

Travail réalisé pour l'obtention du diplôme Bachelor of Arts en travail social,

HES-SO//Valais Wallis, Sierre

Travail de Bachelor

**Regards croisés sur les placements sous contrainte concernant
les personnes souffrant de troubles psychiques :**

**le placement à des fins d'assistance,
les mesures thérapeutiques institutionnelles
et l'organisation du travail en réseau**



<http://blog.graphisoftus.com/wp-content/uploads/Conference.jpg>

Réalisé par : ROSSAT Alexandre

Promotion : BAC ES 09 EE

Sous la direction de : GASPOZ Véronique

Sierre, février 2014

Remerciements

Un grand merci à toutes les personnes de mon entourage qui m'ont soutenu, encouragé et supporté tout au long de ce Travail de Bachelor.

Je remercie également ma Directrice de mémoire pour ses conseils, sa disponibilité et sa patience à mon égard.

Et pour conclure, tous mes remerciements aux intervenants qui ont, très aimablement, accepté de donner de leur temps pour me rencontrer.

Précisions

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteur-e.

A des fins de lecture facilitée, la forme masculine utilisée est à considérer au sens général, comme incluant les deux genres.

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées. Tous les emprunts à d'autres auteur-e-s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués. Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études. J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

Résumé

Cette recherche exploratoire porte sur les placements sous contrainte dans le Valais romand, des personnes souffrant de troubles psychiques et traite plus spécifiquement des placements à fin d'assistance, faisant partie du nouveau droit de la protection de l'adulte du Code civil, ainsi que des mesures thérapeutiques institutionnelles pour le traitement des troubles mentaux tel que défini par l'art. 59 du Code pénal.

Partant du constat que ces mesures mobilisent de nombreux acteurs provenant des domaines sociaux, médicaux, juridiques et administratifs, cette recherche s'articule autour des enjeux poursuivis par ces mesures et des interactions au sein des réseaux décisionnels, entre les acteurs concernés.

Le cadre théorique présente les notions d'autodétermination et d'aide contrainte avant d'aborder plus en détails les mesures de placement sous contrainte civiles et pénales, ainsi que les processus et modalités de mise en œuvre des placements sous contrainte dans le Valais romand.

La partie pratique de ce travail de recherche repose sur une approche qualitative, basée sur sept entretiens semi-dirigés, auprès de représentants des différents domaines impliqués dans les processus et les réseaux décisionnels concernant les mesures de placement sous contrainte.

Les résultats démontrent que les acteurs partagent globalement les mêmes objectifs de soin et de sécurité envers les mesures de placement sous contrainte. Et bien que les mesures de placement civiles ou pénales en institution sociale constituent, à l'heure actuelle, encore une problématique nécessitant une réflexion et une mobilisation des réseaux d'action publique, les acteurs font part de leur volonté et relèvent l'importance du travail en réseau en lien avec la complexité de ces situations.

Cette recherche permet d'entrevoir de nouveaux modèles d'intervention basés sur le développement de réseaux interinstitutionnels autour de ces situations de placement sous contrainte. Elle ouvre, également, des perspectives de recherche tant au niveau des mesures de placement sous contrainte que des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux.

Mots-clés

Placement sous contrainte - placement à des fins d'assistance - mesure thérapeutique institutionnelle - travail en réseau – réseau d'action collective - réseau d'action publique – autodétermination – Code civil – Code pénal

Table des matières

1	Introduction.....	1
2	Elaboration du projet de recherche	2
2.1	Motivation et choix du thème	2
2.2	Problématique	3
2.3	Question de recherche	5
2.4	Objectifs.....	5
3	Cadre théorique.....	6
3.1	L'autodétermination.....	6
3.2	Les mesures d'aide contrainte.....	11
3.2.1	<i>L'aide contrainte</i>	11
3.2.2	<i>La mesure thérapeutique institutionnelle</i>	13
3.2.3	<i>Le placement à des fins d'assistance</i>	15
3.2.4	<i>Le traitement sous contrainte</i>	19
3.3	Les institutions et procédures valaisannes.....	24
3.3.1	<i>Les institutions du Valais romand</i>	24
3.3.2	<i>La procédure de PAFA valaisanne</i>	32
3.3.3	<i>La procédure valaisanne pour l'art. 59 CP</i>	34
3.4	Le travail en réseau.....	36
3.5	Les réseaux d'action publique	38
4	Hypothèses.....	41
4.1	Hypothèse en lien avec les pratiques professionnelles	41
4.2	Hypothèse en lien avec l'organisation du réseau.....	42
4.3	Hypothèse en lien avec le fonctionnement du réseau.....	43
5	Méthodologie.....	44
5.1	Choix du terrain	44
5.2	Outil de récolte de données	44
5.3	Ethique.....	45
5.4	Limites.....	45
5.5	Risques.....	46
6	Préambule à l'analyse	46
7	Analyse des données	48
7.1	Enjeux autour des PAFA.....	48
7.1.1	<i>Le PAFA médical</i>	50
7.1.2	<i>Le PAFA social</i>	53
7.2	Enjeux autour des mesures thérapeutiques institutionnelles	58
7.2.1	<i>La mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert</i>	62
7.2.2	<i>La mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé</i>	66
7.3	Comparaison des placements sous contrainte.....	67
7.4	Vérification des hypothèses	69
7.4.1	<i>Hypothèse 1</i>	69
7.4.2	<i>Hypothèse 2</i>	70
7.4.3	<i>Hypothèse 3</i>	71

8	Partie conclusive.....	73
8.1	Synthèse.....	73
8.2	Lien avec le travail social	76
8.3	Bilan personnel	76
8.4	Perspectives professionnelles	78
8.5	Perspectives de recherche.....	79
8.6	Le mot de la fin	79
9	Abréviations	80
10	Bibliographie.....	81
11	Annexes	83
11.1	Annexe A : procédure valaisanne 2013 de PAFA.....	83
11.2	Annexe B : formulaire de décision d'un PAFA	84
11.3	Annexe C : formulaire d'appel sur une décision de PAFA	86
11.4	Annexe D : formulaire de consentement	87
11.5	Annexe E : grille d'entretien	88

1 Introduction

Bien que les personnes souffrant de troubles psychiques soumises à une mesure de placement sous contrainte civile ou pénale ne représentent qu'une minorité des personnes prises en charge au sein des établissements sanitaires et des institutions sociales, elles mobilisent, de par la complexité de leur situation, une multitude d'intervenants et poussent le système social dans ses retranchements, obligeant les réseaux d'action collective et les réseaux d'action publique à se positionner et à innover.

Ma pratique professionnelle en tant qu'éducateur auprès de personnes concernées par les placements à fin d'assistance du nouveau droit de la protection de l'adulte du Code civil, ainsi que les mesures thérapeutiques institutionnelles pour le traitement des troubles mentaux telles que définies par l'art. 59 du Code pénal, m'a guidé dans le choix de cette thématique.

Ce travail de recherche a, pour objectif, d'investiguer les enjeux et les procédures de placement sous contrainte dans le Valais romand ainsi que le fonctionnement des réseaux décisionnels vu sous l'angle des domaines sociaux, médicaux, administratifs et judiciaires.

La démarche proposée dans cette recherche nécessite, tout d'abord, de poser les fondements théoriques permettant de bien comprendre le contexte des placements sous contrainte des personnes souffrant de troubles psychiques et de faire un état des lieux des procédures mises en place en 2013.

Puis elle dévoile, suite à une enquête de terrain, les points de vue des acteurs participant aux réseaux décisionnels, les difficultés rencontrées dans la mise en application des mesures et met en évidence les divergences et convergences d'opinions au sujet de ces dernières.

Pour clore ce travail, elle aborde les réflexions et les mesures d'amélioration en cours d'élaboration en donnant un éclairage sur les perspectives professionnelles et de recherches possibles.

2 Elaboration du projet de recherche

2.1 Motivation et choix du thème

Je travaille depuis plus de trois ans au Centre d'accueil pour adultes en difficulté (CAAD) qui est une institution valaisanne ayant pour mission d'offrir une prise en charge bio-psycho-sociale de longue durée à des personnes en situation de handicap psychique avec des troubles associés. Leur isolement psychosocial est à l'origine de la désinsertion sociale, professionnelle et médicale.

Le CAAD accueille des hommes et des femmes adultes de 18 à 60 ans en provenance de toute la Suisse romande, bénéficiant d'une rente AI et pouvant également faire l'objet d'un placement civil et/ou pénal. Les résidants cumulent un ou plusieurs troubles psychiatriques, somatiques, sociaux ou découlant d'une toxicomanie. Bien qu'un certain nombre de résidants du CAAD soient entrés et séjournent au foyer de manière volontaire, d'autres, suite à des comportements dangereux pour eux-mêmes où pour leur entourage et souvent liés à une maladie psychique, sont soumis à un placement à des fins d'assistance¹ ; enfin, les résidants ayant commis des délits plus graves, tels que des actes de violence, des abus sexuels, des vols, du trafic de stupéfiants, mais dont la responsabilité est diminuée en raison d'une maladie psychique ou d'une toxicomanie, se voient placés au CAAD suite à un jugement pénal, pour une mesure thérapeutique institutionnelle, pour « traitement des troubles mentaux »².

Face au nombre croissant des demandes de placements civils et pénaux, l'institution se trouve confrontée de plus en plus souvent à des personnes soumises à un placement sous contrainte. L'accompagnement institutionnel de ces résidants ne va pas de soi et fait émerger plusieurs questionnements et réflexions en lien avec la mission de l'institution sociale, versus l'exécution de mesures d'aide contrainte, la place de l'institution au sein du réseau juridique, administratif et médical, ainsi que la perception qu'ont les différents partenaires les uns des autres.

De plus, l'introduction du nouveau droit de la protection de l'adulte en janvier 2013 intègre de nouveaux acteurs et redéfinit les rôles et responsabilités en ce qui concerne notamment les placements sous contrainte. Ce nouveau droit a également pour but de protéger la personne concernée d'elle-même, mais aussi des abus du système, en mettant en place des gardes fous.

Le choix du thème de ce travail s'est donc porté naturellement sur le sujet des placements sous contrainte et des interactions des différents acteurs du réseau autour de ces situations.

¹ Cf. art. 426 ss CC

² Cf. art. 59 CP

2.2 Problématique

Lorsqu'une personne, souffrant de troubles psychiques, se met en danger ou commet des délits en lien avec ses troubles, la société peut, par mesure de protection pour la personne et pour son entourage, exiger la mise en place de mesures d'aide contrainte permettant d'apporter l'assistance et les soins nécessaires à la personne concernée. Ces mesures peuvent se concrétiser, notamment, sous la forme d'un placement à des fins d'assistance (PAFA), d'une mesure thérapeutique institutionnelle et/ou d'un traitement sous contrainte.

Ces situations impliquent un nombre important d'acteurs devant se coordonner et travailler en réseau et on peut mettre en évidence l'intrication des différents domaines de la société :

- **Social** : l'institution sociale telle le CAAD accompagnant des personnes soumises à une mesure d'aide contrainte et le curateur de la personne concernée.
- **Juridique** : la justice pénale (juge) ou la justice civile (l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte – APEA) ayant l'autorité de prononcer un placement sous contrainte.
- **Administratif / Exécutif** : le service cantonal d'application des peines et mesures en charge du suivi de la personne soumise à un article pénal d'une mesure thérapeutique institutionnelle, l'APEA donnant mandat au curateur de suivre la personne soumise à un PAFA.
- **Médical** : le médecin psychiatre chargé du suivi thérapeutique, l'expert médical lors du jugement ou d'une demande de libération conditionnelle ou encore le médecin de 1^{er} recours demandant un PAFA pour protéger le patient.
- **Politique** : Les pouvoirs politiques mettant en œuvre les politiques sociales et légiférant aux niveaux cantonal ou fédéral pour s'adapter aux pressions sociales et populaires ainsi qu'à l'évolution de la société.

Au vu de la complexité, de la diversité et du nombre d'acteurs impliqués, nous pouvons légitimement nous questionner sur la représentation, le fonctionnement et les processus mis en place autour des placements sous contrainte.

L'institution sociale se situe au cœur de ce réseau complexe autour de la situation de la personne concernée. Et l'on peut s'interroger sur la façon dont l'institution sociale s'insère dans ce dispositif et sur le rôle qu'elle y joue.

Dans son code de déontologie, AvenirSocial³ pose, comme fondement au travail social, les principes de l'égalité de traitement, d'autodétermination, de participation, d'intégration et d'empowerment⁴. On retrouve ces principes dans les concepts pédagogiques des institutions sociales qui, comme le CAAD, travaillent sur l'autonomie adaptée en vue d'une réinsertion sociale et/ou professionnelle. L'intégration des mesures d'aide contrainte, comme un placement ou un traitement sous contrainte, dans l'accompagnement des résidents, peut être source de résistances au sein des institutions. Nous percevons des objectifs pouvant être divergents entre, par exemple, l'impératif de protection de la société d'un juge pénal et

³ AvenirSocial – Travail social Suisse est une association nationale représentant les professionnels du travail social. Elle défend leurs intérêts et œuvre notamment au niveau des politiques professionnelles, sociales et de la formation.

⁴ L'empowerment est un processus par lequel un individu accroît sa capacité et sa confiance à pouvoir agir sur son environnement et à contrôler sa vie.

le désir de réinsertion de l'institution sociale ou le respect de la volonté du patient d'un service médical.

Quelles représentations du PAFA ou de la mesure thérapeutique institutionnelle ont les différents acteurs impliqués ?

Quels rôles jouent les différents acteurs intervenant lors d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle ?

Les différents acteurs impliqués partagent-ils les mêmes objectifs et attentes vis-à-vis d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle et comment s'accordent-ils ?

Qui porte la responsabilité en cas de récidive de la personne concernée ?

Quel pouvoir de décision laisse-t-on à la personne concernée par un PAFA ou une mesure thérapeutique institutionnelle ?

La personne concernée dépend des autorités et n'a plus le contrôle des décisions concernant son placement et la levée de la contrainte. Confrontée aux exigences des services sociaux, de l'institution, du corps médical et possiblement de la justice, la personne concernée est alors souvent démunie. Le principe d'autodétermination de la personne concernée est-il encore respecté dans le cadre d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle ?

Ces questionnements ouvrent un vaste champ d'investigation autour des enjeux sociaux des placements sous contrainte (PAFA et des mesures thérapeutiques institutionnelles), du pouvoir de décision accordé à la personne concernée et des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux.

Cette problématique peut être analysée sous différents angles et à des niveaux distincts. Le regard peut être centré sur les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux accompagnants les personnes concernées par des placements sous contrainte. L'analyse peut également s'intéresser à la perception et à la compréhension, qu'ont les personnes concernées, du processus de placements sous contrainte. En prenant un peu de distance sur cette problématique, la recherche se focalise sur le réseau de proximité (intervenants, famille, etc.) de la personne concernée et sur son fonctionnement, en tenant compte des possibilités et des contraintes qu'un tel accompagnement peut occasionner dans la pratique. En s'éloignant encore un peu plus des aspects du quotidien et pratiques, on se penche alors sur le fonctionnement inter-institutions entourant les placements sous contrainte.

J'ai choisi d'aborder cette problématique sous l'angle le plus large afin de dégager une vision globale du processus de placements sous contrainte. De par ma pratique, je suis confronté aux aspects « micro » de l'accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques ayant un placement sous contrainte. Il m'est dès lors apparu comme évident, dans ce contexte, d'orienter mon travail sur la compréhension du processus « macro » des placements sous contrainte et du fonctionnement du réseau des instances décisionnelles.

2.3 Question de recherche

Dans le but de développer une meilleure compréhension des enjeux, des mécanismes et de l'approche pluridisciplinaire concernant les placements sous contraintes touchant les personnes souffrant de troubles psychiques, dans le Valais romand, la question de recherche de ce travail est formulée de la manière suivante :

« Selon les différents acteurs du Valais romand, quels sont les enjeux et comment s'organise le travail en réseau concernant les placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques ? »

2.4 Objectifs

Au niveau théorique ce travail de recherche a pour objectifs :

- de mieux comprendre les mesures d'aide contrainte que sont le placement à des fins d'assistance du CC et la mesure thérapeutique institutionnelle du CP
- d'identifier les procédures cantonales autour de ces placements sous contrainte
- de tracer le parcours d'une personne concernée par un placement sous contrainte, ainsi que le rôle des différents intervenants agissant autour de sa situation
- d'approfondir le rôle et la place de l'institution sociale, de l'hôpital psychiatrique, des pouvoirs judiciaires et politiques dans le processus de placement sous contrainte

Au niveau personnel, les objectifs sont :

- de comprendre les rouages et les enjeux des différents domaines impliqués (juridique, social, médical et politique) autour des placements sous contrainte
- de confronter une vision de travailleur social à la réalité plus globale du terrain

Au niveau de la pratique professionnelle, les objectifs sont :

- de donner un éclairage multidimensionnel des PAFA ou des mesures thérapeutiques institutionnelles
- de faire ressortir les différentes perceptions et objectifs des principaux acteurs œuvrant autour de ces mesures
- d'ouvrir des pistes de réflexion et d'amélioration autour de l'accompagnement global des personnes concernées

3 Cadre théorique

La privation de liberté⁵ peut être définie comme une mesure prise par une autorité publique afin de retenir une personne dans un lieu déterminé, pour un temps donné et contre sa volonté, en utilisant la contrainte physique ou la menace de contrainte physique. Cela englobe une vaste gamme de mesures comme l'emprisonnement, l'hospitalisation forcée, l'internement, le placement sous contrainte en institution ouverte ou fermée, la contention. Compte tenu de la variété des domaines (juridique, social, médical) abordés dans ce travail, il est important de définir, au préalable, une terminologie permettant de garder une cohérence dans le texte et de donner un cadre plus précis dans les concepts théoriques développés.

Ce travail va aborder la notion d'aide contrainte⁶ comme une notion générale englobant les mesures prises, contre la volonté de la personne concernée, pour lui apporter l'assistance et les soins nécessaires. Cette première notion englobe les mesures d'aide contrainte qui seront développées, ci-après, tels les placements sous contrainte, identifiés par le PAFA et la mesure thérapeutique institutionnelle, et le traitement sous contrainte.

Le but de ce cadre théorique est de mettre en place des éléments de réflexion permettant de comprendre les contextes juridique, médical et social entourant les mesures d'aide contrainte que sont les mesures thérapeutiques institutionnelles (pénales), le placement à des fins d'assistance (civil) et le traitement sous contrainte, ainsi que les enjeux pouvant être perçus comme contradictoires, des différents acteurs.

En premier lieu et par opposition aux mesures d'aide contrainte, nous nous pencherons sur le principe d'autodétermination afin d'en comprendre les fondements et de saisir la portée de la contrainte. Nous approcherons ensuite les mesures d'aide contrainte en développant la notion d'aide contrainte et les mesures spécifiques suivantes : mesures thérapeutiques institutionnelles, placement à des fins d'assistance et traitement sous contrainte. Nous approcherons alors les spécificités valaisannes du processus de placement sous contrainte en présentant un tour d'horizon des institutions impliquées par ces mesures d'aide contrainte dans le Valais romand, ainsi que les modalités d'application de ces mesures. Finalement, nous aborderons la notion du travail en réseau et des réseaux d'action publique.

3.1 L'autodétermination

La convention européenne des droits de l'homme (CEDH)⁷ et la déclaration universelle des droits de l'homme⁸ de 1948, sont à la base du principe d'autodétermination. L'article premier spécifie que tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits, alors que l'article 2 insiste sur le fait que chacun peut se prévaloir de ces droits sans aucune distinction. C'est sur cette base que se sont construites les réflexions juridiques, éthiques et sociales concernant les droits de la personne et notamment les droits du patient et les droits des personnes en situation de handicap physique, psychique et/ou mental.

⁵ (BINO, 2006, pp. 101-102)

⁶ (HARDY, 2001)

⁷ (CONSEIL DE L'EUROPE, 2010)

⁸ (ORGANISATION DES NATIONS UNIES, 1948)

Déclaration universelle des droits de l'homme**Article premier**

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

Article 2

1. Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation.
2. De plus, il ne sera faite aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté.

Au niveau du Droit suisse, le principe d'autodétermination est inscrit au niveau de la Constitution fédérale qui voit en l'individu une personne responsable (cf. art. 6 Cst. féd.) et assure à tout être humain un droit à la dignité (cf. art. 7 Cst. féd.), à la liberté personnelle et au respect de son intégrité physique et psychique (cf. art. 10 Cst. féd.). Ce droit fondamental ne peut être limité que dans le cas où l'expression de cette liberté serait contraire aux lois ou aux mœurs (cf. art. 27 al. 2 CC).

Constitution fédérale de la Confédération suisse**Art. 6 Responsabilité individuelle et sociale**

Toute personne est responsable d'elle-même et contribue selon ses forces à l'accomplissement des tâches de l'Etat et de la société.

Art. 7 Dignité humaine

La dignité humaine doit être respectée et protégée.

Art. 10 Droit à la vie et liberté personnelle

¹ Tout être humain a droit à la vie. La peine de mort est interdite.

² Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.

³ La torture et tout autre traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants sont interdits.

Art. 36 Restriction des droits fondamentaux

¹ Toute restriction d'un droit fondamental doit être fondée sur une base légale. Les restrictions graves doivent être prévues par une loi. Les cas de danger sérieux, direct et imminent sont réservés.

² Toute restriction d'un droit fondamental doit être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui.

³ Toute restriction d'un droit fondamental doit être proportionnée au but visé.

⁴ L'essence des droits fondamentaux est inviolable.

L'autodétermination, en tant que droit fondamental, est une notion faisant déjà débat aux Etats-Unis dans les années 1950. Olivier Guillod met en évidence les différences entre le droit anglo-saxon⁹ qui place l'autodétermination comme un droit fondamental de chaque individu de pouvoir disposer de son corps et de son destin, alors que le droit européen adopte une vision plus paternaliste, en mettant en avant la protection de l'intégrité corporelle comme valeur à protéger vis-à-vis des tiers, mais aussi de la personne elle-même.

⁹ Common-law

« Le Tribunal fonde le consentement tant sur les libertés constitutionnelles que sur les droits de la personnalité. [...] On notera pourtant qu'ils envisagent la personne humaine d'un point de vue différent. Alors que les libertés constitutionnelles procèdent d'une conception de l'homme comme individu responsable, les droits de la personnalité s'inspirent plutôt de la conception de l'homme comme individu ayant besoin de protection. » (GUILLOD, 1986, p. 38)

La Suisse débuta sa réforme du droit de la famille en 1972 et opta pour une démarche échelonnée en raison de la complexité et de l'ampleur de la tâche. La refonte totale du droit des tutelles constitua la dernière étape de ce processus et aboutit au droit de la protection de l'adulte¹⁰ qui intègre et renforce le principe d'autodétermination¹¹.

« [...] la liberté personnelle garantit toutes les libertés qui constituent les manifestations élémentaires de l'épanouissement de la personne humaine. Elle apparaît donc aujourd'hui comme l'expression du principe d'autonomie, soit comme le droit à l'autodétermination. » (GUILLOD, 1986, p. 39)

Pour avoir la pleine jouissance de ce droit à l'autodétermination, notamment par l'exercice de ses droits civils, la personne doit être majeure et capable de discernement (cf. art. 13 CC). A l'inverse, une personne a l'incapacité d'exercer ses droits civils lorsqu'elle est incapable de discernement, mineure ou sous une curatelle de portée générale (cf. art. 17 CC).

Code civil suisse

[Art. 13](#)

2. Ses conditions

a. En général

Toute personne majeure et capable de discernement a l'exercice des droits civils.

¹ Nouvelle teneur selon le ch. I 2 de la LF du 19 déc. 2008 (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2013 ([RO 2011 725](#); [FF 2006 6635](#)).

[Art. 17](#)¹

III. Incapacité d'exercer les droits civils

1. En général

Les personnes incapables de discernement, les mineurs et les personnes sous curatelle de portée générale n'ont pas l'exercice des droits civils.

¹ Nouvelle teneur selon le ch. I 2 de la LF du 19 déc. 2008 (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2013 ([RO 2011 725](#); [FF 2006 6635](#)).

¹⁰ Nouveau droit de la protection de l'adulte entré en vigueur au 1^{er} janvier 2013

¹¹ (MEIER & LUKIC, 2011)

Le discernement est défini comme une disposition de l'esprit à juger clairement et sainement les choses, à faire usage de bon sens par opposition à la confusion¹². C'est grâce à sa capacité de discernement qu'une personne peut prendre des décisions et agir de manière raisonnable, conformément à sa volonté et ses valeurs. Le Code civil suisse pose comme principe que toute personne est capable de discernement, à moins d'être limitée par un manque de maturité dû à son jeune âge, une déficience mentale, des troubles psychiques¹³, d'ivresse ou d'autres causes semblables (cf. art. 16 CC).

Code civil suisse**Art. 16¹**

d. Discernement

Toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables est capable de discernement au sens de la présente loi.

¹ Nouvelle teneur selon le ch. I 2 de la LF du 19 déc. 2008 (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation), en vigueur depuis le 1^{er} janv. 2013 ([RO 2011 725](#); [FF 2006 6635](#)).

La capacité de discernement n'est pas un critère objectif et absolu à l'instar de la majorité ou de la curatelle de portée générale. A l'exception de cas très spécifiques comme de très graves handicaps, une personne n'est pas en incapacité de discernement durant toute sa vie. De plus, une incapacité de discernement peut s'appliquer à des domaines particuliers de la vie courante et pas à d'autres. Cela nécessite une analyse approfondie de la capacité de discernement de la personne concernée pour chaque acte ou décision qu'elle doit prendre¹⁴. La personne mineure ou sous curatelle de portée générale, mais capable de discernement, doit obtenir le consentement de son représentant légal (cf. art. 19 CC). Bien que ne pouvant pas exercer ses droits civils, elle peut faire valoir son droit à l'autodétermination en ce qui concerne ses droits strictement personnels¹⁵ et cela sans devoir faire systématiquement appel à son représentant légal (cf. art. 19, 19c CC).

Partant des mêmes principes de respect et de dignité de la personne, le domaine social s'est, lui aussi, penché sur le concept de l'autodétermination. Dès les années 60, des auteurs comme Nirje¹⁶ et Wolfensberger¹⁷ ont souligné, dans leurs travaux, l'importance de considérer les personnes en situation de handicap comme des personnes à part entière et ils

¹² Cf. Le Petit Robert illustré 2006

¹³ Le terme de troubles psychiques comprend toutes les pathologies reconnues en psychiatrie telles que les psychoses, les démences et en incluant les dépendances. (MEIER & LUKIC, 2011, p. 191)

¹⁴ (PRO INFIRMIS, 2012) concernant la capacité de discernement et la capacité d'exercer les droits civils

¹⁵ Les droits strictement personnels (liste non exhaustive) : les droits touchant à la personnalité, le droit d'accepter ou de refuser un traitement ou une intervention médicale, le droit de choisir sa religion (dès l'âge de 16 ans), le droit de gérer ses relations familiales, etc. Certains de ces droits peuvent être soumis au consentement du représentant légal, à l'exemple de la conclusion d'un contrat de mariage.

¹⁶ Dr Bengt Nirje, directeur à la fin des années 60 de la Swedish Association for Persons with Mental Retardation, est un des précurseurs du principe de normalisation des personnes souffrant d'un retard mental.

