

d é p e n d a n c e s

Décembre 06 • no 30

1 Editorial

Corine Kibora

2 Traitement sous contrainte ou sans contrainte?

Olivier Guillod

4 Itinéraire d'une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance

Cédric Fazan

8 Des bénéfices de la contrainte pour le rétablissement

Philippe Jaquet

10 Conduite automobile sous influence de l'alcool: entre répression et éducation

Pascal Gache

16 Entretien autour de la privation de liberté et de la révision du code pénal

Interview de Pierre Aubert par Corine Kibora

20 PS: Police-travail social-migration-toxico-dépendances: de l'huile dans les rouages

Aline Keller

Regards croisés sur l'aide contrainte

Revue éditée par

Editorial

Adresse des éditeurs

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies, ISPA, Ruchonnet 14, case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies, GREAT, Pêcheurs 8, case postale 638, 1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction

Rédacteurs:

Corine Kibora-Follonier, ISPA
Jean-Félix Savary, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Cédric Fazan,
directeur A.C.T., Vevey
Michel Graf
directeur de l'ISPA, Lausanne
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Gérald Progin,
responsable Espace Prévention,
Aigle
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne,
tél. 021 321 29 85,
fax 021 321 29 40

Parution

3 fois par an

Abonnement

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la rédaction

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique

Fabio Favini
Romanel-sur-Morges

ISSN 1422-3368

La privation de liberté, de manière générale, met en lumière le poids respectif accordé par une société à la liberté individuelle d'une part et la sécurité collective d'autre part. Elle éclaire les pratiques considérées comme menaçantes pour l'individu et pour l'ordre public. La dépendance en fait partie puisqu'elle apparaît à diverses reprises dans notre droit: privation de liberté à des fins d'assistance dans le code civil, loi sur la circulation routière, privation de liberté dans le code pénal, etc.

Comment s'articule dès lors cette approche découlant d'une norme à respecter au nom de la sécurité publique et du devoir d'assistance, avec la conception de la dépendance comme une maladie complexe qui requiert une approche multidimensionnelle centrée sur la personne? La tension existe d'entrée de jeu et ne peut être résolue: elle est à l'image de l'ambivalence des personnes dépendantes, prises au piège de produits, demandant de l'aide tout en la refusant, souvent par peur de perdre le précaire équilibre atteint avec les substances. Pour en débattre, nous avons donné la parole à des professionnels d'horizons différents, du domaine médical, social, et juridique afin d'avoir une pluralité d'angles de vue sur cette thématique extrêmement délicate.

Ainsi, le processus de privation de liberté à des fins d'assistance tel

qu'il est décrit dans ce numéro illustre le malaise ressenti par les travailleurs sociaux, qui basent leur action sur la libre adhésion de la personne: à quel moment l'accompagnement bascule-t-il dans le devoir d'assistance? Et quelle est l'intersection possible entre l'assistance et les soins? La loi prévoit des «établissements appropriés», qui dans la pratique sont par défaut les hôpitaux psychiatriques, sommés de garder ces personnes, tout en ne pouvant les soigner sans leur consentement. Position difficile, mais le projet de révision en cours, qui prévoit des traitements imposés pour les personnes incapables de discernement, ne soulève pas moins de problèmes éthiques à l'égard du droit du patient, et pose la question de la balance entre pouvoir judiciaire et pouvoir médical. La nouvelle mouture du code pénal impose par exemple des expertises psychiatriques, qui ne sont pas forcément bien perçues de la part de la justice. Par ailleurs, la contrainte peut aussi jouer comme levier dans la perspective d'un processus de changement, et faire partie d'un projet thérapeutique. Les réponses à toutes ces questions passent sans doute par une collaboration étroite entre pouvoir judiciaire et pouvoir médico-social, à condition de ne pas faire l'impasse sur le but visé: l'autonomie de l'individu, acteur de sa vie.

Corine Kibora, ISPA

Traitements sous contrainte ou sans contrainte?

Olivier Guillod,
Professeur de
droit civil et de
droit de la santé,
Directeur de
l'Institut de
droit de la santé,
Université
de Neuchâtel

Soutenu par des réflexions éthiques et des considérations humanistes, cet article offre un tableau des dispositions législatives relatives à la contrainte et de leur évolution en cours. (réd.)

La place de la contrainte dans les soins médicaux a toujours fait l'objet de réflexions et de débats contrastés¹. D'un côté, la volonté de soigner la personne de son mal, au besoin en usant de procédés reposant si possible sur la force de persuasion, voire sur la force tout court. De l'autre, le respect de la volonté de la personne, qui reste libre de se soigner ou pas tant qu'elle ne met pas sérieusement en péril l'intérêt de tiers. Vaut-il mieux faire le bien de la personne contre sa volonté ou respecter la volonté de la personne même si elle se fait du mal? Bienfaisance ou autonomie?

Le dilemme demeure cornélien mais il faut s'en féliciter: la tension qu'il induit forcément chez les soignants ou les autres professionnels confrontés à de telles situations est le garant d'une prise de décision réfléchie, prenant en compte les intérêts contradictoires en jeu dans chaque situation particulière. Le jour où cette tension disparaîtra, il faudra commencer à s'inquiéter sérieusement: les prises de décision seront devenues mécaniques et auront perdu leur dimension véritablement humaine qui doit intégrer l'ensemble des paramètres individuels. Chaque profession construit des réponses avec les outils et les valeurs ac-

quis dans le cadre de sa formation. Les soignants ont une tendance très nette à considérer chaque personne comme un cas unique. Les juristes ont au contraire une approche plus normative des problèmes, faisant la part belle au cas typique, censé représenter un grand nombre de situations suffisamment analogues. Dans les discussions entre professionnels de la santé et juristes, une tension liée aux différences d'approche s'ajoute ainsi à la tension fondamentale liée au conflit de valeurs (bienfaisance v. autonomie). Il vaut donc mieux accepter tout de suite l'idée que le consensus ne s'obtiendra jamais.

En termes juridiques

Du point de vue juridique, un traitement ne peut être administré sous contrainte que si une disposition légale le prévoit (exigence d'une base légale, art. 36 de la Constitution fédérale [Cst]) car, quel que soit son but, il constitue une atteinte à un droit fondamental du patient (liberté personnelle, art. 10 Cst)². Compte tenu tout particulièrement d'une profonde réforme en cours du droit de la tutelle (qui sera rebaptisé droit de la protection de l'adulte³) et de l'entrée en vigueur de la révision du code pénal⁴, il semble opportun d'examiner brièvement les modifications qu'il est pré-

vu d'apporter à la situation juridique actuelle puis de s'interroger sur le rôle que la loi devrait jouer dans ce domaine délicat.

Actuellement, le droit fédéral ne donne pas de réponse univoque à l'usage de la contrainte dans le traitement médical en général ou dans le traitement des dépendances en particulier. Les réponses données en droit pénal ou en droit civil ne sont pas identiques. A l'intérieur du droit civil, les réponses varient en outre selon les cantons.

Si une personne a commis des infractions punissables pénalement et que la sécurité du public requiert son internement dans un établissement prodiguant des soins, le juge pénal peut ordonner un tel internement à l'égard d'un délinquant alcoolique (art. 44 du Code pénal [CP]) ou d'un délinquant dont l'état mental est anormal (art. 43 CP). Si l'auteur des infractions n'est pas dangereux pour autrui, le juge pourra ordonner un traitement ambulatoire. Dans ce cadre, l'usage de la contrainte pour administrer les soins ordonnés par le juge est admis⁵.

Les nouvelles dispositions du code pénal (art. 56: principes; art. 59: traitement institutionnel d'un délinquant souffrant de grave trouble mental; art. 60: traitement institutionnel d'un délinquant toxico-dépendant ou souffrant d'une autre addiction; art.

63: traitement ambulatoire d'un délinquant souffrant de grave trouble mental, de toxico-dépendance ou d'une autre addiction), qui sont entrées en vigueur le 1er janvier 2007, reprennent les principes des art. 43 et 44 CP actuel⁶ tout en modifiant certaines modalités d'application.

L'article 397a du code civil [CC] en vigueur actuellement prévoit ceci:

«[u]ne personne majeure ou interdite peut être placée ou retenue dans un établissement approprié lorsque, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon, l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière».

Comme cette disposition légale ne vise pas la protection du public contre des personnes ayant montré leur dangerosité à travers la commission d'infractions pénales, mais vise au contraire à apporter à la personne l'aide dont elle a besoin, notamment sous forme de soins médicaux, le Tribunal fédéral a jugé que l'art. 397a CC ne permettait juridiquement que de priver (au besoin par la force) une personne de sa liberté de mouvement, mais qu'elle n'autorisait pas l'administration forcée de soins⁷. Cette dernière, pour être licite, devait s'appuyer sur une disposition légale à rechercher dans la législation sanitaire cantonale.

En résumé, le droit fédéral actuel permet en matière civile de placer de force une personne ayant besoin de soins dans un établissement approprié mais ne permet pas, dans le prolongement, de la traiter contre sa volonté. Si la personne refuse les soins que l'établissement veut lui prodiguer et que le droit cantonal ne contient aucune disposition permettant d'administrer les soins contre sa volonté, il ne reste plus qu'à laisser sortir la personne!

Dans le futur

La réforme du droit de la tutelle cherche à apporter davantage de cohérence dans les réponses juridiques

données au problème du placement civil des personnes souffrant de troubles mentaux ou de dépendances⁸. Quand une personne est placée contre son gré dans un établissement, le médecin pourra prescrire les soins prévus dans un plan de traitement sans devoir recueillir le consentement de la personne si l'abstention thérapeutique met en danger la santé de la personne, s'il n'existe pas d'autres mesures moins rigoureuses et si la personne est incapable de discernement (projet d'art. 434 CC).

Le projet de réforme traite donc différemment les personnes capables de discernement, qui pourront s'opposer au traitement, et les personnes incapables de discernement, à qui le traitement pourra être imposé. Il différencie aussi les personnes placées dans un établissement et celles qui sont entrées de leur plein gré dans le même établissement: il ne sera jamais possible de traiter les seconds sans leur consentement. Enfin, le projet distingue encore les soins stationnaires des soins ambulatoires, les seconds ne pouvant pas être imposés à une personne qui les aurait refusés, à moins qu'une loi cantonale ne le permette. Il n'est pas certain que toutes ces distinctions soient appropriées si l'on se place dans la perspective de la protection de la santé de la personne. Elles expriment une certaine primauté accordée aux concepts juridiques par rapport aux idées communément défendues par les professionnels de la santé.

Ce bref aperçu devrait suffire à faire percevoir que le droit suisse futur ne résoudra pas toutes les facettes de la problématique du traitement sous contrainte. Mais le dilemme bienfaisance versus autonomie n'est pas entièrement soluble dans le droit: contrairement à ce que pensent bien des gens, je suis pour ma part convaincu que la loi ne peut pas résoudre seule toutes les difficultés liées à la problématique du traitement sous ou sans contrainte⁹. Le droit peut indiquer des orientations, souligner la place de certaines valeurs, mettre en place des garde-fous contre les dérives. Mais il devra toujours être ap-

pliqué à des êtres humains par des êtres humains responsables. Il ne doit donc pas priver les soignants directement impliqués dans les situations concrètes de la possibilité d'exercer leur meilleur jugement personnel et professionnel.

Notes

1) Parmi une littérature abondante, on signalera simplement l'ouvrage collectif paru sous la direction de J. Gasser et B. Yersin, *Prescrire la contrainte?*, Genève 2000

2) Voir notamment les arrêts du Tribunal fédéral paru dans le Recueil officiel des arrêts du Tribunal fédéral [ATF] 130 I 16 et ATF 127 I 6.

