

**JUSTICE****Manuel de la probation : la CGT défend les principes de l'intervention sociale**

La CGT a, le 26 juin, claqué la porte de la dernière réunion de discussion entre l'administration pénitentiaire et les organisations syndicales sur le projet de manuel de mise en œuvre de la contrainte pénale. En gestation depuis plusieurs mois, ce guide vise, en plus de 60 pages, à préciser les procédures et pratiques professionnelles applicables par les personnels des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) pour mettre en œuvre les dispositions prévues par les textes de référence, dont la note de cadrage du 26 septembre dernier. La CGT regrette que le projet, dont la version définitive devrait être présentée en comité technique paritaire des SPIP le 16 septembre, ne reprenne pas ses principales propositions de modifications. « *L'administration pénitentiaire se focalise sur le modèle anglo-saxon "Risque Besoins Réceptivité" [RBR] qui ne doit pas être l'unique référence, explique Delphine Colin, l'une des secrétaires nationales du collectif CGT insertion probation. Par ailleurs, nous estimons que l'objectif de notre intervention est en premier lieu la réinsertion, dont la prévention de la récidive est un bénéfice. Mais l'administration pénitentiaire campe sur ses positions et le fossé idéologique se creuse.* » Entre une approche centrée sur le travail social et une autre fondée sur la criminologie, les divergences ne sont, en effet, pas nouvelles.

L'avant-propos du projet de manuel, réaffirmant que la finalité de l'action des

SPIP « *consiste à accompagner les personnes qui lui sont confiées vers une sortie de la délinquance, notamment en favorisant leur intégration au sein de la société* », semble pourtant inviter au compromis : « *Considérons à présent que les approches tendant à souligner le travail sur l'insertion sociale et celles mettant en exergue la nécessité d'interroger la motivation et le comportement sont complémentaires.* » Il précise que les règles européennes relatives à la probation reposent « *sur un modèle fondé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité, augmenté de la prise en compte des facteurs de protection de la personne et/ou de son environnement* ». L'administration pénitentiaire, rappelant qu'une recherche-action est en cours sur l'évaluation des personnes placées sous main de justice, évoque le « *corpus de données très vaste* » issu des travaux européens et internationaux – dont ceux sur la désistance ou les « *core correctional practices* » – et considère que « *les agents doivent pouvoir bénéficier durant les trois années à venir de sessions dédiées à ces connaissances et techniques nouvelles* ».

**Dérive « scientifique » ?**

Le manuel décline toutes les étapes de la mise en œuvre de la contrainte pénale : constitution du dossier individuel, évaluation initiale, commission pluridisciplinaire, mise en œuvre du projet d'accompagnement et d'exécution de la mesure, évaluation continue de la situation. En matière de méthodologie, il liste les « *champs à investiguer* » : facteurs de risques, principaux besoins en lien avec la délinquance, « *facteurs de désistance et de protection* », « *indices de réceptivité* », analyse par la personne de ses besoins... Pour l'application du projet d'accompagnement sont évoqués des axes de travail

portant sur « *la motivation au changement* » ou l'action sur les « *besoins criminogènes* ». Des logiques bien trop éloignées du travail social aux yeux de la CGT, qui craint la perte de l'identité professionnelle des SPIP au profit d'une dérive « *scientiste* » et, dans une contribution, avait proposé de se référer aux pratiques de l'intervention sociale. « *Si les préoccupations se rejoignent, les finalités ne sont pas les mêmes. Ce n'est pas la même chose de replier une profession sur une logique de gestion du risque – celle du RBR – que de l'ouvrir sur une logique plus vaste de réinsertion sociale – qui intègre cette gestion du risque* », souligne son document. « *On pourrait enrichir le métier de techniques diverses et faire du modèle anglo-saxon un outil parmi d'autres, souligne Morgan Labey, également secrétaire national du collectif CGT insertion probation. Mais après plus de trois mois de négociations, l'administration n'a repris que des choses marginales parmi nos propositions. Et le problème, c'est qu'elle est déjà mobilisée sur son projet et qu'il sera difficile de revenir en arrière !* »

Dans un courrier du 20 mars aux directeurs interrégionaux, auquel est joint le projet de manuel, la directrice de l'administration pénitentiaire présente en effet la démarche et ses principes, dont « *l'association de la personne à tous les stades* », ou « *l'opportunité pour le SPIP d'engager une action sur les besoins externes de la personne (insertion sociale, intégration)* » et « *un travail individuel et/ou collectif sur son comportement et ses représentations, facteurs de répétition de l'acte délictuel ou criminel* ». La lettre indiquait alors que la version amendée du projet, notamment à la suite des rencontres avec les organisations syndicales, serait « *mise à disposition de tous les personnels au cours du dernier trimestre* ».