¹⁷ Dr Wolf Wolfensberger a œuvré, dès la fin des années 60, à la promotion du principe de normalisation en Amérique du Nord et au développement de la valorisation par les rôles sociaux (VRS) pour les personnes atteintes d'une déficience mentale.

ont démontré que le développement de l'autodétermination participe à l'amélioration de la qualité de vie.

Wehmeyer définit l'autodétermination¹⁸ comme étant la capacité d'un individu à agir comme agent principal de sa vie et de pouvoir prendre des décisions concernant sa qualité de vie, libre de toutes influences ou interférences externes indues. Les actes d'une personne peuvent être considérés comme autodéterminés s'ils répondent aux quatre caractéristiques suivantes :

1. Autonome : les actes de la personne sont en accord avec ses préférences, ses intérêts et ses capacités, ainsi que libres de toutes influences et interférences externes indues
2. Autorégulé : la personne décide quelle compétence mobiliser dans la situation, évalue la tâche, formule et adopte un plan d'actions. Et si nécessaire, elle effectue des ajustements
3. Psychologiquement empowered : les actes de la personne sont basés sur la croyance en sa capacité à adopter les comportements nécessaires afin d'influencer la réponse de son environnement et à anticiper les résultats de ses comportements
4. Autoréalisé : la personne a une connaissance raisonnablement précise d'elle-même, de ses forces et de ses faiblesses lui permettant de capitaliser et d'agir de manière bénéfique

Dans le domaine du retard mental, les travaux de Wehmeyer démontrent que l'acquisition de l'autodétermination est un processus d'apprentissage constant. Les efforts réalisés pour acquérir et développer les quatre compétences décrites ci-dessus participent à renforcer la participation sociale et à améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

Les travaux de Lecomte et Leclerc concernant les psychoses réfractaires¹⁹ proposent une approche basée sur les trois axes de développement suivants : le module estime de soi « je suis super », le module coping²⁰ et compétence « je gère mon stress » et le module TCC²¹. Chacun des trois modules est basé sur le principe d'autodétermination avec pour objectif de permettre à la personne concernée de développer ses compétences et habiletés afin d'arriver à s'aider elle-même.

L'autodétermination est un principe de base de notre société moderne et fait partie des valeurs fondamentales que nos systèmes juridique et social défendent. Ce principe doit être constamment présent à l'esprit afin de pouvoir mesurer le bien-fondé de toutes mesures d'aide contrainte.

¹⁸ (WEHMEYER & SCHWARTZ, The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation, 1998)

¹⁹ (LECOMTE & LECLERC, 2005)

²⁰ Coping : stratégies utilisées afin d'atténuer ou de supprimer l'impact d'un événement sur le bien-être physique ou psychique

²¹ TCC : Thérapie cognitive comportementale

3.2 Les mesures d'aide contrainte

Ce chapitre n'est pas une liste exhaustive des mesures d'aide contrainte, mais il explicite les notions abordées dans le cadre de ce travail à savoir : une compréhension de ce qu'est l'aide contrainte, les mesures de placement sous contrainte pénale ou civile et le traitement sous contrainte.

3.2.1 L'aide contrainte

Dans la notion d'aide contrainte²², nous retrouvons deux concepts distincts. D'une part, il y a l'aide pouvant être apportée par des travailleurs sociaux, des psychothérapeutes, du personnel soignant, etc. en lien avec une ou plusieurs personnes ayant besoin de soutien, de soins, d'un suivi ou d'un accompagnement psycho-médico-social. Cette aide se construit au travers d'une relation entre deux partenaires : l'aidant et l'aidé ; d'autre part, il y a la contrainte :

« Une contrainte se définit (et se vit) comme une situation infligée faisant entrave à une totale liberté d'action. » (HARDY, 2001, p. 17)

Dans le cas d'une aide contrainte, la contrainte est souvent le fait d'une autorité imposant la mesure d'aide ; Guy Hardy parle également d'aide sous injonction administrative ou judiciaire. A la relation « aidant – aidé » vient donc s'ajouter un troisième acteur, l'autorité. Les objectifs poursuivis par l'autorité, lors d'une mesure d'aide contrainte, sont des objectifs à longs termes. L'autorité attend, pour lever la contrainte, un changement durable et profond de la personne concernée afin qu'elle intègre les normes de la société et les respecte de sa propre volonté. Guy Hardy résume cette exigence de l'autorité par l'injonction paradoxale²³ suivante :

« Je veux que tu veuilles changer et pour cela, je veux que tu veuilles de l'aide. » (HARDY, 2001, p. 30)

A cette injonction de l'autorité, la personne concernée peut y répondre de trois manières distinctes :

- **Le refus** : elle refuse ou s'oppose à l'aide proposée. Par ce comportement, l'autorité peut se sentir confortée dans sa décision et donc maintenir ou renforcer la contrainte.
- **L'adhésion** : elle reconnaît finalement avoir besoin d'aide. Elle accepte la mesure et collabore avec les services concernés
- **L'adhésion stratégique** : elle simule et joue le jeu. Elle accepte et se plie aux exigences dans le seul but de lever rapidement la contrainte

²² Tel que développé par Guy Hardy (HARDY, 2001)

²³ Une injonction paradoxale est un concept développé par Watzlawick pouvant se résumer comme étant une injonction à laquelle il faut désobéir pour lui obéir.

L'aidant, par exemple le travailleur social, et l'aidé, la personne concernée, se retrouvent dans une situation de double lien²⁴ où il est quasiment impossible pour l'aidé de refuser la mesure d'aide contrainte sans aggraver sa situation et pour l'aidant de distinguer l'adhésion de l'adhésion stratégique de l'aidé.

Devant cette situation paradoxale d'aide contrainte, l'aidant, selon Guy Hardy, peut réagir selon les trois schémas suivants :

- « **Valorisation de l'aide et déni de la contrainte** » : l'aidant met tout en œuvre pour minimiser la contrainte et tente de créer une alliance avec l'aidé. L'aidant se retrouve alors confronter au paradoxe d'imposer sa volonté à l'aidé : « je veux que tu veuilles changer ! ».
- « **Valorisation de la contrainte et déni d'une aide émancipatrice** » : l'aidant se place comme un exécutant au service de l'autorité. Dans cette stratégie purement normative, l'aidant et l'autorité font alliance « contre » l'aidé.
- « **User ou ruser du paradoxe et valoriser une aide émancipatrice** » : l'aidant ne nie pas le paradoxe de la situation d'aide contrainte. Il s'agit, dans cette troisième voie, de permettre à l'aidé de disposer de plusieurs alternatives.

« Il s'agit toujours de vouloir que l'autre veuille, à un moment, être autonome » (HARDY, 2001, p. 41)

Cela part de l'idée que les comportements déviants correspondent, pour la personne concernée, à la meilleure réponse à une situation donnée en fonction de ses compétences, et que l'aide apportée consiste, alors, à développer ou exploiter les compétences de la personne aidée pour lui permettre d'adopter d'autres comportements en réponse aux situations vécues.

Afin de pouvoir pleinement jouer de ce paradoxe que constitue l'aide contrainte, l'aidant a besoin de mettre en place une collaboration avec l'autorité afin de pouvoir développer un espace d'intervention propice à valoriser une aide émancipatrice pour la personne concernée.

²⁴ Un double lien (double bind) est un concept développé par Bateson. Une personne se trouve en situation de double lien lorsqu'elle est soumise à une injonction paradoxale ET que l'enjeu est vital pour l'un des partenaires et qu'elle est dans l'obligation d'y répondre sans pouvoir y répondre de manière adéquate.

Cette perspective plutôt sociale de l'aide contrainte que nous propose Guy Hardy met en valeur l'importance de préserver et développer l'autonomie, et dans un sens plus large, la capacité d'autodétermination de la personne concernée. Elle met en évidence une relation triangulaire entre l'aidant, l'aidé et l'autorité. Dans les mesures d'aide contrainte que nous allons aborder (placements sous contrainte et traitement sous contrainte), le rôle de l'aidant est joué par plusieurs acteurs (curateur, assistant social, éducateur, psychiatre, etc.) qui chacun, à leur manière, va devoir gérer cette situation paradoxale imposée par l'injonction de l'autorité. Cette multiplicité des intervenants nécessite, pour être efficace, que tous les intervenants, incluant l'autorité, travaillent en réseau, afin de coordonner leurs actions et de garantir une intervention cohérente avec la personne concernée.

3.2.2 La mesure thérapeutique institutionnelle

Le droit pénal²⁵ est traditionnellement associé au droit public, car d'une part il œuvre dans l'intérêt général en défendant la société et d'autre part la sanction est exclusivement le fait de l'autorité publique.

*« Le droit pénal est une réaction de défense de la Société contre certaines atteintes à son organisation. Il est la **garantie de la paix sociale** » (LE ROY & SCHOENENBERGER, 2011, p. 589)*

Le droit pénal définit les infractions en termes de crimes et délits, les conditions de leurs répressions par des peines et mesures, ainsi que l'application de celles-ci.

Lorsque l'auteur d'infractions présente un danger pour la sécurité publique et qu'un traitement ou une prise en charge thérapeutique pourrait éviter qu'il commette de nouvelles infractions, le juge peut prononcer une mesure privative de liberté sous la forme de mesures thérapeutiques institutionnelles ou d'un internement au sens de l'art. 56 du CP.

CP Art. 56 Principes al. 1 et 3

¹ Une mesure doit être ordonnée:

- a. si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions;
- b. si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige et
- c. si les conditions prévues aux art. 59 à 61, 63 ou 64 sont remplies.

...

³ Pour ordonner une des mesures prévues aux art. 59 à 61, 63 et 64 ou en cas de changement de sanction au sens de l'art. 65, le juge se fonde sur une expertise. Celle-ci se détermine:

- a. sur la nécessité et les chances de succès d'un traitement;
- b. sur la vraisemblance que l'auteur commette d'autres infractions et sur la nature de celles-ci;
- c. sur les possibilités de faire exécuter la mesure.

²⁵ (LE ROY & SCHOENENBERGER, 2011, pp. 589-591)

Dans le cas où l'auteur d'infractions souffre d'un grave trouble mental et que les infractions commises sont en lien avec ce trouble mental, il peut se voir imposer une privation de liberté sous la forme d'un placement en institution selon l'art 59 du CP.

CP Art. 59 Mesures thérapeutiques institutionnelles / Traitement des troubles mentaux

¹ Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, le juge peut ordonner un traitement institutionnel aux conditions suivantes:

- a. l'auteur a commis un crime ou un délit en relation avec ce trouble;
- b. il est à prévoir que cette mesure le détournera de nouvelles infractions en relation avec ce trouble.

² Le traitement institutionnel s'effectue dans un établissement psychiatrique approprié ou dans un établissement d'exécution des mesures.

³ Le traitement s'effectue dans un établissement fermé tant qu'il y a lieu de craindre que l'auteur ne s'enfuit ou ne commette de nouvelles infractions. Il peut aussi être effectué dans un établissement pénitentiaire au sens de l'art. 76, al. 2, dans la mesure où le traitement thérapeutique nécessaire est assuré par du personnel qualifié.¹

⁴ La privation de liberté entraînée par le traitement institutionnel ne peut en règle générale excéder cinq ans. Si les conditions d'une libération conditionnelle ne sont pas réunies après cinq ans et qu'il est à prévoir que le maintien de la mesure détournera l'auteur de nouveaux crimes ou de nouveaux délits en relation avec son trouble mental, le juge peut, à la requête de l'autorité d'exécution, ordonner la prolongation de la mesure de cinq ans au plus à chaque fois.

Cette mesure offre une prise en charge thérapeutique spécifique afin de « guérir » la personne concernée et de permettre son retour dans la société. La mesure prévue par l'art. 59 du CP pour les personnes souffrant de troubles mentaux peut être prolongée indéfiniment par périodes de 5 ans.

C'est dans ce cadre juridique que des institutions sociales, telles que le CAAD, sont mandatées par les autorités pour accueillir des personnes souffrant d'un trouble mental soumises à une privation de liberté sous la forme d'une mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert au sens de l'art. 59 al. 2 du CP. L'institution a, de par sa mission, l'objectif d'accompagner cette personne vers l'autonomie et l'intégration sociale, mais reçoit du juge un mandat de surveillance et de contrôle de cette même personne pouvant être perçu comme antinomique.

La personne soumise à une privation de liberté sous la forme d'une mesure thérapeutique pénale est alors « prisonnière » d'un système complexe (juridique, social, médical et parfois politique) que l'on peut comparer à ce que Guy Hardy appelle : l'aide psycho-médico-sociale sous contrainte²⁶. Cette mesure place la personne (l'aidé) et le travailleur social (l'aidant) dans une situation paradoxale où il est difficile pour l'aidé de faire valoir sa bonne foi et pour l'aidant à créer une relation de confiance tout en devant évaluer la bonne foi de l'aidé.

²⁶ (HARDY, 2001, pp. 28-38)

On comprend bien l'objectif de protection sociale sous-jacent à la mesure thérapeutique institutionnelle pour le traitement de troubles mentaux du CP et que le but de la thérapie est d'éloigner le risque de récurrence du sujet. Il est alors moins commode de comprendre comment des établissements socio-éducatifs ou des services médico-sociaux arrivent à jongler entre les exigences du mandat judiciaire et l'accompagnement social ou médical visant, notamment, le respect et le développement de la capacité d'autodétermination de la personne²⁷. La politique sécuritaire et la recherche du risque zéro peut provoquer une dérive en maintenant exagérément des personnes non conformes hors de la société.

3.2.3 Le placement à des fins d'assistance

Le droit privé²⁸ régit les rapports juridiques entre particuliers. Il porte principalement sur les intérêts de la personne, alors que l'intérêt public n'est que secondaire. De plus, le droit privé permet aux personnes d'ordonner leur vie juridique. On parle du principe d'autonomie de la volonté. Une des branches du droit privé est le droit civil qui comprend le droit des personnes réglant, notamment, l'exercice des droits civils et la protection de la personnalité, ainsi que le droit de la famille incluant le droit de la protection de l'adulte, anciennement droit de la tutelle.

Déjà en 1957, une commission proposait une refonte complète du droit de la famille, incluant le droit de la tutelle, inscrit dans le code civil de 1907, afin de mieux correspondre à l'évolution de notre société. Au vu de l'ampleur des réformes, le Conseil fédéral opta pour une démarche échelonnée qui débuta en 1972 par le droit de l'adoption. Une première évolution du droit de la tutelle a eu lieu avec l'introduction de la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA) entrée en vigueur en 1981²⁹. La réforme du droit de la tutelle constitua la dernière étape de ce processus formalisée par l'adoption le 19 décembre 2008 du nouveau droit de la protection de l'adulte entré en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Tout comme l'ancien droit de la tutelle, le droit de la protection de l'adulte a pour but, notamment, d'apporter l'assistance et la protection à la personne ayant besoin d'aide et pouvant être, temporairement ou durablement, incapable de discernement³⁰, se trouvant ainsi, dans l'incapacité d'exercer ses droits civils en mettant l'emphase sur quelques éléments clés³¹ :

- Le **renforcement des principes d'autodétermination et de proportionnalité** est l'un des objectifs principaux du nouveau droit. Il met à disposition deux outils que sont le mandat pour cause d'inaptitude et les directives personnelles anticipées. Dans l'éventualité où la personne deviendrait incapable de discernement, ces outils lui permettraient d'anticiper et de conserver son droit de disposer d'elle-même.

²⁷ Cf. Code de déontologie d'AvenirSocial, une association nationale représentant les professionnels du travail social

²⁸ (LE ROY & SCHOENENBERGER, 2011, pp. 578-588)

²⁹ (MEIER & LUKIC, 2011, pp. 3-4)

³⁰ Cf. art. 16 CC

³¹ (MEIER & LUKIC, 2011, pp. 11-15, 21-23)

- Le **renforcement de la solidarité familiale** en donnant un droit de représentation, sans mandat officiel, à des membres de la famille lorsque la personne devient incapable de discernement.
- Un système de **mesures sur mesure** où la priorité est l'autonomie de la personne concernée. La mesure de base choisie dans le nouveau droit est la curatelle qui se décline sous quatre formes :
 - La curatelle d'accompagnement
 - La curatelle de représentation / gestion
 - La curatelle de coopération
 - La curatelle de portée générale

« La « flexibilité » des mesures de protection doit permettre d'apporter une protection juridique adaptée (ciblée) aux besoins de la personne concernée. »
(MEIER & LUKIC, 2011, p. 15)

Dans le cadre du droit de la protection de l'adulte, le placement à des fins d'assistance (PAFA) vient remplacer la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA). Alors que la PLAFA de l'ancien droit de la tutelle était défini par les art. 397a à f de l'ancien Code civil (aCC) et reposait en grande partie, pour son application, sur le droit cantonal, le PAFA du nouveau droit de protection de l'adulte décrit par les art. 426 à 439 du CC est plus précis et complet.

aCC Art. 397a Privation de liberté à des fins d'assistance / Conditions

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.

Alors que la PLAFA se limitait à la notion de privation de liberté et laissait le soin aux lois cantonales de légiférer sur le traitement des troubles psychiques en institution, le PAFA du nouveau droit de la protection de l'adulte améliore la protection juridique des personnes concernées et régleme, au niveau fédéral, le traitement des troubles psychiques en institution. Toutefois, les similitudes entre la PLAFA et le PAFA permettent de tirer des parallèles entre les deux mesures³².

³² (MEIER & LUKIC, 2011, p. 21)

Le PAFA est une mesure d'aide contrainte où la personne est placée ou retenue, par une autorité, dans un établissement approprié afin de recevoir l'aide dont elle a besoin (cf. art 426 et 427 CC).

CC Art. 426 Mesures / I. Placement à des fins d'assistance ou de traitement

¹ Une personne peut être placée dans une institution appropriée lorsque, en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent lui être fournis d'une autre manière.

² La charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour des tiers ainsi que leur protection sont prises en considération.

³ La personne concernée est libérée dès que les conditions du placement ne sont plus remplies.

⁴ La personne concernée ou l'un de ses proches peut demander sa libération en tout temps. La décision doit être prise sans délai.

CC Art. 427 Mesures / II. Maintien d'une personne de son plein gré

¹ Toute personne qui souhaite quitter l'institution dans laquelle elle est entrée de son plein gré en raison de troubles psychiques peut être retenue sur ordre du médecin-chef de l'institution pendant trois jours au plus:

1. si elle met en danger sa vie ou son intégrité corporelle;
2. si elle met gravement en danger la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui.

² Ce délai échu, elle peut quitter l'institution, à moins qu'une décision exécutoire de placement n'ait été ordonnée.

³ La personne concernée est informée par écrit de son droit d'en appeler au juge.

Cette mesure n'implique pas obligatoirement la mise sous curatelle de la personne concernée et peut s'appliquer aussi bien à des personnes majeures ayant l'exercice de leurs droits civils qu'à des personnes sous curatelle de portée générale.

La mise en place d'un PAFA nécessite de pouvoir placer la personne concernée dans un établissement approprié, c'est-à-dire à même de lui prodiguer les soins et l'aide dont elle a besoin. Cet établissement n'a pas l'obligation d'être un établissement fermé, mais il suffit que la personne concernée n'ait pas l'autorisation de le quitter³³.

« L'absence d'établissement approprié peut, voire doit, conduire l'autorité compétente à renoncer au placement, estimant par là le remède pire que le mal »
(KATZ, 1983, p. 47)

³³ (KATZ, 1983, pp. 46-50)

Il est essentiel de se rappeler que le but d'un PAFA est de venir en aide à la personne concernée. Il doit avant tout servir le bien de l'individu et pas celui de la société qui est du ressort du droit public. Par conséquent, bien que la protection des tiers soit prise en compte (cf. art 426 al. 2 CC), elle ne peut, à elle seule, justifier le PAFA³⁴. Pour certaines catégories de marginaux n'ayant pas commis d'infractions suffisamment graves pour être sanctionnés par une privation de liberté ou une mesure thérapeutique du code pénal, le risque est grand de voir détourner l'utilisation du PAFA.

« Il n'appartient en revanche jamais au placement à des fins d'assistance de se substituer au droit pénal lorsque ce dernier n'est pas applicable ; nous pensons plus particulièrement aux problèmes de certains asociaux n'ayant pas commis de délits mais dérangeant par leur attitude un certain nombre de normes sociales » (KATZ, 1983, p. 17)

Dans le nouveau droit de protection de l'adulte, les termes de « maladie mentale » et de « faiblesse d'esprit », utilisés dans la PLFA, ont été jugés trop stigmatisants. Ils ont été remplacés par « déficience mentale » et « trouble psychique » ; ce dernier inclut également tout ce qui a trait aux dépendances (toxicomanie, alcoolisme, pharmacodépendance)³⁵.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte fixe notamment des garde-fous et des limites à l'application cantonale du PAFA, comme par exemple l'art 429 du CC fixant la durée maximum de six semaines d'un PAFA ordonné par un médecin, à moins d'avoir été prolongé par une décision exécutoire de l'autorité de protection de l'enfant et l'adulte (APEA).

CC Art. 429 Compétence en matière de placement et de libération / II. Médecins 1. Compétence

¹ Les cantons peuvent désigner des médecins qui, outre l'autorité de protection de l'adulte, sont habilités à ordonner un placement dont la durée est fixée par le droit cantonal. Cette durée ne peut dépasser six semaines.

² Le placement prend fin au plus tard au terme du délai prévu par le droit cantonal, à moins que l'autorité de protection de l'adulte ne le prolonge par une décision exécutoire.

³ La décision de libérer la personne placée appartient à l'institution.

En guise de protection de la personne concernée et pour éviter la prolongation d'un PAFA sans de justes motifs, le nouveau droit impose à l'APEA d'examiner une première fois le placement dans les six premiers mois suivant la date du PAFA, puis un nouvel examen après une deuxième période de six mois. Si le PAFA se prolonge, l'APEA devra réévaluer la situation de la personne au minimum une fois par an³⁶. La levée du PAFA, comme le stipule l'al. 3 de l'art. 426 CC, doit être prononcée dès que l'état de la personne concernée le permet. Cela place la personne sous PAFA dans une dépendance vis-à-vis d'un système complexe (judiciaire, social, médical et politique) similaire à celui qu'affronte une personne ayant une mesure thérapeutique au sens du CP.

³⁴ (MEIER & LUKIC, 2011, p. 307)

³⁵ (CONFÉDÉRATION SUISSE, 2006) Message p. 6695

³⁶ (MEIER & LUKIC, 2011, pp. 297-342)

Les mesures du nouveau droit de l'adulte concernant le PAFA vont dans le sens de la protection de la personne concernée et tente de limiter les dérives et lacunes de la PLFA de l'ancien CC. Toutefois la nouveauté du droit de la protection de l'adulte et la mise en place des APEA, nous empêchent actuellement d'avoir suffisamment de recul pour mesurer les bénéfices de ces changements.

Un autre aspect, relativement peu documenté et non couvert par le droit, est l'impact de la menace de PAFA sur la personne concernée dans l'engagement de son traitement.

Déjà au début du 20^e siècle, le responsable de Bethesda (Asile pour femmes alcooliques) fait l'éloge de l'entrée en vigueur en 1906 de la loi vaudoise sur l'internement des alcooliques permettant d'utiliser la menace de l'internement comme moyen de pression et de persuasion sur les personnes concernées afin de les encourager à suivre un traitement « volontaire ». Peut-on, alors, parler de traitement volontaire lorsque la personne concernée accepte le traitement sous la menace d'une mesure de placement sous contrainte ?³⁷

3.2.4 Le traitement sous contrainte

En vertu du principe d'autodétermination et des droits de la personnalité, l'administration d'un traitement ne peut se faire, en principe, qu'avec le consentement éclairé de la personne concernée. Guillod³⁸ met en évidence que le consentement éclairé de la personne n'est pas uniquement une autorisation libérant le médecin de sa responsabilité. Il doit refléter la volonté de la personne concernée correspondant à l'essence même de ce que le droit de la personnalité se doit de protéger. Ainsi le consentement devient plus qu'une simple permission de la personne concernée, mais représente un acte actif d'expression de sa volonté et de son droit à l'autodétermination. Il est essentiel que la personne concernée puisse, en toutes connaissances de cause, donner son accord à une intervention médicale ou à la prise d'un traitement. Cela implique qu'elle puisse donner son consentement ou son refus en ayant reçu les informations nécessaires quant aux effets secondaires, aux risques potentiels et aux alternatives possibles. La personne concernée doit pouvoir donner son consentement ou son refus, libre de toutes contraintes extérieures indues.

Le consentement éclairé de la personne concernée est intimement lié à la notion juridique de sa capacité de discernement vue précédemment³⁹. Et d'un point de vue juridique et éthique, le traitement administré de force et contre la volonté de la personne concernée, disposant de sa capacité de discernement, est en principe illégal et va à l'encontre des droits de la personnalité⁴⁰.

³⁷ (GASSER & YERSIN, 2000)

³⁸ (GUILLIOD, 1986)

³⁹ Cf. 3.1 et art. 16 CC

⁴⁰ Exceptés certains cas comme une mise en danger de la santé collective (GASSER & YERSIN, 2000, p. 185)

Toutefois lorsque la personne concernée est placée dans un établissement psychiatrique en raison de troubles psychiques et qu'elle n'est pas en possession de sa capacité de discernement, le traitement sous contrainte peut être prescrit selon les règles du PAFA (cf. art. 380 CC), mais doit toujours faire l'objet d'une pesée d'intérêts entre le devoir d'assistance et la volonté de la personne concernée ainsi que le respect du principe de proportionnalité.

Le nouveau droit de la protection de l'adulte intègre dans le chapitre du PAFA les articles de lois concernant le traitement sans consentement de la personne concernée. Cette spécificité vise, plus spécialement, les personnes atteintes de troubles psychiques sous PAFA et régleme les trois cas suivants : le traitement est accepté, le traitement est forcé et les cas d'urgence.

Sauf en ce qui concerne les cas d'urgence, le médecin doit élaborer avec la personne concernée sous PAFA et sa personne de confiance, un plan de traitement tout en les informant sur les éléments essentiels du traitement. Le plan du traitement est soumis au consentement de la personne concernée. En cas d'incapacité de discernement, le médecin doit, dans la mesure du possible, tenir compte d'éventuelles directives anticipées, mais qui perdent leur caractère contraignant lorsque la personne souffre de troubles psychiques (cf. art. 433 CC).

Code civil suisse

[Art. 433](#)

E. Soins médicaux en cas de troubles psychiques

I. Plan de traitement

¹ Lorsqu'une personne est placée dans une institution pour y subir un traitement en raison de troubles psychiques, le médecin traitant établit un plan de traitement écrit avec elle et, le cas échéant, sa personne de confiance.

² Le médecin traitant renseigne la personne concernée et sa personne de confiance sur tous les éléments essentiels du traitement médical envisagé; l'information porte en particulier sur les raisons, le but, la nature, les modalités, les risques et les effets secondaires du traitement, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de soins et sur l'existence d'autres traitements.

³ Le plan de traitement est soumis au consentement de la personne concernée. Si elle est incapable de discernement, le médecin traitant prend en considération d'éventuelles directives anticipées.

⁴ Le plan de traitement est adapté à l'évolution de la médecine et à l'état de la personne concernée.

