois de détention qui ont conduit à la perte de son travail et de son logement, aujourd'hui locataire et salarié)

L'incarcération influe aussi sur les liens parentaux. En France, d'après l'Observatoire international des prisons, près de 70 000 enfants seraient concernés chaque année par l'incarcération d'un de leurs parents. L'incarcération peut aussi conduire à une prise en charge des enfants par la protection de l'enfance, et par une rupture des liens parents/enfants.

« J'ai un parcours dramatique, j'ai un parcours difficile mais j'ai eu de la chance quelque part, par exemple j'ai eu un juge pour enfant très compréhensif. Le petit a été placé, il avait 10 ans, il en a 18 aujourd'hui, il vit dans un foyer. [...] On est un petit peu fâché avec mon autre fils, il ne sait pas ma vérité, mais il m'appelle de temps en temps ».

(F., femme, 57 ans, 7 ans et 5 mois de détention, aujourd'hui logée dans le parc diffus par un CHRS spécialisé)

L'isolement social s'explique aussi par les moyens de communication très limités auxquels ont accès les détenus. Il existe en prison seulement quelques points d'accès, limités, à des téléphones fixes, tandis que les téléphones portables sont normalement interdits (mais visiblement assez facilement disponibles). L'accès à Internet est quant à lui impossible. L'éloignement physique peut également jouer sur l'isolement relationnel. De fait, de nombreuses personnes sont incarcérées non pas en fonction de leur lieu de résidence, mais en fonction du lieu où elles ont été condamnées, ce d'autant plus quand les auteurs des faits sont sans domicile.

Les personnes peuvent aussi changer d'établissement, en fonction de la longueur et de la nature de leur peine. Les maisons centrales pour les longues peines, moins nombreuses, sont souvent dans des zones plus rurales, moins accessibles pour les familles. Une personne incarcérée peut donc se retrouver très éloignée géographiquement de ses attaches sociales.

Ma première compagne venait aux parloirs. Au bout d'un moment vu qu'ils m'ont transféré [centre de détention], elle ne venait plus, et les courriers se faisaient de plus en plus rares, et puis elle ne m'a pas attendu, un jour elle m'a appelé pour me dire que c'était fini car oui, on arrive à faire rentrer des téléphones en prison. La deuxième aussi venait aux parloirs à un moment, et puis elle a arrêté pareil ».

(A., homme, 33 ans, multiples passages par la détention, sans logement depuis sa dernière sortie de prison il y a 4 mois)

- Des problèmes psychiques renforcés par la détention

Les données disponibles sur la santé des personnes détenues sont aujourd'hui assez anciennes, mais les tendances qu'elles dévoilent sont vraisemblablement toujours d'actualité⁵². Le public en détention est une population plus fragile psychiquement que la moyenne : les troubles psychiques, les addictions (alcool et drogues), et les pathologies psychiatriques sont surreprésentés au sein de la population détenue.

Une partie de ces problématiques psychiques sont préexistantes à l'incarcération, et leur origine peut être associée aux parcours de vie difficiles et aux ruptures rencontrées par ces publics. Comme le formule la sociologue Véronique Le Goaziou, « des épreuves répétées ou de dures conditions d'existence confrontent ceux qui en pâtissent à des doutes sur leur identité sociale, et la précarité sociale peut conduire à la précarité psychique »⁵³. D'après une étude de la DREES publiée en 2002, « plus de 55% des détenus présentent des troubles psychiatriques à l'entrée en prison, et plus de 40% présentent des antécédents psychiatriques antérieurs à l'incarcération »⁵⁴. Au regard des données publiées par l'administration pénitentiaire en 2006, les conduites addictives (consommation d'alcool et/ou de drogues) concerneraient 60% des personnes.

Selon des données du Ministère de la santé en date de 2004, plus de 17% des personnes détenues présenteraient des troubles psychotiques, et plus de 66% des troubles de l'humeur grave (état dépressif notamment, mais aussi bipolarité). En détention, ces troubles peuvent provoquer des passages à l'acte : selon le 2^e rapport de l'observatoire national du suicide remis à la ministre de la santé, les personnes en prison se suicident sept fois plus que les hommes libres âgés de 15 à 59 ans.

Ces troubles d'ordre mental peuvent aussi conduire à des traitements psychiatriques. Celles-ci, d'après une étude du ministère de la santé publiée en 2006, auraient été multipliées par 25 en 15 ans, dont un tiers pour les unités de malades difficiles. Selon des données de l'administration pénitentiaire de 2006, 50% des personnes détenues auraient eu un traitement psychiatrique pendant leur détention.

Quel rôle joue la prison dans l'émergence de ces troubles ? Parmi les acteurs rencontrés, un certain nombre évoque les effets « pathogènes » et destructurants de l'incarcération, notamment quand le séjour en prison est de longue durée. Ainsi, au regard d'un représentant des services d'insertion et de probation de l'administration pénitentiaire, « la prison amène à des troubles de l'enfermement ». Un travailleur social actif dans un CHRS spécialisé dans l'accueil des sortants de prison explique également comment la détention peut engendrer des troubles, peu ou pas repérés en amont de la sortie :

« Sur le CHRS, il y a pas mal de personnes sortant de détention avec une pathologie psychiatrique, parfois associée à des problèmes d'addictions. Mais la pathologie psychiatrique est aussi un effet secondaire d'une détention de longue durée. Ce ne sont pas forcément des personnes qui avaient une pathologie psychiatrique repérée, même si ça arrive quand même, qu'il y ait des personnes qui sont passées par un établissement de santé mentale, ou qui aient entamé un parcours de soin en détention, ou qui aient des obligations de soin ».

Les témoignages recueillis donnent également à voir la manière dont sont gérés les troubles psychiques en détention. On peut constater à certains égards l'existence d'une proximité entre pratiques pénitentiaires et hospitalières : absence de liberté de choix et de mouvement, prise en charge totale... Ce sont autant d'éléments qui induisent une confusion entre prison et hôpital dans les représentations qu'en ont les détenus, comme l'illustre le récit retranscrit ci-dessous.

« Ma dernière peine, c'était un vrai calvaire. [...] Avant d'aller en prison, je fumais 25 grammes de shit par jour, et 5 paquets de cigarettes, j'étais insomniaque, je pouvais passer 4 jours sans dormir. Au début c'était un bordel, j'ai arrêté le shit et j'étais très très énervé. J'ai changé de bâtiment quatre ou cinq fois. Ils m'ont mis à la fin dans le bâtiment avec des violeurs, soi-disant que c'était un bâtiment plus calme, mais c'était une erreur. Je me suis embrouillé avec eux, c'était encore pire. [...] Je suis parti dans une grosse colère et ils m'ont piqué, ils m'ont donné 1200 mg de Loxapac, j'ai eu du mal à m'en remettre, sur le coup j'ai cru que j'allais mourir. J'ai dormi 4 jours en psychiatrie, en me disant, pourvu que quand je m'endors, je me re-réveille. [...] L'hôpital où j'ai été, ils m'avaient déjà eu pour des problèmes de nerfs, pour 2 mois, 3 mois. A l'époque, je prenais un traitement pas adapté à mon problème, les psychiatres donnent des traitements pour casser les personnes, j'ai pris pendant 7 ans des piqûres, de mes 18 ans jusqu'à mes 25 ans, et après j'ai arrêté. [...] J'ai dû faire 15 séjours à l'hôpital, le plus long, c'était une hospitalisation d'office de 6 mois. Toujours dans le même hôpital, ils me connaissaient très bien. [...] Quand de la prison, je suis arrivé à l'hôpital, le médecin voulait m'envoyer en unité pour malades difficiles (UMD), et le médecin qui me connaissait à l'hôpital a dit « non c'est pas un fou, c'est un problème de nerfs ». Heureusement, car l'UMD je ne pourrais pas, c'est pire que tout, c'est pire que la prison, c'est une prison de psychiatriques ».

(D., homme, 29 ans, multiples passages en prison, dernière sortie dans le cadre d'un placement extérieur suivi par un accueil en CHRS)

- Des effets aussi au plan somatique

Le passage par la prison peut aussi avoir des effets somatiques sur la santé des détenus, qui peuvent découler du stress associé à la détention, de mauvais traitements, ou encore de la prise en charge insuffisante de pathologies chroniques et/ou liées au vieillissement pour les détenus les plus âgés.

« J'ai du diabète, des paralysies, j'ai certains doigts de pied coupés, et beaucoup de pertes de mémoire. Mes problèmes de santé, c'est la moitié qui est dû à l'extérieur, et la moitié à la prison. Je suis tombé en prison, dans la salle de bains [a priori poussé par ses codétenus], et je me suis retrouvé à l'hôpital. Encore aujourd'hui, je ne peux pas marcher, j'ai pas d'équilibre ».

(S., homme, 68 ans, a effectué 2 ans et demi au lieu de 5 ans de prison, en rupture familiale, accueilli en EHPAD)

« En prison, je ne faisais qu'être hospitalisé pendant toute ma période d'incarcération. C'est ce qui a prolongé ma peine, car ça ne compte pas pour les remises de peine. En 3 ans et demi de prison, j'ai dû faire 7 ou 8 mois à l'UHSI⁵⁷, je restais un mois à chaque fois. Scanner, IRM, ... être enfermé avec les barreaux, ça fait travailler les yeux aussi. [...] J'ai un pontage du cœur, un pontage des deux jambes, j'ai fait un AVC, je faisais des tout petits AVC itinérants... mais aujourd'hui ça va. Il faut juste pas trop que je m'angoisse, que je sois stressé, en prison j'arrêtais pas là-bas ».

