

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/271529700>

# Principes de prévention de la récidive et principe de réalité en France : Les Programmes de Prévention de la Récidive à la lumière....

Article · January 2014

CITATION

1

READS

946

2 authors:



[Olivier Vanderstukken](#)

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

32 PUBLICATIONS 85 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Massil Benbouriche](#)

Wayne State University

39 PUBLICATIONS 64 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Recherche et d'Intervention sur les Violences Extrémistes // Examining extremist violence profiles and intervention strategies [View project](#)



juvenile violent and sexual offenders [View project](#)

peines sera d'être en possession de la liste des personnes éligibles à cette mesure de libération sous contrainte au moins un mois avant chaque commission, et ce afin de préparer en amont les dossiers. Cette organisation sera sans aucun doute très lourde à mettre en place.

La mesure de libération sous contrainte telle qu'elle est envisagée par le législateur va probablement générer de nombreux incidents car il est prévu que la mesure soit prononcée uniquement sur dossier sans débat contradictoire (donc sans entendre la personne à ce sujet). Pourtant, les personnes concernées seront celles qui ne se seront pas mobilisées dans le cadre d'un projet de sortie en vue d'un aménagement de peine, il y a donc de fortes probabilités pour que ce soit des personnes qui nécessitent le plus d'encadrement. Si les personnes concernées ne respectent pas leurs obligations, la suspension de leur LSC sera, en revanche, débattue en débat contradictoire, le cas échéant, dans un délai maximum de quinze jours en cas de suspension de la LSC. Ceci va générer un important surcroît de travail au sein du service de l'application des peines, mais également pour tous les acteurs intervenants dans ce cadre.

Enfin, cette mesure dont l'étude des situations revêt un caractère d'automatisme risque de décourager les condamnés qui s'investissent et font des efforts pour préparer un projet de sortie construit dans le cadre de la procédure d'aménagement de peine. Comme nous avons un important quartier de semi-liberté à la maison d'ar-

rêt de Reims (plus de 40 places), nous allons très certainement favoriser les mesures de LSC sous la forme d'une semi-liberté, ce qui permettra de maintenir un cadre strict de contrôle des personnes qui y sont soumises.

**AJP :** *La loi insère dans le code de procédure pénale des dispositions permettant le recours à une mesure de justice restaurative, pensez-vous que la mesure pourra être proposée à Reims ?*

**B. R. :** C'est une mesure intéressante qui a déjà été expérimentée à Poissy. Je vois pourtant une difficulté pour l'instant pour que la mesure soit proposée à Reims. La mise en œuvre d'un processus de justice restaurative nécessite une solide formation des intervenants qui pilotent ce type de mesure, or, à ma connaissance, nous n'avons pas à Reims de personne susceptible de présenter une formation adéquate.

En outre, il faut bien sélectionner les justiciables qui vont participer à ce type de mesure, cela nécessite du temps ; puis la mesure en elle-même se fait en plusieurs étapes ce qui m'amène à penser que les personnes condamnées à de longues peines sont plus concernées par une telle démarche.

## PRINCIPES DE PRÉVENTION DE LA RÉCIDIVE ET PRINCIPLE 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<sup>(1)</sup> [2,3]. En France, les programmes de prévention de la récidive (ci-après, PPR), 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) 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.

## ■ Les programmes de prévention de la récidive : présentation

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 (loi n° 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. 4). 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* [14]. 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, PPSMJ) 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.

(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.

**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 réitération par un apprentissage de la gestion de situations à risque.**

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/E8-26.09.2014, associée à la loi n° 2014-896 du 15 août 2014<sup>(2)</sup>, 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'évolu-

tion 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]<sup>3</sup>. 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].

### ■ 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 psy-

chologues) que des CPIP, à voir évoluer leurs pratiques apparaît alors indissociable d'une certaine méfiance à l'égard de ces outils<sup>4</sup>. 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 » [C. p. pé., 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 expertise<sup>5</sup>. 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

(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.

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 pluridisciplinaire de la dangerosité. Cette loi a été renforcée en mars 2010<sup>6</sup> et août 2011<sup>7</sup>. 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 psychologues 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 systématiquement, 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 quel(s) outil(s) validé(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/CMII*), 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 mati-re d'ad-

(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.

dictions [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.

**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.**

### ■ 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<sup>8</sup>.

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 (r)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 désistance<sup>9</sup> 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 [23]. 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 [31]. 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 lapPPSMJ. Un partenariat articulé où les identités et missions sont clairement définies [32], et ce dans l'inté-

(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.

rêt 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 : 1) une évolution plus criminologique, respectueuse des grands principes du R-B-R,

(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.

dotée de moyens<sup>10</sup>, menée par des professionnels engagés et motivés à les voir aboutir ; 2) 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 ; 3) 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.

## 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, 4<sup>e</sup> édition. Cincinnati : Anderson publishing.
3. D.A. Andrews, J. Bonta, & S.J. Wormith (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) 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, & A.R. 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 (4-5), 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 main 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<sup>e</sup> 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. Debardieux & 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, & D. 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 main 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. Lopez, R. Cario (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. (2001). 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. Lopez, R. Cario. *Psycho-criminologie : clinique, prise en charge, expertise* (p. 123-132). Paris : Dunod.
33. O. Vanderstukken, & M. Lacambre (2011). Dangerosité, prédictivité, et échelles actuelles : 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.