3) Message du Conseil fédéral concernant la révision du code civil suisse (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), du 28 juin 2006, Feuille fédérale 2006, p. 6635, accessible en ligne sur :

<http://www.admin.ch/ch/f/fff/2006/6635.pdf> et (projet de loi)

<http://www.admin.ch/ch/f/fff/2006/6767.pdf>.

4) Message du Conseil fédéral du 21 septembre 1998, Feuille fédérale [FF] 1999 p. 1787. La révision du code pénal adoptée par le Parlement le 13 décembre 2002 est publiée dans le Recueil officiel du droit fédéral [RO] 2006 p. 3459,

<http://www.admin.ch/ch/f/as/2006/3459.pdf>. Elle est entrée en vigueur le 1er janvier 2007.

5) ATF 127 IV 154 (art. 43 CP). Voir aussi ATF 124 IV 246.

6) Message (note 4), p. 1881ss.

7) ATF 126 I 112; ATF 125 III 169.

8) Le projet de loi révisé au passage la terminologie employée: on ne parlera plus de «privation de liberté» mais simplement de «placement»; pour remplacer les termes de «maladie mentale», «faiblesse d'esprit», «alcoolisme» et «toxicomanie» utilisés à l'art. 397a CC, l'art. 426 proposé retient les expressions «trouble psychique» et «déficience mentale». Selon le Conseil fédéral, la notion de «trouble psychique» inclut toutes les dépendances (toxicomanie, alcoolisme, pharmacodépendance): Message (note 3), p. 6695.

9) En complément, voir aussi les considérations faites dans *Prescrire la contrainte* (note 1), p. 185ss, 190s.

Adresse mail de l'auteur:
Olivier.Guillod@unine.ch

Cédric Fazan,
Directeur
d'Action
Communautaire
et Toxicomanie,
Vevey

A partir d'un cas concret, cet article retrace les difficultés auxquelles sont confrontés les différents acteurs intervenant dans la procédure civile de privation de liberté toujours délicat qui pose autant de questions qu'il n'offre de réponses. L'application du dispositif législatif révèle en effet des tensions à toutes les échelles de sa mise en pratique.(réd.)

Itinéraire d'une mesure de privation de liberté à des fins d'assistance

Depuis plusieurs semaines, Louis est agité, agressif, confus. Son état psychique et somatique se dégrade dangereusement. Socialement, rationnellement, sa situation, stabilisée il y a peu, se péjore rapidement. Depuis trois ans qu'il fréquente notre centre d'accueil, ce n'est pas la première fois qu'il descend lentement vers le fond de ce qu'il appelle «sa folie». Maltraitance, abus sexuels et consommations diverses et variées l'ont menés très jeune dans les institutions du pays. Il y a fait ses armes. De résidentiels à mission socioéducative, il passe dans les murs des établissements à caractère pénal, pour effectuer plusieurs séjours en milieu psychiatrique. Trentenaire, il revendique un statut de caïd. L'équipe le connaît bien et l'a accompagné dans les montagnes russes psychotiques qu'il emprunte de manière cyclique. Les psychiatres qui l'ont évalué enfant et expertisé adulte le décrivent en vocable savant dans les différents rapports exigés par la justice. Il les a lus et si les terminologies scientifiques s'avèrent hermétiques

pour lui, il a en revanche bien retenu le sens de la description que les spécialistes brossent de sa personnalité. Son caractère a-social, une forme de schizophrénie soutenue par une sévère paranoïa, bref sa dangerosité. Sans tomber dans le mélodrame, Louis est un caïd dehors, un gamin écrasé dedans et à tout prendre il choisit d'endosser l'habit du caïd. Après une période de stabilisation, durant laquelle il suit une thérapie soutenue par traitement médicamenteux administré par injection au vu de son incapacité ou sa réticence aux soins, il dit aller mieux et décide de tout arrêter. L'explication de fond sort lors d'une de ses crises: les médicaments perturbent sa libido, il ne se sent plus un homme. Il reprend son automédication par la consommation de psychotropes, avec une préférence pour le free base, tandis que l'alcool potentialise les consommations. Et, un début de semaine, il annonce qu'il part pour la Hollande tantôt pour y rejoindre une fille, mannequin évidemment, tantôt pour un mystérieux contrat. Habités à ces deux registres, nous le calmions et pensons le revoir avec d'autres projets le lendemain. Le jeu-

di, il prend le train de nuit. Quatre jours plus tard, il réapparaît: sans titre de transport, il a été intercepté et renvoyé en Suisse avec une liasse d'amendes en guise de souvenir du pays des Tulipes. Le mardi suivant, il annonce qu'il part habiter à Berne, le mercredi c'est en Valais, il hésite encore, mais il demande de l'aide à grands cris. Il a un logement assumé par l'Office du Tuteur Général avec lequel nous collaborons le plus étroitement possible... au gré de la folie et des passages de Louis. Il ne veut plus y habiter, car il s'y sent en danger. Parano? Après vérification, son appartement est réellement insalubre et ouvert à qui a besoin d'un abri pour consommer. Louis ne s'y sent plus en sécurité et somme sa tutrice de lui payer l'hôtel en attendant un vrai logement. Demande évidemment hors norme et hors logique. Les deux institutions lui proposent de chercher un autre lieu de vie qui lui permettrait de se recentrer. Il accepte, mais aucune proposition ne lui convient. Pour le moment, il prend ses douches à ACT et hurle ses peurs durant ces moments de mise à nu, il dort là où on l'accueille, soit dans des lieux de consommations

sauvages ou dans la rue, oublie de manger, mais prend un soin extrême à faire sa lessive et son repassage, parle seul et profère des menaces à qui-conque l'approche, puis se confie les larmes aux yeux ou déballe son intimité à l'assemblée gênée. La réalité lui échappe de plus en plus et son côté paranoïaque grandit. Les professionnels qui l'entourent sont perçus comme autant de menaces. En effet, il veut déposer plainte auprès du médecin cantonal, car le corps médical veut l'endormir et lui enlever, c'est le motif de sa résistance, sa virilité à grand renfort de médicaments injectés. Quant à l'Office du Tuteur Général, il utilise son pécule pour fournir ses collaborateurs en ordinateurs flambant neufs. Enfin, les éducateurs d'ACT veulent l'hospitaliser, car nous sommes membres d'une secte très mystérieuse et puissante. Il rejette alors toute forme d'aide. Aide qui se resserre au vu de la dégradation de sa situation jusqu'à des tentatives de contrainte par un cadre plus strict. Il fuit.

Son état général se dégrade davantage. Il prend des risques considérables régulièrement en se plaçant dans des situations de violences (risques d'overdose, échange de matériel de consommation, relations sexuelles non protégées, bagarres, délits, etc.). Il met clairement et sérieusement sa vie, et celle des autres, en danger. Les professionnels ont déjà à plusieurs reprises demandé l'hospitalisation d'urgence de Louis. Mais cela, cette fois-ci, nous le savons, ne suffira pas. En effet, il a fait des passages à l'hôpital psychiatrique lors de crises; passages éclairs, pour lesquels il était parfois consentant, ou du moins soulagé dans un premier temps que l'on ait pris soin de lui. Ces brèves hospitalisations se sont, sauf erreur, toutes soldées par ce qu'il appelle fièrement des «évasions». Les équipes psychiatriques expriment bien les limites de leur intervention: Louis part de la section dans laquelle il a été accueilli, en mettant en danger autrui et lui-même, mais quelques minutes après, il veut dormir dans le hall d'entrée de l'hôpital. ACT a encore une relation de confiance minimale avec Louis; naïvement nous

nous croyons encouragés à lui proposer une nouvelle fois une hospitalisation volontaire. Son refus est catégorique, ceci d'autant plus qu'à son avis tout va bien et nous rappelle que les médecins veulent le «lobotomiser». Nous sommes éducateurs de terrain et travaillons avec la libre adhésion de la personne. Dans l'impasse et au nom d'un devoir éthique d'assister toute personne en danger, nous nous sentons légitimés à entamer une dynamique de PLAFAs.

La PLAFAs, la mesure de la dernière chance?

Quelle que soit notre sphère professionnelle, nous assistons à la descente de Louis. ACT, avec d'autres partenaires, propose la piste d'une PLAFAs. Comme souvent, une course d'obstacles va débuter. Une course d'autant plus complexe que tous les protagonistes sont des professionnels compétents, conscients de leur mandat et des implications d'une telle décision, que le temps presse et que l'individu mis sous pression a tendance à disparaître de la circulation tout en amplifiant ses comportements à risques. Et c'est précisément dans ce plan de réductions des risques et d'aide à la survie que nous travaillons en tension avec Louis.

Deux pistes s'offrent à nous: premièrement, le signalement direct à l'autorité compétente, soit, dans le canton de Vaud, la Justice de Paix. Dans les faits, en regard de l'urgence des situations vécues par la population toxicodépendante, cette façon d'opérer s'avère souvent trop lente. Ainsi, d'entente avec la tutrice, laquelle signale le cas à la Justice de Paix en vertu de son mandat, nous saisissons la deuxième piste: le recours à la sphère médicale. En ce qui concerne les toxicodépendances, la décision médicale consiste en une PLAFAs qui sera confirmée par la Justice de Paix. Ceci dit, à notre connaissance, le médecin peut décider de manière autonome, sans soumission à la Justice de Paix, d'une PLAFAs en cas de maladie mentale. Et, dans le champ des dépendances, la notion de comorbidité permet une

certaine autonomie aux praticiens. Il est également important de souligner que dans tous les cas, une PLAFAs peut faire l'objet d'un recours. La question reste: qui peut l'engager? Le patient? Son représentant légal?

Louis a fait sauter tous les cadres dans lesquels il était pris en charge. Il n'a plus de médecin traitant. Nous sollicitons les collègues médecins avec lesquels nous collaborons régulièrement. Ils sont d'accord... de le recevoir. Louis refuse de s'y rendre, même accompagné. Même résultat pour la piste hôpital. Le temps court et Louis aussi. Il court après les produits, les combines, un toit, une amie, sollicite de l'aide, la refuse, fuit, revient. Lors d'une crise, nous appelons le médecin de garde. Réticent, au téléphone, il explique qu'il est médecin spécialiste et ne connaît que peu les questions de dépendance ou de problèmes psychiatriques telles que nous les lui décrivons. La décision d'une PLAFAs n'est pas une affaire à prendre à la légère; nous ne pouvons que le comprendre. Il nous aiguille légitimement vers l'hôpital, lieu de gestion de la crise. Nous ne pourrions et ne voulons pas l'y amener de force. De plus, dans notre expérience, rares sont les services des urgences et le psychiatre de garde, s'il y en a un dans l'hôpital, qui prennent la responsabilité d'une PLAFAs. Pour les mêmes légitimes raisons que celles du médecin de garde, ils hospitalisent d'office en urgence le patient. Ce dernier ressort au maximum trois jours plus tard sans avoir reçu de soins s'il n'en désire pas. Nous argumentons. Pour un peu, pour que la chute de Louis puisse ralentir, nous ferions même le téléphone à genoux. Nous craignons pour sa vie. Le disciple d'Hippocrate cède. Il est prêt à se déplacer... trop tard. Louis est parti du centre. Les éducateurs de rue d'ACT l'ont aperçu quelques fois sans parvenir à le décider de prendre sa santé en mains. Louis a disparu depuis plusieurs jours. Finalement, sous la pression de l'Office du Tuteur Général, la décision de la Justice de Paix en faveur d'une PLAFAs est prononcée. Louis est amené manu militari par la police à l'hôpital psychiatrique. Dorénavant, s'il

fuit, il sera dénoncé à la police qui aura la mission de le ramener. La responsabilité de l'exécution du PLAFa repose dès lors sur les épaules de l'équipe de l'hôpital psychiatrique.