(M., homme, 69 ans, a effectué 3 ans et demi au lieu de 5 ans de prison grâce à des remises de peine, accueilli en EHPAD)

Document 2

PRINCIPES DE PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE ET PRINCIPE DE RÉALITÉ EN FRANCE : LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE À LA LUMIÈRE DU MODÈLE « RISQUE- BESOINS-RÉCEPTIVITÉ »

par Olivier **Vanderstukken**

Psychologue clinicien du service médicopsychologique régional de Lille-Annœullin

et Massil **Benbouriche**

Psychologue clinicien, chargé d'enseignement à l'École de criminologie de l'université de Montréal

À l'heure où la prévention de la récidive est le maître mot de la politique pénale, la France est-elle dotée des outils nécessaires pour cette prévention ? Comment le nouveau modèle R-B-R, importé du Canada, qui semble s'imposer avec la loi du 15 août 2014 va-t-il s'articuler avec les programmes de prévention de la récidive qui sont appliqués par les services pénitentiaires d'insertion et de probation depuis plusieurs années ? Ce modèle ne va-t-il pas impliquer de revoir le rôle des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation ?

En France comme ailleurs, la prévention de la récidive relative à la violence, et à la violence sexuelle en particulier, constitue un enjeu majeur. Au-delà des réformes juridiques susceptibles de prévenir la récidive, il existe des modèles de prévention de celle-ci. Le modèle dominant au Canada, comme dans d'autres pays anglo-saxons, est le modèle dit « R-B-R » [Risque-Besoins-Réceptivité] développé à partir de 1990 par Andrews et Bonta. En matière de prévention de la récidive violente, mais également sexuelle, le modèle R-B-R a permis le développement d'interventions ayant démontré la plus grande *efficacité* (1) [2,3]. En France, les programmes de prévention de la récidive (Ci-après, PPRI.) d'inspiration cognitivo-comportementale, menés par les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation (Ci-après, CPIP) sont l'outil d'intervention choisi pour travailler sur le passage à l'acte et la condition de sa non-répétition. La mise en perspective des PPR à la lumière du modèle R-B-R semble aujourd'hui pertinente et nécessaire afin de tirer des enseignements sur la possibilité d'évaluer l'efficacité de notre système de prise en charge en matière de prévention de la récidive et de l'améliorer. Le PPR destiné aux auteurs d'agression sexuelle servira ici d'exemple à cette analyse.

1 Les programmes de prévention de la récidive : présentation

Dans la pratique, les PPR visent à apporter un certain nombre de repères, faire évoluer la représentation que les PPSMJ se font de leur geste, mais aussi à prévenir la répétition par un apprentissage de la gestion de situations à risque.

Depuis la création du service pénitentiaire d'insertion et de probation [ci-après, SPIP] en 1999, ses missions ont évolué et l'axe majeur de la prévention de la récidive s'est vu renforcé [loin' 2009-1436]. Dans ce cadre, la mise en place des PPR a été officialisée en juillet 2007, puis renforcée en mars 2008 par une circulaire relative aux missions et aux méthodes d'intervention des SPIP : « les PPR centrés sur le passage à l'acte permettent d'assurer une prise en charge spécifique de certains délinquants au regard de l'analyse des faits commis [délinquance sexuelle, violence conjugale, violences urbaines, etc.] » [circulaire 2008, p. 41. Proposés en complément de la prise en charge individuelle, les PPR correspondent à des prises en charge collectives animées par les CPIP et accompagnées par un psychologue assurant le rôle de régulation et d'animation du *debriefing* [41]. Le psychologue régulateur intervient en amont [pour l'identification des publics cibles et la sélection des participants, l'élaboration du projet dans son contenu, la structuration et l'articulation des séances] et en aval des interventions [pour l'expression du ressenti des animateurs, la régulation des tensions au sein de l'équipe, ou l'analyse des pratiques]. Selon Pottier et Pajoni [28], plus des deux tiers des SPIP les pratiquent.

La pédagogie utilisée, d'inspiration cognitivo-comportementale, a pour objectif la prise de conscience de l'écart existant entre les pensées des personnes placées sous main de justice [ci-après, PPSMJI et la réalité (aspect cognitif) une modification du comportement par

l'apprentissage de stratégies d'évitement des situations à risque, ainsi qu'une mise en pratique de comportements pro-sociaux [circulaire 2008]. Leur objectif n'est pas l'exploration des causes profondes de leur comportement infractionnel [8]. Dans la pratique, les PPR visent à apporter un certain nombre de repères [rappels à la loi, éducation civique, mise en commun des expériences], faire évoluer la représentation que les PPSMJ se font de leur geste, mais aussi à prévenir la réitération par un apprentissage de la gestion de situations à risque (par le biais d'un travail centré sur la chaîne de la rechute et le vécu du passage à l'acte), un contrôle de leur comportement (stratégies d'évitement) et un développement de l'empathie envers la victime. L'analyse du passage à l'acte, dont la reconnaissance de ses différentes facettes, ainsi que le rapport à l'autre sont abordés.

Des critères de sélection (c'est-à-dire d'inclusion et d'exclusion) visent à ne pas déstabiliser l'intervention. Les informations sur lesquelles se fondent ces critères de sélection relèvent tant des expertises psychiatriques, des signalements réalisés par la psychiatrie, que des observations des CPIP.

De manière générale, « les principes énoncés ne constituent pas des règles impératives mais des indications pouvant être adaptées en fonction du contexte » (1, p. 57). Le référentiel est décrit comme une structure *a minima*, non autoritaire qui ne presse pas à l'uniformisation ou au formatage [8]. Cette relative souplesse avec le règlement et le cadre, plus que de favoriser l'adaptation à certains contextes locaux, traduit une méthodologie peu fiable, où « chacun recourt à une forme de bricolage intellectuel et conceptuel pour cadrer au mieux, en fonction de ses compétences, avec la commande institutionnelle » (1, p. 64). En plus d'un problème éthique important relatif à la disparité sur le territoire de la qualité en matière de ressources offertes aux PPSMJ pour les accompagner dans la prévention de la récidive, il en ressort une réelle hétérogénéité des PPR menés et une grande difficulté à les comparer, mais surtout à les évaluer tant en matière d'implantation [soit la manière dont les PPR sont concrètement mis en place par les CPIP] que d'efficacité pour prévenir la récidive (ce qui constitue pourtant leur objectif initial).

La circulaire CRIM/2014-18/ES-26.09.2014, associée à la loi n° 2014-896 du 15 août 2014, consacre une partie à l'évaluation de la PPSMJ fondée sur le modèle du R-B-R. Si cette évaluation concerne prioritairement « le plan de suivi individualisé, il peut comporter sa participation à des programmes collectifs » (circulaire 2014, p. 7). Cette introduction explicite du modèle R-B-R fait suite aux règles européennes relatives à la probation [et plus particulièrement la règle 66] qui ont été adoptées par le Conseil de l'Europe le 20 janvier 2010. Ces règles constituent le socle de l'action du SPIP. Ce modèle pourrait donc, à terme, venir questionner et influencer la structuration des PPR actuels.

Le modèle Risque-Besoins- Réceptivité : présentation

Le modèle du R-B-R est un modèle de réhabilitation composé de 18 principes pour prévenir la récidive, dont trois principes sont fondamentaux. Le premier principe est celui du « Risque ». Il énonce que pour que toute intervention soit efficace, il est nécessaire de connaître le niveau de risque de récidive de chaque PPSMJ et donc de disposer d'une évaluation valide du niveau de risque. Le niveau de risque de récidive permet alors d'assurer une certaine homogénéité entre les PPSMJ d'un même groupe, mais également d'adapter la prise en charge (entre autres, le nombre et la fréquence des séances). Des interventions intensives correspondent ainsi aux niveaux plus élevés de risque [4]. Il est nécessaire de rappeler qu'une mauvaise adéquation entre le niveau de risque et l'intensité du programme peut avoir des effets nocifs pour la PPSMJ en augmentant son risque de récidive [34]. Par ailleurs, en l'absence d'une estimation fiable du niveau de risque de récidive, il n'est pas possible d'évaluer l'efficacité des interventions mises en place, soit une diminution significative du risque de récidive attribuable à l'intervention proposée.

Ensuite, le second principe est celui des « Besoins ». Le terme « maladroit » de besoins fait référence aux facteurs de risque dynamiques, c'est-à-dire des caractéristiques ou dimensions statistiquement associées à la récidive. Ces facteurs de risque doivent donc constituer des cibles prioritaires dans toute intervention destinée à prévenir la récidive. Il peut être utile de distinguer les facteurs dynamiques stables des facteurs dynamiques aigus. Les premiers représentent des caractéristiques stables, c'est-à-dire dont l'évolution se fait sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois ; pour les auteurs d'agression sexuelle, par exemple : problèmes sur le plan de l'intimité, préférences sexuelles déviantes, attitudes antisociales. Les facteurs de risque aigus, quant à eux,

correspondent à des facteurs dont l'évolution est plus soudaine (sur quelques jours, voire quelques heures) ; de telle sorte qu'ils constituent des facteurs précipitant du passage à l'acte. Par exemple, pour les auteurs d'agression sexuelle : état émotionnel négatif ou consommation d'alcool ou abus de substances. L'objectif est de réduire, voire éliminer ces « besoins ». Par ailleurs, ces cibles étant différentes en fonction de la problématique infractionnelle à travailler, elles demandent donc une connaissance approfondie des travaux empiriques pour chaque problématique. De même, chaque PPSMJ étant différente, le traitement devrait être basé sur une formulation individualisée [11]. Ainsi, si la présence de préférences sexuelles déviantes constitue un facteur de risque de récidive sexuelle, tous les auteurs d'agression sexuelle ne présentent pas un intérêt sexuel déviant. Ainsi, aborder cette thématique en intervention ne sera pertinent que pour certains auteurs d'agression sexuelle.