Lorsque la personne concernée sous PAFA ne peut pas donner son consentement ou refuse le plan de traitement, le médecin-chef de l'établissement peut alors prescrire le traitement sous contrainte aux conditions suivantes (cf. art. 434 CC) :

- La vie de la personne concernée ou celle d'autrui est menacée. La contrainte ne s'applique pas pour un traitement de confort
- La personne concernée n'a pas la capacité de comprendre la nécessité du traitement en raison d'une perception altérée de la réalité (démence, schizophrénie, dépendance). Cette incapacité de compréhension est assimilée à une incapacité de discernement
- Le traitement prescrit correspond à la mesure appropriée la moins rigoureuse en respect avec le principe de proportionnalité

Cette mesure ne doit être utilisée qu'en dernier recours, en raison de son caractère extrême, allant à l'encontre des droits de la personnalité et pouvant toucher à la dignité humaine⁴¹.

Code civil suisse**Art. 434**

II. Traitement sans consentement

¹ Si le consentement de la personne concernée fait défaut, le médecin-chef du service concerné peut prescrire par écrit les soins médicaux prévus par le plan de traitement lorsque:

1. le défaut de traitement met gravement en péril la santé de la personne concernée ou la vie ou l'intégrité corporelle d'autrui;
2. la personne concernée n'a pas la capacité de discernement requise pour saisir la nécessité du traitement;
3. il n'existe pas de mesures appropriées moins rigoureuses.

² La décision est communiquée par écrit à la personne concernée et à sa personne de confiance; elle indique les voies de recours.

La notion d'urgence intervient lorsque la personne concernée souffrant de troubles psychiques met sa vie ou celle d'autrui en danger, qu'elle menace son intégrité corporelle ou celle d'autrui et que le temps nécessaire à l'obtention du consentement fasse défaut. Des traitements peuvent alors être administrés, hors du plan de traitement établi, sans attendre le consentement de la personne concernée (cf. art. 435 CC). Par contre, cet article peut être utilisé dans des cas moins extrêmes comme par exemple par l'administration d'une « sédation » lors de l'admission contre la volonté de la personne concernée. Cet article ne peut pas être utilisé pour un traitement de longue durée et doit, dans la mesure du possible, inciter le médecin à tenir compte de la volonté de la personne concernée⁴².

Code civil suisse**Art. 435**

III. Cas d'urgence

¹ En cas d'urgence, les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige.

² Lorsque l'institution sait comment la personne entend être traitée, elle prend en considération sa volonté.

⁴¹ (MEIER & LUKIC, 2011, p. 329)

⁴² (MEIER & LUKIC, 2011, p. 333)

Le contexte pénal est différent, comme vu précédemment, le droit pénal a comme principal objectif de protéger la société et de garantir la paix sociale en sanctionnant l'auteur d'infractions par une peine⁴³. Lorsque l'auteur d'infractions présente un danger pour la sécurité publique et qu'un traitement ou une prise en charge thérapeutique pourraient éviter qu'il commette de nouvelles infractions, le juge peut ordonner un traitement sous contrainte au sens de l'art. 56 du CP. Le but premier n'est donc pas directement la protection de la personne concernée, mais la protection de la société en évitant le risque de récidive en imposant un traitement thérapeutique. Le juge doit tenir compte, selon le principe de proportionnalité, de l'atteinte au droit de la personnalité que cela suppose versus le risque que la personne concernée commette de nouvelles infractions et de leur gravité.

Code pénal suisse**Art. 56**

1. Principes

¹ Une mesure doit être ordonnée:

- a. si une peine seule ne peut écarter le danger que l'auteur commette d'autres infractions;
- b. si l'auteur a besoin d'un traitement ou que la sécurité publique l'exige; et
- c. si les conditions prévues aux art. 59 à 61, 63 ou 64 sont remplies.

² Le prononcé d'une mesure suppose que l'atteinte aux droits de la personnalité qui en résulte pour l'auteur ne soit pas disproportionnée au regard de la vraisemblance qu'il commette de nouvelles infractions et de leur gravité.

Lorsque la personne concernée a commis des délits en lien avec une maladie psychique, le juge peut, sur la base d'expertise, prononcer deux sentences. La première correspond à ce que nous avons vu dans le chapitre concernant la privation de liberté sous la forme d'une mesure thérapeutique au sens de l'article 59 CP, qui permet d'une part, d'imposer un cadre institutionnel ouvert ou fermé à la personne concernée et d'autre part, d'imposer un traitement à but thérapeutique sous la forme d'une médication et/ou d'un suivi psychothérapeutique. Une autre option, lorsque la peine privative de liberté ne se justifie pas, mais qu'un traitement reste nécessaire, est d'ordonner un traitement ambulatoire au sens de l'article 63 CP. Tout comme la mesure thérapeutique institutionnelle pour le traitement des troubles mentaux, le traitement ambulatoire ne peut pas excéder cinq ans, à moins que les conditions d'une libération conditionnelle ne soient pas remplies et qu'à la demande de l'autorité d'exécution, la mesure soit prolongée d'une période de cinq ans au plus à chaque fois.

Code pénal suisse**Art. 63**

3. Traitement ambulatoire.

Conditions et exécution

¹ Lorsque l'auteur souffre d'un grave trouble mental, est toxico-dépendant ou qu'il souffre d'une autre addiction, le juge peut ordonner un traitement ambulatoire au lieu d'un traitement institutionnel, aux conditions suivantes:

- a. l'auteur a commis un acte punissable en relation avec son état;
- b. il est à prévoir que ce traitement le détournera de nouvelles infractions en relation avec son état.

⁴³ Cf. chap. 3.2.2

Toutefois l'administration d'une médication forcée ordonnée par la justice se pratique avec une grande prudence comme le montre les deux arrêts du Tribunal fédéral ci-dessous. Dans le premier cas, face au refus du détenu soumis à un article 59 al. 3 CP de suivre un traitement aux neuroleptiques, le système carcéral, les experts et l'autorité d'exécution ont préféré une mesure de contention sous la forme d'une mise à l'écart en raison de la dangerosité potentielle et réelle de la personne.

« Dès lors, les autorités d'exécution doivent examiner si une médication forcée est envisageable et si elle peut constituer une mesure plus favorable qu'un isolement durable notamment au regard de la manière dont elle peut être exécutée, de ses effets secondaires sur le détenu et de ses chances de succès. » (ATF 6B 241/2008)

Dans la situation suivante, l'autorité cantonale a renoncé à imposer une médication forcée au détenu soumis à un article 59 al. 3 en raison d'une divergence entre les experts sur les chances de succès de ce traitement. De plus, l'autorité d'exécution a la possibilité, par la suite, d'ordonner une telle mesure si elle le juge nécessaire.

« L'autorité précédente a, en revanche, renoncé à ordonner une médication forcée à base de neuroleptiques. Elle n'a donc pas suivi l'expert sur ce point précis, en relevant que cette prescription était contestée par le service psychiatrique pénitentiaire. Dans une telle hypothèse, soit lorsque, au moment d'ordonner la mesure, une médication forcée n'apparaît pas indispensable au juge, ce dernier n'a pas à l'ordonner. L'autorité pénitentiaire peut cependant, si la nécessité en apparaît lors de l'exécution de la mesure, l'ordonner (ATF 130 IV 49 consid. 3.3, p. 52). On ne saurait donc reprocher à l'autorité cantonale de n'avoir pas pris une mesure dont la nécessité ne lui semblait pas suffisamment établie. » (ATF 6B 950/2009)

On peut donc constater que le traitement sous contrainte est une mesure de dernier recours. Pour les équipes de soins, le traitement forcé crée un conflit entre le devoir d'assistance et le respect de la volonté du patient. D'ailleurs, en raison de l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013 du nouveau droit de la protection de l'adulte, les directives de l'ASSM (Académie Suisse des Sciences Médicales) concernant les mesures de contrainte en médecine, éditées en 2005, ont été retirées et font l'objet d'une révision complète. Et pour l'autorité judiciaire, le traitement sous contrainte provoque une tension antagoniste entre les droits fondamentaux de la personne et les intérêts de la société ainsi que les mesures de protection de la personne concernée.

Les conclusions d'une étude⁴⁴ montrent que près d'un patient sur deux en placement sous contrainte est collaborant et accepte son traitement. De plus, les index de prise en charge thérapeutique correspondent à ceux des admissions en mode volontaire. Cette étude montre que le placement et le traitement sous contrainte, bien que dérangent d'un point de vue éthique, apportent des bénéfices sociaux, familiaux et professionnels pour le patient.

⁴⁴ (GASSER & YERSIN, 2000, p. 67)

3.3 Les institutions et procédures valaisannes

Que la procédure soit pénale ou civile, l'autorité prononçant un placement sous contrainte ne peut le faire qu'à la condition qu'il existe un établissement approprié à l'exécution de la mesure. À titre d'exemple, lors de l'introduction de la PLFAFA⁴⁵ au début des années 1980, les institutions d'accueil existantes refusèrent les placements sous contrainte, qui selon elles, étaient en totale opposition avec leur concept basé sur le libre arbitre et la volonté de se soigner. Les hôpitaux psychiatriques acceptèrent les mandats d'évaluation et les cas nécessitant une thérapie, mais s'opposèrent aux placements de longue durée, argumentant que les hôpitaux ne sont pas des lieux de vie. Les établissements pénitentiaires refusèrent également la prise en charge de ces mandats civils. Finalement la solution ne s'est pas trouvée au sein d'institutions monolithiques, mais grâce à un réseau médicosocial qui s'est alors plutôt intéressé à l'aspect de prise en charge thérapeutique, plutôt qu'à la détention. Le placement sous contrainte servant alors d'outil, en cas de « fugue », pour pouvoir ramener la personne concernée dans le lieu de prise en charge. L'autorité devient alors un partenaire clé dans un réseau pluridisciplinaire autour de ces situations d'urgence⁴⁶.

Ce constat met en évidence la complexité de ces situations où l'aide contrainte devient le dernier moyen pour protéger la société et la personne souffrant de troubles psychiques, ainsi que l'importance du réseau pluridisciplinaire engagé dans ces démarches.

3.3.1 Les institutions du Valais romand

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
APEA ⁴⁷	<p>L'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) est une autorité communale ou intercommunale (art. 111 LACCS⁴⁸). Il y en a 27 en Valais.</p> <p>L'APEA exerce, d'une manière générale, une autorité collégiale à trois membres. La LACCS art 112 prévoit toutefois certaines exceptions de délégation de l'autorité à l'un de ses membres.</p> <p>De plus l'APEA doit être une autorité interdisciplinaire comprenant les disciplines de base suivantes : droit, pédagogie/psychologie et sciences sociales. Au besoin, l'APEA peut faire appel à des assesseurs apportant ainsi une assistance spécialisée au traitement d'une situation particulière.</p> <p>L'APEA est obligatoirement assistée d'un greffier-juriste disposant d'une voix consultative (LACCS art. 15 et 112 al. 5)</p>	Juridique / Exécutif	Oui	Non

⁴⁵ Privation de liberté à des fins d'assistance (art. 397 aCC) remplacé par le placement à des fins d'assistance (PAFA – art 426 ss CC)

⁴⁶ (GASSER & YERSIN, 2000, p. 50)

⁴⁷ Site internet de l'Etat du Valais / Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte - <https://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=31244&Language=fr>

⁴⁸ LACCS : Loi d'application valaisanne du Code civil suisse

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
Autorité de probation ⁴⁹	<p>L'autorité de probation est un réseau présidé par le SAPEM /OSAMA composé des différents partenaires comme l'Hôpital du Valais, Addiction Valais, les services de polices, les APEA et SOC et les établissements socio-éducatifs.</p> <p>L'autorité de probation a pour mission d'apporter un soutien à la personne concernée, de s'assurer du respect des règles de conduite et de signaler toutes transgressions.</p>	Exécutif	Non	Oui
CAAD ⁵⁰	<p>Le centre d'accueil pour adultes en difficulté (CAAD) est une institution socio-éducative située à Saxon et ayant pour mission d'offrir une prise en charge bio-psycho-sociale de longue durée à des personnes en situation de handicap psychique avec des troubles associés et pouvant faire l'objet de placements civil et/ou pénal.</p> <p>Le CAAD dispose de 13 places en foyer résidentiel, de 16 places en appartements protégés et de 3 places en appartements privés.</p> <p>Le concept pédagogique du CAAD repose sur trois piliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'attachement, constituant une base de sécurité dont toute personne a besoin pour exister, est développé en travaillant sur la relation - Le projet est au cœur de la prise en charge du CAAD. Il permet aux résidents de définir des objectifs personnalisés et adaptés visant une reconnaissance de leurs capacités - L'autonomie adaptée est un long processus passant par l'acceptation de soi et de ses limites. Elle nécessite la mise en place de tout un réseau social, médical, professionnel et juridique afin d'assurer la continuité de l'accompagnement adapté aux capacités de la personne concernée 	Socio-éducatif	Oui	Oui

⁴⁹ Cf. art 22 et 23 LACP

⁵⁰ Site internet du CAAD - <http://www.caad-valais.ch/>

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
Chez Paou ⁵¹	<p>La fondation Chez Paou dispose d'un foyer d'accueil d'urgence de 10 places à Sion et d'un foyer d'accueil de 15 places à Saxon.</p> <p>Chez Paou a pour objectif de couvrir les besoins vitaux des personnes sans-abris et en rupture sociale en leur offrant un toit, de la nourriture et des relations humaines.</p> <p>La mission de l'accueil d'urgence est d'offrir, à des personnes adultes en situation d'exclusion et de détresse sociale, un toit, de la nourriture et des conditions d'hygiène.</p> <p>Le foyer est ouvert 7j/7 de 17h à 9h le lendemain matin et permet à une personne de séjourner au foyer jusqu'à 4 nuits.</p> <p>Le foyer d'urgence travaille en étroite collaboration avec le service de l'action sociale qui, au besoin, peut demander une prolongation de l'accueil d'urgence.</p>	Socio-éducatif	Oui	Non
CIS ⁵²	<p>Le centre d'indication et de suivi des placements (CIS) est l'organe compétent pour l'exécution des décisions de PAFA pour d'autres motifs que les troubles psychiques (OPEA art 36 al. 2)</p> <p>Il est composé d'un représentant du service de l'action sociale qui le préside, d'un représentant des institutions spécialisées et d'un représentant de l'Hôpital du Valais.</p> <p>Il mandate un organisme spécialisé (le SSH) de rechercher un établissement approprié et, sur la base du rapport de ce dernier, charge l'établissement sélectionné d'exécuter le mandat de prestation.</p> <p>Le CIS peut, dans le cadre de la décision de placement, prendre des mesures provisoires en attendant l'admission dans l'établissement approprié.</p>	Exécutif	Oui	Non
Commission de dangerosité ⁵³	<p>La commission de dangerosité (CdD) statue, dans le cadre de l'exécution d'une peine ou d'une mesure pénale, sur la dangerosité de la personne concernée pour la société en se référant sur ses antécédents, sa situation actuelle, sa personnalité et son état psychique.</p> <p>La CdD est nommée par le Conseil d'Etat et se compose d'un membre des pouvoirs judiciaires, du juge du TAPEM, d'un représentant du SAPEM, d'un avocat, du médecin-chef du DPP et d'un médecin ou psychologue de la commission cantonale d'aide aux victimes d'infractions.</p>	Exécutif	Non	Oui

⁵¹ Site internet de Chez Paou - <http://www.chezpaou.ch/>

⁵² Ordonnance valaisanne sur la protection de l'enfant et de l'adulte (OPEA) art 37 – Site internet de l'Etat du Valais sur l'exécution du Code civil suisse - <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4648&Language=fr>

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
Etablissements pénitentiaires ⁵⁴	<p>Le Canton du Valais dispose de cinq établissements pénitentiaires pouvant accueillir des détenus. En vertu des accords inter-cantonaux (concordat des cantons latins), le Valais peut, au besoin, placer certains de ses condamnés dans des établissements hors-canton plus appropriés. Par exemple, les mesures thérapeutiques en milieu fermé (art. 59 al. 3 CP) peuvent être placées aux établissements de la plaine de l'Orbe (EPO) qui disposent d'une unité psychiatrique.</p> <p>Les seuls établissements pénitentiaires disposant d'une unité psychiatrique sont actuellement les EPO (VD) et La Tuilière (Lonay-VD). Un établissement spécialisé dans les mesures thérapeutiques institutionnelles doit entrer en service, en 2014, dans le canton de Genève à Thônex – projet Curabilis.</p>	Exécutif	Non	Oui
Hôpital du Valais - DPP ⁵⁵	<p>Le département de psychiatrie et psychothérapie du Valais romand (DPP) accueille les personnes adultes souffrant de troubles psychiques qui nécessitent des soins.</p> <p>Le DPP se compose de plusieurs structures dont l'Hôpital psychiatrique de Malévoz à Monthey qui est un lieu de soins ouvert respectant la liberté et la dignité du patient, ainsi que les centres de compétences en psychiatrie et psychothérapie (CCPP) offrant une approche ambulatoire et communautaire dans le Valais romand.</p> <p>L'Hôpital de Malévoz offre une structure d'environ 120 lits et fait également office de centre de traitement pour les urgences psychiatriques ouvert 24h/24.</p>	Médical	Oui	Non
Hôpital du Valais – SMP ⁵⁶	<p>Le service de médecine pénitentiaire (SMP) de l'Hôpital du Valais fournit des prestations médicales, psychiatriques et infirmières aux détenus des établissements pénitentiaires valaisans. Il participe aux évaluations de la commission de dangerosité.</p>	Médical	Non	Oui

⁵³ Cf. art. 52 et 53 LACP – art. 25 à 27 OLACP

⁵⁴ Cf. art. 42 LACP et le Règlement concernant la liste des établissements pour l'exécution des privations de liberté

⁵⁵ Site internet de l'Hôpital du Valais / DPP - <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/lhopital-du-valais/sites/monthey.html>

⁵⁶ Site internet de l'Hôpital du Valais / Médecine pénitentiaire - <http://www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/medecine-penitentiaire.html>

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
Médecin de 1 ^{er} recours du cercle de garde	<p>Selon l'art. 113 al. 1 LACCS, en cas de trouble psychique seuls les médecins de premier recours qui font partie d'un cercle de garde sont habilités à effectuer un placement à des fins d'assistance. Si l'on se réfère au site internet de l'Observatoire Valaisan de la Santé, les médecins de 1^{er} recours sont les médecins ayant une autorisation de pratique dans une des disciplines suivantes : médecine interne, médecine générale et médecine pédiatrique.⁵⁷</p> <p>Il faut également que ces médecins fassent partie d'un service médicalisé d'urgence ou du cercle de garde. Ce cercle de garde est organisé en Valais par le 144 et est représenté par le service médicalisé d'urgence de proximité (SMUP) composé de 56 médecins de 1^{er} recours⁵⁸.</p> <p>Toutefois, selon les formulaires d'appel de la décision de PAFA destinés à la personne concernée ou ses proches, le médecin psychiatre effectuant un service de piquet est également habilité à prononcer un PAFA⁵⁹.</p>	Médical	Oui	Non
Ministère public ⁶⁰	<p>Le Ministère public conduit les enquêtes pénales et représente l'accusation.</p> <p>Il est composé de quatre offices en Valais et emploie 24 procureurs.</p>	Juridique	Non	Oui
OSAMA ⁶¹	<p>L'Office des sanctions et des mesures d'accompagnement (OSAMA) est en charge du suivi de la personne concernée, soumise à une mesure pénale, en milieu fermé, ouvert ou ambulatoire.</p> <p>L'OSAMA suit également les personnes en probation et assure le suivi des règles de conduite ordonnées par le TAPEM. Il centralise et coordonne les actions avec le SAS, les établissements socio-éducatifs comme le CAAD, la commission de dangerosité et le TAPEM.</p>	Exécutif	Non	Oui
Psychiatre - expert	<p>Le médecin psychiatre, devant réaliser une expertise, doit être indépendant de l'autorité qui la demande et qui rendra une décision relative à la personne concernée.</p>	Médical	Oui	Oui

⁵⁷ Site internet de Observatoire Valaisan de la Santé - <http://www.ovs.ch/sante/medecins-premier-recours-valais.html>

⁵⁸ Site internet de l'Organisation cantonale valaisanne des secours (OCVS) - <http://www.ocvs.ch/index.cfm?Page=Buildpage&MainMenuId=129&SousMenuId=361&SousSousMenuId=48>

⁵⁹ Site internet de l'Etat du Valais / Placement à des fins d'assistance - <https://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=31245&Language=fr>

⁶⁰ Cf. art. 6 à 9 LACPP et site internet de l'Etat du Valais / Pouvoir judiciaire - <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4514>

⁶¹ Information récoltée sur la base d'expériences de terrain

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
SAPEM ⁶²	Le Service d'application des peines et mesures (SAPEM) est l'autorité en charge de l'exécution des peines et mesures. Il fait partie du département de la formation et de la sécurité (DFS) et se compose d'un office des sanctions et des mesures d'accompagnement (OSAMA), des établissements de détention (fermés et ouverts) et des établissements pour mineurs et jeunes adultes. Le SAPEM assure également la direction administrative du réseau de probation.	Exécutif	Non	Oui
SAS ⁶³	Le service de l'action sociale fait partie du département valaisan de la santé, des affaires sociales et de la culture. Parmi ses missions, il a pour tâche la coordination des institutions sociales et préside le CIS. Il assume notamment la surveillance des institutions et veille à la qualité des prestations offertes. Il gère également les placements hors-canton.	Exécutif	Oui	?
SOC ⁶⁴	Les services officiels de la curatelle (SOC) sont l'autorité communale ou intercommunale exécutant les mandats d'aide et de gestion ordonnés par l'APEA et qui ne peuvent être réalisés par des particuliers. Pour cela, les SOC disposent de curateurs professionnels.	Exécutif	Oui	Oui
SSH ⁶⁵	Le service social handicap (SSH) offre deux types de prestations. D'une part le SSH propose un service de conseil social par l'intermédiaire d'entretiens personnalisés et d'autre part, un service d'évaluation et de suivi pour un accompagnement individualisé. Le SSH agit notamment comme intermédiaire entre les institutions socio-éducatives, le CIS et le SAS.	Exécutif / social	Oui	?
TAPEM ⁶⁶	Le Tribunal d'application des peines et mesures (TAPEM) est compétent pour rendre des décisions lors de l'exécution des peines et mesures postérieures à l'entrée en force d'un jugement pénal. Il a pour tâches de suivre les mesures thérapeutiques (p. ex. art. 59 CP). Le juge du TAPEM peut prononcer, une prolongation de la mesure, une libération conditionnelle et fixer les règles de conduite, la levée ou la modification d'une mesure.	Juridique	Non	Oui

⁶² Cf. art. 18 et 20 LACP

⁶³ Site internet de l'Etat du Valais / Service de l'action sociale -

<http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=15857&Language=fr>

⁶⁴ Site internet du Guide social romand (GSR) - <http://www.guidesocial.ch/fr/fiche/256/>

⁶⁵ Site internet de la Fondation Emera - <http://www.emera.ch/fondation/prestations.html>

⁶⁶ Cf. art. 5 LACP et site internet de l'Etat du Valais / Pouvoir judiciaire -

<http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4514>

Institutions / acteurs	Description	Domaine	PAFA	Art. 59
Tribunal cantonal ⁶⁷	Le Tribunal cantonal est la juridiction suprême du canton et siège à Sion. Il est constitué des cours civiles et pénales, de la cour des assurances sociales et de la cour de droit public. La cour civile exerce principalement une juridiction de recours ⁶⁸ . Elle traite des appels à l'encontre des décisions de premières instances rendues par les juges de district, les autorités communales (APEA), etc. La cour pénale traite principalement les appels à l'encontre des jugements des juges de districts et des tribunaux d'arrondissements. Les décisions non susceptibles d'appel peuvent être traitées par voie de recours, comme par exemple certaines décisions du Tribunal des mesures de contraintes.	Juridique	Oui	Oui
Tribunal de district ou d'arrondissement ⁶⁹	Il y a neuf Tribunaux de districts en Valais. En ce qui concerne les affaires pénales, le juge de district est une autorité de jugement. Pour les peines excédant deux ans de privation de liberté ou les mesures entraînant une privation de liberté, il faut réunir trois juges de districts qui forment alors un Tribunal d'arrondissement.	Juridique	Non	Oui
Tribunal des mesures de contrainte ⁷⁰	Le Tribunal des mesures de contrainte (TMC) est principalement compétent en matière pénale en ce qui concerne la détention provisoire et les mesures pouvant porter atteintes aux droits fondamentaux des prévenus lors de la phase d'instruction par le Ministère public. Le TMC est également l'autorité judiciaire contrôlant les PAFA ordonnés par un médecin.	Juridique	Oui	Non

⁶⁷ Site internet de l'Etat du Valais / Pouvoir judiciaire - <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4514>

⁶⁸ Le recours ordinaire est appelé « appel » et permet à l'autorité supérieure d'examiner le litige tant sur les faits que sur l'interprétation du droit.

Le recours extraordinaire est appelé « recours » et ne permet pas un nouvel examen des faits, mais uniquement de la décision rendue par le premier juge.

Cf. site internet de Georg Law - <http://www.georglaw.ch/georglaw/Domains/Droit-civil/Introduction-au-Code-de-procedure-civile-a-l-usage-des-praticiens/DE-QUELQUES-INSTITUTIONS-NOUVELLES-POUR-LES-GENEVOIS/Les-voies-de-recours/L-appel-le-recours>

⁶⁹ Site internet de l'Etat du Valais / Pouvoir judiciaire - <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4514>

⁷⁰ Cf. art. 10 LACPP et site internet de l'Etat du Valais / Pouvoir judiciaire - <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4514>

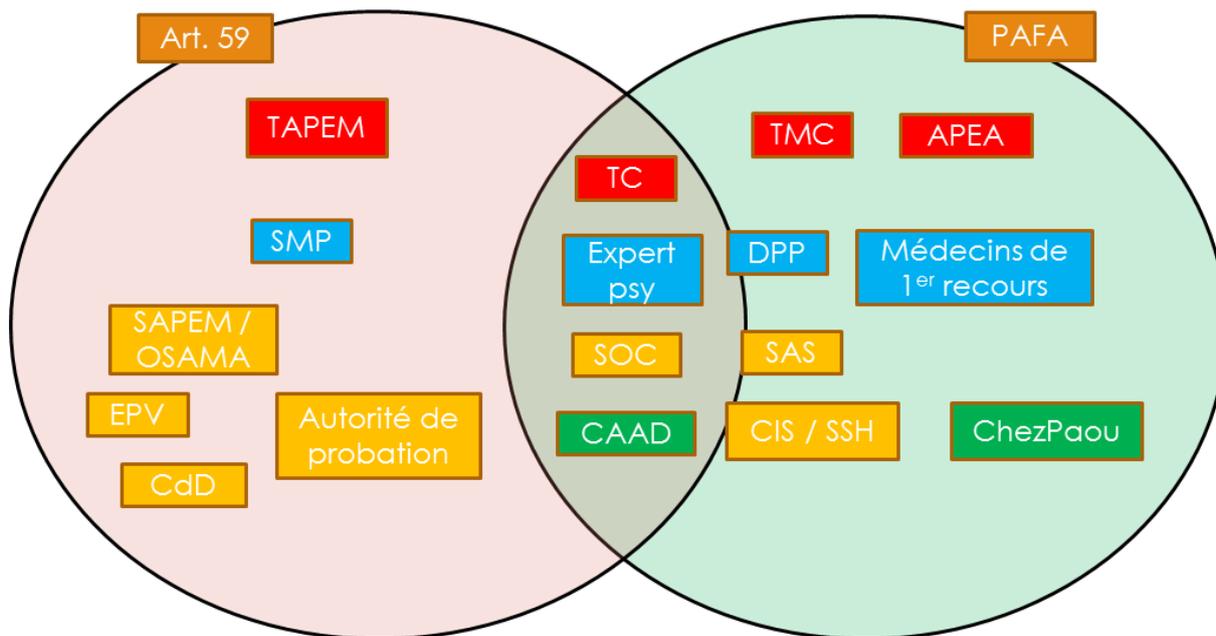


Schéma montrant la répartition des principaux acteurs en fonction des processus civils et pénaux.