Enfin! Nous soulagés de savoir Louis, qui a frôlé la mort tant de fois, un instant protégé. Soulagement de courte durée. Nous sommes rôdés aux paradoxes de notre métier, mais tant de questions se posent et nous bousculent. Vont-ils pouvoir l'aider à l'hôpital psychiatrique? Se laissera-t-il seulement aider par ceux-là mêmes dont il se méfie tant, qu'il rend responsables de son état? Dans sa crise, pourront-ils faire autre chose que le contenir à grand renfort de calmants? Les professionnels de la psychiatrie nous ont expliqué les paradoxes auxquels ils vont devoir faire face, l'aménagement des règles spécialement pour Louis, la tension entre la contention et les soins, etc. Alors que nous travaillons au quotidien sur la base de la libre adhésion, nous avons pourtant signalé et appuyé une décision qui enferme Louis. Nous fera-t-il encore assez confiance pour que nous puissions l'épauler dans la reconquête de son autonomie? Nous connaissons la notion d'aide contrainte, ses potentiels et ses limites. Nous avons totale confiance en nos partenaires de l'hôpital psychiatrique pour saisir avec ce jeune gars de 30 ans disloqué l'opportunité de l'aider pour accéder à un mieux-être. Mais nous savons que le temps presse, que l'hôpital est un lieu de gestion de l'urgence et de la crise, qu'il ne pourra pas y rester indéfiniment et que le traitement ne va pas de soi.

Une mesure de protection

Les contours légaux de la Privation de Liberté À des Fins d'Assistance sont prévus dans les articles 397ss du Code Civil Suisse. Cette mesure tutélaire consiste à priver momentanément de liberté toute personne ayant besoin d'aide, de soins. Pour rappel, les mesures tutélares sont destinées à des individus qui n'ont plus l'entière capacité de décision, de jugement. Le CCS prévoit donc de protéger les in-

dividus qui ont besoin d'aide, mais ne peuvent la demander par manque de capacité de discernement, par une forme d'aide contrainte dont le but est à la fois de protéger l'individu et la collectivité. Les textes mentionnent notamment les personnes atteintes de maladie mentale, de toxicomanie, alcoolisme compris, et de grave état d'abandon.

Ordonner une PLAFa n'est pas ordonner un traitement

La PLAFa n'est pas synonyme de thérapie, de soins somatiques et/ou psychiatriques. Ainsi, les textes légaux parlent d'«établissements appropriés» nécessaires pour assurer une PLAFa. L'établissement tout désigné par la Justice pour remplir cette fonction est l'hôpital psychiatrique. Un lieu adapté, mais sans outil? La question se pose alors que la loi n'autorise en aucun cas à administrer un traitement contre la volonté de la personne. De fait, il existe un inconfort pour les équipes médicales. Avec une PLAFa émanant de la Justice de Paix, les professionnels des hôpitaux psychiatriques vivent difficilement le décalage entre leur mission médicale et ce mandat judiciaire qui les placent dans une posture proche du personnel pénitentiaire. Le fait qu'en cas de départ du patient, la procédure exige qu'il soit recherché par les forces de l'ordre et ramené à l'hôpital, illustre la complexité du travail psychothérapeutique dans un tel régime de contrainte. Bien sûr, on peut certes parier que l'aide contrainte débouche sur une adhésion du patient et qu'une relation thérapeutique puisse démarrer. Un autre paradoxe encore: la mesure de PLAFa devrait être levée par l'autorité compétente dès le moment que preuve est faite que l'individu ne représente plus un danger pour lui ou autrui. Comment celui-ci peut-il accéder à ce nouvel état sans recevoir de soins? Faut-il comprendre la PLAFa comme une première étape, contraignante, dans un processus plus long de soins cette fois-ci? Lourde responsabilité pour les équipes soignantes. Une responsabilité qu'il est



Accompagner vers une "PLAFa": un chemin pavé

impératif de partager avec les autres acteurs de terrain dans une perspective à la fois de soins et d'insertion sociale.

Priver un individu de sa liberté: une lourde responsabilité

Il paraît évident que la PLAFa doit être solidement motivée pour se permettre de priver un individu de son droit à la liberté. La responsabilité que la médecine endosse ne va pas de soi. La connaissance de l'individu et de sa trajectoire semble s'imposer pour prendre une telle décision. Or ce n'est pratiquement jamais le cas. Lorsque les travailleurs sociaux (dans notre exemple, ceux de l'OTG et d'ACT), lesquels connaissent bien la personne en souffrance, appellent en urgence un médecin de garde ou recourent au service des urgences d'un hôpital, il arrive parfois que ladite personne se présente sous un jour suffisamment favorable pour qu'aucune décision ne se prenne du côté médical. Cette description anecdotique illustre bien la dichotomie existant entre la connaissance du patient et le pouvoir de prononcer une PLAFa. Il est fréquent que



Photo Interfoto

é de contradictions

le travailleur social reste face à l'usager avec un sentiment de frustration de ne pas avoir été crédible et une bonne dose d'inquiétude pour l'avenir de celui qu'il est censé aider. Heureusement, nos collaborations avec les médecins spécialistes en dépendance de la région permettent de débloquent des situations graves. La connaissance mutuelle des équipes permet un niveau de confiance suffisant en vue de coopérations pour l'usager, que cela débouche rapidement

sur une réponse adéquate: aide ambulatoire ou PLAFa.

Une PLAFa? et ensuite?

Comme imaginé plus haut, la PLAFa est une solution extrême pour freiner la chute d'une personne qui n'a plus de discernement. Première étape, donc. La suivante peut être celle de la stabilisation. Déjà dans cette phase, par des bilans et un réseau interprofessionnel fort, il est important que les

acteurs offrent leur collaboration en vue de la sortie de l'hôpital. Dans le cas de Louis, la tutrice s'est chargée de trouver un lieu de traitement médico-social, les éducateurs d'ACT et les infirmiers en psychiatrie ont assuré les visites et les transports dans le but de maintenir le lien et d'accompagner Louis dans une nouvelle perspective. Il est actuellement dans un établissement médicosocial depuis quelques semaines. Lors d'une courte fugue, Louis est venu au centre, il a pu et su retourner dans son lieu thérapeutique. Le lien est maintenu et les professionnels de la santé et du social restent dans la course afin de préparer l'insertion sociale. Le chemin est long pour Louis et les autres personnes que nous avons accompagnées dans ces moments. Cela dit, si un nouveau cas devait se présenter, nous mettrons en marche le processus de la PLAFa, avec les mêmes hésitations, les mêmes perplexités face à la dichotomie entre ceux qui ont le pouvoir dans les mains et qui hésitent légitimement à l'exercer et ceux qui accompagnent la personne sur le terrain depuis longtemps, les mêmes révoltes face à nos résistances et à la lenteur des procédures, les mêmes angoisses face à une telle décision et un espoir dans le paradoxe que priver quelqu'un de sa liberté peut être la première étape pour qu'il la revive un jour.

Adresse mail de l'auteur:

a.c.t@bluewin.ch

Des bénéfices de la contrainte pour le rétablissement

Philippe Jaquet, directeur-adjoint pédagogique, Fondation Les Oliviers, Le Mont-sur-Lausanne

Pour certaines institutions, la perte de la liberté du choix de consommer justifie la privation de liberté à des fins d'assistance: être coupé du produit permet à la plupart des personnes le recul nécessaire à un processus de changement. Parole aux Oliviers. (réd.)

Dans le chapitre VI du Code civil suisse (De la privation de liberté à des fins d'assistance, à l'article 397a et suivants), il est mentionné que:

- 1 Une personne majeure ou interdite peut être placée ou retenue dans un établissement approprié lorsque, en raison de maladie mentale, de faiblesse d'esprit, d'alcoolisme, de toxicomanie ou de grave état d'abandon, l'assistance personnelle nécessaire ne peut lui être fournie d'une autre manière.
- 2 En l'occurrence, il y a lieu de tenir

compte aussi des charges que la personne impose à son entourage.

- 3 La personne en cause doit être libérée dès que son état le permet.

Cet article a beaucoup ému les députés européens lors des premiers accords de Bruxelles, d'autant plus que cette période correspondait aux fêtes commémorant le bicentenaire de la révolution française: Qu'est-ce que c'est que ce petit pays au centre de l'Europe, qui plus est, n'en fait même pas partie, qui se permet de boucler les gens qui boivent trop d'alcool? Serions-nous revenus au Moyen Age, au temps des serfs et des seigneurs? Les libertés individuelles et les droits de l'Homme seraient-ils battus en brèche, balayés, évacués, oubliés?

Alcoolisme: liberté de boire ou liberté de ne pas boire?

L'alcoologue français Pierre Fouquet définit l'alcoolisme comme étant la perte de la liberté de s'abstenir de boissons alcoolisées.

Que penser de l'exemple de cette dame occupant une place de travail hiérarchiquement élevée dans une grande banque de la place qui racontait qu'elle se levait deux heures plus tôt, afin d'avoir suffisamment de temps pour consommer l'alcool dont elle avait besoin pour pouvoir vaquer à ses occupations professionnelles sans trembler comme une feuille, en état de manque?

Cette même dame poursuivait la description des occupations de sa journée en disant qu'elle reconsommait un peu d'alcool à la pause durant la matinée et à midi, mais qu'elle avait un problème l'après-midi puisqu'il n'y avait pas de pause. Alors, été comme hiver, elle s'habillait d'un blazer avec, dans la poche intérieure gauche, une petite gourde incurvée remplie de whisky qu'elle absorbait de temps en temps à l'aide d'une paille, toujours pour ne pas se remettre à trembler, pouvoir poursuivre son travail et effectuer les tâches qui lui incombent.

Tout le monde n'est pas alcoolique!

La plupart des autres personnes consommant des boissons alcoolisées peuvent s'arrêter quand elles le désirent, même si les gros consommateurs ou les consommateurs à risque ont parfois quelques difficultés à le faire et peuvent présenter des problèmes de sevrage.

Mais qu'en est-il des 300'000 personnes alcoolodépendantes habitant notre pays?

Qu'en est-il quand la seule question

de base de sa journée est: où et quand ma prochaine dose pour ne pas me retrouver en état de manque? Que faire lorsque je me rends compte que je ne peux plus m'en passer, ou plutôt lorsque je ne m'en rends pas vraiment compte et que je me berce encore de l'illusion que je suis maître de ma consommation, capable de tout contrôler quand bien même c'est l'alcool qui mène toute ma vie? Que faire lorsque, hier soir, j'avais décidé de boire deux verres de vin avec mon repas du soir et je me retrouve ce matin en ayant quasi vidé la cave sans savoir comment?

Caricature direz-vous! A peine; demandez donc à des personnes alcooliques ce qu'elles en pensent. Vous n'en connaissez pas? Allons donc, 300'000 personnes... il y en a forcément une quelque part dans votre entourage.

Intelligence ou coercition

D'aucuns disent que c'est une question de motivation, qu'il vaut mieux faire confiance à l'intelligence plutôt qu'à la coercition. Mais quel est le pouvoir de mon intelligence lorsque mon organisme me demande sa dose quotidienne d'alcool pour encore fonctionner à peu près tant bien que mal?

Où est mon intelligence lorsque je vis de telles tensions, douleurs ou angoisses qui ne sont un peu calmées que par ma prise d'alcool ou d'autres produits? Que valent mes bonnes résolutions lorsque je n'ai plus aucun autre choix que de continuer à boire pour survivre?

Est-ce vraiment cela, la liberté...

De quelle liberté parle-t-on?

Si une personne non dépendante peut contrôler sa consommation, qu'en est-il d'une personne dépendante?

Ceux qui pensent qu'il s'agit de faire de la prévention ne se trouvent-ils pas dans une logique de non dépendant en oubliant totalement la souffrance et l'impuissance face aux produits dans lesquels se trouvent les personnes dans l'impasse de la dépendance?