Enfin, le principe de « Réceptivité » concerne l'adaptation des interventions aux spécificités des PPSMJ. Plus exactement, le principe de « Réceptivité » propose que « la sélection des modes et des styles de traitement devrait être basée sur des données probantes qui spécifient quel type de traitement fonctionne généralement bien auprès des délinquants, par comparaison avec les populations non délinquantes. Le principe de réceptivité spécifie aussi que l'intervention devrait prendre en considération les caractéristiques individuelles qui peuvent influencer sur la capacité de chacun à bénéficier du traitement » [11, p. 69]. Dans le cadre du choix de la modalité la plus adaptée, les interventions cognitivo-comportementales [ci-après, ICC] sont généralement considérées comme des interventions correctionnelles efficaces [2, 18].

Les PPR se revendiquant d'inspiration cognitivo-comportementale, un rappel succinct relatif aux ICC semble nécessaire. Les interventions sont mises en place par le biais de programmes de traitement (des prises en charge de groupe structurées), composés de différents modules, chaque module abordant une cible du traitement au cours de plusieurs séances (32)³. Les méthodes d'intervention utilisées restent les mêmes qu'en thérapies cognitivo-comportementales dites classiques la psychoéducation, la restructuration cognitive, l'auto-observation ou l'analyse des coûts et des bénéfices, le jeu de rôle, etc. Il existe une grande diversité d'ICC développées pour de nombreux délinquants (10).

Les interventions sont réalisées par des criminologues, psychologues ou encore des sexologues formés à ces pratiques et mandatés par le ministère de la Sécurité publique (5, 31). Ces derniers doivent s'attacher à travailler des dimensions spécifiquement associées au comportement infractionnel et « ne sont pas habilités à s'occuper des sphères de la vie des délinquants qui ne sont pas en lien avec le comportement criminel » (11, p. 62). Toutefois, ces interventions, pour être efficaces dans la diminution du risque de récidive, doivent s'inscrire dans un système plus large et cohérent. Les ICC ne constituent dès lors qu'un élément du modèle R-B-R [5].

1 Les programmes de prévention de la Récidive à l'épreuve du modèle Risque-Besoins-Réceptivité

Le modèle R-B-R souligne que, pour prévenir efficacement la récidive, tout système de prise en charge doit s'accompagner de choix concernant les outils d'évaluation à utiliser (principe du risque) les cibles d'intervention à travailler prioritairement [principe des besoins] et la nature des interventions à proposer [principe de réceptivité]. Nous proposons d'illustrer cette mise en perspective des PPR par le RBR par le biais des PPR destinés aux auteurs d'agression sexuelle. Toutefois, l'analyse proposée reste transposable à tout PPR

Les programmes de prévention de la Récidive et le principe du Risque

Le premier principe d'évaluation du « Risque » de récidive n'est pas respecté dans les PPR en France. Il est pourtant décrit comme le préalable indispensable à toute intervention. En effet, les PPR n'utilisent pas d'outils d'évaluation du risque de récidive, qu'ils soient statiques ou dynamiques. On retrouve donc des PPSMJ avec des niveaux de risque très différents au sein de PPR proposant le même programme pour tous (même intensité, même fréquence). Souvent décrits comme limitatifs, insuffisants, voire déshumanisants, ces outils viennent toutefois objectiver certaines dimensions moins sensibles à l'intuition, aux réactions émotionnelles ainsi qu'au risque de surestimation du risque de récidive) et offrir des informations complémentaires à l'évaluation clinique.

L'intégration d'outils standardisés d'évaluation du risque cristallise un débat passionné en France, pollué par des considérations idéologiques [16]. La réticence des professionnels, aussi bien des experts psychiatres (ou psychologues) que des CPIP, à voir évoluer leurs pratiques apparaît alors indissociable d'une certaine méfiance à l'égard de ces outils 4. En particulier, on peut noter chez les experts psychiatres un sentiment de détournement de leurs missions : la question de la dangerosité (polysémique) a fait évoluer leur mission d'une perspective psychiatrique (rattachée à un trouble mental) à une perspective criminologique (liée à la récidive). Cette dernière les renverrait à la perception d'agents d'une politique de gestion des populations à risque qu'ils ne désirent pas nécessairement incarner. Ce sentiment de dévoiement s'est vu renforcé par la possible conséquence de leur expertise, à savoir le placement en centre de rétention de sûreté [33]. En effet, la loi du 25 février 2008 précise explicitement la nécessité d'un diagnostic et d'un pronostic de dangerosité, la mesure de rétention de sûreté ne pouvant être prise qu'à titre exceptionnel pour des condamnés présentant « une particulière dangerosité caractérisée par une probabilité très élevée de récidive parce qu'ils souffrent d'un trouble grave de la personnalité » IC. p. pénal., art. 706-53-13). Nombre d'experts ont milité contre cette loi et ne désirent pas la cautionner, et encore moins par le biais de l'utilisation d'outils susceptibles de répondre à ce type « d'orientation » dans leur expertise⁵. La diminution du nombre d'experts, la mise en cause de la qualité des expertises [30] associées à ces réticences à répondre à la question de la dangerosité dans les expertises ou à prendre de telles précautions que les réponses énoncent des évidences [12] ont, entre autres, amené le ministère de la Justice à créer les centres nationaux de l'évaluation. Ils ont été créés avec la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté qui a introduit une nouvelle mission d'évaluation pluri-disciplinaire de la dangerosité. Cette loi a été renforcée en mars 2010⁶ et août 2011⁷. Ces centres, actuellement au nombre de trois [Fresnes, Réau et Sequedin] sont composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant des psychologues qui, en sus des examens cliniques, utilisent des méthodes et échelles quantitatives d'évaluation des comportements, de la personnalité et du risque de récidive. L'implantation d'une approche structurée en matière d'évaluation du risque de récidive est en cours en France [certains psychologues ont été formés à ces outils validés]. Alors que la « commande » législative est clairement posée, la mise en place demeure compliquée et reste réalisée de manière marginale par des psycho- logues mandatés par la Justice. Une dernière réticence à cette évaluation est directement liée au moment où celle-ci prend place. La question de l'évaluation de la dangerosité se pose [seulement] en fin de parcours carcéral et est donc susceptible de réveiller un sentiment d'insécurité alors que la PPSMJ doit, elle, réintégrer la société. Si cette évaluation était intégrée systématique- ment, et articulée avec d'autres outils plus qualitatifs, dès le début du parcours pénal des PPSMJ condamnées et non à la fin, le risque de récidive ne serait qu'une variable parmi d'autres et pourrait être évalué à différents moments du parcours de la PPSMJ afin d'en mesurer son évolution [33].

Cette digression sur les difficultés d'introduction des outils d'évaluation du risque de récidive auprès des professionnels concernés en France permet de préciser le contexte dans lequel s'inscrit la problématique de l'évaluation, et plus particulièrement celle du risque de récidive pour les CPIP. En effet, au-delà des réticences et résistances énoncées au niveau national par de nombreux psychologues et psychiatres, les CPIP, eux aussi, témoignent de résistances à l'évaluation : la polémique encore actuelle relative au diagnostic à visée criminologique [DAVC] en est un bon exemple [26]. De plus, certains CPIP perçoivent l'évaluation [conçue comme une approche du chiffre non humaine] et la gestion du risque comme antinomiques à une approche fondée sur la place du « relationnel » [7]. La circulaire relative à la loi du 15 août 2014 énonce pourtant que « l'évaluation structurée constitue la base de la prise en charge des personnes confiées au SPIP... L'évaluation a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie aux fins d'encourager et d'obtenir une sortie du parcours de délinquance. Le principe du ""Risque- suppose d'apprécier le risque de commission de nouvelles infractions pour déterminer l'intensité de la prise en charge individualisée... Le SPIP procédera à l'évaluation régulière des objectifs, ciblés et mesurables, fixés à la personne condamnée aux fins d'actualiser et d'adapter l'intensité du plan de suivi » [circulaire 2014, p. 6-7]. Dans le cadre des PPR, cette implantation constituerait une étape cruciale alors que la pratique actuelle des CPIP, basée exclusivement sur du jugement professionnel non structuré (appréciation subjective traduite par l'absence de critères explicites pour définir des dimensions liées au passage à l'acte, et les évaluer) ne montre qu'une fiabilité et

une validité des plus limitées, rendant illusoire toute amélioration significative en matière de prévention de la récidive [7].

Deux questions subsistent si ces outils d'évaluation du risque étaient intégrés : **1]** qui mènerait cette évaluation [CPIP, ou psychologue régulateur] et **2]** avec quels outils validés[s] ? Outils nécessitant bien évidemment tant une formation au processus général de l'évaluation qu'à l'outil lui-même. Si le psychologue régulateur semble de prime abord un choix pertinent, selon le référentiel des PPR en vigueur [14], il n'est pas mandaté pour recevoir les participants du PPR, son rôle se limitant à la supervision des CPIP et la sélection des participants mais sans jamais les rencontrer. Cette limitation peut induire des difficultés pour ce type d'évaluation. Toutefois, certains outils développés, et tout aussi valides [par exemple, le Level of Service Case Management Inventory LS/CM/], ne nécessitent pas que l'évaluation soit réalisée par un psychologue ou un psychiatre. Cette question reste donc ouverte à différents choix.

Les programmes de prévention de la récidive et le principe des Besoins

Le second principe du R-B-R énonce que les « Besoins » ou facteurs de risque dynamiques devraient être les cibles prioritaires de ces programmes. On retrouve ainsi dans les PPR des thèmes abordés dans les ICC tels que l'empathie pour la victime, la reconnaissance des faits. On y retrouve aussi des interventions originales basées sur l'évolution des représentations que se font les PPSMJ de leur geste et le rappel aux repères et à la loi [8]. Toutefois, aucune de ces cibles d'intervention ne correspond à un facteur empiriquement associé à la récidive et n'a donc d'utilité prioritaire dans la prévention de la récidive. Un travail sur ces dimensions [non liées statistiquement à la récidive] reste bien évidemment réalisable [24]. Toutefois, elles ne devraient pas être confondues avec des facteurs de risque dynamiques. Ces dimensions complémentaires pourraient être alors décrites comme des facteurs de réceptivité pouvant améliorer la portée des interventions destinées à prévenir la récidive [17] et permettre aussi de travailler des facteurs associés à la récidive générale [et non plus liée exclusivement aux faits commis]. Elles permettraient aussi une prise en charge plus globale et individualisée [6] de la PPSMJ, ne se définissant pas exclusivement par l'addition de facteurs de risque à éviter, mais aussi par des facteurs de protection [à acquérir ou renforcer]. Encore faut-il que l'intervention aborde prioritairement les facteurs de risque dynamiques et ne se limite pas aux facteurs de réceptivité.

