

24 Octobre 2012

## Conférence de consensus sur la prévention de la récidive

### 1- Connaissances sur la récidive

Les connaissances sur la récidive (au sens large) sont trop disparates : les chiffres figurant sur le site du ministère de la Justice ne concordent pas avec ce qui est diffusé dans les médias et /ou par les politiques, à l'occasion d'un fait divers, notamment concernant la récidive des AVS. Il est de ce fait **complexe d'avoir une idée précise** de son ampleur. Les idées reçues et autres représentations imaginaires faussent la réalité du problème.

Ces statistiques ne constituent pas des repères fiables puisqu'elles ne mettent en évidence que la récidive légale et non la commission réitérée de faits même quand ils revêtent une nature identique (violences à caractères sexuelles allant des atteintes sexuelles au viol)

- Nous savons, par expérience, que dans la grande majorité des affaires de violences sexuelles, auteur et victime se connaissent et que l'intervention de la Loi par une sanction pénale adéquate permet qu'il n'y ait pas de réitération. Les pères incestueux, par exemple, ne récidivent que très rarement.
- Nous savons que le recours aux soins (IS ou OS), devenu désormais systématiques dans la pratique, n'est pas adéquat pour prévenir la récidive. L'offre de soin hospitalière n'est pas organisée pour y répondre notamment dans les CMP (moyens humains, compétence, formation...)

### 2 - Facteurs de récidive

- Les **très longues peines d'incarcération sont contre productives** car leur durée fait perdre le sens de la sanction au profit d'un état végétatif, passif, attentiste : L'acte (les actes) criminel(s) ou délinquant(s) commis sont remisés à un passé lointain qu'il devient difficile d'interroger et le retour à la liberté est abstrait ou totalement idéalisé. De plus, elles favorisent le délitement familial, accroissent le sentiment d'exclusion de la personne détenue dont l'origine de l'acte transgressif (les actes) était justement bien souvent fondée sur un défaut du sentiment d'appartenance sociale.

- Les **aménagements de peine diminuent le risque de récidive** car constituent un sas entre le tout carcéral et la pleine liberté. L'accompagnement et encadrement dans le sens « surveiller/veiller sur » est contenant et rassurant pour le condamné.
- Les basiques tels que hébergement et travail (ou activité sociale) sont incontournables pour prévenir le risque de récidive.
- Le suivi socio judiciaire (SSJ) en tant qu'**articulation** de différents acteurs de la prise en charge centrée sur le justiciable est un facteur important de prévention de la récidive si et seulement si les professionnels concernés se situent dans la **différenciation et la complémentarité** de leurs interventions. Le dispositif est opérant sur la prévention de la récidive si chacun remplit sa mission, ni plus ni moins. Cette mesure ne peut être valable que si elle est prononcée en fonction de la problématique spécifique individuelle de la personne condamnée : elle ne s'applique pas à tous.

**La systématisation de l'injonction de soin est nuisible aux soins qui pourraient contribuer à la prévention de la récidive.** Le dévoiement de la loi du 17 juin 1998 est totalement contraire à ce qui l'a fondée.

- Nous rappellerons par ailleurs **l'importance de l'intervention de la Loi dans l'intégration de l'interdit** : les délits dits mineurs (exhibition par exemple) se doivent d'être sanctionnés par des mesures réparables par le condamné (sursis avec réelle mise à l'épreuve plutôt que sursis simple) au risque sinon d'un sentiment d'impunité qui peut engendrer non seulement une répétition des actes mais aussi une aggravation dans la recherche, souvent inconsciente, de limites et interdits clairement signifiés. Une telle escalade dans la répétition est fréquemment observée notamment chez des mineurs auteurs de délits.

3- L'ARTAAS n'a pas d'avis sur les orientations de procédure qui ne relèvent pas de son champ de compétences.

#### 4- Les bonnes pratiques

- **Les professionnels du soin n'ont pas compétence à prévenir la récidive** et les experts psy n'ont pas compétence à repérer la dangerosité criminologique. Les acteurs de la santé et de la justice ont des missions complémentaires et différentes.
- Les soignants (psy) ont compétence pour traiter de la souffrance psychique qui est à l'origine de l'acte violent. Le travail de psychothérapie, parfois accompagnée d'une chimiothérapie, favorise la prise en considération de la personne par elle-même & par le soignant et sa valorisation en tant que personne humaine. Cette réflexion et verbalisation sur soi, souvent de longue haleine, n'a de sens que si elle est référée à un cadre de soin clair, précis et

distinct de la procédure pénale. **Toute confusion ou amalgame entre sanitaire et judiciaire est préjudiciable aux soins.**

- Les soignants ne doivent pas avoir mission d'une « défense sociale » qui relève de avant tout de l'accompagnement socio-éducatif du SPIP et du psychologue PEP.

La prévention de la récidive ne peut être l'objet premier du soignant et il ne peut en porter la responsabilité au risque de ne pouvoir soigner. Cette prise en charge de la personne, en tant qu'individu à part entière et pas uniquement justiciable, contribue à la prévention de la récidive.