Alors, si mettant de la sorte ma vie en danger, on me prive de ma liberté de mouvement pour pouvoir m'assister, si l'on m'oblige à entrer dans l'une des institutions spécialisées du réseau de soins en matière de dépendance, on me force à entrer dans un programme me proposant de revivre.

Il est vrai que certaines personnes ne peuvent pas saisir la perche qui leur est tendue, restent bloquées contre cette décision et que les responsables du programme thérapeutique se retrouvent alors pieds et poings liés, mais il s'agit d'une petite minorité de personnes dépendantes placées.

Par contre, nous constatons que s'il est laissé suffisamment de place pour que la personne puisse laisser sortir son amertume, voire sa colère de se trouver placée et mise malgré elle face à la réalité des conséquences de sa consommation, elle peut alors aller au-delà et utiliser ce temps pour couper sa relation enfermante au produit et pouvoir réaliser sa situation telle qu'elle se présente réellement, dans une véritable alternative: mourir avec produit ou vivre sans produit.

Une très petite minorité de personnes choisit de mourir, alors que la grande majorité choisit de ne pas mourir et entre dans un processus de reconstruction qui va lui permettre de vivre.

Privation de libertés à des fins de recouvrement de liberté!

L'expérience du terrain montre que c'est seulement lorsque la relation au produit a été coupée que la personne peut réellement voir sa vie avec le recul nécessaire lui permettant de refaire des choix.

Lorsque la personne et son accompagnant évaluent ensemble les comportements qui ont amené «la conséquence PLAF», l'effet de la contrainte diminue fortement ainsi que les résistances liées à la frustration de l'annonce de la mesure.

Dès lors la personne peut réfléchir à ce qu'il convient de mettre en place pour que la contrainte disparaisse en investissant dans sa nouvelle vie sans, en mesurant les avantages et les inconvénients. C'est cette évaluation et

le réapprentissage de la vie hors produits qui vont faire que la mesure va être utile et efficace.

La démarche de PLAF s'inscrit dans une perspective de vie

Une privation de liberté à des fins d'assistance, comme l'abstinence n'est pas un but en soi, mais un moyen visant la perspective d'une vie heureuse. Nous constatons que c'est un moyen particulièrement efficace grâce à l'entourage résidentiel quotidien qui est proposé et que n'offrent pas d'autres types de programmes.

Non seulement la personne peut prendre des décisions de changement et d'orientations nouvelles pour sa vie, mais elle peut tester ses nouveaux choix dans un cadre sécurisant. C'est là tout l'avantage des programmes résidentiels que de ne pas laisser la personne seule face aux difficultés qu'elle rencontre quotidiennement au-delà de l'abstinence.

Ainsi, elle peut tester sa nouvelle vie sans produits au contact d'autres personnes: apprentissage d'un rythme de vie journalier régulier, apprentissage du respect des règles, d'une hygiène de vie, du respect de soi et des autres... C'est à partir de ce test «grandeur nature» que la personne pourra réellement faire des choix pour atteindre une nouvelle qualité de vie satisfaisante.

Conclusion

Dans notre pratique clinique, nous constatons que la privation de liberté à des fins d'assistance n'est pas la panacée, ni un remède miracle, mais une des portes d'entrées dans le réseau de soins parmi d'autres, moyen efficace pour permettre à une personne de recouvrer sa liberté.

Adresse mail de l'auteur:
philippe.jaquet@oliviers.ch

Conduite automobile sous l'influence de l'alcool: entre répression et éducation

Pascal Gache,
Unité
d'Alcoologie,
Département
de Médecine
Communautaire
HUG, Genève

Cet article retrace l'évolution de la prise en compte de l'influence de l'alcool en matière de sécurité routière, fait le point sur les effets de la nouvelle législation en terme de prise en charge et de prévention de la récurrence, et décrit les mesures efficaces pour réduire l'impact de l'alcool sur les accidents de la route. (réd.)

Après avoir été longtemps considérée comme un problème concernant exclusivement le monde des transports, la conduite automobile sous l'influence de l'alcool a intégré le champ de la santé publique.

La Suisse est plutôt un bon élève en matière de sécurité routière puisqu'avec 6,9 tués sur la route pour 100 000 habitants, elle n'est pas très loin des chiffres néerlandais (5,0), suédois (5,4) ou même britanniques (5,5) qui sont les trois pays les plus avancés en terme de sécurité routière¹. Elle fait un peu mieux que son voisin allemand (7.1) et beaucoup mieux que ses voisins français (9.2), italiens (9.7) ou encore autrichiens (10.7)¹. Ainsi, en 2005, 409 personnes ont trouvé la mort sur les routes suisses. Evoluant dans les années 80 au vingtième rang dans le classement des pays en matière de sécurité routière, la Suisse a amélioré sa position puisqu'elle se situait en 2004 au septième rang. Entre 1990 et 2004, cette mortalité a chuté de 49%¹.

Cette évolution favorable est la

conjonction de plusieurs facteurs: l'amélioration du réseau routier, l'amélioration de la fiabilité des véhicules et surtout une modification importante du comportement des conducteurs de véhicules. Il existe en effet trois causes majeures responsables de la mortalité routière: la vitesse excessive, l'inattention et la conduite sous l'influence de l'alcool¹. L'alcool est impliqué dans 19% des accidents mortels de la circulation (soit 79 des 409 tués en 2005), ce qui constitue une diminution de 31% en dix ans. La population des 18-24 ans reste la plus touchée parmi les victimes de la route à cause de l'alcool avec une mortalité deux fois plus élevée que dans la tranche d'âge 25-44 ans. On meurt sur la route à cause de l'alcool la plupart du temps le soir ou la nuit et particulièrement si on est jeune.

Rappels légaux²

La Suisse a adopté en 2005 une nouvelle limite légale d'alcoolémie pour conduire un véhicule et s'est ajustée aux principaux pays européens en choisissant 0.5‰ comme nouveau seuil légal².

A partir de 0,5 g/l, les conducteurs sont en infraction:

Une concentration d'alcool dans le sang de 0,5 à 0,79 pour mille est traitée comme une «infraction légère» et est punie par une amende et/ou des arrêts. De plus, le conducteur encourt un avertissement - à moins qu'il ait déjà fait l'objet d'un retrait de permis ou d'un avertissement au cours des deux dernières années. Dans ce cas, le permis doit être retiré pour au moins un mois. Il en va de même si le conducteur fautif a commis simultanément une autre infraction (par exemple un dépassement de vitesse).

A partir de 0,8g/l, les conducteurs commettent un délit:

A partir de 0,8 pour mille, on parle d'«infraction grave» et les sanctions augmentent en conséquence. Des amendes et/ou des peines de prison, de même que le retrait du permis de conduire pour au moins trois mois sont prévus. La sévérité de la peine dépend de la faute commise et des antécédents.

Le permis des conducteurs fautifs est systématiquement retiré selon deux procédés. Premièrement, dans le cad-

Effets neurologiques	Les risques encourus
Rétrécissement du champ visuel	Mauvaise perception latérale - Danger aux intersections
Modification de la perception du relief, de la profondeur et des distances	Danger en cas de dépassement
Augmentation du temps de réaction visuel	Danger en cas de nécessité de freinage d'urgence
Augmentation de la sensibilité à l'éblouissement	Conduite dangereuse la nuit
Diminution de la coordination motrice	Danger permanent dans toutes les situations de conduite
Diminution de la vigilance et de la résistance à la fatigue	
Diminution des capacités de mémorisation des données en temps réel (état de la route, météo, intensité du trafic...)	
Effet désinhibiteur de l'alcool	Sous-estimation du danger et transgression des interdits (vitesse excessive, négligence du port de la ceinture de sécurité...)

re d'un retrait dit «d'admonestation» correspondant à un premier délit de ce genre à conditions également que l'alcoolémie mesurée au moment du délit n'excède pas certaines valeurs en fonction de l'heure de l'interpellation. Le retrait d'admonestation a une durée connue et limitée (entre trois mois et un an) variable selon l'alcoolémie. Deuxièmement, dans le cadre d'un retrait «de sécurité» correspondant à des personnes récidivistes ou étant interpellées pour la première fois avec une alcoolémie conduisant à ce type de retrait. Le retrait de sécurité n'a pas de durée limitée. Sa restitution est conditionnelle à l'avis d'experts (de la médecine légale par exemple) qui se prononcent en fonction de l'existence d'une dépendance à l'alcool ou à une autre substance ou plus généralement sur l'aptitude à conduire du conducteur en infraction³. Les usages en matière de restitution de permis de conduire après retrait de sécurité varient selon les cantons qui ont la responsabilité de traiter ces affaires. Parallèlement à cette procédure administrative, les conducteurs sont également convoqués par le tribunal devant lequel ils sont généralement condamnés à des amendes et le cas échéant à une peine de prison ferme ou avec sursis. Les deux procédures sont indépendantes l'une de l'autre.

Par ailleurs, en cas d'accident, il y a des conséquences au niveau du droit des assurances. Les assurances responsabilité civile et les assurances accidents peuvent en effet pénaliser les personnes conduisant en état d'ébriété en réduisant leurs prestations. Un recours contre les conducteurs fautifs pour négligence grave peut entraîner des remboursements financiers importants.

Effets de l'alcool sur la conduite automobile

Même à faibles doses, l'alcool agit directement sur le cerveau. Les effets de l'alcool sur les capacités du conducteur s'observent dès 0,3g/l notamment chez les sujets peu habitués à consommer de l'alcool et se généralisent à partir de 0,5g/l. Il existe une corrélation nette entre les effets mesurés et l'alcoolémie. Malgré tout, les effets diffèrent largement d'une personne à l'autre. D'une manière générale, l'alcool altère la vue, augmente le temps de réaction et modifie les perceptions du conducteur sur ses véritables capacités à conduire en lui faisant sous-estimer les dangers et surestimer sa capacité à répondre aux situations imprévues. Les jeunes gens, les personnes âgées et les personnes consommant des médicaments

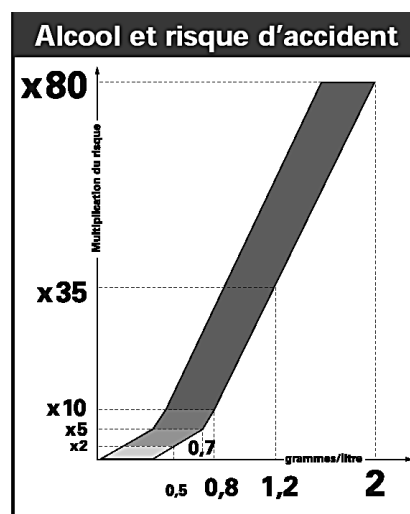
psychotropes sont encore plus sensibles à ces effets^{4,5}.

Les principaux effets délétères de l'alcool sur la conduite automobile sont résumés dans le tableau à gauche^{4,5}.

Accidents mortels et alcoolémie

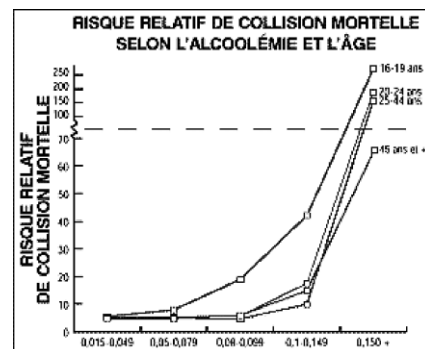
Le risque d'accident mortel augmente considérablement avec l'alcoolémie.

Même les conducteurs ayant une alcoolémie relativement faible sont plus susceptibles d'être impliqués dans un accident mortel que la moyenne des conducteurs non alcoolisés^{4,5}.