Les programmes de prévention de la récidive et le principe de Réceptivité

Le troisième principe de « Réceptivité » renvoie encore plus clairement à cette « réponse unique » faite de « bricolage ». En ce qui concerne la réceptivité spécifique pour chaque PPSMJ, les PPR mélangent au sein des auteurs d'agression sexuelle des sous-groupes distincts [auteurs de viol sur femme adulte et auteurs d'agression sexuelle sur enfant] ne présentant pas les mêmes problématiques, et donc des cibles d'intervention différentes [6]. De plus, les PPR mis en place sont rarement adaptés aux spécificités des PPSMJ [présence de déficience intellectuelle ou de trouble mental décompensé ou non, par exemple]. Toutefois, faudrait-il encore que les CPIP en soient correctement informés, ce qui pose la question de la présélection réalisée par le psychologue régulateur et de l'accès aux informations [en dehors d'informations en provenance du champ de la santé] car il n'est pas supposé rencontrer les PPSMJ. De même, le choix des outils tels que la chaîne de la rechute peut questionner au vu des résultats disponibles auprès des auteurs d'agression sexuelle. Les programmes de prévention de la rechute [Relapse Prevention en anglais] datent des années 80 et ont adapté aux auteurs d'agression sexuelle le modèle de la rechute en matière d'addictions [19]. L'objectif est d'éviter la réapparition du processus ayant amené le sujet au passage à l'acte [c'est-à-dire la chaîne des événements qui conduisent à l'agression sexuelle, par exemple] et d'améliorer ainsi les capacités d'anticipation. Ces programmes ont donc pour objectifs généraux l'apprentissage du cycle de l'agression et de stratégies afin de l'interrompre. Si ce programme est rapidement devenu populaire, il n'a pas pour autant démontré de résultats significatifs dans la réduction du risque de récidive [20].

Le principe de réceptivité générale pose quant à lui la question de l'utilisation d'une pédagogie ou d'interventions d'inspiration cognitivo-comportementale. En effet, les PPR assurent s'inspirer des ICC anglo-saxonnes, considérées comme des interventions correctionnelles efficaces [18] sans toutefois proposer de les intégrer dans un modèle cohérent articulant évaluation valide et interventions. Au-delà de la modalité de prise en charge de groupe et des objectifs ciblés, les ICC se caractérisent par une technicité [psychoéducation, restructuration cognitive, etc.] nécessitant une formation. En effet, en dehors de la régulation par le psychologue en amont et en aval de la séance, les techniques utilisées par les CPIP, concernant le contrôle comportemental ou l'empathie pour la victime, ne relèvent pas d'interventions cognitivo-comportementales. Bien que cette référence aux ICC rende compte d'une volonté d'intégrer certaines données probantes en matière de prévention de la récidive, les CPIP ne disposent ni des mêmes formations initiales et continues ni des mêmes moyens que leurs « homologues » canadiens.

Vers une évolution des programmes de prévention de la récidive en France ?

L'éventualité d'une évolution des PPR et pas seulement des PPR destinés aux auteurs d'agression sexuelle, pose plusieurs questions. La première est celle de l'importation en France d'un modèle tel que le R-B-R et des modalités de sa « réussite ». La seconde concerne le « désir » de changement des CPIP et de leur administration, ainsi que la question des moyens inhérents à ce changement. Enfin, et ce quel que soit le référentiel choisi pour les PPR, la question de l'articulation avec la psychiatrie demeure essentielle.

Si la prévention de la récidive reste la finalité de l'action des SPIP, et qu'elle est associée à une pensée criminologique s'appuyant sur des pratiques et méthodes d'intervention évaluables, l'importation du R-B-R est-elle possible et souhaitable en France ? Des études empiriques sont indispensables en France, aussi bien pour documenter le processus d'implantation que pour disposer de résultats propres à notre contexte local. Toutefois, les données de la littérature internationale indiquent qu'un modèle de prise en charge respectant les principes du R-B-R peut contribuer à une prévention efficace de la récidive [3][11][17]. Par ailleurs, cette efficacité ne tient pas uniquement aux principes, mais aussi aux professionnels mettant en œuvre ces grands principes. En effet, toute implantation de programme de traitement demande une adhésion des acteurs (ici, les CPIP) qui y participent pour être efficace [13].

Dans ce cadre, une question se pose : cette évolution possible des PPR vers le modèle R-B-R est-elle souhaitée par les CPIP de terrain ? Deux positions sont ainsi tenues dans ce débat sur l'évolution de leur mission. La première, portée depuis longtemps par Pottier [27], décrit les missions des CPIP comme celles de « criminologues cliniciens ». Dans la seconde, Alvarez et Gourmelon [1, p. 59-60] rappellent que « les PPR visent à proposer un outil criminologique ou psychologique à des individus qui ne sont pas criminologues ou psychologues et qui n'ont pas, objectivement, vocation à l'être ».

En effet, cette (l'évolution des PPR nécessiterait (si elle était retenue) non seulement de se rapprocher des principes du R-B-R, mais aussi de se doter de réels moyens en formation. Les CPIP n'ont pas la même formation initiale et continue que les criminologues canadiens. Plusieurs auteurs soulignent pourtant l'importance de la sélection et de la formation des intervenants (2, 21, 28).

Au-delà de considérations concernant les PPR et leur non-respect des grands principes relatifs au R-B-R (et donc à une approche plus efficace de la prévention de la récidive), le travail accompli par les CPIP, sans plus de moyens en temps et en agents, reste de grande qualité en ce qui concerne une approche éducative relative à la loi et à la compréhension de sa transgression, ainsi qu'un travail d'incitation aux soins. Comme le rappelle la circulaire de mars 2008, ce travail sur des comportements pro-sociaux (rapport à la loi, responsabilisation, empathie pour la victime) est nécessaire et pourrait, de même, évoluer vers un travail sur la désistance du PPSMJ, en valorisant sa réinsertion et resocialisation [31]. La désistance⁹ prend en considération les facteurs intervenant dans la sortie de la délinquance [25]. Cette perspective semble proposer l'exact contre-pied de celui du modèle du R-B-R qui renvoie à la perception du délinquant comme un ensemble de facteurs de risque.

Pour autant, et pour que la réhabilitation soit efficace, il est nécessaire de se construire une nouvelle identité cohérente et pro-sociale [231]. Il s'agit ici de favoriser la réintégration et la ré-affiliation du délinquant en tant que membre d'un réseau social fait de droits et d'obligations mutuelles [1], en lui donnant l'opportunité d'un accès à l'emploi, à la formation, d'être intégré dans des réseaux/groupes, de se faire de nouvelles relations [15]. Fournir les conditions nécessaires pour vivre une meilleure vie plutôt que lui enseigner uniquement comment minimiser ses possibilités de récidiver pourrait aussi constituer un référentiel théorique pour les PPR. De telles pratiques sont associées à des taux de récidive plus réduits [311]. Notons enfin que quel que soit le cadre de référence choisi [actuel, R-B-R ou désistance] pour les PPR, si les CPIP ne sont pas habilités à s'occuper des sphères relatives à l'exploration des causes profondes des comportements infractionnels, il semble important et nécessaire de renforcer le partenariat SPIP-professionnels de la psychiatrie car ce qui est travaillé dans les PPR est susceptible de provoquer un retour sur soi accompagné d'angoisses et de malaises potentiellement déstabilisants pour les PPSMJ [1]. De même, les prises en charge pénitentiaires de type PPR doivent être pensées en articulation avec d'autres prises en charge groupales que les professionnels de la psychiatrie pourraient proposer afin d'optimiser la cohérence du système pour la PPSMJ. Un partenariat articulé où les identités et missions sont clairement définies [32] et ce dans l'intérêt que ce soit des PPSMJ pour les uns ou des patients pour les autres [5] s'avère plus que jamais nécessaire.

Conclusion

Diverses questions se posent aujourd'hui quant aux dispositifs de prévention de la récidive et leur efficacité [28]. Au vu des différents constats relatifs au non-respect des trois grands principes du R-B-R, il paraît peu probable que les PPR dans leurs modalités de fonctionnement actuelles, soient efficaces dans la prévention de la récidive. Toutefois, seules des études empiriques permettront de disposer d'une évaluation de leur efficacité.

Ainsi, trois perspectives s'offrent aux administrations en charge des PPR : 11 une évolution plus criminologique, respectueuse des grands principes du R-B-R, dotée de moyens¹⁰, menée par des professionnels engagés et motivés à les voir aboutir; 21 la conservation de ce modèle, ne prétendant toutefois plus faire de la prévention de la récidive, abandonnant son appellation « maladroite » et se centrant sur l'approche éducative du rapport à la loi et à la compréhension de sa transgression ; 31 une évolution vers un dernier modèle plus social et de réhabilitation, celui de l'accompagnement de la « désistance » du sujet face à sa trajectoire délinquante, et ce tant sur le plan éducatif (en travaillant ses capacités et sa motivation) social [en travaillant ses opportunités avec des employeurs, la famille, etc que de l'incitation aux soins. Là encore, cette approche nécessite des moyens. Ces différentes perspectives ne sont clairement pas contradictoires ou opposées, mais complémentaires si elles sont bien définies comme telles et que l'obligation de moyens [et non de résultat] est respectée. Pour des raisons tant cliniques [la PPSMJ/ patient éventuel], sociales (la prévention de la récidive) qu'éthiques, elles demandent à être articulées au soin psychiatrique, sans collusion ni clivage. Ces évolutions questionnent bien entendu en premier lieu les compétences du CPIP : devrait-on les faire évoluer ou devrait-on intégrer un nouvel intervenant de la Justice, répondant aux missions de ces PPR « optimisés » et doté des compétences *ad hoc* ? Telles sont les réflexions à mener pour pouvoir proposer un modèle de prévention de la récidive efficace et cohérent, lié aux résultats et aux avancées de la littérature internationale.