Le Syndicat national de l'ensemble des personnels de l'administration pénitentiaire (Snepap)-FSU signale, pour sa part, certaines modifications allant dans le sens de ses propositions sur le déroulement de la mesure, tout en soulignant les difficultés à discerner, dans le manuel, ce qui relève de la pratique et de la théorie. Estimant que, au sein des SPIP « *les questions du rapport à la règle, du passage à l'acte et des habilités sociales sont traitées en lien avec une infraction, et en sus de problématiques d'insertion* », il considère que les travaux menés vont permettre de « *conforter, consolider, enrichir* » les pratiques des services. Sans toutefois les révolutionner,

**En bref**

**Accessibilité.** Plusieurs dizaines de membres du Collectif pour une France accessible pour tous se sont rassemblés le 6 juillet près de l'Assemblée nationale, à quelques heures du vote par les députés du projet de loi de ratification de l'ordonnance relative à l'accessibilité. L'objectif était de remettre aux élus des sacs postaux contenant les noms des 232 000 signataires d'une pétition s'opposant au texte. Si la manifestation s'est déroulée dans un climat tendu avec les forces de l'ordre, les associations ont pu remettre la pétition à l'accueil du Palais Bourbon. Le soir même, les députés adoptaient le texte, entraînant la colère du collectif qui avait déjà condamné le vote des sénateurs (voir ASH n° 2915 du 19-06-15, page 19). « *Une adoption sous forme de trahison puisque la majorité socialiste a suivi les orientations de l'ordonnance sans proposer de modifications majeures, contrairement à ses engagements auprès du Collectif en février dernier* », souligne l'Association des paralysés de France, qui estime que ce texte « *rétrograde* », qui conduit à la « *dégradation de l'accessibilité* », est « *contraire à la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées signée et ratifiée par la France* ». •

puisque « *mettre en œuvre une relation positive avec les publics suivis, repérer les facteurs de risque et de protection, collecter et analyser les informations recueillies* » font déjà partie des habitudes professionnelles des conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation. ■■■ M. LB.

## PERSONNES HANDICAPÉES

### Projet de loi « vieillissement » : le Comité d'entente réaffirme son attachement aux MDPH

Quel avenir pour les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ? Dans un courrier adressé à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, le Comité d'entente des associations représentatives des personnes handicapées et des parents d'enfants handicapés s'inquiète des initiatives visant à intégrer les MDPH dans les services des conseils départementaux. Le Comité d'entente estime que les MDPH, qui existent depuis dix ans, « *ont encore besoin de maturité, de moyens suffisants pour fonctionner et pour faire face aux demandes de plus en plus nombreuses* ». Il refuse que leur fonctionnement soit remis en cause « *sous couvert d'« évolutions »* » et réaffirme son attachement à des MDPH « *renforcées et indépendantes* » dont le statut de groupement d'intérêt public doit être maintenu « *afin de garantir pleinement la place de l'Etat, des associations et des organismes de protection sociale dans leur gouvernance* ». Surtout, la commission exécutive (dite « comex »), qui rassemble l'ensemble des acteurs institutionnels constituant les MDPH, « *doit jouer pleinement son rôle de pilote avec des acteurs présents et actifs* ».

Ses craintes sont d'autant plus grandes que le projet de loi « vieillissement » – qui doit encore être débattu en seconde lecture à la rentrée – prévoit le développement des maisons départementales de l'autonomie (MDA) – dispositifs uniques pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Or ces structures, déjà en place dans quelques départements, ne sauraient être généralisées, selon le comité

d'entente, « *sans une réflexion globale de la politique de l'autonomie et sans une suppression des barrières d'âge qui persistent pour l'octroi de droits et de prestations* ». Les associations qui le composent proposent d'amender le projet de loi afin que les départements qui souhaitent mettre en place un rapprochement entre les secteurs du handicap et celui des personnes âgées puissent le faire dans le cadre de maisons départementales des droits et de l'autonomie (MDDA) qui regrouperaient des dispositifs distincts et spécifiques d'accès aux droits (les MDPH pour les personnes handicapées et leur famille et le dispositif d'accès à l'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes qui y sont éligibles) (1). ■■■

(1) Voir ASH n° 2901 du 13-03-15, p. 15.