Le tableau ci-dessus liste les institutions et les acteurs impliqués dans le processus d'un placement sous contrainte civil ou pénal en lien avec une personne souffrant de troubles psychiques. Comme le montre le tableau, certains acteurs peuvent être concernés par les deux types de mesures et d'autres, marqués d'un point d'interrogation comme le SSH ou le SAS, ne figurent pas dans les sources d'information pénale, alors qu'en pratique, ils sont impliqués notamment dans le choix de l'institution socio-éducative et à l'élaboration d'un dossier administratif. Le tableau fait également ressortir le nombre important d'interlocuteurs dans le réseau rendant ainsi la prise de décision plus complexe, nécessitant une coordination accrue due au nombre important de partenaires.

On peut également faire remarquer que la redistribution des différents départements début 2013, ainsi que l'introduction du nouveau droit de la protection de l'adulte, en janvier 2013, créent une période de transition durant laquelle les documents officiels ne sont pas toujours à jour, voire manquants.

3.3.2 La procédure de PAFA valaisanne

Bien que les bases légales du PAFA soient définies dans le code civil, une certaine marge de manœuvre est laissée aux cantons afin de mettre en application cette loi. Les grandes lignes de la procédure d'un PAFA concernant une personne majeure souffrant de troubles psychiques dans le canton du Valais sont les suivantes :

Bases légales valaisannes⁷¹ :

- Loi d'application du Code civil suisse (LACCS)
- Ordonnance générale d'exécution de la LACCS
- Ordonnance sur la protection de l'enfant et de l'adulte (OPEA)

Ainsi qu'un certain nombre de documents décrivant les procédures et les formulaires types⁷² :

- Schéma de procédure
- Exécution du placement à des fins d'assistance
- PAFA en raison de troubles psychiques décidé par un médecin de 1^{er} recours

A. Procédure d'admission

Lorsque la personne concernée souffre de troubles psychiques, l'autorité compétente en cas d'urgence est le médecin de 1^{er} recours⁷³. Pour ordonner un PAFA, il doit contacter l'établissement sanitaire approprié, ici le DPP (hôpital de Malévoz pour le Valais romand), qui devra donner son accord à l'admission. En cas de refus, la demande sera traitée et garantie par le médecin chef du DPP.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une situation de danger imminent, l'APEA peut demander une expertise psychiatrique afin de déterminer la nécessité d'un PAFA. Si l'expertise ne peut être réalisée en ambulatoire, la personne concernée peut être placée dans l'établissement approprié⁷⁴. Le dossier est alors transmis au CIS par l'intermédiaire du SAS qui déterminera la mesure appropriée comme par exemple le placement dans une institution socio-éducative comme le CAAD.

Sinon, lorsqu'il s'agit d'une dépendance, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, le médecin de 1^{er} recours reste l'autorité compétente en cas de péril en la demeure et peut prononcer un PAFA hospitalier ou social d'urgence au foyer « Chez Paou » à Sion. Hors des cas d'urgence, l'APEA adresse la demande de PAFA au CIS par l'intermédiaire du SAS qui déterminera la mesure appropriée.

⁷¹ Site internet de l'Etat du Valais / Exécution du code civil -

<http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4648&Language=fr>

⁷² Ibid / Placement à des fins d'assistance -

<https://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=31245&Language=fr>

⁷³ Cf. art. 36 al. 1 OPEA et art 113 LACCS

⁷⁴ Cf. art 449 CC et art. 118f LACCS

B. Suivi du PAFA

Lorsque le PAFA est prononcé par un médecin, sa durée ne peut excéder 6 semaines, à moins que l'APEA le prolonge par une décision exécutoire⁷⁵. Pour cela, avant le terme du PAFA ordonné par le médecin, l'APEA ouvre une procédure ordinaire de prononcé de PAFA afin d'évaluer, avec le DPP, la pertinence de prolonger, ou pas, le PAFA. Si les partenaires conviennent que le PAFA dépassera les 6 semaines, l'APEA doit, lors de troubles psychiques, demander une expertise psychiatrique avant de statuer.

Dans le cas des PAFA prononcés par l'APEA, une première évaluation doit avoir lieu dans les 6 mois suivant le placement, afin de vérifier si les conditions de maintien de la mesure sont toujours remplies et si l'établissement est toujours approprié. Un deuxième examen doit avoir lieu dans les 6 mois suivants, puis au minimum une fois par année⁷⁶.

C. Levée du PAFA

A moins d'être prolongé par l'APEA, un PAFA, ordonné par un médecin, est levé à l'échéance des 6 semaines ou avant, sur décision de l'établissement sanitaire, le DPP en Valais⁷⁷. Pour les autres placements, l'APEA est l'autorité compétente pour libérer la personne concernée et elle peut déléguer cette compétence à l'institution⁷⁸.

D. Voie de recours

L'organe de recours contre les décisions de placement sous contrainte, prononcé par un médecin, est le Tribunal des mesures de contrainte, alors que l'organe de recours d'un PAFA, prononcé par une APEA, est le Tribunal cantonal. L'appel de la décision de placement ou de traitement sous contrainte peut être fait par la personne concernée ou un proche de celle-ci, dans les dix jours suivant la notification de la décision⁷⁹.

Sur le site internet de l'Etat du Valais⁸⁰, des formulaires types sont à disposition du médecin de l'établissement, afin d'informer la personne concernée et ses proches des moyens de recours contre une décision de placement ou de traitement sous contrainte.

L'introduction du nouveau droit de protection de l'adulte a imposé aux cantons de modifier leur organisation par la mise en place d'autorité de protection. De plus, l'introduction du PAFA, bien que reprenant les grandes lignes de la PLFAFA (art. 397 aCC), introduit plus de protection pour la personne concernée et des mesures spécifiques pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Cette complexité ajoutée, ainsi que l'entrée en vigueur récente de ce droit, provoque une période d'instabilité et d'incertitude, durant laquelle les différents acteurs doivent s'adapter et mettre en place un mode de fonctionnement harmonisé, pouvant péjorer, plus moins durablement, la situation des personnes concernées et de leurs proches.

⁷⁵ Cf. art 429 CC

⁷⁶ Cf. art. 431 CC

⁷⁷ Cf. art. 429 al. 3 CC

⁷⁸ Cf. art 428 CC

⁷⁹ Cf. art. 439 CC et art. 114 LACCS

⁸⁰ Site internet de l'Etat du Valais / Placement à des fins d'assistance - <https://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=31245&Language=fr>

3.3.3 La procédure valaisanne pour l'art. 59 CP

Le Code pénal et le Code de procédure pénale sont complétés par les lois et ordonnances cantonales. Alors que la procédure concernant les PAFA est relativement bien documentée par des documents annexes aux lois fédérales et cantonales, le prononcé et le suivi d'une mesure thérapeutique institutionnelle sont très peu documentés au niveau cantonal ou les documents ne sont pas diffusés en dehors des services concernés. Dans les grandes lignes, le processus d'une mesure thérapeutique institutionnelle pour traitement des troubles mentaux est le suivant :

Bases légales valaisannes⁸¹ :

- Loi d'application du Code pénal suisse (LACP)
- Ordonnance générale d'exécution de la LACP
- Loi d'application du Code de procédure pénale suisse (LACPP)
- Règlement sur les établissements de détention du Canton du Valais
- Règlement concernant la liste des établissements pour l'exécution des privations de liberté à caractère pénal
- Règlement concernant l'octroi d'autorisation de sortie aux personnes condamnées

A. Décision d'une mesure thérapeutique institutionnelle pour troubles mentaux

Lorsque la personne concernée a commis des délits, le Ministère public mène une enquête et peut demander au TMC une mise en détention provisoire du prévenu. Lorsqu'il y a suspicion que le prévenu souffre de troubles psychiques, une expertise est ordonnée. Sur la base de l'enquête du Ministère public et de l'expertise psychiatrique, les juges du Tribunal d'arrondissement peuvent décider de prononcer une mesure thérapeutique institutionnelle pour le traitement des troubles mentaux au sens de l'art. 59 CP. Selon la dangerosité de la personne condamnée, cette mesure peut s'exécuter en milieu fermé dans un établissement pénitentiaire offrant un suivi psychiatrique adéquat, ou en milieu ouvert dans un établissement socio-éducatif comme le CAAD.

Actuellement les mesures thérapeutiques en milieu fermé sont exécutées, pour les hommes aux EPO, et pour les femmes, à la Tuilière. Il se peut, faute de place, que certains détenus soient maintenus dans des établissements pénitentiaires fermés en Valais, avec le suivi ambulatoire du service de médecine pénitentiaire.

Pour les mesures en milieu ouvert, c'est principalement le CAAD, à Saxon, qui accueille ces personnes dans une approche bio-psycho-sociale.

B. Suivi de la mesure thérapeutique

Que le placement soit fait en Valais ou dans un établissement hors canton, c'est le SAPEM/OSAMA qui est en charge de faire exécuter la sentence et de suivre le détenu. Pour toutes modifications relatives à la mesure, c'est le TAPEM qui statue sur une prolongation de la mesure, sa levée ou un changement d'article. Le TAPEM base sa décision sur des rapports d'expertise, sur les rapports de l'établissement responsable du placement et éventuellement sur le préavis de la commission de dangerosité.

⁸¹ Site internet de l'Etat du Valais / Procédure pénale, exécution - <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4491&Language=fr>

Une fois par année au minimum, le TAPEM doit évaluer si la personne concernée peut être libérée conditionnellement et demande, pour cela, un rapport à l'établissement exécutant la mesure⁸². La personne concernée peut, en tout temps, faire la demande de libération conditionnelle au TAPEM.

Pour les aménagements concernant la prise en charge, comme l'ouverture sur des congés, l'établissement doit au préalable faire une demande à l'OSAMA qui sera évaluée par la commission de dangerosité. Le SAPEM/OSAMA rendra alors une décision éventuellement accompagnée de règles de conduites concernant le déroulement des congés.

C. Levée de la mesure thérapeutique

Plusieurs scénarios sont possibles concernant la levée de la mesure :

- Lors de l'évaluation annuelle ou sur demande de la personne concernée, le juge du TAPEM considère que les conditions d'une libération conditionnelle sont remplies. Le juge prononce, alors, la libération conditionnelle accompagnée des règles de conduite, d'un délai de mise à l'épreuve et si nécessaire d'une obligation de suivre un traitement ambulatoire. Le SAPEM/OSAMA est en charge de vérifier le respect des règles de conduite⁸³. Lorsque la mise à l'épreuve se termine avec succès, la personne est libérée définitivement⁸⁴.
- La mesure thérapeutique peut également être levée si la mesure paraît vouée à l'échec ou s'il n'y a plus, ou pas, d'établissement approprié. Dans ce cas, le juge du TAPEM peut prononcer une nouvelle mesure plus adéquate ou signaler la personne à l'APEA afin de prendre une mesure civile⁸⁵.

La personne concernée peut déposer un recours à l'encontre d'une décision du TAPEM auprès du Tribunal cantonal.

La personne soumise à un art. 59 CP est prise dans un système juridique et administratif complexe et pas toujours transparent. Bien que la notion de traitement soit présente, il s'agit avant tout, pour le juge ou l'administration, de protéger la société et d'éviter la récidive. Dans le cas des personnes souffrant de troubles psychiques, cette notion sécuritaire est d'autant plus forte et cela se perçoit dans le peu de marge de manœuvre dont disposent les établissements socio-éducatifs dans l'accompagnement des « détenus » en milieu ouvert.

⁸² Cf. art. 62d CP

⁸³ Cf. art. 62 CP

⁸⁴ Cf. art. 62b CP

⁸⁵ Cf. art. 62c CP

3.4 Le travail en réseau

Que cela soit dans le domaine de l'industrie, du médical ou du social, l'augmentation des situations à gérer et la complexité croissante des problématiques à résoudre nécessite des professionnels la mobilisation de savoirs multiples. L'incapacité de maîtriser l'ensemble des connaissances et des pratiques professionnelles ainsi que l'interdépendance entre les domaines impliquent un décloisonnement des tâches vers une pratique interdisciplinaire : le travail en réseau.

Le travail en réseau est bien plus qu'une juxtaposition de savoirs ou de compétences. Il fait appel à un partage des connaissances et des pratiques dans le but de développer des synergies, afin d'apporter des solutions innovantes à une problématique commune.

Les réseaux peuvent prendre diverses typologies⁸⁶ dont deux sont plus particulièrement intéressantes dans le cas des placements sous contrainte. La première typologie est celle du **réseau d'action collective**, dont la mission collective est au service du bénéficiaire et pas des membres du réseau. La deuxième typologie est celle du **réseau de partage et de capitalisation des pratiques**, dont la mission est la création d'un savoir commun et le développement de pratiques innovantes.

Pour qu'un réseau fonctionne de manière efficiente et durable, il faut travailler sur les trois pôles ci-dessous⁸⁷ :

- **Savoir coopérer** : cela implique que chaque membre du réseau puisse maîtriser le langage professionnel des autres membres et développe un langage transverse commun. Les membres du réseau doivent également construire une représentation commune de la problématique et des objectifs à atteindre. Pour fonctionner le réseau a besoin de disposer d'outils commun
- **Pouvoir coopérer** : pour garantir un bon fonctionnement du réseau, il faut veiller à la mise en place de règles communes et de méthodes de travail. Bien qu'il n'y ait pas de hiérarchie au sein d'un réseau, la fonction de pilotage est essentielle. Le pilote est garant du fonctionnement du réseau et s'assure que celui-ci reste centré sur les objectifs communs. Le réseau a besoin d'une légitimation au sein des institutions représentées par les membres qui le constituent
- **Vouloir coopérer** : l'adhésion des membres du réseau est un facteur primordial du bon fonctionnement du réseau et assure un engagement actif de ses membres. Il est également essentiel de valoriser les contributions individuelles afin de maintenir la motivation des individus faisant partie du collectif

⁸⁶ (LE BOTERF, 2013, pp. 37-55)

⁸⁷ (LE BOTERF, 2013, pp. 75-95)

Le travail en réseau n'a rien d'une évidence et les risques de voir le réseau mis en place sombrer dans une routine ou s'essouffler avant d'avoir atteint son objectif, sont grands. Les principales dérives⁸⁸ sont :

- **Le faisceau** : bien qu'il y ait une fonction de pilotage, les interactions entre les membres du réseau se font de manière horizontale. Lorsque l'on retrouve une structure pyramidale et un fonctionnement cloisonné, le réseau s'est dégradé en faisceau. On ne parle alors plus de coopération, mais de coordination entre les membres du réseau
- **Le surplace** : cela se produit lorsque le pilotage fait défaut. Les décisions ne se prennent plus et les projets n'avancent pas. Il n'y a pas ou plus d'objectifs communs
- **La juxtaposition** : le réseau est plus que l'addition de ses membres en raison des interactions et des synergies qui s'y développent. Lorsque cette synergie disparaît, le réseau se limite alors à une juxtaposition de tâches et de savoirs
- **La prise de pouvoir** : ce phénomène se produit lorsque des membres du réseau prennent le pouvoir et rendent les autres partenaires dépendants. Cette dérive met en exergue les clivages entre les professions

L'intervention de réseau⁸⁹, dans le domaine social, permet de dépasser cette relation aidant-aidé entre le travailleur social et la personne concernée. En réponse à une demande d'aide, avec ou sans contrainte, le travailleur social devient un agent dont le rôle est d'activer les réseaux primaires⁹⁰ et secondaires⁹¹ de la personne concernée, dans le but de mobiliser les ressources nécessaires à la résolution du problème.

Dans le cas des placements sous contrainte, le nombre et la diversité des acteurs impliqués dans ces mesures permettent aisément de percevoir l'avantage du travail en réseau. Le réseau d'action collective, tel que le présente Le Boterf, permet une approche globale de la situation de la personne concernée. La définition d'un projet commun, le partage des connaissances et des pratiques professionnelles, doit permettre aux intervenants de coopérer et de coordonner leurs actions au service de la personne concernée.

Le réseau de partage et de capitalisation des pratiques doit, quant à lui, participer à l'amélioration ou à l'élaboration de nouvelles pratiques professionnelles en lien avec les problématiques soulevées par les mesures de placements sous contrainte.

⁸⁸ (LE BOTERF, 2013, pp. 63-72)

⁸⁹ (DUMOULIN, 2006)

⁹⁰ Le réseau primaire est constitué des relations que la personne concernée a créées par son vécu. On y retrouve la famille, les amis, les voisins, les collègues, etc.

⁹¹ Le réseau secondaire non-formel est mis en place par des personnes du réseau primaire pour répondre à un besoin spécifique, mais sans structure institutionnelle. Le réseau secondaire formel est constitué d'institutions reconnues, comme les institutions sociales.

3.5 Les réseaux d'action publique

Le concept de réseau d'action publique⁹² a été introduit dans les années 1960 et 1970 pour tenter d'expliquer le processus de modification des objectifs, des instruments et des modalités de mise en œuvre d'une politique publique. Ce concept se penche sur les relations entre les groupes d'intérêts privés tels que les associations, les syndicats, les entreprises et l'Etat ainsi que sur les mécanismes d'action de ces groupes d'intérêt à l'encontre les programmes administratifs.

Les actions, portées par les différents groupes d'intérêts publics ou privés, ont pour but d'agir sur un ou plusieurs des éléments, ci-dessous, constituant le programme administratif d'une politique publique⁹³ :

- a) **Les objectifs** concrets représentant l'état désiré ou les buts à atteindre
- b) **Les éléments évaluatifs** permettant d'estimer le degré de réalisation des objectifs de la politique publique ainsi que des **éléments opérationnels** tels que les instruments et les mesures à disposition pour réaliser les objectifs d'une politique publique
- c) **Les arrangements politico-administratif** identifiant qui fait quoi et avec quelles ressources (financière, humaine, matérielle, etc.)
- d) **Les éléments instrumentaux et procéduraux** représentant les modalités d'action auxquelles les acteurs doivent recourir dans leur communication et leurs interactions (règles, procédures, etc.)

Dans son travail sur les réseaux d'action publique et les changements de politique publique⁹⁴, Christophe Clivaz relève, en science politique, deux courants d'analyse des réseaux. **L'approche « qualitative »**⁹⁵ est plutôt utilisée pour définir et qualifier les relations entre l'Etat et les groupes privés. Cette approche reprend notamment l'importance, au sein du réseau, de partager une vision commune des problèmes et des processus de décisions comme facteur facilitant la résolution des conflits. Sous un autre angle cette approche voit le réseau d'action publique comme un système de gouvernance des politiques publiques en réponse à la multitude des compétences réparties entre l'Etat et les collectivités locales. **L'approche « quantitative »**⁹⁶ est, quant à elle, une méthode d'analyse structurelle du réseau basée sur l'étude des positions et de la structure des relations entre les individus et les groupes. Cette approche permet de faire ressortir les relations directes et indirectes entre les acteurs (individu ou groupe) facilitant la description et la compréhension des réseaux d'action publique complexes.

Bien qu'il n'y ait pas d'accord, entre les différents auteurs, sur les dimensions pouvant servir à caractériser les réseaux d'action publique, Christophe Clivaz propose d'analyser d'une part la structure du réseau et d'autre part sa logique d'action interne.

⁹² (BOUSSAGUET, JACQUOT, & RAVINET, 2010, pp. 569-576)

⁹³ (CLIVAZ, 1998, pp. 4-7)

⁹⁴ Ibid

⁹⁵ Ibid pp. 11-ss

⁹⁶ Ibid pp. 21-ss

La **structure**⁹⁷ d'un réseau d'action publique peut être décrite selon les quatre caractéristiques suivantes :

- a) **Le nombre et le type d'acteurs** : le nombre d'acteurs ne devrait pas dépasser une dizaine au maximum. Le type d'acteurs se distingue entre les acteurs institutionnels en référence aux systèmes politico-administratifs et les acteurs sociaux en référence aux groupes d'intérêts privés
- b) **L'ouverture** : les conditions d'entrée et de sortie du réseau. Le réseau peut être plus ou moins ouvert selon sa capacité à intégrer de nouveaux membres. Un réseau sera qualifié de fermé s'il ne permet pas ou difficilement l'intégration d'un nouvel acteur.
- c) **L'intégration** : cette caractéristique permet de quantifier le degré d'intégration ou de fragmentation des liens unissant les acteurs du réseau
- d) **L'institutionnalisation** : cette dimension mesure la stabilité du réseau en fonction de critères tels que la fréquence, l'intensité et la durée des relations.

La **logique d'action**⁹⁸ d'un réseau d'action publique décrit le mode de fonctionnement interne du réseau et se compose de trois éléments :

- a) **Le type de pouvoir** décrit la possession ou le besoin d'accéder à une ressource par les acteurs ainsi que l'influence dont dispose un acteur au sein du réseau. Le pouvoir est donc principalement une relation entre deux acteurs plutôt qu'un lien hiérarchique même si celui-ci peut exister
- b) **Le style de décision** décrit le comportement des acteurs au sein du réseau lorsqu'ils échangent leurs ressources. Le style « **confrontation** » correspond à une relation de compétition entre les acteurs. Le style « **négociation** » caractérise une relation indifférente où chaque acteur est préoccupé par son intérêt propre. Le style « **résolution de problème** » implique que les acteurs poursuivent un but commun et coopèrent à la recherche de solutions répondant aux besoins du groupe
- c) **Les règles de conduite** sont les éléments permettant l'institutionnalisation du réseau. Ces règles, nécessaires à la stabilité du réseau d'action publique, concernent le mode de fonctionnement interne, réglementent les échanges, gèrent les coûts et les bénéfices, etc. On distingue principalement **les règles de frontière** définissant des regroupements d'acteurs partageant un même système de référence et **les règles décisionnelles** définissant qui a droit de participer à quelles décisions et selon quelle modalité

Le modèle des réseaux d'action publique est critiqué⁹⁹ notamment sur le fait qu'il est difficile d'identifier les frontières d'un réseau et de déterminer les acteurs et les relations pouvant influencer ou participer au processus décisionnel. On ne peut parler de réseaux d'action publique que lorsque les acteurs ont une influence sur le processus décisionnel et la mise en œuvre d'une politique publique. Ce modèle ne permet pas à lui seul d'expliquer le processus de changement. Alors que le réseau d'action publique agit sur le contenu de la réponse à un problème politique soumis, la pression au changement est exogène à ce dernier (économique, idéologique, pression populaire, évolution du savoir, etc.). De plus ce modèle ne tient pas suffisamment compte du rôle des idées, des valeurs et des représentations sociales dans l'action publique.

⁹⁷ (CLIVAZ, 1998, pp. 29-30)

⁹⁸ Ibid pp. 30-36

⁹⁹ Ibid pp. 37-42

A cette dernière critique, les modèles de « l'advocacy coalition framework (ACF) »¹⁰⁰ et des « référentiels »¹⁰¹ viennent compléter le modèle des réseaux d'action publique dans la compréhension des changements au sein des politiques publiques. Ces deux modèles, relativement proches, intègrent dans la réflexion le rôle des valeurs et des normes partagées par des sous-groupes d'acteurs, formant une coalition, cherchant à influencer une politique publique.

Comme le montre, notamment, le chapitre « Les institutions et procédures valaisannes », la notion de réseau d'action publique fait sens dans le domaine des placements sous contraintes. En effet ces mesures impliquent des acteurs représentant d'une part l'Etat et d'autre part des institutions privées qui dans leur pratique respective vont devoir œuvrer, ensemble, à l'atteinte d'objectifs communs tout en agissant en fonction de leurs représentations et valeurs spécifiques. De plus, Christophe Clivaz relève que le niveau d'analyse idéal d'un réseau d'action publique se situe entre le niveau individuel et le niveau national ce qui correspond à l'analyse des relations entre les services de l'Etat tels que le SAS ou le SAPEM et les groupes d'intérêts privés tels que les organisations, les associations comme le CAAD ou les hôpitaux.

Les modèles ACF et référentiels venant compléter la notion de réseau d'action publique permet de mettre en évidence l'importance des valeurs et des représentations des différents acteurs, mais aussi de sensibiliser aux rôles que peuvent jouer d'autres acteurs comme les médias, les partis politiques, les chercheurs, etc. sur la mise en œuvre des programmes administratifs d'une politique publique.

¹⁰⁰ Les éléments clés de l'ACF sont les valeurs fondamentales (Deep Core), les stratégies de base (Policy Core) appuyant les valeurs fondamentales et les aspects secondaires (Secondary Aspects) nécessaires à implémenter les stratégies de base. (BOUSSAGUET, JACQUOT, & RAVINET, 2010, pp. 49-57) et (CLIVAZ, 1998, pp. 52-59)

¹⁰¹ Le modèle des référentiels s'intéresse aux rôles des idées dans l'action publique et définit quatre niveaux de perception à savoir : les valeurs définissant le cadre global, les normes permettant d'identifier plus clairement les écarts entre ce qui est et ce qui devrait être, les algorithmes sous forme d'hypothèse causale exprimant une théorie de l'action sous la forme de « si... alors... » et les images sous la forme de « slogans » immédiatement compréhensibles soutenant les valeurs. (BOUSSAGUET, JACQUOT, & RAVINET, 2010, pp. 555-561) et (CLIVAZ, 1998, pp. 60-67)

4 Hypothèses

Sur la base d'expériences professionnelles et sur les notions théoriques développées précédemment, les hypothèses de travail suivantes sont posées ainsi que des indicateurs permettant d'affirmer ou d'infirmer ces dernières :

4.1 Hypothèse en lien avec les pratiques professionnelles

Les acteurs impliqués dans les placements sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle, partagent les mêmes représentations de la mesure et poursuivent les mêmes objectifs.

- a) Quels sont les objectifs poursuivis par le placement sous contrainte ?
 - Sécuritaire : diminuer le risque de récidive ou d'inconduite
 - Sécuritaire : protéger la personne concernée d'elle-même en cas de crise
 - Normalisation : faire adhérer la personne concernée aux normes et aux valeurs communément admises dans la société
 - Socialisation : réintégrer la personne dans la société
 - Justice : sanctionner des délits
 - Médical : apporter les soins à la personne concernée dans le but de la guérir ou de la stabiliser
 - Thérapeutique et sociale : apporter l'aide nécessaire pour soulager la souffrance de la personne concernée
 - Protection : garantir à la personne concernée un respect de son droit à l'autodétermination

- b) Les mesures de placement sous contrainte sont-elles comparables ? Similitudes et divergences en termes de :
 - Profils des personnes concernées
 - Besoins thérapeutiques des personnes concernées
 - Besoins de protection des personnes concernées, de leur entourage et de la société
 - Charge financière
 - Durée de la mesure
 - Etablissement approprié
 - Processus

- c) La mesure de placement sous contrainte est-elle efficace ?
 - Atteinte des objectifs fixés
 - Respect du droit à l'autodétermination
 - Respect du principe de proportionnalité

- d) A-t-on les moyens pour mettre en œuvre efficacement la mesure de placement sous contrainte ?
- Matériels : établissement approprié pour recevoir la personne concernée
 - Légaux : possibilité d'utiliser des moyens de contrainte pour garantir l'application de la mesure
 - Logistique : outils administratifs, procédures, réseau de professionnel
 - Financier : charges financières pour la personne, la commune, le canton, les assurances sociales (LAMal)

4.2 Hypothèse en lien avec l'organisation du réseau

Les rôles et responsabilités des membres du réseau concerné par un placement sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle, sont clairement établis, communiqués et partagés au sein du réseau.