Si l'on admet que le risque d'accident est de 1 pour un conducteur avec 0 gramme d'alcool dans le sang, il est déjà multiplié par 2 à 0,5 gramme par litre de sang. A 0,7 g/l, le risque d'accident mortel est multiplié par 5, à 0,8 g/l par 10. Au-delà, il continue d'augmenter de façon exponentielle, avec un risque d'accident mortel multiplié par 80 à 2 g/l⁵.

Le risque de perdre la vie varie également avec l'âge du conducteur. C'est dans le groupe des jeunes de 16 à 19 ans qu'il est le plus élevé⁶.



Qui sont les conducteurs interpellés?

La plupart des études converge autour de l'idée que la population de conducteurs interpellés pour «ivresse au volant» n'est pas représentative de la population générale. Deux éléments se dégagent. Tout d'abord, le délit de conduite sous l'emprise de l'alcool, concerne très majoritairement les hommes (plus de 90% dans toutes les études). Deuxièmement, les consommateurs excessifs et les alcoolo-dépendants y sont surreprésentés. La population de conducteurs ayant un problème avec l'alcool (alcoolo-dépendance ou consommation nocive pour la santé) varie selon les auteurs et les procédures utilisées de 14 à 60%⁷.

Malgré ces constatations, la croyance que ces conducteurs n'ont pas eu de chance à la vie dure mais ne correspond pas à la réalité. En effet, la probabilité de se faire interpellé est tellement faible qu'il faut réitérer le délit plus de cent fois au moins pour avoir une probabilité significative de se faire interpellé⁸.

Dans l'étude française EVACAPA⁹, les conducteurs interpellés pour une première Conduite sous l'Emprise de l'Alcool (CEA) ont déclaré pour 87% d'entre eux qu'ils avaient déjà eu le sentiment d'avoir trop bu en conduisant leur voiture et, parmi eux, 40% reconnaissent l'avoir fait plusieurs fois⁹. Les caractéristiques des personnes interpellées, toutes primo-délinquantes, donnent des indications sur les conducteurs inclus dans ce programme⁹. Ainsi, comparée à la population consultant dans les centres d'alcoologie, les participants sont plus jeunes (moyenne d'âge 35 ans contre 41 ans), ce sont des personnes encore insérées professionnellement (plus de 70% ont un travail stable contre 50%) et socialement (plus de 75% sont dans une relation stable ou vivent en famille contre 47%). On trouve également plus de consommateurs excessifs (60%) que d'alcoolo-dépendants (25%), alors que les centres d'alcoologie accueillent quasi-exclusivement des alcoolo-dépendants dans leur consultation de soins. Ces chiffres in-



Photo Interfoto

Une interpellation pour alcool au volant peut permettre la rencontre avec un professionnel

viennent à penser que cette population constitue probablement une partie des «futurs patients» des centres d'alcoologie si rien n'est proposé pour que leur parcours alcoologique se modifie à l'occasion de cette interpellation.

En effet, malgré la «peur du gendarme», 20 à 25% des conducteurs arrêtés sous l'emprise de l'alcool récidivent⁹.

Les mesures efficaces pour diminuer l'impact de l'alcool sur la violence routière

Quatre types de mesure permettent de réduire l'impact de la consommation d'alcool sur la sécurité routière: séparer alcool et conduite automobile, interpellé et empêcher les conducteurs dangereux de circuler, prévenir la récurrence du délit de conduite sous l'emprise de l'alcool et baisser la consommation d'alcool en diminuant son accessibilité¹⁰.

Séparer alcool et conduite automobile

Les campagnes d'information encourageant les consommateurs d'alcool à ne pas conduire ou les programmes d'action tels que le conducteur désigné, «Celui qui conduit est celui qui ne boit pas», chez les jeunes sont à l'origine d'un changement progressif d'attitudes du public à l'égard de la

conduite automobile et de la consommation d'alcool¹¹.

Interpeller et empêcher les conducteurs dangereux de circuler

Les dispositions légales constituent un ensemble cohérent pour identifier les conducteurs dangereux et les retirer de la circulation. Dans ce contexte, les récidivistes voient leur permis retiré pour une période indéterminée et la restitution conditionnelle à l'amélioration de leur statut alcoologique et in fine à leur aptitude à conduire³. Les récidivistes posent de lourdes difficultés de prise en charge tant sur le plan légal que médical¹².

Prévenir la récurrence du délit de conduite sous l'emprise de l'alcool

Une première interpellation pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique peut ainsi constituer un moment privilégié de rencontre avec un professionnel de la santé afin de parler de l'alcool. Même exécutée sous une certaine contrainte, cette rencontre peut se révéler profitable pour le conducteur. Passé le stade de la dénégation et des récriminations habituelles à l'égard de la police, de la justice et du sentiment d'être la victime expiatoire d'un système qui condamne toujours les mêmes, le dialogue entre un conducteur interpellé et un professionnel aguerri aux questions de la sécurité routière peut se révéler

très profitable en termes de prise de conscience de la dangerosité de la conduite sous l'emprise de l'alcool, ce qu'on pourra appeler la conscience morbide du comportement. Avant de s'intéresser en soi à la consommation d'alcool, le contact avec un professionnel s'inscrit donc dans une stratégie de réduction des risques. Dans un second temps, cette rencontre peut engager une réflexion sur la consommation d'alcool et de toutes substances altérant les capacités à conduire. De nombreux programmes de prévention, destinés aux personnes condamnées pour alcool au volant, ont montré une efficacité indiscutable sur la réduction de la récidive^{13,14}. Ces programmes semblent d'autant plus efficaces qu'ils sont précoces après la première infraction¹⁴. En revanche, l'intensité et la durée n'ont pas d'influence; c'est le contenu du programme de prévention et la manière de le dispenser qui sont déterminants¹⁴. La plupart comportent des éléments d'information (effets de l'alcool, conséquences pénales du délit, etc.) et des éléments de prise de conscience des attitudes personnelles et des croyances afin de les modifier. Ces programmes se déroulent en groupe dans la majorité des cas¹⁴. Ainsi, le programme français EVACA-PA, dont le support était une intervention psycho-éducative centrée sur l'information et la prise de conscience, a ainsi montré son efficacité en termes de prévention de la récidive des primo-délinquants, en particulier grâce à sa stratégie de groupe, puisque les chiffres de la récidive à 3 ans ont été divisés par quatre⁹. L'effet du groupe, impliquant une confrontation des comportements entre participants, est particulièrement efficace. Cette confrontation entre pairs fonctionne comme un «levier de changement» avec un engagement implicite du participant vis-à-vis des autres membres⁹.

Pour les récidivistes, le couplage du

démarrage du véhicule à l'alcoolémie (Interlock Ignition Program: mise en place d'un dispositif de sécurité ne permettant le démarrage du véhicule que lorsque l'alcoolémie du conducteur est dans la limite autorisée) a montré un indiscutable intérêt pour la réduction de la récidive¹⁵. Un seul programme expérimental est en cours en France à ce jour.

Baisser la consommation d'alcool en diminuant son accessibilité

Les efforts de réduction d'accessibilité de l'alcool ont montré un intérêt particulier chez les classes les plus jeunes qui paient par ailleurs un lourd tribut en termes de mortalité routière. La responsabilisation des propriétaires de débits de boisson, des commerçants est une partie importante de ce domaine d'action¹⁰.

Conclusion

La sécurité routière représente aujourd'hui un enjeu politique pour la plupart des pays occidentaux. Des mesures légales et médico-psycho-éducatives permettent de diminuer significativement l'impact de ce comportement sur la sécurité routière et la santé publique. Il n'y a aucune fatalité dans ce phénomène. L'augmentation à venir du trafic routier dans les pays en voie de développement en fera à moyen terme une difficulté à résoudre pour ces pays dans les prochaines années.

Bibliographie

1. Bureau de prévention des accidents. *Rapport Sinus 2006. Niveau de sécurité et accidents dans la circulation routière en 2005.*
2. *Loi fédérale sur la circulation routière (19 décembre 1958): Article 16. ss., 31, 55, 91 al. 1, 91a.*
3. Michiels W., Gache P. *Dépendance et statut du conducteur.*
4. *Alcool, drogues illégales et médicaments.* www.prevention.ch/circulationroutieref.pdf

5. *Sécurité routière. «L'alcool et la conduite. Mesurer et prévenir les risques».* www.securiteroutiere.equipement.gouv.fr

6. Mayhew DR et al. *Youth, alcohol and relative risk of crash involvement.* *Accid Anal & Prev* 1986; 18 (4): 273-287.

7. Korzec A, Bär M, Koeter MWJ & De Kieviet W. *Diagnosing alcoholism in high-risk drinking drivers: comparing different diagnostic procedures with estimated prevalence of hazardous alcohol use.* *Alcohol Alcohol.* 2001 Nov-Dec;36(6):594-602.

8. Beitel GA, Sharp MC, Glauz WD. *Probability of arrest while driving under the influence of alcohol.* *J Stud Alcohol* 1975; 36: 109-116.

9. Pascal Gache, Marie-José Acinas, Florence Otthoffer, Isabelle Martin, Annelise Leger-Billot, André Liègeon, René Grappe, Josette Baverel,

Alain Pioche, Denis Petetin et Philippe Michaud. *Prévenir la récidive de la conduite automobile sous l'influence de l'alcool.* *Alcoologie et Addictologie*, 2006, (4 suppl.):54-64

10. Mcknight AJ, Voas RB. *Prevention of alcohol-related road crashes.* In *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems.* Ed N. Heather, TJ Peters and T Stockwell. 2001 John Wiley & Sons Ltd. P 741-769.

11. Lange JE et al. *The efficacy of experimental intervention designed to reduce drinking among designed drivers.* *J Stud Alcohol* 2006; 67: 261-268.

12. Bergeron J. *Les récidivistes de la conduite en état d'ébriété sont-ils des criminels ou des malades?* *Psychologie*, mars 2003

13. Schmukle V, Chollet T, Daepfen JB. *Contenu et efficacité des programmes de prévention après une première infraction pour ivresse au volant.* *Rev Méd Suisse* 2005;1: 1717-1725.


14. Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R, Williams M. *Final results from a meta-analysis of remedial interventions with DUI offenders.* *Addiction* 1995; 90(7): 907-926.

15. Voas RB et al. *The Alberta Interlock Program: the evaluation of a province-wide program on DUI recidivism.* *Addiction* 1999; 94: 1849-1859.

Adresse mail de l'auteur:

pascal.gache@hcuge.ch

Ne restez pas seul avec un problème d'alcool.

 Ligue valaisanne contre les toxicomanies

 VILLA FLORA

Centre de traitement de l'alcoolisme - Sierre - Chemin des Cyprès 4 - 3960 Muraz - 027 455 75 51

h e d s

Haute école de santé Genève

HES

Formation continue dans le domaine de la santé

Cours postgrade prise en charge interdisciplinaire des plaies et cicatrisation

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences d'experts dans le domaine de la prise en charge interdisciplinaire de Plaies et Cicatrisation

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Connaissances théoriques
6 crédits ECTS
- B) Pratiques de prise en charge interdisciplinaire
5 crédits ECTS
- C) Prévention, réseaux et recherche
2 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

Renseignements
Unité des admissions

Haute Ecole de Santé
47, avenue de Champel
CH - 1206 Genève

Cours postgrade en santé mentale

Formation destinée aux professionnel-le-s de la santé et du social au bénéfice d'une formation de niveau HES ou ES qui sont intéressé-e-s à développer des compétences en santé mentale dans un contexte extra-hospitalier et dans une approche de santé ou d'action communautaire.

La formation est construite autour des trois thématiques principales suivantes :

- A) Apports théoriques sur la Santé mentale
5 crédits ECTS
- B) Pratique réflexive et réseaux ressources
5 crédits ECTS
- C) Veille, prévention et promotion
3 crédits ECTS

Un travail de certification : 2 crédits ECTS

T(+41) 22 388 56 00
F(+41) 22 346 21 41

www.hesge.ch
www.heds-ge.ch

Hes-SO
Haute école de santé
de Suisse occidentale

CARREFOUR) (PREVENTION®



sans fumée



Bourré de talent,
pas d'alcool.