## SOCIÉTÉ

### Le domicile, parent pauvre des politiques de soins palliatifs, pointe l'INED

À l'heure actuelle, seul un quart des Français (26 %) meurent chez eux. Pourtant, « *lorsqu'on interroge les individus sur le lieu où ils souhaiteraient décéder, ils placent généralement le domicile en premier choix* », pointe l'Institut national des études démographiques (INED) dans une enquête sur la fin de vie en France publiée le 1<sup>er</sup> juillet (1). Le document décrit les trajectoires résidentielles durant le dernier mois de l'existence des personnes de plus de 18 ans, ce qui « *met en évidence les difficultés du maintien à domicile et permet de mieux comprendre les ressorts de l'hospitalisation à ce stade de la vie* ».

L'étude – qui vient compléter une précédente publication de l'INED sur le sujet – n'a pas pris en compte les décès soudains (un sur cinq, dont la moitié à domicile), mais ceux qui sont intervenus « *à la suite d'un parcours résidentiel et médical* » pouvant être retracé. Si « *quatre semaines avant le décès, vivre à domicile est de loin la situation la plus fréquente* » (52 % des hommes et 39 % des femmes, soit 45 % des personnes), en un mois, « *la proportion de personnes hospitalisées va plus que doubler* » puisque près de sept

hommes sur dix et de six femmes sur dix décèdent à l'hôpital. Par ailleurs, « *les lieux de vie 28 jours avant le décès diffèrent selon l'âge des individus* » : si les moins de 70 ans résident plus souvent à leur domicile (60 %), ceux de plus de 90 ans sont majoritairement hébergés en maisons de retraite. « *En revanche, la probabilité de mourir chez soi varie peu avec l'âge.* »

« *Entre le lieu où l'on meurt et celui où l'on séjournait quelques semaines au préalable, il existe une large variété de parcours possibles* », poursuit l'étude. Le plus fréquent (30 %) est de quitter son domicile pour entrer à l'hôpital et y décéder, alors que passer son dernier mois d'existence chez soi l'est deux fois moins (14 %). « *L'éventualité d'un départ de l'hôpital pour regagner son domicile est beaucoup plus rare (2 %), tout comme les trajets plus complexes avec des va-et-vient entre ces deux lieux (3 %).* »

Autre constat : « *A ce stade de l'existence, le lieu où l'on réside est en partie lié à la pathologie dont on souffre.* » Les personnes décédées de troubles mentaux ou de maladies infectieuses sont par exemple beaucoup moins fréquemment prises en charge à domicile que les autres. Par ailleurs, pour une même maladie, « *les objectifs des traitements au cours de la dernière semaine de vie et les soins mis en œuvre pour les atteindre sont différents selon le lieu de la prise en charge* ». Les personnes transférées à l'hôpital ont ainsi plus souvent des traitements à visée curative (62 %), alors qu'à domicile les soins visent principalement (61 %) à « *assurer le confort* » du patient. En outre, la complexité de certains soins rend souvent le maintien à domicile impossible, ce qui motive le transfert à l'hôpital.

« *Notre société a tendance à médicaliser la fin de la vie, ce qui rend souvent l'hospitalisation incontournable* », écrivent en conclusion les auteurs, pour qui « *penser la fin de la vie à travers un prisme plus social serait peut-être de nature à modifier ces résultats* ». Et de rappeler que le domicile reste « *le parent pauvre des politiques de développement des soins palliatifs en France malgré des politiques de santé visant à encourager le maintien chez soi* ». Une réalité qui « *plaide en faveur du renforcement des aides au maintien à domicile, d'une meilleure formation des acteurs de santé, et du développement d'alternatives à l'hospitalisation via de nouveaux lieux de fin de vie* ». ■■■ Emmanuelle Chaudieu

(1) A télécharger sur [www.ined.fr](http://www.ined.fr).