- a) Quels sont les rôles et responsabilités nécessaires à la mise en place et au suivi d'un placement sous contrainte ?
- Décideur
 - Mandataire
 - Expert
 - Partenaire
 - Intermédiaire
 - Pilote du processus
 - Personne concernée
- b) Les rôles et responsabilités des intervenants dans une situation de placement sous contrainte sont documentés et diffusés
- Présence d'un organigramme
 - Liste des intervenants / services / personnes de contact
 - Processus documenté
 - Cahiers des charges
 - Autres

4.3 Hypothèse en lien avec le fonctionnement du réseau

Les acteurs concernés par des placements sous contrainte travaillent de manière cloisonnée et le travail en réseau n'est pas formalisé dans les organisations concernées.

- a) Comment se gère la procédure de placement sous contrainte ?
 - Procédure standard
 - Gestion au cas par cas

- b) Comment se prennent les décisions autour d'une situation de placement sous contrainte ?
 - Décision unilatérale, sans consultation
 - Décision par une autorité
 - Décision collégiale

- c) Les informations concernant la situation de placement sous contrainte sont-elles partagées ?
 - Médicale (expertise psy, dossier AI, dossier médical)
 - Juridique (dossier pénal, motif de la décision de l'APEA, antécédents)
 - Sociale (curatelle, parcours de vie de la personne concernée, mesure de réinsertion)

 - Données sensibles / publiques
 - Secret de fonction
 - Secret médical

- d) Comment les intervenants communiquent-ils entre eux ?
 - Présence d'outils communs
 - Formulaires types existants
 - Site internet ou intranet
 - E-mail
 - Téléphone
 - Courrier
 - Rencontre informelle
 - Séance de réseau (formelle)

- e) Le besoin de travailler en réseau est-il exprimé ?
 - Partage des compétences
 - Partage des informations
 - Partage de savoirs
 - Aide à la décision

5 Méthodologie

Jusque-là, il a été question d'élaborer le projet de cette recherche en définissant la problématique pour aboutir à la question de recherche :

« Selon les différents acteurs du Valais romand, quels sont les enjeux et comment s'organise le travail en réseau concernant les placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques ? »

La suite de ce travail a été de donner un éclairage théorique à ce sujet débouchant sur les trois hypothèses de travail, définies dans le chapitre précédent, qui doivent maintenant être confrontées au terrain de recherche

5.1 Choix du terrain

Ce travail veut poser un regard global sur la problématique des placements sous contrainte des personnes souffrant de troubles psychiques, mais en l'abordant sous l'angle des institutions et du fonctionnement du réseau décisionnel. Cela implique de rencontrer des intervenants pouvant être représentatifs des différents domaines intervenant dans les situations de placement sous contrainte.

Les entretiens suivants sont envisagés par domaine :

- Social : un Directeur d'institution
- Juridique (pénal et civil) : un juge ou procureur ; un représentant d'une APEA
- Administratif/exécutif : un représentant du Service d'application des peines et mesures du canton du Valais
- Médical : un médecin psychiatre suivant des dossiers pénaux ou civils ; ou un représentant du DPP¹⁰².
- Politique : un représentant au niveau cantonal ou communal

L'application des placements sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle, bien qu'ayant une base au niveau du droit fédéral, dépendent grandement des lois et procédures cantonales quant à leur mise en œuvre. C'est pourquoi dans le cadre de ce travail de recherche, le terrain se restreint au Valais romand.

5.2 Outil de récolte de données

En ce qui concerne l'approche méthodologique, il faut préalablement distinguer une approche quantitative, basée sur une récolte massive de données pouvant alors être analysée de manière statistique et limitant la subjectivité de l'auteur, à une approche qualitative, permettant d'obtenir des données personnalisées pouvant fournir une compréhension plus complète du sujet. Compte-tenu de la diversité des domaines touchés par la problématique posée, du choix de cibler ce travail sur une vision globale des placements sous contrainte dans le Valais romand et par conséquent du relativement petit nombre d'acteurs concernés, une approche qualitative me semble plus appropriée.

¹⁰² DPP : Département de psychiatrie et psychothérapie de l'Hôpital du Valais

Le choix de l'entretien semi-directif a été posé, car il permet de cerner le sujet traité en suivant un canevas, tout en laissant une part de liberté à l'interlocuteur, lui permettant d'apporter des développements et des précisions pouvant être cruciaux à la compréhension de la problématique.

Sur la base des indicateurs identifiés lors des hypothèses, une grille d'entretien est élaborée afin de servir de guide lors des interviews. La grille d'entretien permet d'une part d'avoir un canevas avec les questions clés et des questions de relances, utiles lors des rencontres, et d'autre part de s'assurer que toutes les thématiques ont été abordées.

La récolte de données, réalisée lors des entretiens semi-directifs sur la base d'un guide d'entretien commun, facilite l'analyse en permettant, plus aisément, de faire des parallèles et des comparaisons entre les différents sujets abordés.

5.3 Ethique

Les spécificités ou les fonctions occupées, au sein de leur institution, par les personnes constituant le terrain de la recherche soulèvent la question de la confidentialité des données et de l'anonymat des personnes rencontrées. En effet, la garantie que les données (enregistrements et retranscriptions des entretiens) seront effacées une fois ce travail terminé ne pose pas de problème. Par contre, les propos pouvant être repris dans le cadre de l'analyse des données risquent de permettre une identification de la personne et par conséquent ne plus lui garantir son anonymat.

Pour répondre à cette problématique, le formulaire de consentement¹⁰³, en plus de quelques indications sur l'objet de l'étude et le traitement des données, contient une clause permettant à la personne rencontrée d'accepter ou non d'être citée nominativement. Pour ceux qui exigeraient de rester anonyme, un soin particulier devra être apporté afin de respecter leur volonté.

5.4 Limites

Le nombre d'entretiens prévus par domaine n'est pas suffisant pour être représentatif d'une communauté, par contre cela permet d'avoir un portrait général autour des placements sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle. Par conséquent, ce travail ne prétend pas faire un inventaire exhaustif du sujet traité, mais plutôt d'apporter une base de réflexions pouvant servir d'indicateur ou de tendance pour entreprendre une démarche plus approfondie.

¹⁰³ Cf. annexe : Formulaire de consentement

5.5 Risques

Plusieurs risques sont envisageables et devront rapidement être évalués afin de mettre en place, si nécessaire, des plans de contingences :

- L'accès aux ressources, principalement les personnes faisant partie d'administrations ou du domaine politique. Le risque serait alors de n'avoir qu'une vue tronquée de la problématique
- Le risque d'un biais personnel dans la recherche ou dans les conclusions du fait que le terrain de recherche correspond partiellement à mon environnement professionnel
- Des réflexions sont en cours tant au niveau de l'application des mesures thérapeutiques institutionnelles pénales que de l'introduction du nouveau droit de protection de l'adulte. Le risque est d'avoir un environnement changeant, en constante évolution, rendant difficile l'analyse des données recueillies

6 Préambule à l'analyse

Pour obtenir l'autorisation d'effectuer des entretiens au sein des services et institutions ciblés, j'ai, tout d'abord, pris contact, par e-mail, avec les responsables correspondants en leur expliquant le sujet de mon travail, le contexte et les modalités des rencontres. Ces derniers ont accepté de me rencontrer et nous avons pu rapidement fixer les dates des entretiens.

L'analyse se base sur les données récoltées lors de ces entretiens menés aux mois de novembre et décembre 2013. Ils ont été réalisés sur les lieux de travail des différents interlocuteurs et étaient orientés sur la mesure de placement sous contrainte (PAFA ou mesure thérapeutique institutionnelle) la plus représentative pour la personne interviewée. Dans un deuxième temps, la seconde mesure de placement sous contrainte était abordée, plus ou moins en détails, en fonction de l'implication, sur le terrain, de mon interlocuteur.

Les mesures thérapeutiques institutionnelles font référence à l'article 59 du Code pénal concernant le traitement des troubles mentaux¹⁰⁴. Lors des entretiens et dans l'analyse des données, il est fait référence, indifféremment, aux mesures thérapeutiques institutionnelles ou à l'art. 59.

¹⁰⁴ Cf. chap. 3.2.2

Le tableau, ci-dessous, explicite les entretiens effectués ainsi que la mesure de placement sous contrainte abordée lors de la rencontre.

	Personnes rencontrées	PAFA	Art. 59
Entretien APEA (Juridique / Exécutif)	Un président d'une APEA valaisanne	X	
Entretien SAS (Administratif / Exécutif)	Le Chef du Service de l'action sociale (2013)	X	X
Entretien OSAMA (Administratif / Exécutif)	Le Chef de l'Office des sanctions et mesures d'accompagnement		X
Entretien DPP (Médical)	Le Responsable du département de psychiatrie et de psychothérapie pour le Valais romand	X	
Entretien TMC/TAPEM (Juridique)	Un juge du Tribunal d'application des peines et mesures et du Tribunal des mesures de contraintes	X	X
Entretien CAAD (Socioéducatif)	Le Directeur du Centre d'accueil pour adultes en difficultés	X	X
Entretien SMP (Médical)	Le Médecin-chef, Chef du Service de médecine pénitentiaire		X

Une fois les entretiens retranscrits, leur contenu a été ensuite reporté dans des grilles d'analyse, par mesures de placement sous contrainte, selon les indicateurs et thèmes définis dans les hypothèses de départ.

L'analyse des données, ci-dessous, traite des mesures de placement sous contrainte vues sous l'angle des différentes personnes rencontrées représentant les domaines concernés par ces situations. Pour chaque mesure de placement sous contrainte, elle aborde :

- les buts et objectifs perçus par les intervenants
- les processus mis en place et les rôles des intervenants
- le travail en réseau en s'intéressant à l'organisation et à la circulation de l'information au sein de ces réseaux
- un constat sur les difficultés rencontrées et sur les mesures d'améliorations en cours

Les différentes mesures de placement sous contrainte sont, ensuite, mises en parallèle et comparées selon les perceptions et sensibilités des intervenants. Finalement, sur la base de ces éléments de réflexion, les hypothèses de départ sont examinées.

7 Analyse des données

Le déroulement et l'analyse des entretiens ont mis en évidence une séparation nette des différentes mesures de placement sous contrainte, notamment par le fait que certains acteurs n'étaient concernés que par un seul type de mesures, soit pénale – l'art. 59, soit civile – le PAFA. Par conséquent, l'analyse des données, ci-dessous, respecte cet état de fait, bien que certains parallèles, entre les mesures de placement sous contrainte, puissent être réalisés malgré tout.

7.1 Enjeux autour des PAFA

I. Buts et objectifs

Les intervenants s'accordent pour dire que le PAFA est, avant tout, une mesure de protection en faveur de la personne concernée. Pour les intervenants des domaines juridiques et médicaux, le PAFA est perçu comme une mesure de dernier recours qui ne peut être mise en œuvre que lorsque toutes les autres options ont échoué.

« Les PAFA sont des mesures exceptionnelles en réponse à des situations exceptionnelles » (Entretien APEA)

En parlant des PAFA, le SAS précise que l'on n'est pas du tout dans le cadre coercitif d'une mesure pénale, mais véritablement dans le cadre d'une mesure de protection de la personne concernée et que si l'état de santé psychique de cette dernière nécessite un placement sous contrainte, allant à l'encontre de sa volonté, celui-ci ne pourra se faire qu'en milieu sanitaire. Cela fait apparaître deux points importants qui seront repris plus en détails, notamment dans le cadre du PAFA social, à savoir la distinction entre le PAFA et la mesure pénale ainsi que de la notion de l'acceptation de la mesure de contrainte par la personne concernée.

II. Processus et rôles des acteurs

Les intervenants font ressortir deux processus distincts de PAFA. Il y a les PAFA prononcés par un médecin ou une APEA, mais strictement pour des raisons psychiatriques ou d'une urgence qui implique des soins. Dans ce cas, la personne concernée est placée en milieu hospitalier afin d'y recevoir les soins appropriés, on parle, ici, de PAFA médicaux. Puis, il y a les PAFA, dit sociaux, découlant de situations de danger d'une autre nature, qui ne seraient pas liées à une problématique psychique, qui relèvent alors d'une autorité de protection de l'adulte. Dans le processus de PAFA, on retrouve, donc, d'une part les deux types de PAFA, médicaux et sociaux et d'autre part des temps différents impliquant des réseaux et des acteurs spécifiques et des responsabilités différentes.

Les PAFA médicaux et sociaux seront donc abordés, ci-après, de façon distincte.

III. Travail en réseau

Le PAFA fait partie du nouveau droit de protection de l'adulte entré en vigueur en janvier 2013¹⁰⁵. Le processus de PAFA est, donc, relativement récent et la mise en place de l'organisation, de procédures et de documents concernant les PAFA a fait l'objet d'un travail en réseau impliquant les différents acteurs concernés (SAS, Hôpital du Valais, les APEA, des juges, etc.). En anticipation à l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte en 2013, ce réseau s'est réuni à plusieurs reprises, déjà en 2012, afin de mettre en place un nouveau mode de fonctionnement. L'année 2013 a été, alors, une année d'évaluations, d'ajustements et de réglages permettant aux différents partenaires de mettre à l'épreuve la nouvelle procédure de PAFA et de tester des formes de collaborations interinstitutionnelles.

Cela permet d'illustrer le fonctionnement d'un réseau d'action publique¹⁰⁶ impliquant des services de l'Etat, à différents niveaux, comme le SAS, le TMC, les APEA et des groupes d'intérêts privés tel que l'Hôpital du Valais - DPP et des institutions sociales. Ce réseau avait comme objectif commun de définir la mise en place du nouveau droit de la protection de l'adulte et plus particulièrement le PAFA pour le Canton du Valais.

Des propos des membres du réseau, on peut mettre en évidence les trois pôles¹⁰⁷ du travail en réseau, le « Savoir coopérer » : les partenaires ont construit une problématique commune et définit un objectif commun au groupe, le « Pouvoir coopérer » : le travail effectué par ce réseau est légitimé par l'implication des responsables notamment du DPP et du SAS

« Si le Directeur du DPP ou le Directeur du SAS prennent position, ça va donner un poids et légitimer les apports des autres participants en valorisant le travail effectué. » (Entretien SAS)

Et finalement le pôle « Vouloir coopérer » : tous les acteurs, impliqués dans ce réseau, ont démontré un engagement actif qui transparaît lors des entretiens, notamment sur la qualité des résultats obtenus, ainsi que sur l'esprit de collaboration au sein du réseau entre les différents membres.

« En une année, le processus s'est mis en place. Mais il y a eu une anticipation, notamment par mon prédécesseur ce qui a fait, qu'en Valais, on a pu mettre cela en « musique » assez facilement. » (Entretien DPP)

« Le processus de PAFA fonctionne parfaitement, parce que dans le Canton du Valais, nous avons pris les devants [...] En 2012, plusieurs séances ont eu lieu avec toutes les personnes concernées que ce soit les dirigeants des APEA et de Malévoz, différents médecins des CCPP, le TMC, les services juridiques des départements concernés, le SAS, etc. On s'est mis autour d'une table et on a discuté de tous ces problèmes. Maintenant le processus est rodé et nous avons des documents très clairs pour tous les intervenants » (Entretien TMC/TAPEM)

¹⁰⁵ Cf. chap. 3.2.3

¹⁰⁶ Cf. chap. 3.5

¹⁰⁷ Cf. chap. 3.4

IV. Constats

Pour les intervenants interrogés, ce travail en réseau pluridisciplinaire, autour de la problématique des PAFA, a permis de faire émerger une réflexion sur la manière de travailler et de collaborer dans le contexte délicat et complexe des PAFA. Il ressort qu'une institution, à elle seule, ne peut pas assumer en totalité le mandat. Il faudra, probablement, développer d'autres concepts, basés sur un réseau interinstitutionnel assumant le mandat de prise en charge. Pour le SAS, c'est un élément important qui est mis en évidence par la gestion des situations complexes, dont les PAFA font partie, et qui nécessite, d'une part de développer des pratiques professionnelles innovantes dans le cadre de « réseaux de partage et de capitalisation des pratiques »¹⁰⁸ et de « réseaux d'action collective »¹⁰⁹ dont la mission serait de gérer une prise en charge complexe et interinstitutionnelle.

« Un des bénéfices involontaires de la problématique PAFA, c'est d'amener à réfléchir à d'autres modes de prise en charge, qui seraient construits avec la codécision et la coresponsabilité des partenaires par rapport à une situation » (Entretien SAS)

7.1.1 Le PAFA médical

I. Buts et objectifs

Le PAFA médical est prononcé lorsqu'il y a une urgence médicale et que la personne concernée se met en danger ou met son entourage en danger¹¹⁰. Comme l'illustre les propos, ci-dessous, le PAFA médical permet d'apporter les soins et l'aide nécessaires à une personne, et cela, même contre sa volonté. Les intervenants du domaine médical mettent en évidence la tension ou le paradoxe provoqué entre la notion d'autodétermination de la personne concernée et le fait de lui imposer une aide.

« Le PAFA médical va intervenir à un moment où le sujet étant privé de sa liberté de par les troubles psychiques, l'effort thérapeutique devrait être de restaurer sa liberté et le paradoxe est, que pour cela, on va devoir utiliser, par moment, la contrainte. [...] On est dans ce grand paradoxe de devoir utiliser la contrainte pour restaurer la liberté du sujet. » (Entretien DPP)

Il ressort que les acteurs des domaines médicaux et juridiques s'accordent à définir l'**objectif de soins** comme étant l'objectif principal poursuivi par le PAFA médical. **Les aspects sécuritaires, de protection de l'entourage**¹¹¹, sont certes présents, mais ne représentent pas l'élément prépondérant pouvant justifier un PAFA médical. Lorsque le médecin ordonne un PAFA, il prend une décision qui est plus de l'ordre de la sécurité publique que pour la sécurité du sujet, mais dans le but de pouvoir mettre en place un aspect thérapeutique.

¹⁰⁸ Cf. chap. 3.4

¹⁰⁹ Ibid

¹¹⁰ Cf. art. 426 et 427 CC, chap. 3.2.3

¹¹¹ Cf. art 426 al. 2 CC

On retrouve chez les différents acteurs l'importance du **respect du principe d'autodétermination**¹¹² de la personne et cela apparaît fortement dans le domaine médical.

« On est les seuls, comme médecins, à pouvoir décider de priver quelqu'un de sa liberté sur la seule base de notre évaluation. C'est à mon sens une énorme responsabilité qui pourrait porter gravement atteinte à la liberté de la personne. »
(Entretien DPP)

Les intervenants interrogés, et plus particulièrement pour ceux du domaine médical, s'accordent sur le fait que le nouveau droit de protection de l'adulte et sa mise en œuvre en Valais, dans le cadre du PAFA, permet la mise en place **de garde-fous protégeant la personne concernée** de certaines dérives en limitant, notamment, les prérogatives des médecins et met à la disposition de la personne concernée des moyens de recours, lui permettant de faire valoir son droit à l'autodétermination et cela même si elle n'a plus la capacité d'apprécier la portée de ses actes.

« L'apport du nouveau droit de la protection de l'adulte a le mérite de clarifier le droit des patients, les voies de recours et de limiter les prérogatives du médecin par rapport au PAFA. [...] Cela évite les dérives. » (Entretien DPP)

II. Processus et rôles des acteurs

Selon les étapes du processus de PAFA médical, les acteurs impliqués et leurs responsabilités sont différentes.

En Valais, l'étape **d'évaluation et de décision** du PAFA médical est effectuée par un médecin de premier recours¹¹³ qui évalue la personne en détresse et prononce le PAFA. Le système valaisan fait que les médecins psychiatres de l'hôpital de Malévoz ainsi que les médecins psychiatres installés en Valais ne sont plus habilités à prononcer des PAFA, bien qu'ils soient, selon les propos des intervenants du domaine médical, les médecins les mieux formés pour prononcer de telles mesures. Toutefois, lors de l'admission de la personne concernée dans l'établissement approprié, le PAFA sera alors confirmé, ou non, par le médecin psychiatre de l'hôpital.

Selon la procédure valaisanne, c'est le médecin prononçant le PAFA qui est responsable d'annoncer le cas à l'APEA correspondante. Compte tenu des contraintes et des difficultés de mise en application de cette directive, le réseau a décidé de déléguer, systématiquement, cette tâche à l'hôpital. Le médecin psychiatre de l'hôpital devient alors le point de contact et de liaison avec l'APEA concernée.

L'hôpital est en charge alors **du suivi et de la levée** de la mesure. Si le PAFA médical doit être prolongé au-delà du délai légal de 6 semaines, l'hôpital en informe l'APEA qui ordonnera alors une expertise médicale (sous la forme d'un avis médical indépendant) afin de confirmer ou non le placement. La levée du PAFA médical reste de la responsabilité de l'hôpital et se fait, généralement, avec le chef de clinique, car comme le souligne les intervenants du domaine médical, l'hôpital de Malévoz est un lieu de formation et il est

¹¹² Cf. chap. 3.1

¹¹³ Cf. chap. 3.3.1 et art. 113 LACCS

important que les médecins en cours de spécialisation puisse bénéficier, dans ces situations particulières, de l'avis d'un aîné.

Les membres du réseau s'accordent pour dire qu'en pratique, lorsque l'APEA prolonge un PAFA médical, le patient reste au sein de l'établissement sanitaire. La modification du PAFA médical en PAFA social est, théoriquement, possible, toutefois si l'hôpital estime devoir prolonger le PAFA médical, c'est que la personne concernée n'est pas suffisamment stabilisée psychiquement pour pouvoir sortir de l'établissement sanitaire. De plus, les membres du réseau s'entendent sur le fait qu'un placement en institution sociale ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne concernée ou au moins une déclaration de non opposition de sa part.

« Le transfert d'un placement non volontaire en milieu hospitalier en institution socio-éducative doit faire l'objet d'une négociation pour qu'il y ait au moins une déclaration de non opposition à la mesure. » (Entretien SAS).

Ainsi que le prévoit le droit de la protection de l'adulte, la personne concernée peut s'opposer au PAFA par **voie de recours**. Dans ce cas, un juge du TMC¹¹⁴ doit statuer dans un délai de 5 jours ouvrables. Pour cela, la personne concernée doit, tout d'abord, être auditionnée par un médecin expert qui rédige un rapport à l'attention du juge. Comme le souligne les autorités judiciaires, la personne concernée étant encore souvent en état de crise, c'est le juge qui se déplace à l'hôpital pour rencontrer la personne concernée par le PAFA médical et rendre sa décision.

Il ressort des entretiens que le processus de PAFA médical et le travail en réseau qui en découle sont, principalement, pilotés par le domaine médical. Les objectifs, les conditions et le déroulement du PAFA médical sont clairs pour tous les acteurs. De plus, les responsabilités de chacun des intervenants sont connues et diffusées au sein du réseau.

III. Travail en réseau

Grâce au travail de réseau, réalisé en amont lors de la mise en place de la nouvelle loi, ce processus fonctionne bien. Des règles ont été mises en place afin de bien informer la personne concernée, de lever le PAFA dès que possible et de s'assurer que l'information circule bien au sein du réseau d'intervenants concernés par le PAFA. Le réseau d'action publique a, spécifiquement pour le PAFA médical, mis à disposition du réseau des formulaires standards facilitant l'annonce du PAFA et la transmission d'informations notamment lors des recours.

« Cela a nécessité beaucoup de discussions, de réunions, d'ajustements dans les procédures avec les APEA, le SAS, la police pour informer les partenaires. » (Entretien DPP)

Les adaptations du processus de PAFA médical aux contraintes et à la réalité du terrain, démontrent que le réseau d'action publique est actif, que ses membres partagent des objectifs communs et qu'ils sont attentifs aux retours des réseaux d'actions collectives intervenant sur le terrain.

¹¹⁴ Cf. chap. 3.3.1

IV. Constats

Le constat peut être fait que le réseau d'action publique a réussi à mettre en œuvre le PAFA médical en respectant les exigences imposées par le nouveau droit de protection de l'adulte. Les objectifs de soins et de protection des droits de la personne sont prioritaires. Le réseau, et plus particulièrement le domaine médical, a limité, au maximum, les mesures de contrôle social dans le cas de PAFA médical.

Le fait que le processus de PAFA médical soit principalement géré par des acteurs du domaine médical permet d'avoir une cohérence de la prise en charge. Les acteurs s'accordent sur le fait que la prise de décision d'un PAFA médical est relativement « simple », parce qu'on est dans l'urgence. Il y a, en général, une symptomatologie bruyante (risque suicidaire, agressivité, etc.) qui facilite la prise de décision. Après, tout l'enjeu est d'arriver aussi rapidement que possible, à instaurer, malgré cette mesure de contrainte, un climat de coopération et de collaboration avec la personne et si possible de lever cette mesure de PAFA médical pour poursuivre l'hospitalisation d'une manière volontaire.

7.1.2 Le PAFA social

Lorsque l'on sort de la notion d'urgence médicale, l'autorité civile (APEA) se trouve confrontée à des situations de personnes vivant en marge de la société et ne respectant pas les normes sociales. Ces personnes vivant dans la rue, souvent dans des conditions sanitaires des plus précaires, posent alors un problème de société. Dans ces situations où la personne concernée ne répond pas aux critères d'un PAFA médical, parce que la personne ne présente pas un danger immédiat pour elle-même et pour autrui, l'APEA va devoir entrer en force, on parle alors de PAFA social.

I. Buts et objectifs

On retrouve, dans les propos des intervenants concernant le PAFA social, **les objectifs de soin et de sécurité** vis-à-vis de la personne concernée. Toutefois il ne s'agit pas, ici, d'une situation d'urgence médicale comme vu lors du PAFA médical. Cette différence est fondamentale car elle rend les critères de décision d'éligibilité à un PAFA social nettement moins évidents. Les intervenants du domaine médical insistent sur le fait que s'il n'y a pas de décompensation ou de risque suicidaire, l'hôpital ne veut pas entrer en matière car la psychiatrie ne doit pas être utilisée comme un moyen de contrôle social ou pour garantir l'ordre public.

L'objectif de protection et du respect du droit à l'autodétermination de la personne ne ressort pas directement comme un objectif des intervenants, mais plus comme un effet de l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte. En effet, les intervenants s'accordent sur le fait que le placement sous contrainte dans le cadre du PAFA social nécessite l'accord de la personne concernée ou au moins une déclaration de non opposition. Les risques de dérive d'utiliser le PAFA à des fins de contrôle social est donc limité grâce à l'entrée en vigueur du nouveau droit de protection de l'adulte.