(1) L'italique vient souligner qu'il n'existe pas d'intervention (« efficace » en soi. L'efficacité doit être comprise comme une notion relative, toujours dépendante d'un objectif initial.

(2) loi relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales instituant la contrainte pénale. Date d'application : le 01 octobre 2014.

(3) Pour rappel, le nombre et la fréquence des séances (et donc l'intensité de chaque module) seront fonction de la problématique infractionnelle, mais également du niveau de risque de récidive.

(4) Méfiance qui, dans un certain nombre de cas, s'accompagne d'une méconnaissance certaine de l'intérêt (mais également des limites) des outils standardisés d'évaluation du risque de récidive.

(5) Il semble toutefois important de souligner que l'existence d'une telle loi pose une question éthique d'autant plus importante en l'absence de l'utilisation d'outils validés pour aider à la prise de décision.

(6) L. n° 2010-242 du 10 mars 2010 tendant à amoindrir le risque de récidive criminelle et portant

diverses dispositions de procédure pénale.

(7) L. n° 2011-939 du 10 août 2011 sur la participation des citoyens au fonctionnement de la justice pénale et le jugement des mineurs.

(8) L'articulation n'est pas à définir en termes d'échanges systématiques entre les partenaires ou comme un simple emboîtement des cadres. Ces cadres institutionnels sont interdépendants (intervention du soin et de la justice auprès d'une même PPSMJ) et se doivent de devenir (intercontenants » (9).

(9) V. Dossier publié dans l'AJ pénal du mois de septembre 2010, Désistance, la face criminologique de la réinsertion, AJ pénal 2010. 366 S.

(10) Des moyens en termes : humains, d'outils d'évaluation validés, pratiques supplémentaires nécessitant des aménagements et répartition de la charge de travail, de formations *ad hoc*, etc.

Bibliographie

1. J. Alvarez & N. Gourmelon [2009]. La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles : un objet révélateur d'évolutions institutionnelles et professionnelles. Ministère de la Justice et des Libertés, Agen : ENAP-CIRAP.
2. D.A. Andrews & J. Bonta [2006]. The psychology of criminal conduct, 4e édition. Cincinnati : Anderson publishing.
3. D.A. Andrews, J.Bonta, & S.J. Wormith [2011]. The Risk-Need-Responsivity [RNRI Model: Does adding the Good Lives model contribute to effective crime prevention ? Crim Justice Behav; 38,735-55.
4. M. Benbouriche, N. Longpré, & O. Vanderstukken (2014). Prévenir la récidive des infractions violentes : les principes d'une intervention efficace. In : R. Coutanceau & J. Smith [Eds.), Violences aux personnes] p. 517-524). Paris, France: Dunod.
5. M. Benbouriche, O. Vanderstukken, R. Palaric, & P. Le Bas (2013). Prévenir la récidive des auteurs d'infraction à caractère sexuel en France : présentation et mise en perspective des interventions cognitivo-comportementales. In : J-L. Senon, C. Jonas, & M. Voyer, [Eds.), Psychiatrie légale et criminologie clinique [p. 330-334). Paris: Masson.
6. M. Benbouriche, O., Vanderstukken, & AR. van der Horst 2014. Interventions cognitivo-comportementales et prévention de la récidive sexuelle en France : une condition nécessaire mais pas suffisante. La lettre du psychiatre, X [4-51. 95-98.
7. M. Benbouriche, A. Ventéjoux, M. Lebourgault, & A. Hirschelmann 2012). L'évaluation du risque de récidive en France : Expérience et Attitudes des Conseillers Pénitentiaires d'insertion et de Probation. Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique, LXV:305-318.
8. E. Brillet (2009). Une nouvelle méthode d'intervention auprès des personnes placées sous mains de justice : les programmes de prévention de la récidive. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques, 31, 1-5.
9. A. Ciavaldini [2003]. Dispositif inter-institutionnel pour travailler avec les familles de sujets de violences sexuelles. In: A. Ciavaldini (Eds), Violences sexuelles, le soin sous contrôle judiciaire [p. 135-142). Paris: Collection Explorations psychanalytiques, Éditions In press.
10. F. Cortoni [2010]. What Works or What's in Style ? Directions in Treatment Practices with Sexual Offenders. Conférence plénière lors de la 30^e conférence annuelle de l'Association for the Treatment of Sexual Abusers, octobre 2010, Phoenix, Arizona, États-Unis.
11. F. Cortoni & D. Lafortune [2009]. Le traitement correctionnel fondé sur des données probantes : une recension. Criminologie, 42, 61-90.
12. M. David. 2006). L'expertise psychiatrique pénale. Paris : L'Harmattan.
13. E. Debarieux & C. Blaya, 2009. Le contexte et la raison : agir contre la violence à l'école par « l'évidence » ? Criminologie, 42, 13-31.
14. Direction de l'Administration Pénitentiaire. Référentiel : Programme de prévention de la récidive. Ministère de la Justice et des Libertés, 2010.
15. M. Herzog-Evans, Définir la désistance et en comprendre l'utilité en France, AJ pénal 2010. 366.
16. M. Herzog-Evans, Outils d'évaluation : Sortir des fantasmes et de l'aveuglement idéologique, AJ pénal 2012. 75.
17. K.R. Hanson, G. Bourgon, L. Helmus, & S. Hodgson [2009]. The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : A meta-analysis. Criminal Justice and Behavior, 36 [9]. 865-891.

18. F. Lösel & M. Schmucker (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1 : 117-146.
19. G.A. Marlatt (1982). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviours. In R.B. Stuart [Ed.] *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine* [p. 329-378]. New York : Brunner/Mazel.
20. J.K. Marques, M. Wiederanders, D.M. Day, C. Nelson & A. van Ommeren [2005]. Effects of a Relapse Prevention Program on Sexual Recidivism: Final Results From California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project [SOTEP]. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 17[1].79-107.
21. W. L. Marshall, G. A. Serran, Y. M. Fernandez, R. Mulloy, R. E. Mann, & O. Thornton [2003]. Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders: Tentative data on their relationship with indices of behaviour change. *Journal of Sexual Aggression*, 9, 25-30.
22. W. L. Marshall, & S. Williams [1975]. A behavioral approach to the modification of rape. *Quarterly Bulletin of the British Association for Behavioural Psychotherapy*, 4, 78.
23. S. Maruna [2001]. *Making good : How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, DC : American Psychological Association.
24. R.J. McGrath G.F. Cumming & B.L Burchard [2003]. *Current practices and trends in sexual abuser management. The Safer Society 2002 nationwide survey*. Brandon, VT, Safer Society Press.
25. F. McNeill [2006]. A desistance paradigm for offender management. *Criminology and Criminal Justice*, 6 [1], 39-62.
26. V. Moulin [2012]. *Les groupes de parole de prévention de la récidive des personnes placées sous mains de justice. Note de synthèse, recherche réalisée avec le soutien de la mission de recherche droit et Justice*, avril 2012.
27. P. Pottier [2008]. Insertion et probation : évolutions et questionnements contemporains. In : J.-L. Senon, G. Lapez, R. Caria [Eds.]. *Psycho-criminologie : Clinique, prise en charge, expertise* [p. 235-241]. Paris : Dunod.
28. P. Pottier, & M. Pajoni [2013]. LES SPIP et les PPR : une expérience originale à approfondir [p. 376-381]. In : R. Coutanceau & J. Smith [Eds.]. *Troubles de la personnalité : ni psychotiques, ni névrotiques, ni pervers, ni normaux...* Paris : Dunod.
29. R.C. Serin, & D. L Preston. [2011]. Programming for violent offenders. In : L.L. Motiuk, & R.C. Serin [Eds.], *Compendium 2000 on Effective Corrections* [I, p. 146-157]. Ottawa: Correctional Service of Canada.
30. J.-L. Senon, & C. Manzanera (2006). Réflexion sur les fondements du débat et des critiques actuels sur l'expertise psychiatrique pénale, *Annales Médico Psychologiques*, doi : 10.1016/J.amp.2006.08.017.
31. C. Trotter, *Travailler efficacement avec les délinquants*, AJ pénal 2010. 371.
32. O. Vanderstukken, & M. Benbouriche [2012]. Interventions cognitivo-comportementales et prise en charge des auteurs d'agression sexuelle en France : entre Santé et Justice. In : J.-L. Senon, G. Lapez, R. Caria. *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise* [p. 123-132]. Paris, Dunod.
33. O. Vanderstukken, & M. Lacambre [2011]. Dangereusité, prédictivité, et échelles actuarielles : confusion ou détournement. *Information Psychiatrique*, 87 [7], 549-550.
34. R. J. Wilson, & P. M. Yates [2009]. Effective interventions and the good lives model : Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression and violent behavior*, 14[3]. 157-161.

Document 3

Les enjeux de la pluridisciplinarité dans l'accompagnement des adolescents incarcérés

David VAVASSORI et Sonia HARRATI

[...] Extraits

Pluridisciplinarité versus interdisciplinarité

La constitution d'une structure s'appuyant sur un fonctionnement pluridisciplinaire et pluri-institutionnel ne se réduit pas à la simple association de professionnels. Nous sommes face à la construction d'un groupe, d'un collectif qui est bien plus que la juxtaposition d'un certain nombre d'individus et de compétences (LHUIILLIER, 2006 ; DEJOURS, 1987). L'objectif n'est pas simplement de rassembler les pièces d'un puzzle en vue d'un diagnostic (du type « il est psychopathe » ou « il y a une carence familiale, il est pervers-narcissique, elle est radicalisée »).