**MAÎTRISE
STRESS**



Carrefour Prévention

Rue Henri-Christiné 5
CP 567 - CH-1211 GENEVE 4

carprev@iprolink.ch - www.prevention.ch

Heures d'ouverture de l'arcade

Lundi - jeudi 9h - 17h
Vendredi 9h - 13h

Tél. +41 22 321 00 11 - Fax +41 22 329 11 27

Les Mardis du CIPRET, de 12h30 à 14h : rendez-vous de parole et d'écoute sur la problématique tabagique.

Les Mercredis de 17h à 19h : permanence de l'ADiGe, animée par une diététicienne diplômée.

Les Jeudis de 17h à 19h : Espace Goût-Double, animé par RIEN NE VA PLUS sur la problématique du jeu.

(sauf vacances scolaires)

Entretien autour de la privation de liberté et de la révision du code pénal

*Pierre Aubert,
président du
Tribunal du
district de
Neuchâtel*

Corine Kibora: Dans quels cas ordonne-t-on un placement à des fins d'assistance conformément aux articles 397a et suivants du code civil?

Pierre Aubert: La privation de liberté à des fins d'assistance est utilisée pour des personnes en danger livrées à elles-mêmes qui présentent la plupart du temps des troubles mentaux liés soit à de l'alcoolisme soit à de la toxicomanie. Cela est beaucoup plus rare pour les toxicomanes qui ne présentent pas d'autres troubles psychiques, non pas tellement parce que leur santé n'est pas en danger, mais parce que d'une part leur cas est en général plutôt réglé par la voie pénale qui connaît des mesures spécifiques souvent plus faciles à mettre en œuvre et, d'autre part, parce que l'expérience enseigne qu'un traitement de la toxicomanie contre le gré de l'intéressé est le plus souvent voué à l'échec. Selon mon expérience, le traitement des alcooliques par des mesures civiles est moins problématique, peut-être parce qu'ils ne présentent pas forcément le même degré d'opposition contre la société que les toxicomanes.

C.K. Quelle est la fréquence des placements à des fins d'assistance pour des personnes alcoolodépendantes?

P.A. Statistiquement je ne saurais vous dire, on n'en fait pas énormément. Dans la plupart des cas, c'est un mé-



Un réseau de surveillance permet souvent d'obtenir de meilleurs résultats qu'une détention

decin qui prescrit une hospitalisation et le patient a la possibilité de s'adresser à l'autorité tutélaire, qui est un organe judiciaire dans le canton de Neuchâtel et administratif dans d'autres cantons. L'autorité tutélaire ordonne une expertise et, en général, du temps que celle-ci soit déposée, soit le patient admet son hospitalisation, et

on reste dans le cadre d'une hospitalisation volontaire, soit la phase la plus aiguë est passée et l'internement ne se justifie plus. Les décisions de privation de liberté à des fins d'assistance pour des personnes dépendantes sont donc plutôt rares. En revanche, on en rend deux ou trois par mois dans le seul district de Neuchâtel pour les personnes

atteintes de maladies mentales.

C.K. Qui avertit le médecin qui prescrit l'hospitalisation?

P.A. Soit c'est le médecin traitant qui voit le patient se dégrader, soit il est averti par la famille, par les voisins, ou par la police qui font appel au médecin de garde suite à un problème d'ordre social.

C.K. Où sont placées ces personnes?

P.A. Dans un hôpital psychiatrique en général, dans un premier temps; ce sont les seules structures médicales qui peuvent être fermées; ensuite, à moins qu'ils restent en hôpital parce



Photo Interfoto

tion

qu'ils y sont bien, on les place dans des structures moins connues, comme la Rochelle (Eglise Réformée) ou des institutions spécialisées.

C.K. Dès que son état est jugé meilleur, la personne peut s'en aller?

P.A. Oui. Il arrive qu'on rende une or-

donnance de fin d'hospitalisation mais c'est assez rare parce que, au bout d'un moment, l'hôpital décide que le patient peut rentrer chez lui. Je n'ai pas de souvenir de cas où le patient veuille rentrer, demande et obtienne une expertise favorable à sa sortie contre l'avis de l'hôpital. C'est théoriquement possible, mais les hôpitaux sont tellement chargés que dès qu'ils peuvent faire partir les gens, ils le font. Ensuite, c'est au tuteur s'il y en a un de suivre l'évolution, mais ce dernier s'occupe plutôt de gestion car encadrer quelqu'un de manière régulière pour vérifier qu'il prenne les médicaments prescrits, qu'il s'alimente convenablement, qu'il entretienne son intérieur, représente un travail qui dépasse les possibilités pratiques des offices de tutelle. On compte quand même un peu sur la cellule familiale pour suivre ce genre de cas.

C.K. Qu'en est-il de la révision du code pénal, entrée en vigueur début 2007?

P.A. Jusqu'ici, pour les alcooliques et les toxicomanes qui tombent sous le coup de l'article 44, on a des mesures de type stationnaire ou ambulatoire. La technique veut qu'on prononce une peine, qu'on l'assortisse ensuite d'une mesure. Soit on suspend la peine au profit de la mesure, soit on fait exécuter les deux en même temps, ce qui est plus rare, les établissements carcéraux étant fâcheusement mal dotés pour faire suivre des traitements. Ces mesures s'adressent plus aux toxicomanes qu'aux alcooliques, essentiellement parce qu'ils sont plus sujets à passer devant les tribunaux.

Quand on ordonne un traitement en milieu stationnaire, c'est en général une mesure qui suspend l'exécution d'une peine ferme, soit qu'elle soit supérieure à 18 mois, soit que les conditions du sursis ne soient plus réunies. Si la peine est inférieure à une année, il faut pratiquement que la personne soit volontaire car beaucoup de traitements sont susceptibles de durer plus d'une année; par conséquent, la loi du moindre effort incite souvent les intéressés à préférer une peine d'une

durée déterminée à une mesure d'une durée indéterminée potentiellement plus longue. Pour les plus longues peines, la crainte de la prison peut être un bon moteur pour convaincre les gens de se soigner.

Pour les cas moins lourds, ou lorsque l'intégration sociale reste suffisante, on peut ordonner un traitement ambulatoire. Il y a là une petite hypocrisie par rapport à l'application de la loi, qui dit qu'on ne suspend l'exécution de la peine que si le traitement ambulatoire est incompatible avec l'exécution de la peine. Que veut dire incompatible? Un traitement à la méthadone assorti d'entretiens avec un psychiatre sont rarement incompatibles avec l'exécution d'une peine, mais le réseau de surveillance mis en place avec, parfois, l'intervention d'un service de probation permet souvent d'obtenir de meilleurs résultats qu'une détention, laquelle reste donc le plus souvent à l'état de menace.

Ce qui est très nouveau dans la révision du code pénal entré en vigueur le 1er janvier 2007, c'est le système des peines. Pour les plus courtes, jusqu'à six mois, le principe veut que l'on évite désormais les peines privatives de liberté au profit des peines pécuniaires (par l'institution du jour-amende) ou du travail d'intérêt général. Or la loi ne prévoit pas, à juste titre, que l'on puisse suspendre une telle peine au profit d'une mesure, ce qui n'aurait aucun sens. Cela mettra donc un terme à la possibilité d'inciter les toxicomanes et les alcooliques ayant commis des infractions peu graves à profiter de l'occasion pour entreprendre un traitement ambulatoire, ce qui se faisait assez fréquemment jusqu'ici, surtout dans le canton de Neuchâtel qui, je crois, utilisait cette faculté plus que d'autres, avec des résultats parfois encourageants.

Pour ce qui est du système du jour-amende, rappelons qu'il consiste à fixer la culpabilité de l'auteur en jours, comme par le passé, et à convertir chaque jour en un montant déterminé, de 1 à 3000 francs, en fonction de la situation de chacun. Il n'y a pas besoin de faire un dessin pour imaginer que, pour la population en cause, le ta-

rif sera plus proche de 1 franc que de 3000! Certains sont d'avis qu'il faudrait fixer un minimum à 30 francs, mais le législateur a précisément refusé un amendement visant à fixer un minimum de 10 francs; je vois mal que les juges puissent faire le contraire. Il reste que le rapport entre 20 jours d'emprisonnement et une peine pécuniaire de 20 francs ne saute pas aux yeux...

Un autre obstacle pratique surgira puisque le nouveau droit exige que le juge dispose d'une expertise pour ordonner une mesure. Le Conseil fédéral, dans son message, expliquait que, vu le coût des mesures, il était nécessaire de s'assurer de leur utilité. Il ne faut pas avoir vu beaucoup de toxicomanes ou d'alcoolique dans sa vie pour être aussi catégorique, et il ne faut pas avoir passé des heures entières au téléphone à rechercher désespérément un expert pour être aussi exigeant. Ce qui se passera c'est que, faute d'experts, les tribunaux envisageront moins facilement des mesures alors que je reste convaincu que, dans l'ensemble, elles sont plus efficaces à long terme que les peines. En d'autres termes, les mesures ne seront désormais réservées qu'aux cas les plus graves. Les autres feront simplement l'objet de sanctions. Il reste toutefois une possibilité, assez riche, il faut l'avouer, qui est la règle de conduite fixée lors de l'octroi d'un sursis. Il ne s'agit plus d'une mesure à strictement parler, mais cela y ressemble tout de même. Sauf que la menace de l'exécution de la peine ne sera vraiment dissuasive que lorsque cette dernière sera une peine privative de liberté, par définition supérieure à six mois, ce qui exclut tout de même une bonne partie de notre «clientèle».

C.K. Pour vous, la modification du système de peines ne va pas dans le bon sens?

P.A. Naturellement, je vous dirais non, mais je modère un peu mon propos d'abord parce que je n'ai pas fait de statistiques sur l'efficacité des courtes peines. J'ai de mon côté beaucoup pratiqué, quand j'étais juge d'instruction, la mise en détention préventive

d'une dizaine de jours; il me semblait qu'un bon coup d'arrêt était assez efficace et que cela permettait ensuite de prononcer des peines moins lourdes soit avec sursis soit assorties d'un traitement. En d'autres termes, le premier rappel à l'ordre permettait davantage de clémence par la suite. Les experts qui ont présidé à la révision ont estimé que ce n'était pas le cas, il est possible qu'ils aient raison. Je crains toutefois que le fait de n'avoir plus à craindre une peine de détention rende l'appareil judiciaire moins redoutable.

C.K. Pourquoi le canton de Neuchâtel a-t-il été un grand consommateur de mesures ambulatoires?

P.A. C'est assez difficile d'expliquer comment naît une habitude. Cela peut provenir de la conjonction de quelques juges qui ont une même opinion sur cette question et qui disposent de médecins ou d'institutions spécialisées avec lesquels la collaboration est efficace. Une fois l'habitude prise, elle demeure car aussi bien les juges que les avocats ou même les principaux intéressés ne remettent pas chaque jour en question leurs pratiques et leurs attentes. Au demeurant, je crois pouvoir dire que le système n'était pas mauvais même s'il peut être assez lourd à gérer pour le juge qui doit suivre une vingtaine de mesures en même temps, en rappelant à l'ordre tous ceux qui doivent l'être. En effet, à défaut d'une certaine surveillance, la mesure ne produit que rarement les fruits que l'on en escompte. Je ne serais pas loin de penser que le temps que j'ai investi à ce sujet, même s'il m'a parfois paru excessif, était celui que, comme juge pénal, j'utilisais le plus utilement. C'est aussi la meilleure manière de créer un contact de quelque qualité avec les justiciables et il n'est pas rare que j'en aie ressenti les fruits au hasard d'une rencontre sur la plate-forme arrière d'un bus ou dans un café.