On retrouve dans les domaines sociaux et juridiques, **l'objectif sécuritaire** vis-à-vis de la personne concernée, de son entourage et de la société. Cet objectif se trouve confronté à la volonté du sujet qui souvent refuse la mesure de placement sous contrainte. Dans ces

situations critiques, le système social est dans une impasse face au refus de la personne concernée et à son droit à l'autodétermination. Pour les intervenants des domaines judiciaires et sociaux, il faut attendre soit une dégradation de l'état de santé de la personne concernée, soit qu'elle commette un délit plus grave pouvant alors faire l'objet d'une sanction pénale pour pouvoir alors imposer une prise en charge bio-psycho-sociale.

« On prend note qu'on laisse aller la situation, espérant qu'après, soit le médical, soit le pénal reprennent la relève et qu'ils puissent avoir un peu plus d'impact. » (Entretien APEA)

Ces limitations privent les autorités (APEA) **d'un outil d'intervention et de prévention** face à des situations sociales critiques. Le PAFA social devient alors une déclaration d'intention de l'autorité, une réponse légale garantissant que l'autorité a mis en œuvre tout ce qui était possible de faire.

« On a répondu légalement à tout ce qu'on a dû faire [...] mais après, la personne, elle reste là, avec sa souffrance, elle reste avec cette situation délicate. » (Entretien APEA)

Un **objectif administratif** sous-jacent apparaît, probablement dû aux pressions médiatiques et la tendance à chercher des responsables lorsqu'une situation se dégrade ou tourne au drame¹¹⁵ et forcent, alors, les autorités et les responsables de service à se préserver.

« On prononce des décisions et quelque part, ça nous permet de nous protéger parce que s'il arrive quelque chose à la personne, on aura évalué toutes les possibilités, exploré toutes les pistes possibles trouvées dans cette situation » (Entretien APEA)

II. Processus et rôles des acteurs

Comme vu précédemment dans le cadre théorique, le processus de PAFA social est composé de phases distinctes faisant appel à des acteurs spécifiques. La première étape est le **signalement** d'une situation problématique à l'APEA. L'input peut provenir des proches, du réseau de proximité, d'intervenants médico-sociaux, etc.

« C'est quelqu'un qui est en relation avec la personne et qui dit : « Non, là il y a un problème, il faut que l'on demande l'intervention d'une autorité. » » (Entretien SAS)

Suite au signalement, survient **la phase d'enquête** durant laquelle l'APEA est très présente. Elle collabore avec le réseau de proximité de la personne concernée (soignants, services sociaux, CCPP, famille, proches, etc.). L'APEA enquête, évalue la situation et détermine s'il y a matière à prononcer un PAFA social. Le rôle de l'APEA est de déterminer si les conditions justifiant un PAFA social sont réunies en s'assurant qu'il ne s'agit pas là uniquement d'une mesure de protection de l'ordre public.

¹¹⁵ Cf. « Meurtre d'Adeline : Fabrice A. n'aurait pas dû sortir » (Le Matin du 9 octobre 2013) ; « Meurtre de Marie : Béatrice Métraux défend ses services » (Le Matin du 18 octobre 2013)

Suit la **phase d'élaboration** d'une solution dans laquelle le SAS est impliqué afin de valider la faisabilité du projet d'intervention-PAFA proposé par l'APEA et à rechercher une institution appropriée en mandatant le CIS. Les acteurs, pilotant le travail en réseau lors de cette phase, sont l'APEA et le SAS. Cette phase est en cours d'adaptation et d'évaluation.

Survient alors la **décision** de l'APEA imposant le PAFA social qui s'accompagne, comme le souligne l'autorité, souvent, mais pas obligatoirement, de la nomination d'un curateur chargé de faire le suivi de la mesure et de tenir informé l'APEA jusqu'à sa levée. Bien que l'APEA puisse légalement imposer la décision de PAFA social, les intervenants concernés s'accorde pour dire qu'il n'est pas possible d'amener de force la personne concernée, et contre sa volonté, dans une institution sociale. Il faut donc impérativement obtenir l'accord ou au moins, une déclaration de non-opposition au PAFA de la personne concernée.

Il ressort des entretiens que la phase de **mise en œuvre et de suivi** de la mesure doit également être formalisée et fait ressortir des divergences de perception et d'attentes entre les acteurs engagés dans ce processus. Pour l'APEA, la mesure s'organise alors entre l'institution sociale choisie, le curateur mandaté par l'APEA pour effectuer le suivi du PAFA et le CIS. L'APEA ne joue, alors, plus qu'un rôle secondaire et ne souhaite pas prendre part aux évaluations. Alors que pour l'institution sociale, l'APEA et le curateur sont les partenaires clés représentant l'autorité et souhaite l'implication de l'APEA lors des réunions réseaux de la personne concernée. La définition des objectifs est, également, un point de divergence. Pour l'APEA, c'est le travail de l'institution de suivre l'évolution de la personne et de fixer avec elle des objectifs en accord avec le curateur. L'institution sociale, elle, se positionne comme mandataire et attend de l'APEA qu'elle définisse et fixe les objectifs du mandat.

« C'est le travail de l'institution de voir comment la personne évolue de jour en jour et de pouvoir fixer avec elle des objectifs, tout en référant après au curateur. »
(Entretien APEA)

« Les objectifs sont définis par l'APEA, la curatelle qui y participe, et la personne, qui évidemment, doit être d'accord. Nous (CAAD), on aura juste le mandat de les appliquer » (Entretien CAAD)

La levée du PAFA social est du ressort de l'APEA. Elle statuera en fonction des retours de l'équipe éducative et du curateur sur l'évolution de la personne.

Il ressort que le rôle de l'APEA est prépondérant en amont de la décision de PAFA. Elle enquête auprès du réseau de proximité de la personne concernée, rencontre cette dernière et évalue sa situation. Elle recherche des solutions en collaboration avec le SAS. Une fois le PAFA social prononcé, l'APEA se retire et le suivi est effectué par le curateur, qui sera en charge d'informer l'APEA, le CIS et l'institution sociale. L'APEA est l'autorité compétente pour lever la mesure de PAFA.

III. Travail en réseau

Au niveau du travail en réseau autour des PAFA sociaux, il ressort des entretiens que le SAS se positionne, actuellement, comme un partenaire clé pour les APEA qui avant de prendre une décision, veulent s'assurer du soutien du Service de l'action sociale en termes de financement et de pertinence par rapport aux projets d'intervention. Dès 2014, ce rôle du SAS, dans le processus du PAFA social, devrait être moins important et transféré au CIS qui mandatera alors soit le SSH, soit Addiction Valais pour faire les démarches de placement, comme on le ferait pour n'importe quel autre placement social.

Les propos récoltés ainsi que le processus de PAFA social mis en place dans le Valais romand, montrent qu'il y a plusieurs réseaux d'actions collectives impliqués dépendamment de la phase en cours. Dans la phase d'enquête, l'APEA et le réseau de proximité travaillent ensemble pour faire le point de la situation. Ensuite l'APEA et le SAS collaborent pour valider la proposition de prise en charge du PAFA. La mise en œuvre ainsi que le déroulement de la mesure se fait principalement entre l'institution choisie et le curateur de la personne concernée. Alors que le processus de PAFA médical semble rôdé et les rôles des intervenants définis et diffusés, le processus de PAFA social apparaît beaucoup moins clair. Cela est mis en évidence par les difficultés de mise en œuvre des PAFA sociaux, rencontrées par les membres du réseau, vu qu'ils nécessitent un accord de principe de la personne concernée, et par les divergences au niveau des attentes entre les partenaires concernés. Toutefois, d'après les intervenants rencontrés, le transfert de l'information sur la personne concernée semble être fonctionnel et favorisé par l'introduction du nouveau droit de la personne en clarifiant les mandats et les rôles des partenaires.

« Le nouveau droit de protection de l'adulte va dans le sens de clarifier les mandats. On (CAAD) doit savoir exactement, quand un placement vient chez nous, pourquoi la personne est placée et quel est le mandat et les objectifs sur lesquels on va travailler. Cela se met en place doucement. » (Entretien CAAD)

Les propos des intervenants font ressortir qu'il n'y a pas un pilote fort ayant une vue d'ensemble du processus de PAFA et pouvant ainsi orienter le travail du réseau. A l'inverse du PAFA médical, qui a une composante « soin » dominante, le PAFA social est plus diffus. Cela peut s'expliquer du fait qu'il n'y a pas une APEA, mais des APEA régionales ayant chacune leurs spécificités et leurs modes de fonctionnement propres rendant ainsi plus difficile la mise en place d'un réseau d'action publique fédérant tous les acteurs.

Lors des entretiens, les intervenants souhaitent que la réflexion sur les PAFA sociaux se poursuive, d'une part quant aux objectifs et moyens à disposition et d'autre part quant aux procédures et modalités d'application de la mesure de placement sous contrainte.

IV. Constats

Le PAFA social pose un réel problème de mise en œuvre aux APEA et aux institutions sociales. Les intervenants rencontrés s'entendent pour dire que si la personne concernée refuse complètement la mesure de placement sous contrainte, il n'est, alors, pas possible de l'amener de force dans l'institution socio-éducative. De plus cette dernière ne dispose pas des moyens et des ressources nécessaires pour retenir la personne concernée. A contrario du PAFA médical, le PAFA social ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne concernée.

Le PAFA social perd donc ainsi son caractère contraignant et, pour les intervenants une partie de son sens. L'APEA se retrouve face à des situations critiques et sans possibilité de faire appliquer sa décision de PAFA face au refus de la personne concernée.

« L'APEA est interpellée par le réseau de proximité, soit par des professionnels, soit par la famille, soit par les hôpitaux [...] mais la difficulté à laquelle nous sommes confrontés actuellement, c'est que si la personne met les pieds au mur, il n'y a aucune possibilité de la contraindre à aller en institution » (Entretien APEA).

L'institution sociale se retrouve dans le même cas de figure que l'APEA, car d'une part aucun PAFA social ne peut venir en institution, sans l'accord de la personne concernée et d'autre part l'institution ne peut pas contraindre la personne concernée à rester dans l'établissement.

« Personnellement, le PAFA social ne fait plus de sens. Le PAFA ne peut être perçu que du point de vue médical, mais pas social. [...] On a cherché à placer des PAFA au CAAD, mais aucun n'est venu car la personne refuse. » (Entretien CAAD)

La position du SAS est plus modérée et part du principe qu'il faut relativiser la notion de volontariat, tout en sachant que physiquement, on ne peut pas contraindre la personne, mais qu'il y a quand même une volonté, clairement exprimée, de la part d'une autorité, à laquelle la personne peut opposer la sienne propre. Pour le SAS, le réseau d'action collective se trouve dans un processus de négociation avec la personne concernée qui peut certes refuser le placement sous contrainte, mais risque alors d'encourir des conséquences d'une autre nature.

Le réseau d'action publique doit, courant 2014, se pencher avec les différents intervenants sur le PAFA social et poursuivre la réflexion afin de clarifier le cadre juridique, les objectifs, les moyens à disposition.

7.2 Enjeux autour des mesures thérapeutiques institutionnelles

Lors des entretiens, nous avons abordé les mesures thérapeutiques institutionnelles pour le traitement des troubles mentaux tels que déterminés par l'art. 59 du Code pénal¹¹⁶. L'alinéa 2 de l'art. 59 définit une mesure pouvant s'exécuter, en milieu ouvert, soit dans un établissement psychiatrique ou d'exécution des mesures, alors que l'alinéa 3 de l'art. 59 doit s'exécuter dans un établissement fermé en raison du risque élevé de récidive de la personne concernée. Ces deux variantes seront abordées plus en détails dans les chapitres ci-dessous.

I. Buts et objectifs

Pour les intervenants, **les aspects soins et thérapeutiques** sont essentiels car ils représentent les clés permettant à la personne concernée de se soigner et d'envisager une réintégration sociale.

Les personnes rencontrées font également ressortir **les objectifs sécuritaires** poursuivis par la mesure thérapeutique institutionnelle. Ils mettent, tout d'abord, en avant la protection « immédiate » de la société par la mise à l'écart, dans un milieu ouvert ou fermé, de la personne concernée. Dans un deuxième temps et c'est là un des éléments primordiaux selon le pouvoir judiciaire, la mesure a pour but de diminuer le risque de récidive en aidant la personne concernée à mobiliser ses ressources lorsqu'elle se retrouve en phase de difficulté. Le risque de récidive est identifié par beaucoup comme un facteur déterminant de la levée de la mesure de placement sous contrainte.

Il apparaît des propos des intervenants que les objectifs de soin et de sécurité sont intimement liés. Pour les membres du pouvoir judiciaire, le traitement de la maladie psychique de la personne a comme corollaire le fait qu'elle ne commettra plus de délits. Il faut, toutefois, rester prudent quant à cette affirmation, car pour le domaine médical, ses objectifs sont d'apporter des soins, de diminuer la souffrance de la personne et d'aider celle-ci à se réinsérer socialement, mais il ne peut pas garantir qu'il n'y aura pas de récidive.

« On sait soigner, ça fait partie de nos études et de notre mandat. [...] Par contre faire en sorte qu'ils ne soient plus jamais délinquants, c'est un autre registre. » (Entretien SMP)

L'objectif de réinsertion sociale poursuivi par la mesure thérapeutique institutionnelle a, également, été mis en évidence par les intervenants. La réinsertion sociale leur apparaît comme l'aboutissement du processus de soins et de prise en charge thérapeutique permettant au sujet de gérer sa maladie et de présenter un risque de récidive acceptable pour la société.

« On arrive rarement à une guérison totale, mais c'est vraiment leur apprendre à vivre avec leur déficit, c'est-à-dire qu'ils aient les outils nécessaires pour vivre malgré leur handicap psychique. » (Entretien TMC/TAPEM)

On retrouve dans les propos des intervenants rencontrés l'importance d'obtenir l'adhésion de la personne concernée et le souci de respecter son **droit à l'autodétermination**, tout comme dans le processus des PAFA. Par exemple, dans le domaine médical, une médication

¹¹⁶ Cf. chap. 3.2.2

aux neuroleptiques n'est imposée que s'il s'agit d'une situation d'urgence. Toutefois s'agissant d'un contexte pénal, la protection de la société reste un élément prépondérant et les conséquences, pour la personne concernée, peuvent être lourdes. Si un traitement institutionnel, tel un art. 59, est en échec, le pouvoir judiciaire a la possibilité de le transformer, par exemple en internement¹¹⁷. Cette mesure est considérée, par les intervenants du domaine juridique, comme étant la plus grave que l'on puisse prendre vis-à-vis de quelqu'un quant à sa liberté de mouvement, car il s'agit là de l'enfermement de quelqu'un non pas pour le soigner, mais uniquement pour préserver la société de ses actes. On parle d'un internement sécuritaire, tandis que l'art. 59 est un internement thérapeutique où l'on essaye de soigner la personne.

Globalement, on voit que les intervenants partagent et adhèrent aux objectifs généraux fixés par la loi. Pour ce qui est des objectifs plus spécifiques en lien avec la personne concernée, la tâche revient au thérapeute et à l'établissement s'occupant de la prise en charge.

II. Processus et rôles des acteurs

La décision de prononcer une mesure selon l'art. 59 est du ressort du tribunal pénal d'arrondissement. Pour prendre cette décision, les juges doivent entrevoir la possibilité de succès de la mesure thérapeutique en se basant sur les rapports des experts psychiatres et sur une forme d'acceptation de la personne concernée.

« Si le psychiatre, dans son expertise, dit que cette personne n'est absolument pas atteignable à quelque soin que ce soit, on ne va pas ordonner de mesures puisque c'est voué à l'échec » (Entretien TMC/TAPEM)

De plus, la mesure peut être prononcée s'il existe, en Suisse, un établissement approprié. Les intervenants du domaine juridique précisent que le juge doit uniquement contrôler s'il y a des établissements qui sont idoines pour soigner la personne, le problème de savoir si une place est disponible n'est pas un problème lors du prononcé de la mesure thérapeutique institutionnelle. Suit alors **la phase de mise en œuvre et de suivi** de la mesure. Le SAPEM ou son office l'OSAMA représentent l'autorité de placement et pilotent cette phase. Une des premières étapes qui incombe à l'autorité de placement est la recherche de l'établissement approprié. Dans l'attente de trouver, d'une part, l'établissement approprié et, d'autre part, qu'une place soit disponible, la personne concernée est placée en milieu carcéral ordinaire en raison du risque de récidive, comme le souligne les intervenants des autorités administratives. Le SMP est alors responsable des aspects soins, mais selon les intervenants du domaine médical ne peut offrir qu'une prise en charge de nature ambulatoire.

Le SAPEM/OSAMA est chargé d'organiser **l'évaluation annuelle** des personnes soumises à un art. 59. Le service contacte les prisons où se trouvent les art. 59 al. 3 ou les foyers dans lesquels se trouvent les art. 59 al. 2. Chaque année, c'est de sa responsabilité de rassembler les rapports des médecins qui s'occupent de ces personnes, les rapports administratifs de la prison ou du foyer et le préavis de la Commission de dangerosité. L'OSAMA rédige un rapport de synthèse et le transmet au TAPEM. C'est sur cette base et cela après avoir entendu la personne concernée que le TAPEM statue sur la nécessité de prolonger d'une année, de modifier ou de **lever** la mesure thérapeutique institutionnelle. Dans le cadre de

¹¹⁷ Cf. art. 64 CP

l'art. 59, c'est de la seule compétence du TAPEM comme le souligne les représentants du domaine juridique.

Selon les intervenants du domaine médical, il est important de différencier les rôles de l'expert médical et du thérapeute. L'expert a pour tâche de se prononcer notamment sur la dangerosité de l'individu et sur le risque de récidive, alors que le thérapeute doit établir une relation avec la personne concernée dans le but de réaliser un travail thérapeutique avec celle-ci. Bien qu'il puisse, d'après les intervenants rencontrés, y avoir, parfois, des désaccords quant à la séparation entre le rôle de thérapeute et d'expert, force est de constater qu'au niveau administratif, les rôles, les domaines de compétences et les responsabilités entre les différents acteurs sont clairement définis et connus du réseau.

« Cela n'empêche pas que le thérapeute puisse donner, aux experts ou à un juge, des informations sur comment se passe la relation, si la personne investit le traitement, si elle essaie de réfléchir ou pas à son mode de raisonnement psychique, si elle prend une médication, etc. Cela aide à la prise de décision. » (Entretien SMP)

III. Travail en réseau

La personne sous art. 59 souffre de troubles psychiques et a besoin de soin. Compte tenu du contexte pénal de la mesure¹¹⁸ et des objectifs sécuritaires poursuivis par les membres du réseau multidisciplinaire, les soins et le suivi thérapeutique doivent être prodigués dans un cadre pouvant offrir certaines garanties en termes de sécurité. Tous les intervenants concernés s'accordent pour dire qu'actuellement en Valais et en Suisse, le nombre de places pouvant accueillir des personnes condamnées avec un art. 59 est très limité. Dans l'attente d'une place libre dans un établissement approprié, la personne concernée est incarcérée dans un établissement pénitentiaire¹¹⁹ sans unité psychiatrique. Le suivi thérapeutique est alors réalisé, en ambulatoire, par le Service de médecine pénitentiaire.

Au niveau organisationnel, le SMP fait partie du DPP et pas du SAPEM. Pour le domaine médical, cette séparation est très importante car elle évite ainsi une confusion des rôles : sécurité vs soin. Le DPP, par l'intermédiaire du SMP, offre des services de médecine au sein des établissements pénitentiaires valaisans. Cette séparation revêt une grande importance pour le domaine médical, car elle permet au SMP de rester au sein de ce que Le Boterf nomme un réseau de partage et de capitalisation des pratiques¹²⁰.

« D'être à Malévoz, de pouvoir discuter avec des collègues sur certaines situations cliniques, c'est aussi extrêmement important, car je garde un lien très fort avec la clinique, avec le domaine des soins. C'est essentiel. » (Entretien SMP)

Le rattachement du SMP au DPP, permet également de garantir, au sein du réseau d'action collective, une certaine indépendance du service médical vis-à-vis des autorités. Comme le relate les intervenants du domaine médical, cette séparation (sécurité/soin) est extrêmement importante pour éviter les dérives, mais aussi pour clarifier le rôle du SMP auprès du patient, différencier les aspects soins des aspects judiciaires et garantir une

¹¹⁸ Cf. Chap. 3.2.2

¹¹⁹ Principalement la prison des Îles à Sion pour le Valais romand

¹²⁰ Cf. chap. 3.4

certaine confidentialité à la personne concernée notamment avec le respect du secret médical.

Les intervenants interrogés du domaine médical souligne qu'il y a, actuellement, un débat sur la question du secret médical notamment en ce qui concerne les personnes soumises à un art. 59. Pour certains, lorsqu'il y a un traitement imposé par la justice, le secret médical devrait être levé. Alors que pour d'autres, le secret médical est un outil facilitant la relation thérapeutique permettant au patient d'aborder des sujets intimes en étant suffisamment sûr que cela ne sera pas divulgué. La question du secret médical est extrêmement importante et complexe, mais elle ne peut pas être traitée de manière dogmatique. Actuellement, le secret médical est protégé notamment par l'art. 321 du CP « Violation du secret professionnel » qui précise que le médecin peut être libéré du secret avec le consentement de la personne concernée ou sur demande du médecin à l'autorité supérieure. De plus, l'art. 17 du CP « Etat de nécessité licite » permet au médecin de ne pas être puni lorsqu'il trahi le secret médical en raison d'un danger imminent ne pouvant être évité autrement.

Les intervenants rencontrés et plus spécifiquement ceux du domaine juridique précisent que le juge doit avoir accès à un certain nombre d'informations liées à la personne afin de pouvoir mesurer son évolution et prendre des décisions quant à la suite du placement sous contrainte. D'après les intervenants interrogés, les personnes sous art. 59 al. 2 sont des gens qui sont conscients de leur situation et comprennent que la justice doit absolument être informée s'ils veulent sortir un jour. Par contre, avec les personnes sous art. 59 al. 3, c'est beaucoup plus difficile, car ils sont parfois plus sérieusement atteints et ils refusent que le médecin soit délié du secret médical. Dans ce cas-là, le juge n'a pas de rapport médical et donc ne peut pas prendre de décision fondée. Il ordonne alors la continuation de la mesure. Les membres du pouvoir judiciaire précisent que le tribunal pourrait demander la levée du secret médical, mais cela ne se fait que rarement, d'une part faute de temps et d'autre part il s'agit pour la justice de mettre les personnes face à leurs responsabilités.

« Tu ne veux pas renseigner le juge sur ta situation, alors tu en assumes les conséquences, c'est-à-dire le statu quo ! » (Entretien TMC/TAPEM)

L'accompagnement et le suivi des personnes sous art. 59 nécessitent une approche globale et multidisciplinaire. Les membres du pouvoir judiciaire précisent qu'ils n'ont pas les connaissances psychiatriques nécessaires pour prendre une décision seuls et qu'ils doivent faire appel au réseau entourant la personne concernée. Pour cela, le juge va donc recueillir systématiquement les rapports des médecins traitants ainsi que, si la personne est en prison, les rapports du personnel pénitentiaire et, si la personne est en foyer comme au CAAD, les rapports des éducateurs. C'est fondé sur ces rapports et sur les déclarations en séance de la personne placée qu'il décide si la mesure doit être maintenue pour une année ou pas.

Les membres du réseau d'actions collectives indiquent qu'ils peuvent se mobiliser, en cas de crises, afin de prendre les mesures les plus adéquates pour la personne concernée, tout en respectant les impératifs des acteurs impliqués dans la situation. Par exemple, le réseau peut se donner les moyens pour transférer la personne en détresse dans un hôpital. Il faut, alors, bien séparer les aspects sécuritaires des aspects soins. En amont du processus

d'hospitalisation, il faut organiser une discussion avec le SAPEM/OSAMA pour traiter les questions de la dangerosité, du risque de récidive et du cadre sécuritaire à déployer. Les propos des intervenants font ressortir l'importance d'être toujours dans le partenariat, le compromis et d'essayer d'être attentif aux contraintes des autres partenaires.

7.2.1 La mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert

I. Buts et objectifs

En plus des objectifs thérapeutiques, sécuritaires et de réinsertion sociale précédemment évoqués, il apparaît, selon les intervenants et plus particulièrement les pouvoirs judiciaires, qu'un des objectifs principal poursuivi par la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu ouvert (art. 59 al. 2) est **la levée de la mesure pénale**. En effet, pour les intervenants interviewés, l'art.59 al. 2 constitue la poursuite d'un processus, qui a souvent débuté par un art. 59 al. 3 en milieu fermé, vers la libération totale. Cette étape constitue une ouverture importante vers une réinsertion sociale tout en offrant un cadre structuré garantissant une certaine sécurité. Ils précisent également que même si, dans la plupart des cas, il s'agit de personnes sous art. 59 al. 3 ayant passé en art. 59 al. 2 suite à une évolution favorable, il peut arriver que cela soit une mesure d'exécution anticipée avant jugement ou directement un art. 59 al. 2 lors du jugement.

A l'instar du PAFA, les intervenants font ressortir l'importance **d'obtenir l'accord de la personne concernée** au placement sous contrainte en milieu ouvert et de son engagement à vouloir suivre une thérapie. Cela d'autant plus que la prise en charge d'un art. 59 al. 2 se déroule en milieu ouvert.

« Il faut que la personne soit actrice de son placement au CAAD, qu'elle ait l'envie d'être aidée et de sortir de cette situation. » (Entretien CAAD)

Bien que les membres du réseau accordent une grande importance au droit à l'autodétermination de la personne, ses choix restent toutefois assez limités. En cas de refus ou d'opposition au passage en milieu ouvert, la personne concernée risque de voir sa mesure de placement sous contrainte se poursuivre en milieu carcéral.

II. Processus et rôles des acteurs

Comme vu précédemment, une fois l'art. 59 al. 2 prononcé par le juge, c'est à l'autorité de placement de **rechercher l'établissement approprié**. Actuellement, c'est l'OSAMA qui prend contact avec le foyer et négocie la prise en charge de la personne concernée. Dans le cadre des mesures anticipées, soit avant le jugement, c'est le TMC et le ministère public qui effectuent les démarches auprès de l'institution sociale.

Le fait qu'il s'agisse d'une mesure pénale confère au SAPEM/OSAMA un rôle prépondérant au sein du réseau et une autorité envers les autres partenaires lors de la **phase de mise en œuvre**. Le SAPEM ou son office l'OSAMA, représentant l'autorité de placement, disposent du leadership sur le processus de mise en œuvre des mesures thérapeutiques institutionnelles. Actuellement, l'OSAMA définit le cadre légal de la prise en charge en imposant un certain nombre de règles et d'exigences en lien avec la personne concernée. L'institution sociale, quant à elle, établit un projet éducatif avec la personne concernée en lien avec les exigences de l'OSAMA. Lors des entretiens, on retrouve, dans la mesure thérapeutique institutionnelle

selon l'art. 59 al. 2, la présence de contraintes sécuritaires fortes et cela même si l'exécution de la mesure s'effectue en milieu ouvert. Dès que la personne entre dans la catégorie des « dangereux »¹²¹, et c'est assez souvent le cas, toute demande d'assouplissement de l'accompagnement est soumise à la Commission de dangerosité¹²². Cette commission a pour mandat de se prononcer sur la dangerosité et le risque de récurrence de la personne concernée. Elle préavise, au SAPEM/OSAMA, toutes ouvertures de l'encadrement telles que les conduites familiales, les congés ou tous liens vers l'extérieur encadrés ou non d'un membre du personnel éducatif.