Une approche pluridisciplinaire congruente doit permettre d'appréhender la vulnérabilité des adolescents et ses différents lieux d'expression (psychique, social, familial, scolaire, somatique) et ainsi mettre en relief la singularité et la complexité des problématiques. En conséquence, la pluridisciplinarité est un outil de compréhension des difficultés, pour peu qu'elle garantisse l'implication des professionnels avec leurs différences et leurs spécificités. Cependant, cette association intellectuellement riche n'est pas évidente d'un point de vue pragmatique. La tentative de faire coexister et collaborer des professionnels (éducateurs, surveillant, psychologues, médecins, infirmières, enseignants) dont les cultures sont originellement différentes et quelquefois historiquement opposées (Protection judiciaire de la jeunesse – Administration pénitentiaire) peut générer des conflits dont les points d'ancrage sont identitaires. Ce choc des cultures a une incidence sur la vie de l'institution et sur les liens intersubjectifs qui l'animent. En effet, le travail pluridisciplinaire ne se décrète pas, il doit s'appuyer sur la coconstruction d'une culture tierce commune permettant la compréhension et la réalisation d'un objectif lui aussi commun. Il y a donc une nécessaire préparation pour envisager la pluridisciplinarité comme une dynamique passant par l'interdisciplinaire dans le sens d'une complémentarité disciplinaire (G. DEVEREUX, 1980).

L'interdisciplinarité, en tant que processus de métabolisation du dispositif pluridisciplinaire, suppose *a minima* dialogue et échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre plusieurs professionnels. Elle implique qu'il y ait des interactions et des enrichissements mutuels. À l'inverse, l'absence d'une réflexion préalable et continue relative aux méthodes adaptées à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité peut aboutir à multiplier le désordre au lieu de créer une dynamique interdisciplinaire. Quoi qu'il en soit, l'interdisciplinarité lorsqu'elle est efficiente n'est jamais acquise, elle est soumise aux tensions institutionnelles. En effet, les rivalités de pouvoir, les antagonismes idéologiques, mais aussi les blessures narcissiques des différents intervenants (manque de reconnaissance, sentiment de désaveu de la hiérarchie, mise en concurrence institutionnelle, etc.) peuvent engendrer une déstabilisation, voire une pathologie du lien intersubjectif.

Apparaît alors une incapacité à collaborer, un repli identitaire et dans certains cas un épuisement professionnel (DEJOURS, 1987). Ces indicateurs cliniques des mouvements de déliaisons institutionnelles (PINEL, 2005), apparaissent ponctuellement et viennent faire écho aux vulnérabilités intrapsychiques des acteurs de l'EPM.

Donc, tout l'enjeu pour l'équipe de professionnels est de proposer un accompagnement, un cadre pluridisciplinaire dont la fonction de pare excitation et de contenance permet la remobilisation chez l'adolescent des capacités identificatoires maturantes. Cette ambition impose à l'équipe une capacité à collaborer, une disponibilité psychique, un travail interne complexe d'investissement et de désinvestissement, adapté à chaque situation. Pour cela, l'équipe doit se constituer en « objet malléable » (ROUSSILLON, 1991), suffisamment modelable psychiquement, pour rendre possible la

symbolisation et permettre une conflictualité tempérée, décontaminée des enjeux narcissiques, favorisant les processus de subjectivation de l'adolescent.

Résonances des dynamiques d'équipe sur les jeunes incarcérés

Aussi, le maintien d'une certaine cohérence et d'une stabilité est un défi quotidien. Les liens intersubjectifs 4 (KAËS, 1976) qui forment le maillage des relations interindividuelles constituent la « clé de voûte » du travail interdisciplinaire. Cette mise en lien, soumise aux fantasmes, aux représentations et idéaux véhiculés dans les équipes, reste complexe, car elle dépend de processus conscients et inconscients, en permanence mis à l'épreuve par les crises vécues par et dans l'institution.

Néanmoins, la constitution de ces liens est assujettie à la capacité de l'équipe de s'accorder et de s'engager autour de la tâche primaire (KAËS, 2005) qui lui incombe (dans le cas de l'EPM : la réinsertion sociale des mineurs). Celle-ci fonde la raison d'être de l'institution, ses objectifs et la raison d'être du lien qu'elle établit avec ses membres.

Cette « mise en liens » des professionnels est d'autant plus importante qu'elle a un effet contenant pour les mouvements pulsionnels des adolescents incarcérés (BALIER, 1988 ; VAVASSORI & AL, 2018). Les « murs » ne jouent pas à eux seuls un rôle contenant et pare-exciteur (BALIER, 1988, HARRATI & VAVASSORI, 2022).

L'enjeu est de créer une dynamique d'équipes et un fonctionnement de l'institution qui assume une fonction tierce (d'interdit psychologique, de surmoi, de référence paternelle) afin de contenir transitoirement les excitations internes et externes des adolescents.

Ainsi, cette difficile alliance au sein de l'EPM, ainsi que ses avatars symboliques, réactivent et actualisent les problématiques des adolescents et des équipes dans des mouvements paradoxaux de projections et d'identifications, de rejet et de rapprochement, de passivité et de violence (PINEL, 2007). Nous avons pu observer ces mouvements et leurs expressions symptomatiques dans les relations professionnelles et dans les comportements des jeunes incarcérés. Dans ce contexte, nous sommes sollicités du côté de la capacité à rêver (BION, 1995), notre rôle étant de définir et de proposer un cadre collaboratif et créatif, en repérant et renvoyant aux limites structurantes de ces « espaces-temps » institutionnels. À ce titre, une équipe qui fonctionne « suffisamment bien » (GAILLARD et PINEL, 2011) va pouvoir se saisir de ces espaces pour renouveler son équilibre et sa stabilité, même si elle est confrontée à un mouvement cyclique de conflictualité. Dans ce contexte, les processus d'interculturalité professionnelles (VAVASSORI, 2018) vont favoriser les positions de confiance et la groupalité pour le maintien du cadre institutionnel et la réalisation de la tâche primaire. Les vécus de persécution s'atténuent au profit d'une volonté de « faire ensemble ». Lorsque les relations sont maintenues au sein de l'équipe pluridisciplinaire et du binôme (surveillant et éducateur), un sentiment de sécurité est véhiculé et résonne positivement chez les professionnels, mais aussi chez les jeunes incarcérés. Le maintien de l'équilibre vient contenir les éventuelles attaques, par les adolescents détenus, du lien relationnel d'abord (relation au surveillant, à l'éducateur) et institutionnel ensuite (diminution de la remise en question radicale des règles, destruction...). Ce sentiment de contenance facilite l'élaboration et la verbalisation du jeune et donc le travail d'accompagnement qui lui est proposé.

Toutefois cet équilibre, soumis à la variabilité des processus d'intersubjectivité, reste fragile et peut aboutir à une dynamique de déliaison. Les liens de l'équipe peuvent se relâcher, soit parce qu'il y a un moment où les professionnels doivent ajuster leur pratique pour l'adapter à l'état et au fonctionnement actuel de leur unité de vie, soit parce qu'il y a une crise (agression d'un membre de l'équipe, bagarre entre jeunes, suicides, évasions, conflits entre professionnels...). Si les situations de crise sont vécues par toutes les institutions, en milieu carcéral celles-ci peuvent amplifier les tensions quotidiennes dans cet espace fermé et coercitif. Ces indicateurs cliniques des mouvements de déliaisons institutionnelles (PINEL, 2005), apparaissent ponctuellement et viennent faire échos aux vulnérabilités intrapsychiques pérennes et transitoires des acteurs de l'EPM.

C'est pourquoi le travail pluridisciplinaire auprès des adolescents incarcérés met à l'épreuve la capacité d'adaptation des équipes face à la complexité des problématiques et des vulnérabilités qu'ils présentent. Toute rencontre avec un adulte, surtout avec un professionnel, est souvent marquée par le sceau de la défiance et de la mise à l'épreuve de sa supposée fiabilité.

Ces situations de crise affectent la dynamique institutionnelle et par résonance le comportement de ces adolescents. Voici deux exemples présentant deux dynamiques différentes :

Loïc, âgé de 17 ans, est incarcéré pour la 4^e fois, pour des faits de « vols avec violence, tortures et actes de barbarie ». Il connaît parfaitement le fonctionnement de l'EPM. Son aisance en détention, le récit ostentatoire de ses actes teinté d'une absence d'empathie pour ses victimes, les menaces à l'encontre des professionnels et des codétenus lui confèrent un statut de « caïd ». Loïc revendique ouvertement cette position auprès de l'équipe pluridisciplinaire. La tentative des professionnels d'aménager une alliance éducative/thérapeutique se solde par des attitudes agressives et violentes de sa part, créant un climat de tension au sein de l'unité de vie et des réactions de rejet ou de sidération pour les professionnels qui l'accompagnent.

Au fil de nos rencontres avec les professionnels, nous relevons une absence de concertation et de réflexion sur les modalités d'accueil de ce jeune qui s'inscrit dans une répétition d'actes violents. Ce manque d'implication semble correspondre à une certaine lassitude par rapport aux récidives. Nous voyons progressivement apparaître un clivage dans l'équipe, qui se traduit par une rétention de toutes les informations relatives à la situation de ce jeune homme et un appauvrissement des écrits lors des réunions de synthèse. Son retour est vécu par les professionnels comme un échec dont l'autre porte la responsabilité. Le quotidien pénitentiaire se transforme, les incidents se multiplient, laissant entrevoir une crispation autour de la problématique de Loïc. Nous repérons dans le discours et les attitudes des acteurs de la détention, les indicateurs d'une co-excitation (professionnels/adolescents détenus) à l'annonce de chaque nouvel incident. Ce mouvement atteint son apogée lors d'un passage à l'acte violent de Loïc sur une éducatrice : « Elle l'a bien cherché », ont dit certains professionnels.