## 5- Propositions de réformes juridiques ou organisationnelles

- Dans le cadre de l'injonction de soin, il est absolument **nécessaire que les médecins coordonnateurs soient formés à cette fonction** avant leur nomination. La pratique expertale ne peut constituer une expérience adéquate ou suffisante pour remplir ce rôle particulier d'interface.
- L'importance accordée désormais aux expertises, notamment post-sentencielles, nécessite une **formation idoine des experts.**
- Les soignants (psychologues, psychiatres traitants) doivent être informés et formés au cadre juridique dans lequel ils engagent ces soins aux condamnés (missions des CRIAVS) et soutenus dans leur travail. Le service public actuel ne peut répondre aux nombreuses demandes qui leur sont adressées notamment dans les CMP.
- **L'offre de soin ambulatoire doit être possible et de qualité/quantité équivalente tout au long du parcours judiciaire** c'est-à-dire depuis la détention provisoire en maison d'arrêt, durant l'exécution de la peine en centre de détention puis en milieu libre. C'est l'ensemble de ces suivis médico-psychologiques à différentes étapes du parcours du justiciable qui peut favoriser la réflexion sur soi et sur les actes commis et ainsi contribuer à la prévention de la récidive. Sa totalité doit être prise en considération au moment des décisions d'aménagement de peine. Il est peu adéquat que des moyens dispendieux soient uniquement attribués à 22 établissements pour peine « fléchés » et ciblés strictement sur la problématique des violences sexuelles, surtout lorsque ceux-ci étaient déjà dotés d'une équipe SMPR. Ces SRAVS ne pourront effectivement contribuer à la prévention de la récidive que si ces moyens alloués sont équitablement répartis d'une part entre le milieu fermé et le milieu ouvert et d'autre part entre les différents établissements successifs dans lesquels le prévenu puis condamné effectue sa détention. Nous nous interrogeons aussi sur le décalage substantiel entre les moyens donnés pour le traitement des AVS dont le taux de récidive semble situé entre 3 et 13% alors qu'aucun moyen supplémentaire n'est prévu pour nombreux crimes et délits (ILS, vols avec ou sans violence...) dont

le taux de récidive est supérieur à 50%. De plus, si en détention, notamment dans le cadre d'un travail de psychothérapie, la question de la récidive est pensée et réfléchi, elle n'aura de portée que dans la confrontation à la réalité sociale (et aux tentations) lors du retour à la liberté. L'offre de soin en milieu libre se doit donc d'être à minima à la hauteur des moyens alloués durant la détention.

- **Nécessité d'une offre de soin adaptée/aménagée dans chaque département du territoire** (DOM et TOM inclus) sous responsabilité sanitaire inter-hospitalière ou ARS, où interviendrait un personnel soignant pluridisciplinaire, volontaire, formé et soutenu pour des prises en charge thérapeutiques variées et individualisées (suivi individuel, groupal, familial, médical...) : Unité de soin médico-psychologique qui constituerait un service, à part entière en milieu libre et saurait travailler en articulation avec les équipes de soin intra carcéral et sans confusion avec les services judiciaires suivant l'exemple des centres de référence cliniques qui existent déjà dans certains départements. Précisons néanmoins que ces lieux ne viseraient pas à se substituer aux CMP de la psychiatrie générale. Bien que condamnés à des OS ou IS, les justiciables n'en restent pas moins des patients à part entière et la problématique de leur souffrance psychique à l'origine de leur comportement transgressif et violent relève des missions de santé publique. Ces Unités de soin médico-psychologiques devraient plutôt être complémentaires et offrir des modalités de prise en charge souvent complexes à mettre en place dans les CMP.

## Conclusion

La prévention de la récidive ne doit pas occulter la question de la **prévention d'un premier passage à l'acte**. Concernant, en particulier, les violences sexuelles commises sur des mineurs de 15 ans, il nous semblerait pertinent que soient développés des actions d'information et de préventions dans tous les lieux fréquentés par les enfants et leurs familles (Etablissements scolaires, collèges, lycée mais aussi centres socioculturels, associations sportives...) Afin de favoriser ces actions de prévention et le repérage précoce des enfants abusés, une sensibilisation à ces questions pourraient être intégrée dans la formation initiale et continue des enseignants, des éducateurs, des animateurs, des éducateurs sportifs, etc....

Jean BOITOUT  
Vice Président

Caroline BOULAY-LEGENDRÉ  
Vice Présidente

Odile VERSCHOOT  
Président

## **GLOSSAIRE**

ARTAAS : Association pour la Recherche et le Traitement des Auteurs d'Agressions Sexuelles

AVS : Auteurs de Violences Sexuelles

IS : Injonction de soins

OS : Obligation de soins

SSJ : Suivi socio judiciaire

CRIAVS : Centre Ressource pour Intervenant auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

SRAVS : Soins Renforcés aux Auteurs de Violences Sexuelles

CMP : Centre Médico Psychologique

SMPR : Service Médico Psychologique Régional

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

PEP : Parcours d'Exécution de Peine