Pour les personnes sous art. 59 al. 2 placées en institution sociale, Les intervenants du domaine médical signalent que le SMP ne joue plus un rôle prépondérant, bien qu'occasionnellement, il puisse intervenir en soutien lors d'un problème spécifique ou lorsque la personne concernée retourne temporairement ou durablement en prison. Les aspects soin et thérapeutiques sont sous la responsabilité de l'institution sociale et de thérapeutes externes au SMP.

Bien qu'il soit possible de dégager des phases ou des étapes dans le parcours d'une personne sous art. 59 al. 2, il n'y a présentement pas de processus formellement établis. Les intervenants s'accordent pour dire qu'il y a un besoin urgent de définir un cadre clair au placement de personnes sous art. 59 al. 2 en institution sociale. Les membres du réseau ont développé une pratique qui fonctionne bien, mais qui mérite d'être développée et formalisée, ce qui permettra de clarifier certains points de financement, de responsabilité et d'organisation.

III. Travail en réseau

Il apparaît que l'OSAMA est le centre névralgique du réseau d'actions collectives autour du processus relatif aux mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu ouvert. Il rassemble les informations, notamment, les rapports de suivi des différents acteurs médicaux et sociaux intervenant dans la prise en charge de la personne concernée.

Les différents intervenants rencontrés sont unanimes sur l'importance de travailler en réseau autour de chaque situation afin de trouver la solution la plus adéquate.

« Les personnes que nous accueillons concentrent toutes les problématiques : médicales, sociales, juridiques et financières. Donc, on est obligé de travailler ensemble dans un partenariat d'une manière presque systémique. » (Entretien CAAD)

Lors de situations difficiles ou de périodes de crises en lien avec la personne concernée, le réseau se montre solidaire. Selon les membres du réseau, ils essayent, dans les limites de leurs moyens, d'intervenir en soutien à l'intervenant en difficulté. Par exemple, un représentant de l'OSAMA peut se déplacer afin de rencontrer la personne réfractaire et, en

¹²¹ Les « dangereux » sont, d'une manière générale, les personnes qui ont commis des infractions qui sont prévues à l'art. 64 du CP (assassinats, viols, brigandages, incendies, etc.)

¹²² La Commission de dangerosité est composée d'un président (actuellement un avocat), le chef du Service d'expertise, un procureur, un juge cantonal, le chef de l'OSAMA (représentant le SAPEM) et un juge du TAPEM. Elle peut être saisie par le Chef de l'OSAMA pour les demandes concernant le déroulement de la mesure ou par le juge d'application des peines qui décide du changement du cadre juridique.

tant qu'autorité, rappeler les conditions du placement et reposer le cadre afin de soutenir l'institution. Ou encore, en cas de fugue, l'OSAMA peut, si nécessaire, faire placer la personne sous mandat d'arrêt.

« On a tout à y gagner d'être attentif lorsqu'un membre du réseau est en difficulté avec une situation, plutôt que d'attendre que ce soit complètement la crise. »
(Entretien SMP)

Les propos des intervenants montrent bien qu'il y a un travail en réseau qui s'organise autour de chaque situation spécifique. Par contre, le constat peut être posé sur la nécessité d'organiser un réseau d'action publique afin d'élaborer une stratégie globale, de déterminer plus précisément les modalités et moyens à disposition des partenaires pour gérer la prise en charge des personnes sous art. 59 al. 2 dans le Valais romand.

IV. Constats

Lors des entretiens, deux difficultés relatives aux placements sous contrainte selon l'art. 59 al. 2 sont mises en évidence par mes interlocuteurs. La première difficulté concerne la problématique du manque de places et d'établissements appropriés pour la prise en charge de personnes soumises à un art. 59 al. 2. Les intervenants soulignent que le CAAD est une des rares institutions sociales, en Suisse romande, à accueillir des personnes soumises à un art. 59 al. 2. L'institution sociale se place entre l'établissement pénitentiaire et l'hôpital psychiatrique en offrant une prise en charge prenant en compte les troubles psychiques de la personne, mais aussi les contraintes sécuritaires relatives à la problématique pénale. Le mandat de l'institution sociale et d'accueillir ces personnes dans un lieu de vie qui va, à la fois, tenir compte de leur privation de liberté, mais dans un cadre plus ouvert avec comme objectifs de les soigner et de les aider à réintégrer la société.

« On manque clairement de structures de ce type-là, entre le social et le pénal, en Valais. C'est une tendance générale, il manque de places pour les patients qui souffrent de troubles psychiques en milieu carcéral. » (Entretien SMP)

Le placement en institution socio-éducative de personnes selon l'art. 59 al. 2 a soulevé une autre problématique d'ordres organisationnel et structurel qui a été mise en exergue suite aux différents événements, relatés par les médias, impliquant des personnes avec des troubles psychiques ou des comportements déviants¹²³. Le Département de la Sécurité (DFS) a transmis des directives strictes concernant, notamment, les personnes sous art. 59 al. 2. Comme le relate les intervenants et plus particulièrement le domaine social, ces directives imposent un mode de fonctionnement incompatible, ou tout du moins difficilement applicable, dans une institution socio-éducative. Le CAAD est, actuellement, dans une situation particulière car, de fait, il accueille des personnes sous art. 59 al. 2, mais n'est pas officiellement reconnu pour cela et il se trouve partagé entre son autorité de tutelle, le SAS et l'autorité du placement pénal, le SAPEM.

Le CAAD a été un élément déclencheur et a, en quelque sorte, contraint les départements (social, santé et sécurité) de se rencontrer et de se mettre autour d'une table afin de réfléchir à une approche globale des placements sous contrainte selon l'art. 59 al. 2. Selon

¹²³ « La mort brutale d'Adeline secoue Genève » (Le Temps du 14 septembre 2013)

les responsables rencontrés, un travail, au niveau du réseau d'action publique impliquant les chefs des différents services (SAS et SAPEM) ainsi que les responsables des institutions sociales et médicales concernées, doit être mené, en 2014, afin de définir les stratégies et une convention de collaboration définissant le cadre du partenariat. Certains intervenants suggèrent qu'il n'existe pas UN établissement approprié, mais plutôt un réseau institutionnel autour d'une situation donnée. Dans ce contexte, le placement ne peut plus s'effectuer directement par le juge ou le SAPEM, mais doit transiter par une structure de coordination qui devrait être le CIS.

Dans un deuxième temps, le réseau d'actions collectives, composé des acteurs directement impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement de personnes sous art 59 al. 2 tel que l'OSAMA, le SMP et les institutions sociales concernées, doit se réunir et définir les modalités de fonctionnement et d'interventions auprès des personnes concernées. Des réflexions sont en cours et doivent encore être débattues et formalisées entre les partenaires comme, par exemple, la mise place d'un plan d'exécution de la mesure (PEM)¹²⁴. Certaines actions ont déjà été mises en place, comme par exemple, un formulaire d'annonce de sortie permettant de signaler le congé d'une personne entrant dans la catégorie des « dangereux » à la police.

On perçoit bien qu'il y a une réelle volonté de coopérer et travailler en réseau autour de ces situations. Et bien que globalement, les intervenants s'entendent et parviennent à travailler en réseau, le manque de formalisme et de reconnaissance de ce mode de fonctionnement peut être source de dysfonctionnement.

¹²⁴ Le PEM détermine les objectifs à atteindre, les étapes à suivre et les conditions du placement. C'est l'établissement qui réalise le PEM qui est ensuite discuté lors d'une réunion de réseau avec l'autorité de placement (OSAMA) pour échanger sur les objectifs à atteindre et les conditions du placement. La personne concernée participe également à la construction de son PEM, mais ne participe pas obligatoirement à la réunion du réseau.

7.2.2 La mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé

La particularité de la mesure thérapeutique institutionnelle, selon l'art. 59 al. 3, est qu'elle s'exécute en milieu fermé. Elle s'adresse à des personnes qui sont très gravement atteintes psychiatriquement et qui ne peuvent être soignées que dans le milieu fermé, soit le milieu carcéral car elles représentent un danger trop important pour la société.

I. Buts et objectifs

Les propos des intervenants montrent que la composante soin reste présente tout comme pour l'art. 59 al. 2, mais avec un **élément sécuritaire renforcé** vu que la mesure doit être exécutée dans un établissement fermé comportant une unité psychiatrique.

II. Processus et rôles des acteurs

Suite au jugement, la personne condamnée ne peut pas sortir en raison du risque élevé de récidive. Selon les intervenants des domaines juridique et administratif, le condamné peut rester, tout comme les personnes sous art. 59 al. 2, de 6 à 8 mois dans l'attente qu'une place se libère dans un établissement approprié ce qui met la personne dans une situation qui ne respecte pas ses droits. Ce problème est d'autant plus grand, pour les personnes sous art. 59 al. 3, qu'il n'y a pas, en Valais, la possibilité d'avoir un traitement thérapeutique institutionnel. Pour les art. 59 al. 3 venant des cantons francophones, il y a les EPO¹²⁵ et Curabilis¹²⁶ qui ouvrira, en avril 2014, une trentaine de places pour toute la Suisse romande. Les professionnels s'entendent pour reconnaître qu'il y a un grand manque de places pour les personnes qui sont sous art. 59 al. 3.

III. Constat

Mise à part la problématique du manque de places dans les établissements appropriés et ce que cela engendre comme désagréments pour les personnes concernées, les mesures selon l'art. 59 al. 3 ont un processus bien rôdé et ne font pas l'objet d'une réflexion de fond, en Valais, comme c'est actuellement le cas pour les mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu ouvert.

¹²⁵ EPO : établissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe disposant d'une unité de soin psychiatrique pouvant accueillir les personnes sous art. 59 al. 3

¹²⁶ Curabilis est un établissement genevois similaire aux EPO

7.3 Comparaison des placements sous contrainte

I. Buts et objectifs

Si l'on compare les mesures de placement sous contrainte civiles que sont les PAFA, et pénales selon l'art. 59, les objectifs de soin et sécurité sont clairement énoncés et partagés. La composante sécuritaire est, par contre, nettement plus présente en ce qui concerne les mesures pénales avec tous les enjeux relatifs aux risques de récidives et à la dangerosité de la personne concernée, alors que pour les PAFA, il s'agit plutôt d'une mesure de protection. Tous les intervenants s'accordent sur le besoin de soins des personnes concernées, mais avec une différence importante, principalement en ce qui concerne les PAFA médicaux, liée à la notion d'urgence des soins.

« Dans le cas des PAFA, on voit des gens qui sont en état de détresse profonde psychiquement, qui entrent dans une phase aigüe de leur maladie. Alors que pour les art. 59 ce n'est pas le cas, car ils sont déjà pris en charge. La crise a mené aux infractions qui ont abouti à leur condamnation, mais lorsqu'on les rencontre, ils sont compensés. » (Entretien TMC/TAPEM)

Bien qu'il semble y avoir un consensus sur ces objectifs, les priorités ne sont pas les mêmes en fonction des rôles, des responsabilités et des sensibilités des intervenants. Pour les intervenants du domaine social, il y a beaucoup de similitudes entre les PAFA et les art. 59. Ce sont des personnes qui ont besoin d'être entendues, soutenues, accompagnées et cela peu importe leur situation. Par contre les modalités d'accompagnement ne sont pas tout-à-fait les mêmes. Alors que les intervenants du domaine médical ont une vision très différente des mesures civiles et pénales. Pour ces derniers, il n'y a pas de similitude entre ces deux mesures (PAFA / art. 59). Le PAFA est une mesure de protection de la personne, prononcée par une autorité civile, en réponse à une urgence. La justice pénale, quant à elle, met une mesure pour diminuer un risque de récidive et pour diminuer une dangerosité de quelqu'un par rapport à la société.

« Il y a des mesures civiles, les PAFA et des mesures pénales les art 59 (CP), mais les personnes sont toutes des personnes avec un handicap. [...] C'est pour moi ça le critère no 1 » (Entretien SAS)

« Le PAFA et les art. 59 sont deux choses radicalement différentes. Pour moi, il ne devrait y avoir aucune analogie entre les deux. Le PAFA est en raison d'un trouble, de difficultés de la personne, alors que l'art. 59 est là lorsqu'il y a eu délit, une condamnation pénale et une mesure qui se substitue à la peine. Par contre, quelqu'un qui est hospitalisé sous PAFA n'a jamais commis de délit. » (Entretien DPP)

Une tentative d'explication de cette différence de perception pourrait être en lien avec la notion de PAFA et plus spécifiquement de PAFA social. Les intervenants du domaine médical sont fortement centrés sur les aspects soins et respects des droits de la personne. Les aspects sécuritaires sont présents, mais principalement pour protéger la personne concernée ou son entourage. Tout est mis en œuvre pour éviter des dérives au niveau de l'application des PAFA médicaux et du risque de les utiliser comme instruments de contrôle social. Et même si du point de vue des soins le traitement est identique, les intervenants du domaine médical insiste sur cette séparation en raison de la nature complètement différente

du cadre posé. Alors que, comme vu précédemment, les PAFA sociaux posent un problème de mise en œuvre aux autorités civiles (APEA) et aux institutions sociales qui n'ont actuellement pas les moyens pratiques d'appliquer ces mesures et de répondre aux urgences sociales et sanitaires qui ne correspondent pas aux critères d'admission des PAFA médicaux. Ces intervenants du domaine social pourraient, donc, être plus enclins à accepter une certaine forme de contrôle social.

« Quand on doit prononcer un PAFA, c'est que la personne n'est plus en mesure d'avoir un raisonnement approprié par rapport à sa situation. Donc, nous (APEA), on peine à comprendre comment on peut encore leur demander leur adhésion. »
(Entretien APEA)

II. Processus et rôles des acteurs

Pour ce qui est des processus, le PAFA médical et la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé sont bien rôlés et fonctionnels. Cela s'explique par la préparation anticipée, dans le cas du PAFA médical, et également par le fait que ce sont des processus possédant un leadership relativement centré sur un pôle de compétences : le DPP pour ce qui est du PAFA médical et le SAPEM/OSAMA pour les art. 59 al. 3.

A contrario, le processus du PAFA social est en cours d'élaboration, mais aussi en recherche de sens. Quant au processus de placement selon l'art. 59 al. 2, également en cours de réflexion, il s'insère entre le domaine social et le domaine de la sécurité, ce qui provoque des tensions organisationnelles et structurelles.

« Les institutions socio-éducatives, que cela soit dans le domaine des troubles psychiques, physiques, mentaux ou des addictions, toutes ces institutions travaillent sur mandat de prestations qui est donné par le SAS » (Entretien SAS)

III. Travail en réseau

Les points communs, entre le PAFA social et le placement selon l'art. 59 al. 2, sont que le placement se déroule dans une institution sociale ouverte et qu'il s'agit de situations difficiles et complexes impliquant de nombreux intervenants. Une réflexion est engagée sur les modalités d'applications et l'organisation interservices. Toutefois une réflexion plus globale, sur les modèles d'interventions autour de ces situations, pourrait être des plus intéressante.

IV. Constat

Les pressions médiatiques et populaires influencent les politiques publiques et leurs applications en mettant en avant de la scène des événements tragiques impliquant des personnes souffrant de troubles psychiques et en recherchant des « coupables ». Le risque est alors important de voir apparaître des utilisations abusives des PAFA ou la mise en place de restrictions inconsidérées en lien avec les art. 59 en réaction aux pressions exercées.

« Sécurité, Qu'est-ce que ça veut dire ? C'est le grand débat. Si on entend par là réduire le risque à zéro, c'est une illusion. Par contre, on peut réduire le risque de récurrence. » (Entretien CAAD)

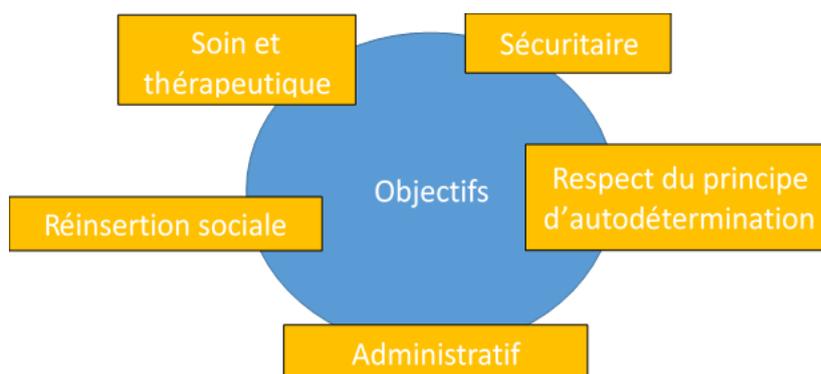
7.4 Vérification des hypothèses

7.4.1 Hypothèse 1

Les acteurs impliqués dans les placements sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle, partagent les mêmes représentations de la mesure et poursuivent les mêmes objectifs.

Comme nous l'avons vu précédemment, les acteurs impliqués dans les mesures de placement sous contrainte partagent les mêmes objectifs principaux, à savoir le besoin de soins des personnes concernées et les aspects sécuritaires tant pour la personne elle-même que pour la société. La notion de respect du principe d'autodétermination de la personne est également une valeur que l'on retrouve chez les différents acteurs, même si dans le cas des placements sous contrainte pénaux, la personne concernée a des choix limités par les facteurs sécuritaires relatifs aux risques de récidives et à sa dangerosité.

On retrouve pour certains acteurs des objectifs secondaires comme le fait de se protéger soi-même d'éventuels recours ou d'objectifs en corollaire aux objectifs primaires comme la resocialisation et la réinsertion sociale de la personne concernée.



Les acteurs du domaine médical tiennent à marquer une différence entre les mesures pénales et les mesures civiles alors que les acteurs du domaine social ou les APEA y voient d'avantages de similitudes.

Les acteurs s'accordent sur les difficultés rencontrées dues, notamment, au manque de places disponibles dans les établissements appropriés pour recevoir des personnes sous art. 59 ou sur le besoin de travailler en réseau et d'établir des processus relatifs aux PAFA sociaux et aux placements selon l'art. 59 al. 2. Les acteurs s'accordent également sur le bon fonctionnement de certains processus comme le PAFA médical et sur la volonté de collaboration qui existent entre les partenaires autour de ces situations difficiles.

Par conséquent, malgré certaines divergences de point de vue, cette hypothèse est vérifiée

7.4.2 Hypothèse 2

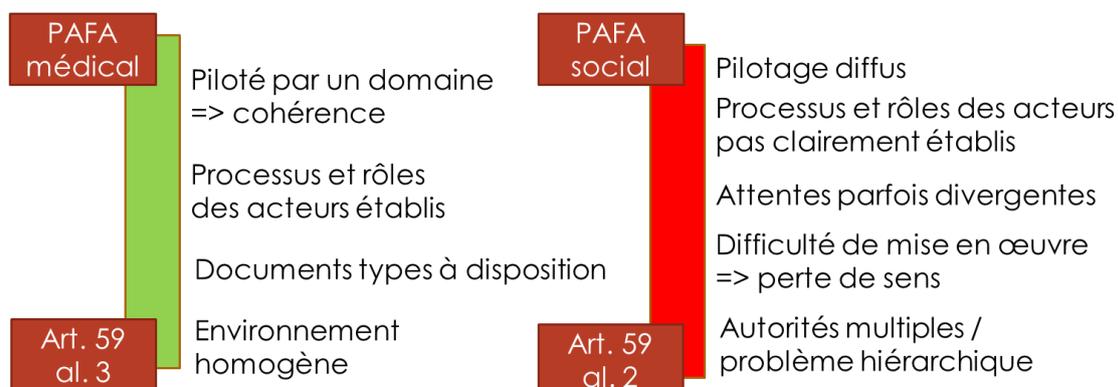
Les rôles et responsabilités des membres du réseau concerné par un placement sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle, sont clairement établis, communiqués et partagés au sein du réseau.

En ce qui concerne le PAFA médical et la mesure thérapeutique institutionnelle en milieu fermé, les rôles et responsabilités des différents acteurs ont bien été définis. Le PAFA médical est piloté par le domaine médical qui y joue un rôle prépondérant. Le réseau d'action publique, ayant œuvré à la mise en place de ce processus, a également diffusé des documents à l'intention des intervenants comme les formulaires de recours à la décision de PAFA.

Les placements selon l'art. 59 al. 3 sont pilotés par le SAPEM/OSAMA qui constitue l'élément central de ce processus se déroulant principalement en milieu carcéral. Pour ces deux mesures de placement sous contrainte, les réseaux d'actions collectives fonctionnent efficacement.

Pour ce qui est des PAFA sociaux, les rôles des intervenants sont connus dans les grandes lignes, mais il y a des attentes divergentes des uns vis-à-vis des autres, notamment entre l'APEA et l'institution sociale. Les réflexions autour du sens de cette mesure et les difficultés de sa mise en œuvre font qu'il y a un certain flou autour du fonctionnement de ce réseau.

Les mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu ouvert fonctionnent grâce à une bonne collaboration de l'OSAMA et de l'institution sociale (le CAAD). Par contre, il manque une réflexion de fond, initiée suite aux tensions organisationnelles et structurelles entre le SAPEM et le SAS relativement aux placements pénaux en institutions sociales. Tous les acteurs impliqués dans la prise en charge et le suivi de ces mesures font part de leurs besoins de se réunir en réseau pour réfléchir sur les pratiques professionnelles et établir des méthodes de travail.



Par conséquent cette hypothèse n'est que partiellement vérifiée

7.4.3 Hypothèse 3

Les acteurs concernés par des placements sous contrainte travaillent de manière cloisonnée et le travail en réseau n'est pas formalisé dans les organisations concernées.

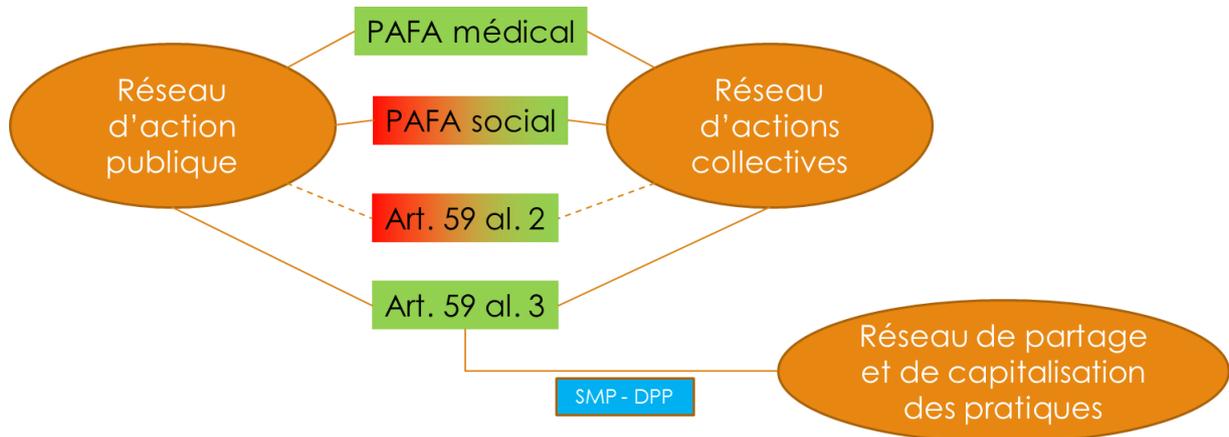
Dans le cadre des PAFA tout comme dans le cadre des mesures thérapeutiques institutionnelles, il ressort d'une manière générale que les acteurs se rassemblent et tendent à travailler en réseau afin de partager des compétences et des informations pour trouver des solutions aux situations problématiques.

Dans le cas particulier des PAFA médicaux, il y a eu la mobilisation d'un réseau d'action publique afin de mettre en place ce nouveau processus en accord avec l'entrée en vigueur du nouveau droit de la protection de l'adulte. Le travail effectué par ce réseau permet aux réseaux d'actions collectives, intervenants sur le terrain, de fonctionner efficacement. Il y a donc vraiment eu une formalisation du travail en réseau, incluant des procédures standards et des outils communs sous la forme notamment de formulaires spécifiques et de bonnes pratiques.

En ce qui concerne les PAFA sociaux, la complexité et les difficultés de mise en œuvre font qu'il n'y a pas eu, lors de cette phase, de travail en réseau à proprement parler. Des démarches sont en cours, plus au sens d'un réseau d'action publique dans le but de préciser les règles de fonctionnement et les limites des différents acteurs. Les refus de placement des personnes concernées font que les acteurs du terrain n'ont pas, ou peu, eu l'occasion de collaborer autour de ces situations particulières.

La situation des placements selon l'art. 59 al. 2 est, d'une certaine manière, similaire à celle du PAFA social. Les acteurs concernés fonctionnent en réseau afin de trouver des solutions à des problématiques concrètes, mais il n'y a pas encore de processus formalisés. A l'instar du PAFA social, un réseau d'action publique va se pencher sur cette problématique afin de déterminer les règles de fonctionnement, les ressources à disposition et les responsabilités des différents intervenants. Par contre les intervenants du terrain ont eu l'occasion de cumuler une expertise en raison du nombre croissant de placements selon l'art. 59 al. 2.

Il est donc faux d'affirmer que les acteurs travaillent de manière cloisonnée, car ils expriment une réelle volonté de partager leurs connaissances, leurs expertises et à se réunir afin d'apporter le soutien nécessaire aux personnes en difficultés. Mais il est également difficile d'affirmer que le travail en réseau est formalisé, reconnu et soutenu au sein de chaque organisme.



Par conséquent, cette hypothèse est partiellement vérifiée

8 Partie conclusive

8.1 Synthèse

Les mesures de placement sous contrainte concernant les personnes souffrant de troubles psychiques, identifiées pour ce travail, sont la mesure thérapeutique institutionnelle pour le traitement des troubles mentaux tel que défini par l'art. 59 du Code pénal et le PAFA selon le nouveau droit de la protection de l'adulte du Code civil.

Le cadre théorique, ainsi que le travail de recherche sur le terrain auprès des intervenants des différents domaines, ont permis d'identifier des objectifs relatifs aux mesures de placement sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques.

- **Objectifs thérapeutique et de soin :**

Que la mesure de placement sous contrainte soit pénale ou civile, l'objectif thérapeutique est primordial, tant dans l'esprit de la loi, formulé par l'art. 59 CP et par le PAFA du nouveau droit de protection de l'adulte, que de l'avis exprimé par les intervenants des différents domaines concernés. Les aspects thérapeutiques constituent la clé de voûte permettant à la personne concernée de retrouver son équilibre, de pouvoir se réinsérer socialement et de ne plus représenter un danger pour elle-même ou pour la société. Le PAFA représente une mesure d'urgence en réponse à une situation de crise dans laquelle la personne concernée met sa vie en danger, alors que l'art. 59 est une réponse à des actes délictueux commis par une personne souffrant de troubles psychiques, mais qui n'est, normalement, plus en crise lors du jugement et du prononcé de la mesure. Il s'agit, dans ce cas, d'un soutien thérapeutique à long terme.

