



Conférence de consensus de prévention de la récidive

Contribution de :

Service de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire
Centre de ressources régional sur les auteurs de violences sexuelles
Centre hospitalier universitaire de Rennes

novembre 2012

Conférence de consensus sur la prévention de la récidive

Contribution du Service de médecine légale et de médecine en milieu pénitentiaire Centre de ressources régional sur les auteurs de violences sexuelles Centre hospitalier universitaire de Rennes

Préambule

Cette contribution est celle de médecins légistes experts de justice, praticiens, enseignants et chercheurs. Parmi ces médecins légistes, un psychiatre est médecin coordonnateur, membre d'une commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté et responsable du CRAVS de Rennes. Il s'agit d'une réflexion apaisée relativement aux relations avec le monde judiciaire puisque ses questions posées à la médecine créent la médecine légale. Magistrats et médecins légistes partagent depuis toujours une culture commune, celle de la procédure.

1. Etat des connaissances sur la récidive

Il convient de préciser qu'il existe un important corpus de connaissances scientifiques, théoriques et empiriques sur la récidive et ses facteurs de risque, d'origine essentiellement anglo-saxonne et scandinave. Cette richesse contraste avec les connaissances mobilisées en pratique professionnelle, tant expertale que soignante.

En qualité de psychiatre et médecin légiste, expert judiciaire, médecin coordonnateur, et responsable d'un CRAVS, nous sommes régulièrement sollicités par de nombreux professionnels : psychiatres ou psychologues cliniciens, experts judiciaires, éducateurs, travailleurs sociaux, magistrats... Si la question de la dangerosité n'est pas posée d'emblée, elle est suggérée par les questions suivantes :

- Quelles sont les problématiques d'un sujet ?
- Comment gérer ces problématiques si tant est qu'elles existent ?
- En quoi peuvent-elles être source d'un risque pour autrui ?

La psychiatrie, seule, ne suffit pas à répondre à ces questions. La réponse ne peut résulter que d'une évaluation globale et spécifique, s'appuyant sur une **pluridisciplinarité de compétences**. Le préalable à cette évaluation est le **recueil d'informations pertinentes** sur la base des connaissances de la littérature. Nous avons ainsi formalisé cette étape sous la forme d'un guide (voir annexe 1) utilisant les savoirs en matière d'agressologie, de victimologie et de facteurs de risque de récidive. Ce guide est mis à la disposition des professionnels qui nous sollicitent, dont les magistrats. Son exploitation permet de construire la trajectoire de vie du sujet, base d'un travail de réflexion – partageable – sur les ruptures, l'analyse du ou des passages à l'acte, les hypothèses de problématiques, l'élaboration des stratégies d'intervention et leurs objectifs... et sur l'évaluation d'un potentiel de dangerosité argumenté objectivement.

Pour y parvenir, une **formation professionnelle spécialisée** est indispensable ; ce que nous mettons en œuvre. La supervision des professionnels, à leur demande, nous paraît également être un complément nécessaire.

2. Facteurs de récidive

La connaissance que nous avons des facteurs de récidive repose et s'actualise des données de la littérature. Ces facteurs peuvent être distingués selon qu'ils sont individuels – intrinsèques à un individu – ou environnementaux.

Les facteurs individuels peuvent être des facteurs de risque ou de protection.

- **Les facteurs de risque** sont deux de types : historiques/statiques (exemple du sexe, d'antécédents judiciaires, des caractéristiques de la victime...) et dynamiques (stables comme les influences sociales, le fonctionnement psychique, la qualité de l'insertion sociale et aigus ou situationnels comme un effondrement des supports sociaux, une intoxication...).
- **Les facteurs de protection**, voire de désistance, sont par exemple l'équilibre d'un fonctionnement psychique, la qualité de l'insertion socioprofessionnelle, l'existence de supports sociaux, le sens attribué à la sanction pénale par le sujet...

Un mauvais état de santé mentale, quelque soit sa nature, est un facteur de risque à **condition** qu'il soit **évolutif, sévère, non stabilisé, non traité ou résistant à un traitement adéquat**. Dans ce cas, selon sa nature (trouble de la personnalité par exemple) et ses modalités évolutives, il pourra constituer un facteur de risque stable ou aigu. Toutefois, il faut retenir que la population des auteurs d'infractions pénales, qu'elles soient sexuelles ou non, graves ou non, est hétérogène. De ce fait, il n'apparaît pas pertinent d'apprécier le potentiel d'un individu à la seule aune du type ou de la gravité de l'infraction reprochée ou commise mais plutôt de rechercher et d'apprécier l'ensemble des facteurs de risque et de protection concernant un individu donné à un moment donné de sa vie.

3. La prévention de la récidive

Notre pratique professionnelle nous incite à penser que les difficultés actuelles en matière de prévention de la récidive sont liées pour partie au traitement judiciaire des infractions pénales.

Les voies procédurales rapides ne permettent pas une évaluation psychiatrique de qualité, notamment quant à la dangerosité. La qualité de l'**évaluation**, qui doit être **globale**, exige de tenir compte d'une pluralité de facteurs liés au sujet et à son environnement ; il faut donc multiplier les sources d'information. En d'autres termes, **la qualité de l'expertise dépend très intimement de la qualité du recueil des informations pendant le temps de la procédure**.