C.K. Pour une peine de 3 mois, pendant combien de temps effectue-t-on un suivi?

P.A. Dans certains cas, on a vu des traitements traîner pendant dix ans, mais il s'agit certainement d'une erreur. Mais il faut avouer que le traitement d'un alcoolique ou d'un toxicomane peut être long. Bien sûr, plus le temps passe, plus la menace de l'exécution de la peine s'estompe car il n'est naturellement plus question de faire exécuter une peine de quelques semaines après cinq ans, même si la mesure n'a pas apporté tous les résultats que l'on en attendait.

En général, une bonne mesure bien suivie ne devrait pas dépasser deux ans. Cela dépend en grande partie aussi des possibilités de réinsertion professionnelle de l'intéressé. Or nombreux sont ceux qui ont constaté l'effet pervers de la relative générosité de l'assistance publique: si vous gagnez autant en ne faisant rien qu'en exerçant une activité pas forcément passionnante, la tentation peut être forte de se contenter de l'assistance. Et il est difficile de changer de mode de vie (et de consommation) quand sa seule vie sociale se déroule au café.

C.K. Oui, il faut un moteur, quel rôle joue la contrainte, votre rôle?

P.A. Si vous recevez une convocation pour aller au tribunal, même pour un témoignage, vous n'êtes pas très à l'aise. L'autorité reste troublante pour presque tout le monde. A plus forte raison pour des gens qui savent qu'ils ont commis des infractions en consommant des stupéfiants. Le simple fait de les convoquer au poste est déjà un acte qui peut paraître grave. Même avant la moindre sanction, il y a déjà des prises de conscience souvent bénéfiques. Quand en plus il y a une mise en détention préventive, il y a ce choc psychologique de se dire «eh bien! moi, maintenant, je suis en prison». Ce lieu dont on parle aux enfants, qui semble plus mythique que réel, tout à coup le devient très concrètement. Vous vous dites: «qu'est-ce que je suis en train de faire de ma vie» et je pense que c'est un moteur non négligeable. C'est pour ça que j'estime que la peine de privation de liberté est une bonne menace. Et je suis parfois

abordé par des gens que j'ai privés de leur liberté quelque temps et qui vont jusqu'à m'en remercier. On ne peut donc pas dénier toute utilité à cette forme de sanction. J'ai par conséquent quelques craintes à propos de la nouvelle loi, mais attendons une année ou deux pour tirer des conclusions mieux documentées.

C.K. Pour terminer, quelles ont été les raisons de cette révision du code pénal?

P.A. Il faut dire tout d'abord que le système est très lent. Au cours des siècles, les théories pénales changent beaucoup: on a pensé longtemps que la torture était une bonne chose; puis la prison, qui est une institution qui nous vient de la Révolution française, a tra-

versé plusieurs périodes très différentes. Pour ce qui est de la révision actuelle, elle reflète les conceptions qu'on avait de l'exécution des peines il y a une trentaine d'années, conception qui se basait sur une société qui a beaucoup évolué depuis lors. Il me semble que le code que nous venons de modifier était assez bien adapté à notre type de société. Avec le nouveau code, on s'en prendra d'abord au patrimoine des gens, et plus accessoirement à leur liberté; c'était un bon système dans les années 70, qui connaissait moins de laissés pour compte. Avec le type d'immigration que l'on connaît aujourd'hui, qui amène dans notre pays une foule de malheureux totalement désargentés et passablement perdus, les nouvelles peines seront vraisemblablement in-

adaptées. Pour ceux d'entre eux qui, en plus, consomment de la drogue ou de l'alcool dans l'illusion de se rendre la vie moins amère, notre possibilité de réagir sera fortement amoindrie. Outre les problèmes d'ordre public que cela pourra poser, il faudra vivre avec la frustration de voir ces gens se détériorer la santé morale et physique sans que nous puissions faire grand-chose pour eux. Cela étant, on doit reconnaître que les juges ne brillent pas par leur esprit novateur et peut-être que ces craintes ne s'avéreront pas. C'est tout ce qui me reste à espérer.

Adresse mail de l'auteur:
pierre.aubert@ne.ch

Publicité



Formation continue **Hes·so**
Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale
Fachhochschule Westschweiz

Certificat postgrade interprofessionnel en psychiatrie sociale (CPG)

Public cible : professionnels du social et de la santé qui sont confrontés à des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Objectifs : acquérir des compétences en psychiatrie communautaire et psychiatrie de liaison, en techniques d'intervention spécifiques et en réhabilitation.

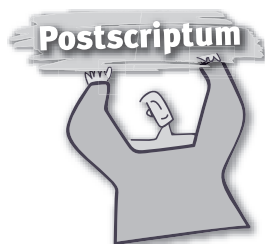
Durée : 20 jours sur 18 mois, plus le travail final

Validation : 15 crédits ECTS

Responsable scientifique : Charles Chalverat

Délai d'inscription : 20 février 2007

éesp Descriptif détaillé sur demande au
Tél. 021 651 03 10 – <http://ufc.eesp.ch>



Police - travail social - migration - toxico-dépendances: de l'huile dans les rouages

Aline Keller, collaboratrice scientifique à Infodrog (Centrale nationale de coordination des addictions)

La journée du 1er décembre 2006, organisée par Infodrog sous l'égide du groupe CoP¹ et regroupant 160 participants, était consacrée au thème des compétences transculturelles. Comme l'a précisé M. Buschan, responsable du Service psychologique à l'Office fédéral de la police fedpol, le choix du thème n'est pas dû au hasard. En effet, fin 2002 sortait le rapport de la Conférence des chefs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP) mettant à jour les forces et faiblesses de la formation continue au sein de la police². Parmi ces faiblesses figure le manque de compétences culturelles qui empêche de combattre efficacement la criminalité dans une société de plus en plus multiculturelle. Cette journée était l'occasion pour les policiers de se sensibiliser à cette thématique et d'échanger leurs expériences avec les travailleurs sociaux. Le présent article se propose de donner quelques points essentiels qui ont été abordés lors de cette journée.

Une Suisse multiculturelle

Dans une Suisse multiculturelle, il est bien évident que la population des toxicomanes comprend elle aussi des

personnes provenant d'horizons multiples. Nombre de professionnels sont en contact avec des migrants, qu'il s'agisse de policiers ou de travailleurs sociaux. Lors de ces interactions, un toxicomane migrant est-il traité différemment d'un toxicomane suisse? Quelle attitude adopter face à une personne migrante: la même qu'avec une personne suisse ou existe-t-il des règles spécifiques à chaque culture? Quelles sont les problématiques rencontrées lors d'échanges avec des migrants? Mais aussi quelles sont les res-

sources de cette population et comment faire en sorte qu'elles soient utilisées? Que veulent dire au juste les termes *transculturel* et *interculturel* (voir encadré)? Cette journée était l'occasion de discuter ces questions à travers des situations concrètes et des exemples de *bonnes pratiques* pouvant être intégrés dans le quotidien des professionnels. La migration est un sujet sensible qu'il est essentiel d'aborder tout en étant attentif à ne pas créer de nouveaux stéréotypes. Il ne

Les compétences transculturelles

La compétence transculturelle est «la capacité de saisir, de comprendre et d'interpréter des points de vue personnels et d'en tirer des modes d'actions correspondants»³. Loin de donner des règles par *culture*, il s'agit de donner la priorité «à l'individu avec son histoire personnelle et son univers vital individuel». Cette notion se démarque de celle d'interculturalité, qui ne tient compte que de la culture, au détriment du parcours individuel. L'interculturalité paraît alors peu pratique comme amorce de travail d'autant plus qu'elle implique de comprendre toutes les particularités de chacune des cultures. Dans la notion de transculturalité, il ne s'agit pas de «se fonder sur des *recettes culturelles* ni fournir des conseils ou des traitements selon des *cultures étrangères*». Il s'agit plutôt de dépasser la culture («trans»), sans la renier pour autant, afin de saisir l'individu dans ses spécificités propres. En effet, la biographie d'un migrant (son parcours de migration, sa formation, son statut social, son permis de séjour, etc.) le définissent tout autant que ses références culturelles: il est donc primordial d'en tenir compte dans notre travail.

s'agit pas de mettre *à part* les personnes migrantes mais bien de tenir compte de leurs spécificités afin de les soutenir au mieux dans la tâche qui est la nôtre.

Reconnaître la réalité, exemple de Bâle

Dans le but de développer le travail avec les migrants, il est essentiel de se baser sur le contexte réel et observable de nos villes, de nos cantons et de nos régions et de se démarquer du contexte flou auquel nous renvoient certaines lois. Une des réalités de Bâle est la multiplicité des appartenances culturelles: 40 à 50% des enfants et adolescents ont leurs racines dans plus de 160 pays. Au regard de cette réalité, différents projets sont développés sous la direction de M. Kessler, délégué cantonal pour les questions d'intégration et de migration à Bâle. Ces projets visent avant tout à favoriser l'intégration des migrants. D'un côté, il s'agit de promouvoir leur intégration (information, cours de langue, etc.) et de l'autre, d'avoir des exigences envers eux (le respect des lois, l'envie de s'intégrer, etc.). Les migrants sont également vus comme des ressources essentielles: ils nous permettent de comprendre les codes culturels qui sont les leurs et ainsi de pouvoir agir de manière adéquate. Du côté de la police, par exemple, certains codes culturels ont été enseignés par des «Cours d'Afrique pour policiers».

Collaboration Police - travailleurs-euses sociaux-les, un exemple à Zurich

Malgré quelques réticences de la part des travailleurs sociaux au début de la démarche, le projet sip züri (Sécurité Intervention prévention réunissant un team multidisciplinaire et multiculturel) a permis une collaboration efficace avec la police.

M. Fischer, directeur de ce projet, et Mme Grassi, travailleuse sociale au sip züri à Zurich, ont mis en avant l'importance d'une collaboration avec la police pour améliorer tolérance et coexistence entre les différents groupes

se réunissant sur les places publiques. Par une communication sur les conflits rencontrés, sur les problèmes de santé et sur les problèmes sociaux dans le domaine de la toxicomanie, une meilleure qualité de vie dans les espaces publics zurichoises a été possible.

Collaborer avec les familles

Intégrer la famille de la personne dépendante dans le processus d'aide est positif et semble même nécessaire lorsque la personne est migrante. M. Bertoli, responsable du centre de consultation Contact de Bienne et M. Rufener, responsable adjoint de la Réduction des Risques au Réseau Contact de Berne, ont expliqué que l'influence de la famille chez la plupart des migrants est telle qu'un travail avec la famille est indispensable. En effet, si la famille n'est pas intégrée au processus, elle ne soutiendra probablement pas la démarche, par crainte et incompréhension. Il est également primordial de sortir des murs de l'institution pour se rendre dans les familles mais aussi sur les lieux de rencontre des migrants afin de donner des informations sur notre travail et ainsi toucher davantage les personnes ayant un problème de dépendance.

Aider, c'est aussi prendre de la distance

Les traumatismes vécus par certains migrants dans leur pays d'origine rendent parfois la prise de distance nécessaire des professionnels difficile. Sans mettre de côté l'importance de cette prise de distance, M. Marion-Veyron, psychiatre et chef de clinique à la Consultation psychothérapeutique pour migrants-es à Appartenances à Lausanne, a soulevé la nécessité de connaître le parcours de la personne pour la soutenir efficacement dans sa démarche. D'autre part, M. Marion-Veyron observe dans sa pratique que beaucoup de migrants éprouvent un déficit du sentiment de sécurité et que la reconnaissance de ce déficit est essentielle, notamment pour créer un climat de confiance en-

tre la personne et le professionnel. En outre, l'utilisation de substances psychotropes relève parfois d'un contexte particulièrement traumatisant. *Etre drogué* pour pouvoir tuer est une réalité des enfants soldats (très différent de *se droguer*). Ce lien très particulier à la substance doit être pris en compte dans notre travail.