Cette agression est concomitante d'une rupture de l'alliance professionnelle. Nous observons lors des réunions pluridisciplinaires des mouvements de projection, une « paranoïa ordinaire » (MARTY, 2009) où le partenaire devient l'adversaire et l'origine de tous les maux de l'institution. Chacun renvoie à l'autre de façon caricaturale les avatars identitaires de chaque rôle : le surveillant n'est qu'un « porteclés », il est « violent » ; l'éducateur est « laxiste », « dépourvu d'autorité » ; et la psychologue « Elle ne dit jamais rien », etc. Cette situation illustre bien une forme de « résonance intersubjective » (PINEL, 2007) des failles latentes de l'équipe et du monde interne de l'adolescent. Les manifestations d'urgence générées par ces mouvements de réciprocité prennent forme dans une désorganisation du cadre institutionnel, homologue à celle des adolescents.

Dylan, 16 ans, est incarcéré pour « viol sur mineurs de moins de 15 ans », en l'occurrence ses deux demi-frères. Dès son arrivée, Dylan s'isole, ne veut pas être en contact avec les autres adolescents. La perspective d'évoluer dans un collectif l'insécurise. Il peut aborder les faits qui lui sont reprochés tout en soulignant « l'incapacité des adultes à l'aider malgré des années de suivi ». Il est lassé de raconter son histoire familiale, et il ne comprend pas cette démarche, car il est « malade » et doit être soigné de ses « pulsions ». Il reconnaît avoir une attirance pour les enfants et être incapable contenir ses actes.

Lors de la première réunion pluridisciplinaire le discours dominant se centre sur l'attitude et le comportement du garçon : « Il est calme, agréable au quotidien, mais ne parle pas aux autres... Non vraiment pour Dylan, rien à dire il est bien... ». Il répond aux attentes institutionnelles : respecter les règles et ne pas faire de « bruit ». Lorsque nous demandons à l'équipe ce qu'elle pense de cette adaptation et de ce calme, les collègues nous répondent : « C'est l'institution qui le contient. » Pour notre part, nous comprenons plutôt cette attitude comme un effet de la répression affective qui inhibe toute possibilité d'élaborer les vécus. On peut faire l'hypothèse d'un lien entre la nature des actes commis et l'impossibilité de les penser de la part des professionnels. D'ailleurs, quelques semaines plus tard, ces derniers nous rapportent leurs difficultés à supporter le manque d'empathie de Dylan pour ses victimes. Lors d'un rapport intermédiaire au juge, l'équipe conclut : « Il y a peu d'alternatives crédibles pour l'aider à évoluer. » Il apparaît ici un jeu spéculaire avec Dylan qui génère progressivement un vécu d'impuissance et de passivation chez les professionnels, neutralisant leur capacité de création et d'adaptation pour aboutir à un désinvestissement du suivi. Malgré des positions et des rôles différents, le dispositif de réunion pluridisciplinaire ne sera pas efficient.

Document 4

France Services : inauguration de la première maison dédiée aux personnes condamnées

Article Le Figaro du 22 novembre 2024

La première maison France Services à destination des personnes sous mains de justice, située dans un service pénitentiaire de probation et d'insertion (SPIP), a été inaugurée vendredi à La Rochette (Seine-et-Marne). « Si ceux qui sont dans une logique de réinsertion ne se voient pas offrir la possibilité d'accéder à toute la palette de services publics, on prend le risque de les voir décrocher et récidiver éventuellement », a déclaré Pierre Ory, préfet de Seine-et-Marne, à l'inauguration de cette 35e antenne France services du département.

En France, plus de 2800 points de contact France Services - qui regroupent en un même lieu plusieurs services publics - fixes ou itinérants, sont déployés. « On a déjà des France services sur une pirogue en Guyane(...) Mais France services dédié à un public sous mains de justice, c'est la première fois », a rappelé Philippe DEBORDE, directeur adjoint du programme France Services à l'Agence nationale de la cohésion des territoires. Cette idée a germé il y a un an et demi en Seine-et-Marne.

« Seuil de résistance à la frustration très bas »

Les trois sites du SPIP du département - qui accompagne 4300 personnes en milieu ouvert - sont concernés : Meaux, Fontainebleau et La Rochette, à quelques pas du tribunal judiciaire de Melun. Dans ces locaux, deux bureaux sont désormais dédiés à France services et une médiatrice a été recrutée par l'association PIMMS médiation 77. Des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation se sont également portés volontaires pour être formés et exercer ces missions.

Y seront accueillis les sortants de prison, les personnes en aménagement de peine (semi-liberté, libération conditionnelle, surveillance électronique), celles en sursis probatoire et celles effectuant des travaux d'intérêt général. « Ce sont des publics qui ont souvent un seuil de résistance à la frustration très bas », explique Franck SASSIER, directeur du SPIP 77. « Quand on va les orienter vers des services publics, ça peut être très compliqué. Soit ils ne vont pas y aller parce qu'ils n'osent pas, qu'ils ont peur. Soit ils y vont mais ça va mal se passer parce qu'on va leur dire +vous n'avez pas les bons documents+... »

Avec le guichet unique qui permet l'accès à une panoplie de services publics, de la CAF à la CPAM en passant par les impôts et France Travail, « ça va permettre d'engager cette prise en charge, la connexion aux droits sociaux, de créer de la confiance et de combattre la fracture numérique », se réjouit Franck SASSIER. « Comme toute expérimentation, celle-ci devra être évaluée, pour voir dans quelle mesure ce dispositif pourra nourrir d'autres territoires », a relevé Sébastien CAUWEL, directeur de l'Administration pénitentiaire, assurant qu'il serait « très attentif à l'évolution ».

Document 5

Prévenir la récidive :
une expérience dans l'agglomération du Saint-Quentinois
Xavier Bertrand*

Les politiques publiques en matière de sécurité sont par définition des missions régaliennes qui reposent depuis plusieurs années sur deux aspects opposables mais indissociables l'un de l'autre : la répression, pour sanctionner celui qui transgresse la loi, et la prévention, pour tenter d'éviter la survenance, voire la récidive de l'acte.

La prévention de la récidive ne saurait relever que de l'action du ministère de la Justice ; les facteurs de risques de récidive le prouvent : absence d'emploi, de formation, de logement, de relation familiale, de vie sociale, d'accès aux soins ou d'accès aux droits sociaux...

En janvier 2015, la Communauté d'agglomération de Saint-Quentin (depuis le 1er janvier 2017, Agglomération du Saint-Quentinois), en collaboration avec le procureur de la République et en lien avec les services de l'administration pénitentiaire, a donc fait le choix d'expérimenter un nouveau dispositif de prise en charge des majeurs sous-main de justice : un accompagnement individualisé renforcé dans le cadre de la lutte contre la récidive, construit comme une prise en charge globale des bénéficiaires, en particulier sur les démarches à entreprendre.

La plus-value des collectivités territoriales tient à cette capacité à fédérer un ensemble des partenaires locaux et à offrir un service de proximité.

Deux ans après son lancement, cette expérimentation unique en France se révèle être une réponse efficace pour plusieurs raisons :

- Le dispositif repose sur un véritable partenariat entre l'ensemble des intervenants (le Parquet, les services de l'administration pénitentiaire, les acteurs sociaux), dans le respect des missions de chacun et tourné vers un même objectif : réduire les facteurs de risques de la récidive.
- Le dispositif fonctionne sur la base du volontariat (proposé par le Parquet avant jugement comme une alternative à la détention ou par le service de probation et de détention après condamnation) : ceux qui intègrent le dispositif s'engagent à y participer en signant une convention et à remplir des objectifs définis en amont par le probationnaire et l'agent chargé de son suivi.

L'exemple saint-quentinois montre que les collectivités territoriales peuvent être reconnues comme des partenaires à part entière du processus de prévention de la délinquance sur leur territoire, car en étant au cœur du système, elles peuvent intervenir sur des axes sécuritaires, sur la prévention sociale de la récidive mais aussi sur les phénomènes de radicalisation, en particulier chez les jeunes, et par extension favoriser la protection de la population.

Cela demande un investissement sérieux pour une collectivité tant budgétairement que politiquement.

Comme d'autres pays, la France doit clairement se poser la question de l'évaluation des politiques publiques à partir des résultats obtenus sur le terrain. En cela un dispositif intercommunal de prévention de la récidive est à la fois facilement évaluable et pertinent pour relever le défi de la prévention de la récidive, enjeu clé des années à venir.

Accompagner pour éviter la récidive : le rôle des collectivités territoriales
Matthieu Gressier** avec Antonine Vasseur***

La Communauté d'agglomération de Saint-Quentin et le Ministère de la Justice ont fait le choix innovant d'expérimenter depuis le 1er janvier 2015, un dispositif de prise en charge des majeurs sous mains de justice dans le cadre de la lutte contre la récidive, en lien avec les services de l'administration

pénitentiaire. Après plus de deux ans de fonctionnement, il nous est apparu pertinent de réfléchir, d'évaluer et d'analyser ce dispositif « territorial » avec tous les acteurs concernés par la prévention de la récidive.

Le Procureur de la République met en œuvre localement la politique pénale du Garde des Sceaux, sous l'autorité et le contrôle du Procureur général, et se voit spécifiquement confier la mission d'animer et coordonner, dans le ressort du tribunal de grande instance auprès duquel il exerce ses fonctions, la politique de prévention de la délinquance dans sa composante judiciaire, conformément aux orientations nationales de cette politique (art. 39-2 du Code de procédure pénale). Il est appelé dans ce cadre à réfléchir et concevoir, dans une dynamique résolument partenariale, les outils et formules de prise en charge de nature à parvenir à cet objectif.