Une autre difficulté tient à la **temporalité de la sanction pénale** :

- **Le moment** du prononcé : la nécessaire individualisation de la peine ne doit pas ignorer son rôle pédagogique mais l'on peut s'interroger sur les prononcés tardifs plusieurs mois, voire années, après le passage à l'acte. Cette question est particulièrement prégnante dans la population mineure.
- **La durée** d'exécution : le sujet est soumis à l'expertise psychiatrique (responsabilité) en pré-sentenciel. S'en suit une longue parenthèse pendant la période de détention. Une seconde expertise (dangerosité) est ordonnée avant la sortie. La période qui les sépare devrait pouvoir être mise à profit pour une évaluation continue appuyant la prise en charge spécialisée dispensée en détention.

La finalité de l'**injonction de soins** incite également à la réflexion. La population relevant de ce dispositif est hétérogène. Le type d'infraction, la problématique (présente ou absente, pathologique ou non, en lien ou non avec le passage à l'acte), la prise en charge sanitaire (indiquée ou non) et même le niveau de risque de récidive varient d'un individu à un autre.

La mission actuelle du **médecin coordonnateur** le confine à un rôle de contrôle de l'exécution de la mesure. Notre sentiment est que son intervention ne se justifie que par l'existence d'une

problématique en lien avec une possible dangerosité, or l'injonction de soins est une mesure généraliste, dont la seule variable d'ajustement est la durée ; elle devrait être **adaptée, ciblée**.

Nous proposons d'**individualiser les modalités et la finalité** de l'injonction de soins par une évaluation pluridisciplinaire du sujet dans sa globalité et sa spécificité.

Dans l'organisation judiciaire actuelle, la **commission pluridisciplinaire des mesures de sûreté** semble satisfaire à cette exigence. Pour autant, l'évaluation de la dangerosité par cette commission ne met pas toujours en œuvre **tous** les moyens de son diagnostic : observation clinique, outils cliniques structurés ou non, voire outils actuariels¹. Pour exemple, le CRAVS de Rennes utilise l'évaluation clinique – psychiatrique et psychologique –, le jugement clinique structuré (HCR-20, PCL-R...) et les échelles actuarielles pour le risque (Static 99R, VRAG...), mais aussi d'autres échelles plus spécifiques (tests projectifs, tests de personnalité, tests d'intelligence...) si la situation du sujet le requiert. **Les résultats ne sont pas rendus sous la forme de scores mais de manière qualitative et argumentée.**

Cette pratique évaluative est de mise en œuvre d'autant plus naturelle qu'elle emprunte à la médecine légale son raisonnement dissocié du soin et rompu à l'expertise qui demeure un avis technique destiné à éclairer le juge dans une matière qui lui est par essence étrangère.

4. Les pratiques professionnelles mises en place

L'évaluation et la prévention de la récidive s'apprécient de manière globale. Actuellement, et bien qu'ils soient les spécialistes du fonctionnement psychique, les **professionnels de la santé mentale** ne peuvent être les **seuls** experts de l'évaluation du risque de récidive, ni ceux de sa prévention ou de son « traitement »

Le comportement humain étant par essence multi-déterminé, multifactoriel, l'évaluation et la prévention du risque de récidive ne peuvent résulter que d'une participation pluridisciplinaire **tant au niveau de l'expertise qu'en matière de soins pénalement ordonnés.**

A Rennes, les psychiatres et psychologues du CRAVS répondent aux demandes de professionnels – santé, justice, social... – relatives aux personnes qu'ils prennent en charge, en matière d'évaluation, d'aide à l'élaboration des stratégies d'intervention, de supervision et de formation. Ils travaillent à l'établissement d'un **réseau de professionnels** de santé mentale dédié aux personnes soumises à des soins pénalement ordonnés.

Dans une optique d'amélioration de l'efficacité de ce réseau, sont envisagés des contacts à établir avec des sexologues, endocrinologues, somaticiens, travailleurs sociaux, et conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. Devraient également s'y associer des acteurs du **monde associatif**.

Les CRAVS, lieux naturels de la pluridisciplinarité, nous semblent avoir vocation à constituer des « **postes avancés** » du Centre national d'évaluation. Les CRAVS existent. Leur répartition sur le territoire national permet déjà un authentique maillage. Les professionnels qu'ils accueillent sont en lien avec leurs collègues institutionnels : établissements et professionnels de santé, Administration pénitentiaire (SPIP, PJJ), établissements sociaux et médico-sociaux... Ils peuvent répondre aux besoins d'évaluation que sollicitent les professionnels, tant en milieu fermé que libre, tant en période pré-sentencielle que post-sentencielle.

¹ Bonta, J. Offender risk assessment: Guidelines for selection and use. Criminal Justice and Behavior 2002; 29: 355-379.
Fazel S, Singh JP, Doll H. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. BMJ 2012; 345: e4692.

5. Propositions de réformes juridiques ou organisationnelles

L'injonction de soins

Il nous semble nécessaire de clarifier le **statut juridique du médecin coordonnateur**, notamment à l'égard du **partage d'informations** à caractère secret avec le praticien traitant. Il nous semble tout aussi nécessaire, relativement aux pratiques de terrain, de définir les **limites** de la transmission de ces informations au JAP.

La formation des professionnels

La formation des psychiatres et des psychologues experts judiciaires, des médecins coordonnateurs et des praticiens traitants, est indispensable. Cette formation devrait, entre autres, porter sur les différents outils cliniques ou actuariels existants.

Les CRAVS

Les Centres de ressources régionaux sur les auteurs de violences sexuelles pourraient être le « **guichet unique** » auquel s'adresseraient tous les professionnels et institutions sollicitant une évaluation pluridisciplinaire en matière de prévention de la récidive.

Rennes, le 16 novembre 2012

Professeur M. LE GUEUT

Docteur R. BOUVET

Docteur M. ABONDO

PU-PH

PHU

PH