Formation: vers un tronc commun?

La rencontre avec une personne d'une autre culture provoque très souvent des tensions parce que nos valeurs et nos références identitaires sont différentes des siennes. Dans les échanges entre professionnels et migrants, de telles tensions sont fréquentes. De plus, le professionnel éprouve souvent des tensions entre ses propres valeurs éthiques et professionnelles et les lois qu'il se doit de respecter (par exemple lors de soins donnés à des clandestins). Selon M. Muller, responsable de projet et formateur à l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés OSAR à Lausanne, une manière de réduire ces tensions est de développer davantage la formation continue sur les compétences culturelles, celle-ci étant, en Suisse romande notamment, encore trop souvent lacunaire. De plus, pour favoriser la collaboration entre policiers et travailleurs sociaux, il serait intéressant de proposer une formation continue avec un tronc commun sur le thème de «la posture culturelle» par exemple. Cela permettrait sans doute une meilleure reconnaissance mutuelle et des discussions sur les outils que sont la prévention et la médiation, outils qu'ils utilisent de manières différentes puisque leurs mandats respectifs sont différents (aider versus faire respecter les lois). Cela n'empêcherait pas la mise en place de modules spécifiques pour l'une et l'autre de ces deux catégories de professionnels. Pour M. Delachaux, membre du service de psychologie de la police genevoise, les policiers ne peuvent pas suffisamment débattre des questions concernant les migrants (par exemple: qu'est-ce qu'un acte discriminatoire?). Ces modules spécifiques pourraient alors trai-

ter de ces questions. Il est également nécessaire d'informer davantage les migrants sur notre système de police. Par exemple: quelles questions les policiers peuvent-ils poser? Jusqu'où peuvent-ils aller? Où commence la discrimination?

Les limites de la loi

La nouvelle loi sur les étrangers votée en septembre de cette année semble créer davantage de problèmes qu'elle n'en résout. Selon M. Achermann, avocat à Berne, la loi ne nous aide pas dans de nombreuses situations. Par exemple dans le cas de personnes provenant du Caucase qui sont sous traitement de méthadone et qui doivent être expulsées, rien ne stipule dans la loi qu'ils ont le droit d'être sevrés avant de partir. Ce sont des questions de santé dont la société se doit de débattre aujourd'hui. Les conséquences de ces lois et les responsabilités qui incombent aux différents acteurs restent souvent mal définies concrètement.

La réalité politique

Certaines incohérences au niveau politique ont des conséquences directes sur le terrain et ce sont les professionnels qui doivent finalement les assumer. C'est notamment le cas des expulsions de migrants toxicomanes. Pour contrer cela, Mme Fehr, Conseillère Nationale au parti socialiste, met en avant le fait que les professionnels du domaine des dépendances ont un rôle à jouer pour éveiller la conscience politique sur certaines problématiques telles que «migration et dépendance». Les professionnels ont la possibilité de réclamer un soutien politique pour débattre de certaines questions. De plus, la politique a un rôle important à jouer dans le domaine des dépendances et de la migration, notamment en favorisant les forces qui limitent la dépendance. Améliorer la santé des migrants, c'est augmenter ces forces. Il

en est de même lorsqu'on améliore la santé psychique, le sentiment de sécurité, les possibilités de travail, etc.

En conclusion

M. Spieldenner, médecin et chef de la division «Programmes nationaux de prévention» à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) explique que dans la stratégie «Migration et Santé» 2002-2007 de l'OFSP, un des objectifs est d'améliorer la santé des migrants⁴. L'OFSP développe d'ailleurs des lignes directrices pour les actions menées dans les institutions et dans les cantons. Baisser les barrières d'accès aux offres de soin pour les migrants en mettant en place des mesures adaptées en fait partie. Le thème de la migration étant un thème transversal, il doit être pris en compte dans la plupart des projets du domaine des dépendances. Afin de développer davantage cette thématique, Infodrog va poursuivre ses activités sur ces questions et prévoit notamment d'organiser une journée nationale qui traitera des aspects «migration et dépendance». En Suisse, le pourcentage de migrants étant élevé, il est crucial d'apprendre à vivre ensemble pour construire une société dont la culture se définit par l'ensemble des richesses qui la compose.

Implications pratiques:

- Développer nos compétences trans-culturelles
- Développer des projets qui tiennent compte du contexte multiculturel de la population
- Sortir des murs institutionnels pour entrer en contact avec les migrants
- Connaître le parcours de la personne pour mieux la soutenir
- Créer des formations continues avec un tronc commun pour policiers et travailleurs/-euses sociaux/-les
- Revendiquer un soutien politique pour débattre des questions Migration et Dépendance

Notes

1) Groupe CoP : <http://www.infodrog.ch/pages/fr/repr/>

2) *Bildungspolitisches Gesamtkonzept, Konferenz der Kantonalen Justiz und Polizeidirektorinnen und Polizeidirektoren (KKJPD), 2002, Bern*

3) *L'importance d'une intervention spécifique à la migration dans la lutte contre la toxicodépendance et ses conséquences pour la pratique, OFSP, Berne, 2002*

4) *Migration et Santé, Stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2007, OFSP, Berne, 2003*

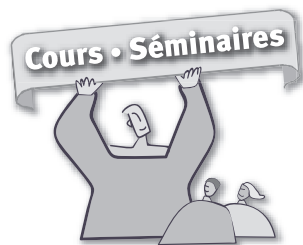
Bibliographie

Diversité et égalité des chances, étude dans les hôpitaux Suisses, OFSP, 2006

Dahinden, Janine, Chantal Delli et Walter Grisenti : Modèle de projet «Migration et dépendance»: étude nationale de faisabilité, OFSP, Berne, 2005

Domenig, Dagmar: Migration, Drogen, trans-kulturelle Kompetenz, Berne, Hans Huber, 2001

Un rapport complet de la journée sera publié en ligne sur le site: www.infodrog.ch



Centre de formation du GREAT

Initiation à la méthode d'acupuncture NADA

Objectifs: se familiariser avec quelques concepts de base de la Médecine Traditionnelle Chinoise; apprendre à poser les aiguilles en respectant les critères de sécurité, stérilité et confort; localiser précisément les cinq points d'AcuDetox; mise en place de la méthode au sein de l'institution.

Mme Sylvie Wyler, diplômée d'acupuncture du Ministère de l'Enseignement Supérieur du Québec, intervenante à la fondation du Levant, cabinet privé à Lausanne.

Mme Eléonore Hickey, infirmière - Sage-Femme, Diplômée d'acupuncture. 3 jours: Jeudi 1, vendredi 2 et samedi 3 mars 2007

Supervision: les vendredi 20 avril et 1er juin 2007 de 9h00 à 12h30
Prix des 4 jours; SFR 850.- (membre GREAT, SFR 750.-)

L'Aïkido comme outil pour guider et calmer la violence de l'autre

S'il n'existe pas de remède miracle face à la violence, il est pourtant un outil qui a fait ses preuves et qui se base sur l'aïkido. «En aïkido, il n'y a pas de combat. Le pratiquant est davantage appelé à penser à la meilleure manière d'utiliser l'énergie née du conflit pour guider son partenaire et se protéger tout en restant en lien avec lui. Il ne s'oppose pas à lui, il ne cherche pas à le vaincre mais plutôt à faire un avec lui. Son esprit ne le juge pas, il ne voit pas le partenaire comme un autre» (Peter Shapiro). Ce cours de trois jours suffit pour acquérir un outil directement applicable sur le terrain.

Peter Shapiro, maître et Urs Keller, Sekundarlehrer i.A, Aïkido-Danträger 3 jours: Jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 juin 2007

Prix: SFR 500.- (membre GREAT SFR 400.-)

Introduction et développement de l'approche gestionnaire dans le travail social: atouts et limites

Ce module vise à connaître les bases de cette approche gestionnaire dans le travail social; à présenter des expériences concrètes de mise en place du management qualité; de discuter des avantages, des inconvénients, des limites voire des craintes face à cette évolution; de développer un autre regard sur sa pratique et de discuter des moyens de s'approprier cet outil. Gerald Thévoz, Claire Roelli et al. Dates et horaire: début juin
Prix : SFR 400 (membre GREAT SFR 300.-)

Modules de formation fordd

Approche systémique des addictions

3 jours: Jeudi 1er février, vendredi 2 février et vendredi 9 mars 2007
Daniel Alhadef, Olivier Amiguet, Philip Nielsen, Jean-François Briefer, Liliana Correa, Luisella Congiu-Mertel, Benoît Reverdin, Rodolphe Soullignac, Marina Suchet, Jean Zufferey
Prix: CHF 500.-

Analyse de pratiques

4 jours: mercredis 14 et 28 mars, 18 avril et 9 mai 2007
Valérie Rossier
Prix: CHF 500.-

Médecine et psychiatrie des addictions

3 jours: jeudis 19 et 26 avril et 3 mai 2007
Dresse R. Annoni-Manguet Dr. T. Bischoff, Dresse B. Broers, Dr D. Berdoz, Dr J.B. Daepfen, Dr J. Lopez, Dresse A. Pelet, Mr B. Reverdin, Mr R. Stachel, Dr P. Sanchez-Mazas, Dr. O. Simon, Dr D. Zullino
Prix: CHF 500.-

Codépendance

5 jours: Jeudi 3 mai et vendredi 4 mai; lundi 24 mai, mardi 25 et mercredi 26 mai 2007

Ph. Beytrison, Ph. Jaquet
Prix: CHF 680.-

Travail en réseau et pratiques interprofessionnelles

3 jours: Jeudi 10 mai, mercredi 25 mai et vendredi 8 juin

Mme Christiane Besson, M. Nicolas Pythoud
Prix: CHF 500.- (Membre GREAT CHF 400.-)

Réduire les risques liés aux modes de consommation

3 jours: Mardi 15, mardi 29 et mercredi 30 mai 2007

Emmanuel Ducret,; Béatrice Gomez Rogers, Laetitia Aeschbach, Thierry Musset, Jacqueline Reverdin
Prix : CHF 500.- (membres GREAT CHF 400.-)

Travailler avec les émotions dans le suivi des usager-ère-s. Une approche par l'analyse transactionnelle et la théorie de l'attachement

3 jours: 7 mai et les matinées des 21 mai, 4 et 18 juin

Prix : CHF 500.- (Membre GREAT CHF 400.-)

Programme complet et informations:

GREAT- Fordd

case postale 638, 1401 Yverdon,
024 426 34 34, fax 024 426 34 35,
e-mail: info@great-aria.ch

La revue «**dépendances**» s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales.

Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Frs 20.- par numéro
Abonnement:
Frs 45.- par an
Fr. 150.- pour 5 ex.
Fr. 250.- pour 10 ex.



Parmi les thèmes publiés

Faut-il avoir peur de la cocaïne? (no 18)

Peut-on parler de rétablissement dans le domaine des addictions? (no 20)

Grandir dans une famille touchée par l'alcool (no 23)

Quel avenir pour les thérapies résidentielles (no 24)

Cannabis et société: à la recherche d'un nouveau modèle (no 27)

Les jeux vidéo, un phénomène qui nous interroge (no 28)

A consommer sans modération !

Revue éditée par

Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies

sfa / ispa



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies

Je souhaite m'abonner à la revue «**dépendances**»

Nom:

Prénom:

Adresse privée:

NP, ville:

Profession:

Institution ou service:

Tél.

Signature:

A retourner à: «dépendances», case postale 870, 1001 Lausanne, 021 321 29 85, fax 021 321 29 40, www.ispa.ch

dépendances



Revue éditée par

sfa/ispa