Le Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation (SPIP) a pour but de réduire la commission de nouvelles infractions en établissant des relations positives avec les auteurs d'infraction afin d'en assurer le suivi, le contrôle, de les guider et de les assister pour favoriser la réussite de leur réinsertion sociale.

En milieu ouvert, le SPIP intervient auprès d'un public de majeurs condamnés, et placés sous mains de justice dans le cadre de diverses mesures judiciaires, essentiellement des sursis avec mise à l'épreuve et des travaux d'intérêt général.

En milieu fermé, le SPIP est chargé d'accompagner les détenues dans leur parcours de peine, en limitant les effets désocialisant de l'incarcération, et en préparant la sortie, dans la mesure du possible, sous la forme d'aménagement de peine.

La politique de prévention de la délinquance est par essence partenariale, dans la mesure où la délinquance trouve ses causes dans de multiples facteurs.

Sept facteurs de risques de récidive sont identifiés par les recherches en la matière :

- les idées fausses/ croyances/ représentations ;
- les relations familiales problématiques ;
- les fréquentations problématiques ;
- l'absence d'emploi / formation / école / activité ;
- la consommation de produits addictifs ;
- l'impulsivité ;
- l'absence de loisirs, d'inscription dans la vie sociale / locale.

Deux freins à l'action des services pénitentiaires et judiciaires consistent en la prévalence de difficultés d'ordre social, et surtout l'absence de possibilité d'accompagnement quotidien de leur résolution.

La conférence de consensus, qui s'est tenue de septembre 2012 à février 2013, visait à identifier les problèmes en matière de récidive et à construire « un socle de consensus susceptible de poser les bases d'une évolution de la politique ». Sur la base de recherches scientifiques relatives à la récidive et après avoir procédé à de nombreuses auditions, un jury de consensus, composé de vingt membres venus d'horizons très divers (directeurs pénitentiaires, conseillers d'insertion, magistrats, élus, professeurs, hauts gradés de gendarmerie, etc.) a adopté 12 recommandations à l'unanimité.

Parmi les grands principes retenus :

- La sanction pénale doit viser la réinsertion.
- La prison doit être une peine parmi d'autres.
- Le nombre de peines passibles d'emprisonnement doit être réduit.
- Les conditions de détention doivent garantir le respect de la dignité humaine.
- La libération conditionnelle doit devenir le mode normal de sortie de prison.

La loi n° 99-586 du 12 juillet 1999 relative au renforcement et à la simplification de la coopération intercommunale a fait des intercommunalités des acteurs de la prévention de la délinquance. Sa rédaction a abouti à confier aux communautés d'agglomération (article L.5216-5) les dispositifs de prévention d'intérêt communautaire et à l'exercice de plein droit en lieu et place des communes

membres, des compétences obligatoires dont celle en matière de politique de la ville par le développement des dispositifs locaux de prévention de la délinquance. Le but essentiel assigné à la politique de prévention de la délinquance est de progresser vers une amélioration durable de la sécurité. Ceci implique, d'une part, un effort d'anticipation et d'action sur les divers facteurs susceptibles de favoriser les passages à l'acte délinquant, d'autre part, une amélioration de la coordination des acteurs et des actions sur le terrain.

C'est dans cet esprit que l'Agglomération du Saint-Quentinois et le Ministère de la justice ont décidé de mettre en place un dispositif d'accompagnement individualisé renforcé (AIR) visant à réduire certains facteurs de risques de récidive (absence d'emploi, de formation, de logement, de relation familiale, de vie sociale, d'accès aux soins, d'accès aux droits sociaux...).

Dans le cadre du Contrat Intercommunal de Sécurité et de Prévention de la Délinquance, le dispositif d'accompagnement individualisé renforcé est porté par l'Agglomération du Saint-Quentinois. Deux agents chargés de prévention ont ainsi été recrutés pour assurer la prise en charge globale et un accompagnement physique des bénéficiaires.

Ce dispositif traduit le partenariat, la coopération de la collectivité territoriale, du Service Pénitentiaire d'insertion et de Probation de l'Aisne, et du Parquet de Saint Quentin qui, tout en maintenant leur autonomie et leurs missions respectives, acceptent de mutualiser leurs actions en vue de réaliser un objectif commun : la prévention de la récidive.

Le chargé de la prévention de la récidive est garant du suivi renforcé et notamment de la réintégration sociale et professionnelle des majeurs ayant été condamnés par une juridiction de jugement.

La personne ayant commis un délit devra, en concertation avec le procureur de la République ou avec le conseiller pénitentiaire d'insertion et probation du SPIP, adhérer au suivi renforcé proposé par le chargé de la prévention de la récidive, et s'engager moralement à adhérer au protocole de suivi renforcé dont la durée est fixée à 6 mois renouvelable une fois.

Dès le premier entretien, les droits et les devoirs de la personne suivie sont rappelés par le chargé de la prévention de la récidive et ce dernier s'assure que la personne suivie a pleinement pris conscience de l'investissement nécessaire pour mener à bien le projet de réinsertion entrepris.

Le chargé de la prévention de la récidive a pour missions :

- d'établir un contact avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation et notamment le conseiller d'insertion et de probation en charge du suivi socio-judiciaire de la personne suivie ;
- d'assurer la prise en charge de la réintégration sociale et professionnelle des majeurs sous main de justice dans le cadre de la lutte contre la récidive ;
- d'accompagner les personnes suivies par le chargé de la prévention de la récidive dans toutes les démarches qu'il devra faire (prises de rendez-vous, mise à jour) ;
- d'intervenir dans la situation de la personne suivie deux fois par semaine au cours des 3 premiers mois du suivi mis en place par le chargé de la prévention de la récidive ;
- d'accompagner si nécessaire physiquement, toute personne suivie par le chargé de la prévention de la délinquance, aux rendez-vous pris par le probationnaire ;
- de soutenir la personne suivie dans ses projets, démarches, souhaits ;
- d'accompagner sans jamais se substituer ;
- de favoriser l'épanouissement personnel et l'autonomie ;
- de contribuer au développement des potentialités de chacun en rendant la personne suivie actrice de sa propre évolution ;
- de mettre en relation les partenaires sociaux et locaux travaillant avec le chargé de la prévention de la récidive et les personnes suivies afin de mettre en place divers projets s'inscrivant dans une démarche de réinsertion sociale et professionnelle ;
- de créer des liens entre les divers partenaires sociaux et locaux susceptibles, à la demande de la personne suivie, d'assurer la continuité d'accompagnement social et professionnel à l'issue du suivi renforcé proposé par le chargé de la prévention de la récidive, dans une optique de stabilisation et lutte contre la récidive ;

- de mettre en place, avec les personnes suivies, des actions culturelles et/ou sportives afin d'élargir les centres d'intérêt de chacun et d'encourager la découverte et la curiosité.

Depuis la création du dispositif, 71 probationnaires sont entrés dans le dispositif. 38 ont été pris en charge dans un cadre pré-sentenciel, orientés par le Procureur de la République ou ses substituts, 28 ont été orientés et pris en charge dans un cadre post-sentenciel avec pour orienteurs les services pénitentiaires d'insertion et de probation du milieu ouvert et du milieu fermé.

24 personnes sont sorties du dispositif pour manquements ou inconduite et 23 ont pu terminer le suivi mis en place au jour de la signature, par le probationnaire, de l'engagement de demeurer sur le dispositif et de respecter les obligations inhérentes à ce dernier (respect de la fréquence des rendez-vous, investissement dans les démarches...).

23 probationnaires sont en sortie dite « positive », ce qui sous-entend la réalisation de tous les objectifs de travail mis en place et évalués avec le chargé de prévention de la récidive au jour de l'entrée dans le programme.

Cependant, le dispositif a dû faire face à un taux de récidive de 9,52 O/o (au 1er février 2017) sur l'ensemble de la période concernée, cette donnée étant à comparer aux 42 O/o de récidive à l'échelon national. En effet, le Ministère de la Justice au travers de son Infostat, nous rappelle que « quelle que soit l'année de condamnation choisie pour observer la récidive, son taux de récidive est sensiblement le même. Ainsi, on observe un taux de récidive de 42 O/o sur les condamnés de 2000, de 44 O/o sur ceux de 2002 et de 45 O/o sur ceux de 2004. ».

Les premiers résultats sont particulièrement encourageants et ont à ce jour dépassé toutes les attentes. Il n'en demeure pas moins que ces éléments devront être réévalués et ce dans le délai légal encadrant la récidive stricto sensu.

Au regard de cette expérimentation et des résultats obtenus par le dispositif de prévention de la récidive (AIR), il apparaît maintenant nécessaire d'entreprendre un travail de recherche mettant en relation les différentes données d'ores et déjà obtenues, la détermination de la mise en œuvre de la politique pénale sur les territoires ; en incluant dorénavant les collectivités dans la prise en charge de la prévention de la récidive. La réponse pénale est au cœur de la réflexion à mener : quelle réponse pénale pour quelle infraction, mais aussi et surtout pour quel auteur d'infractions ? Le but recherché étant avant tout d'apporter la plus juste réponse aux infractions commises.

Les méthodes d'évaluation des risques demeurent à ce jour expérimentales et il devient ainsi urgent d'unifier les pratiques professionnelles visant la prise en charge de probationnaires en état de récidive légale ou de réitération.

L'Agglomération du Saint-Quentinoise va maintenant entamer une réelle analyse à ce sujet. Plusieurs partenariats sont en cours de montage et notamment avec le Canada et ses chercheurs, la faculté de Rennes et sa recherche en psycho-criminologie, avec un seul et même objectif : mener à bien une réflexion commune qui permette aux trois expériences de se conjuguer afin d'initier un travail commun et pérenne.

Notes

* Président de l'Agglomération du Saint-Quentinoise.

** Directeur général des services de l'Agglomération du Saint-Quentinoise et avec la participation.

*** Chargée de prévention de la récidive.