- **Objectif sécuritaire :**

Dans le cadre du PAFA, l'objectif sécuritaire concerne principalement la protection de la personne elle-même ainsi que de son entourage, alors que les mesures selon l'art. 59 ont une composante sécuritaire plus forte et servent notamment à protéger la société des actes délictueux commis par la personne concernée. Cette différence est essentielle aux yeux du domaine médical qui tient à distinguer les deux types de mesures afin d'éviter des dérives en utilisant le PAFA comme une mesure de contrôle social. Le PAFA représente une mesure à court terme qui doit être levée dès que la personne ne représente plus un danger pour elle-même, tandis que la mesure pénale selon l'art. 59 est une mesure à long terme s'étalant sur plusieurs années et qui ne peut être levée que lorsque le risque de récurrence de la personne condamnée est acceptable pour la société.

- **Objectif de protection :**

Le principe d'autodétermination est une valeur au centre du nouveau droit de la protection de l'adulte, ainsi qu'un élément essentiel exprimé par les intervenants des différents domaines. Le respect de la volonté de la personne concernée se retrouve dans les deux cas de figure, pénal et civil. En ce qui concerne le PAFA, la personne concernée doit donner son accord ou au moins ne pas s'opposer à un placement en institution sociale. Le placement sous contrainte n'est réalisable qu'en cas d'urgence médicale lorsque la personne concernée met gravement sa vie ou celle d'autrui en

danger et s'effectue au sein d'un établissement sanitaire, l'hôpital psychiatrique de Malévoz pour le Valais romand. En ce qui concerne la mesure pénale, le juge ne peut prononcer un art. 59 que si la mesure a une chance de succès et implique que la personne condamnée soit réceptive à une thérapie. Dans le cadre d'un placement selon l'art. 59 al. 2 en milieu ouvert, l'adhésion de la personne condamnée est essentiel, car la mesure vise la réinsertion sociale et nécessite un engagement de la personne concernée. Cette dernière peut refuser le placement en institution sociale, mais les choix se limitent, alors, à un retour en milieu carcéral.

Il ressort des propos des intervenants des domaines sociaux et juridiques que le PAFA « social » prononcé par une APEA possède également un objectif, sous-jacent, de protection des professionnels. Le prononcé du PAFA social, par l'APEA, atteste que toutes les mesures possibles ont été envisagées face à une situation critique et au refus opposé par la personne concernée.

- **Objectif de réinsertion sociale :**

Cet objectif est, dans le cadre de la mesure thérapeutique institutionnelle selon l'art. 59, intimement lié aux objectifs thérapeutiques et sécuritaires visant à prévenir la récurrence d'actes délictueux commis par la personne concernée en lui apportant les soins nécessaires et un suivi thérapeutique lui permettant ainsi de développer ses ressources et d'apprendre à appréhender sa maladie en vue d'une réinsertion sociale.

Dans le Valais romand, les mesures de placement sous contrainte concernant les personnes souffrant de troubles psychiques impliquent la mobilisation de réseaux multidisciplinaires touchant des acteurs des domaines médicaux, juridiques, administratifs et sociaux. Des rencontres avec les intervenants engagés dans ces réseaux se dégagent trois types de réseaux :

- **Le réseau d'action publique :**

Ce réseau réunit des acteurs tels que des services de l'Etat et des groupes d'intérêts privés dans le but de définir les objectifs, les instruments et les modalités de mise en œuvre d'une politique publique. Dans le contexte de la mise en application du nouveau droit de la protection de l'adulte, et plus spécifiquement du PAFA médical, le réseau d'action publique a pu mettre en place des directives, des procédures et des documents facilitant la circulation de l'information et la mise en application des PAFA médicaux.

La situation des PAFA sociaux est différente et nécessite encore un travail de réflexion de la part du réseau d'action publique notamment en raison des difficultés rencontrées pour faire appliquer la décision de l'APEA lorsque la personne concernée refuse la mesure.

Un réseau d'action publique doit également se réunir, en 2014, afin de réfléchir aux modalités de mise en œuvre des art. 59 al. 2 placés en institution sociale. Il doit définir, principalement, la collaboration entre le SAS et le SAPEM, ainsi que les procédures, les rôles et les responsabilités des différents partenaires des domaines sociaux, médicaux, judiciaires et administratifs.

- **Le réseau d'action collective :**

Ce réseau constitue le deuxième type de réseau identifié. Ces réseaux sont actifs lors de la décision et de la mise en œuvre d'une mesure de placement sous contrainte. Les acteurs de ces réseaux appliquent les directives et collaborent à apporter des réponses concrètes aux situations problématiques que représentent les placements sous contrainte. En ce qui concerne le PAFA médical et les art. 59 en milieu fermé, le constat peut être posé que les réseaux concernés sont efficaces et disposent des moyens adéquats pour fonctionner. Cela peut, en partie, s'expliquer par le fait que ces deux réseaux sont pilotés chacun par un domaine spécifique, le domaine médical pour le PAFA médical et le SAPEM pour les art. 59 al. 3. En ce qui concerne les PAFA sociaux ou les mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu ouvert, des réflexions sont en cours afin d'en définir le cadre et les modalités de fonctionnement inter-domaines. En attendant, les réseaux d'actions collectives travaillent au cas par cas en fonction des besoins de chaque situation.

- **Le réseau de partage et de capitalisation des pratiques :**

Ce réseau a été mis en avant principalement par le SMP qui soulève l'importance de rester en lien avec le domaine des soins et de pouvoir ainsi partager sur des situations cliniques. Ce type de réseau ne semble pas être autrement diffusé dans le contexte des placements sous contrainte.

Face à la complexité des situations de placement sous contrainte, les intervenants soulignent l'importance et la nécessité de collaborer et d'établir des partenariats. Il y a une réelle volonté de travailler en réseau et de réfléchir à des modèles d'interventions innovants principalement en ce qui concerne les placements sous contrainte, civils ou pénaux, en institution sociale. Il apparaît que l'institution sociale, accueillant des placements sous contrainte, se situe à l'intersection des domaines médicaux, juridiques, administratifs et sociaux. Cette position centrale a permis à l'institution sociale d'être un élément déclencheur face aux tensions organisationnelles et structurelles entre les domaines concernés, et ainsi, inciter les décideurs à réunir le réseau d'action publique afin de définir la stratégie et les modalités de mise en œuvre des mesures thérapeutiques institutionnelles en milieu ouvert selon l'art. 59 al. 2.

En ce qui concerne les PAFA sociaux, le constat peut être fait qu'il n'y a pas de pilote clairement établi du processus, mais que différents réseaux d'actions collectives sont impliqués en fonction de l'étape du processus en cours. A cela s'ajoute le fait que les APEA sont des structures régionales, ayant chacune leurs modes de fonctionnement, ce qui augmente la complexité des interactions entre l'institution sociale et les autorités. Les difficultés rencontrées, par les APEA et les institutions sociales, pour faire appliquer les décisions de PAFA social incitent les partenaires à réunir le réseau d'action publique pour réfléchir aux possibilités d'intervention et aux moyens à disposition.

En guise de conclusion à cette synthèse, on peut dire que les éléments présentés dans ce travail, autour des aspects multidisciplinaires et décisionnels des processus de placement sous contrainte concernant les personnes souffrant de troubles psychiques, permettent de répondre à la question de recherche :

« Selon les différents acteurs du Valais romand, quels sont les enjeux et comment s'organise le travail en réseau concernant les placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques ? »

8.2 Lien avec le travail social

Bien que pas directement en lien avec la pratique des travailleurs sociaux, ce travail est, selon moi, un élément important de compréhension des mécanismes entourant les placements sous contrainte des personnes souffrant de troubles psychiques et, par-là, utile à l'amélioration de l'accompagnement des personnes concernées.

Le travailleur social se trouve souvent en première ligne et représente l'interface entre la personne concernée et les réseaux décisionnels ou d'actions collectives. En tant qu'acteurs de terrain, il partage le quotidien des personnes concernées par un placement sous contrainte en institution sociale et doit appliquer les directives et contraintes imposées par la Direction de l'établissement ou par les services placeurs, qui peuvent, parfois, paraître obscurs et arbitraires. Une meilleure compréhension des enjeux et des objectifs poursuivis par les différents partenaires impliqués dans ces situations, doit permettre au travailleur social, d'une part, de répondre plus adéquatement aux besoins du réseau, en faisant remonter les informations pertinentes relatives à la situation de la personne et, d'autre part, de mieux défendre les intérêts de la personne concernée ainsi que d'améliorer le processus en signalant aux réseaux les dysfonctionnements et les évolutions possibles.

Comme le montre ce travail, la mise en œuvre de politiques publiques, de directives ou de procédures est réalisée avant tout par les responsables des services concernés de l'Etat et les responsables des institutions socio-sanitaires. Le travailleur social a l'opportunité de jouer un rôle important, en tant que représentant du terrain, mais qui requiert une connaissance éclairée des lois, des procédures, des acteurs et des mécanismes de décisions concernant les placements sous contrainte des personnes souffrant de troubles psychiques.

8.3 Bilan personnel

Ce Travail de Bachelor a représenté, pour moi, un travail conséquent réparti sur une période de 7 mois. En plus d'avoir dû jongler entre mon travail d'éducateur, mes études et ma famille, j'ai traversé des périodes de doutes et de découragement. Toutefois, arrivé à l'heure du bilan final, je suis satisfait d'avoir réussi à rendre ce travail ainsi que d'avoir découvert et parcouru ce processus de recherche clôturant mes quatre années de formation en travail social.

Au début de ce travail, j'avais un certain nombre de préjugés et d'a priori négatifs concernant le travail en réseau et les processus décisionnels relatifs aux placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques. Par mes recherches, j'ai découvert une situation complexe, en cours d'élaboration comme en ce qui concerne les art. 59 al. 2 ou difficilement applicable à l'instar des PAFA sociaux, mais, avant tout, une réelle motivation, des acteurs concernés, à rechercher des solutions et à collaborer autour de ces situations de placement sous contrainte. Je suis convaincu que les mois à venir vont permettre de poursuivre les réflexions amorcées et d'aboutir à des modèles d'interventions améliorant l'accompagnement des personnes concernées.

Grâce à ce travail, aux recherches effectuées, aux nombreuses lectures et aux rencontres faites lors de mes entretiens, j'ai acquis une meilleure compréhension du contexte et des enjeux des placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques. Ce travail m'a sensibilisé aux attentes des partenaires du réseau, ce qui joue un rôle primordial, dans ma pratique professionnelle, notamment lors de la rédaction de rapports, en étant attentif à transmettre des informations pertinentes pour mon interlocuteur ou lors de la définition de certains objectifs, en lien avec le résidant concerné par une mesure de placement sous contrainte, mais devant aussi répondre aux exigences du réseau.

Parmi les difficultés rencontrées lors de l'élaboration de mon Travail de Bachelor, je pense que la principale fut d'avoir choisi un sujet trop vaste. Tout au long du processus de recherche, je me suis confronté à cette difficulté, notamment lors de la formulation de la question de recherche, du choix des concepts théoriques à développer ou encore lors de l'analyse des données récoltées. Avec le recul, il aurait été plus aisé de ne traiter, dans le temps imparti à cette tâche, qu'une mesure de placement sous contrainte comme le PAFA social ou l'art. 59 al. 2. Par contre, d'un point de vue personnel, je ne regrette pas ce choix, car il m'a permis d'apporter des réponses utiles à ma pratique professionnelle.

8.4 Perspectives professionnelles

Les placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques et plus principalement les art. 59 al. 2 ou les PAFA sociaux, mettent en difficulté les modèles d'accompagnement conventionnels. Je suis convaincu que les mois et années à venir vont voir émerger de nouveaux modèles d'interventions tenant compte du caractère multidisciplinaire et complexe de ces situations. J'ai particulièrement apprécié, lors des entretiens, l'idée émise qu'il n'existe pas UN établissement approprié à une situation, mais qu'il faille, plutôt, travailler dans le sens d'un réseau institutionnel pouvant s'adapter à l'évolution et aux besoins de la personne concernée.

Les intervenants rencontrés ont été unanimes quant aux manques de places et d'établissements appropriés pouvant accueillir des personnes souffrant de troubles psychiques soumis à un placement sous contrainte civil ou pénal. Le canton du Valais a accepté de financer un projet d'agrandissement du CAAD qui proposera 21 places en résidentiel, 5 places dédiées aux courts séjours¹²⁷ et 5 places en placement d'urgence¹²⁸. Le concept global de prise en charge est posé et inclus, en plus des aspects socioéducatifs, des composantes médicales et sécuritaires renforcées. Ce projet est, selon moi, l'opportunité pour les travailleurs sociaux en place dans l'institution de s'investir et de participer activement à développer ces nouveaux modes d'intervention et de partenariat.

Je pense que les travailleurs sociaux, en tant qu'acteurs de terrain, ont un rôle à jouer dans les processus décisionnels. Ils doivent faire reconnaître leurs compétences et soutenir les directions d'établissements en fournissant des informations pertinentes, en faisant remonter les problématiques rencontrées sur le terrain et en proposant des solutions innovantes. Lors des séances de réseaux, ils peuvent sensibiliser les acteurs présents à une problématique concrète et faire, d'une certaine manière, du lobbying pour influencer les réseaux d'actions publiques.

Il est essentiel, pour moi, que les travailleurs sociaux s'intéressent aux processus décisionnels et aux contextes légaux entourant les placements sous contrainte afin de pouvoir mieux argumenter et défendre leurs points de vue sur ces situations. Sans avoir la prétention que ce travail fournisse des réponses à toutes les questions, j'espère qu'il apporte un éclairage global des placements sous contrainte des personnes souffrant de troubles psychiques dans le Valais romand et permette de poursuivre et d'approfondir la réflexion autour de ces situations.

¹²⁷ Cours séjours : maximum 3 mois

¹²⁸ Placement d'urgence : maximum 7 jours

8.5 Perspectives de recherche

Ce travail présente une vision « macro » des processus de placement sous contrainte, de leurs enjeux et du travail en réseau y relatif. Dans l'idée d'une approche « top – down », cela ouvre une multitude de possibilités de recherches et de questionnements couvrant les différents aspects entourant les placements sous contrainte des personnes souffrant de troubles psychiques.

La poursuite de la démarche « top – down » ouvre des perspectives de recherches innombrables, par exemple :

- En s'intéressant plus spécifiquement à une mesure particulière ou à une étape précise d'un des processus de placement sous contrainte.
- En comparant les pratiques et les processus PAFA dans les différents cantons romands
- En ciblant sur le rôle et les pratiques des éducateurs et éducatrices accompagnant les personnes concernées
- En étudiant le rôle et l'impact de l'animation socioculturelle auprès des personnes concernées
- Aux possibilités de réinsertion sociale des personnes concernées, des contraintes et des moyens à disposition
- A la mesure de contrainte vue sous l'angle de la personne concernée et à sa perception de la contrainte (compréhension de la mesure, aide ou obstacle, etc.)
- A l'impact sur la famille et les proches de la personne concernée
- Aux fonctionnements du réseau de proximité

Comme l'a démontré ce travail, les placements sous contrainte de personnes souffrant de troubles psychiques est un sujet vaste et complexe. Il ouvre des perspectives à de nombreux travaux de recherche.

8.6 Le mot de la fin

Pour terminer sur une note positive, ce travail a constitué pour moi une opportunité d'avoir un regard plus global, hors de ma pratique professionnelle quotidienne. Et bien qu'il y ait encore des situations difficiles, des mises en échecs et des désaccords entre les partenaires du réseau, ce travail m'a démontré qu'au-delà des différences et des divergences de points de vue, la personne en difficulté reste au centre de nos préoccupations.

Merci de votre lecture

9 Abréviations

aCC	Ancien Code civil suisse, soit avant l'introduction le 1 ^{er} janvier 2013 du nouveau droit de la protection de l'adulte
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
ATF	Arrêt du Tribunal fédéral
CAAD	Centre d'accueil pour adultes en difficulté
CC	Code civil suisse
CCPP	Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie
CdD	Commission de dangerosité
CDEH	Convention européenne des droits de l'homme
CIS	Centre d'indication et de suivi des placements
CP	Code pénal suisse
Cst. féd.	Constitution fédérale
DPP	Département de psychiatrie et psychothérapie de l'Hôpital du Valais
EPO	Etablissements pénitentiaires de la plaine de l'Orbe
FF	Feuille fédérale
LACCS	Loi valaisanne d'application du Code civil suisse
LACP	Loi valaisanne d'application du Code pénal suisse
LACPP	Loi valaisanne d'application du code de procédure pénale suisse
LF	Loi fédérale
OLACP	Ordonnance générale d'exécution de la loi valaisanne d'application du code pénal suisse
OPEA	Ordonnance valaisanne sur la protection de l'enfant et de l'adulte
OSAMA	Office des sanctions et des mesures d'accompagnement
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PLAFA	Privation de liberté à des fins d'assistance
RO	Recueil officiel du droit fédéral
SAPEM	Service d'application des peines et mesures
SAS	Service de l'action sociale
SMP	Service de médecine pénitentiaire de l'Hôpital du Valais
SMUP	Service médicalisé d'urgence de proximité
SOC	Service officiel de la curatelle
SSH	Service social handicap
TAPEM	Tribunal d'application des peines et mesures
TC	Tribunal cantonal valaisan
TCC	Thérapie cognitive comportementale
TMC	Tribunal des mesures de contrainte

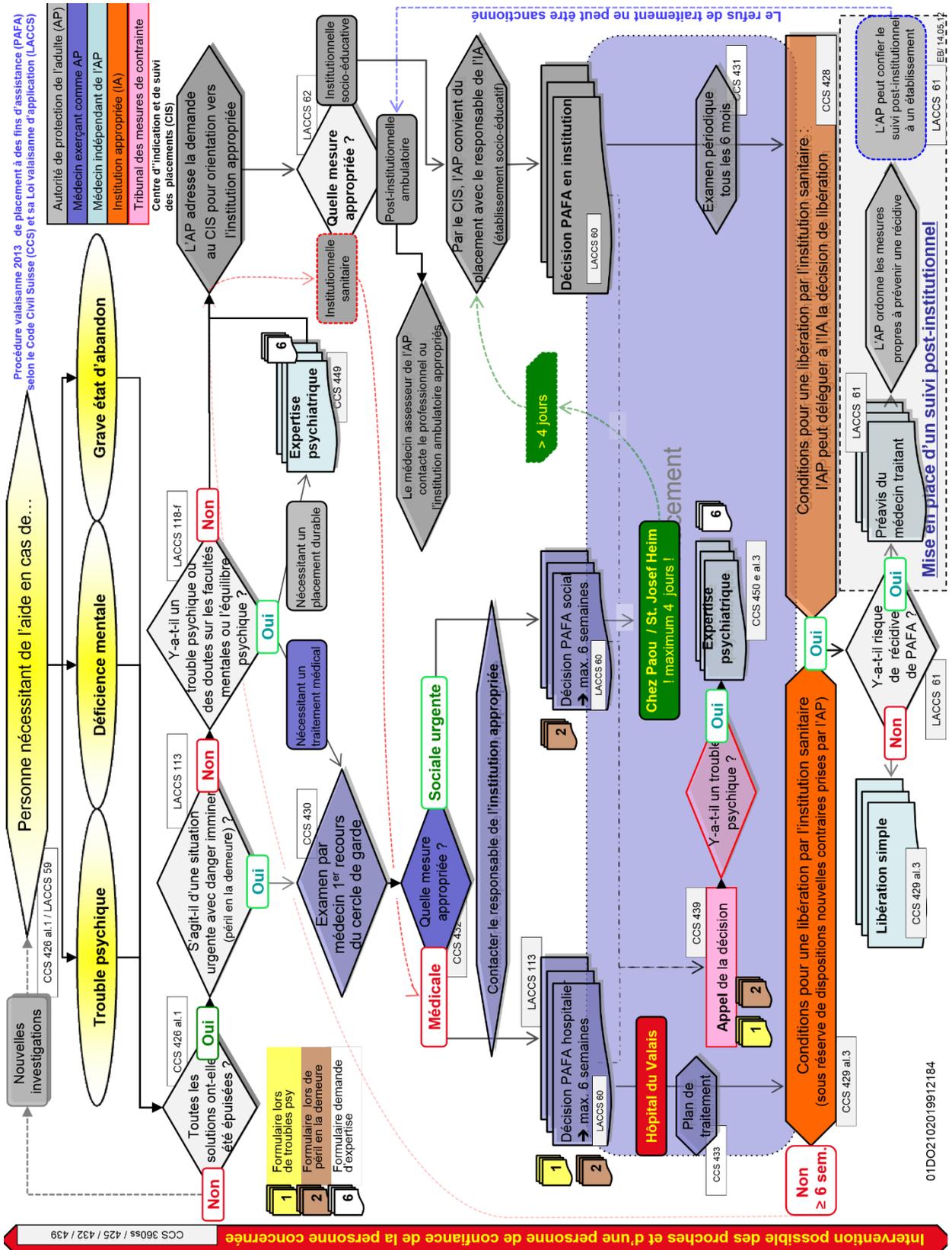
10 Bibliographie

- AMARELLE, C. (2008). *Droit suisse*. Le Mont-sur-Lausanne: Éditions Loisirs et Pédagogie.
- AVENIRSOCIAL. (2010). *Code de déontologie du travail social en Suisse*. Berne.
- BINO, M.-A. (2006). *Hospitalisation forcée et droits du malade mental*. Genève: Schulthess.
- BORGHI, M. (1991). *Evaluation de l'efficacité de la législation sur la privation de liberté à des fins d'assistance*. Agno: Pro Mente Sana.
- BOUSSAGUET, L., JACQUOT, S., & RAVINET, P. (2010). *Dictionnaire des politiques publiques* (éd. 3e actualisée et augmentée). Paris: Les Presses de Sciences Po.
- CLIVAZ, C. (1998). *Réseaux d'action publique et changement de politique publique* (Vol. Cahier de l'IDHEAP 175/1998). Chavannes-près-Renens: IDHEAP.
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (1907). *RS 210 Code civil suisse du 10 décembre 1907*. Consulté le mai 15, 2012, sur Site internet de la Confédération suisse: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/c210.html>
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (1907). *RS 210 Code civil suisse du 10 décembre 1907*, Etat le 1er juillet 2013. Consulté le septembre 2, 2013, sur Site internet de la Confédération suisse: <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (1937). *RS 311.0 Code pénal suisse du 21 décembre 1937*. Consulté le mai 15, 2012, sur Site internet de la Confédération suisse: http://www.admin.ch/ch/f/rs/c311_0.html
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (1999). *Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999*. Consulté le septembre 7, 2012, sur Site internet de la Confédération suisse: <http://www.admin.ch/ch/f/rs/101/index.html>
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (2006). Message concernant la révision du code civil suisse (Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation). *Feuille fédérale*, p. 6635 ss.
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (2008). Code Civil Suisse. *Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de filiation*. Berne.
- CONFÉDÉRATION SUISSE. (2008). Protection de l'adulte, droit des personnes et droit de filiation. *Modification du Code Civil Suisse*. Berne.
- CONSEIL DE L'EUROPE. (2010). *Convention européenne des droits de l'homme*. Strasbourg: Éditions du Conseil de l'Europe.
- DUMOULIN, P. (2006). *Travailler en réseau*. Paris: Dunod.
- ÉTAT DU VALAIS. (s.d.). *800.1 Loi sur la santé 14.02.2008*. Consulté le août 17, 2012, sur Site officiel du canton du Valais: <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=4618&Language=fr>
- FAVRE, C., PELLET, M., & STOUDEMANN, P. (2011). *Code pénal annoté* (éd. 3e édition). Lausanne: Éditions Bis et Ter.
- GASSER, J., & YERSIN, B. (2000). *Prescrire la contrainte ?* Genève: Éditions Médecine & Hygiène.
- GUILLOD, O. (1986). *Le consentement éclairé du patient, autodétermination ou paternalisme ?* Neuchâtel: Université de Neuchâtel.
- HARDY, G. (2001). *S'il te plaît ne m'aide pas ! L'aide sous injonction administrative ou judiciaire*. Ramonville Saint-Agne: Érès.

- KATZ, B. (1983). *Privation de liberté à des fins d'assistance - Etude de droit fédéral et de procédure vaudoise*. Zürich: Juris Druck + Verlag.
- KUHN, A. (2012). *Quel avenir pour la justice pénale ?* Charmey, Suisse: Les Éditions de l'Hèbe.
- LE BOTERF, G. (2013). *Travailler en réseau et en partenariat* (éd. 3e). Paris: Eyrolles.
- LE ROY, Y., & SCHOENENBERGER, M.-B. (2011). *Introduction générale au droit suisse* (éd. 3e édition entièrement refondue). Genève: Schulthess Éditions Romandes.
- LECOMTE, T., & LECLERC, C. (2005). Les psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens. *Revue Santé mentale au Québec*, 30(1). Consulté le août 21, 2013, sur <http://www.erudit.org/revue/smq/2005/v30/n1/011163ar.html>
- MARET, J.-P. (2006). *Dans quelles mesures un organisme socio-éducatif peut-il appliquer les principes de l'autodétermination dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique ?* Sierre: HES-SO Valais.
- MEIER, P., & LUKIC, S. (2011). *Introduction au nouveau droit de la protection de l'adulte*. Genève: Schulthess Éditions Romandes.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES. (1948, décembre 10). *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Consulté le août 23, 2013, sur site Web de l'Organisation des Nations Unies: <http://www.un.org/fr/documents/udhr/>
- PRO INFIRMIS. (2012). *Capacité de discernement et capacité d'exercer les droits civils*. Consulté le août 20, 2013, sur site Web de Pro Infirmis: <http://www.proinfirmis.ch/fr/partie-inferieure/handicap-que-faut-il-savoir/sommaire/protection-de-ladulte/capacite-de-discernement-et-capacite-dexercer-les-droits-civils.html>
- PRO INFIRMIS. (2012). *Placement à des fins d'assistance*. Consulté le août 20, 2013, sur site Web de Pro Infirmis: <http://www.proinfirmis.ch/fr/partie-inferieure/handicap-que-faut-il-savoir/sommaire/protection-de-ladulte/placement-a-des-fins-dassistance.html>
- VAN CAMPENHOUDT, L., & QUIVY, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (éd. 4e). Paris: DUNOD.
- WEHMEYER, M. (1998). Self-determination and Individuals With Significant Disabilities: Examining Meanings and Misinterpretations. *Research and Practice for Persons with severe Disabilities*, 23(1).
- WEHMEYER, M., & SCHWARTZ, M. (1998). The Relationship Between Self-Determination and Quality of Life for Adults with Mental Retardation. *Education and Training in Mental retardation and developmental Disabilities*, 33(1).

11 Annexes

11.1 Annexe A : procédure valaisanne 2013 de PAFA



11.2 Annexe B : formulaire de décision d'un PAFA

**DECISION DE PLACEMENT A DES FINS D'ASSISTANCE
d'une personne souffrant d'un trouble psychique
par un médecin de premier recours faisant partie d'un cercle de garde ou
par un médecin psychiatre assumant un service de piquet**

Vu

- les articles 426, 429, 430 et 439 du code civil suisse (CCS);
- les articles 59, 113 alinéa 1 et 114 alinéa 1 lettre b de la loi d'application du code civil suisse;
- l'article 36 de l'ordonnance sur la protection de l'enfant et de l'adulte (OPEA) (procédure de placement en institution);

Considérant

- que le médecin soussigné a procédé lui-même à l'examen de la personne mentionnée ci-dessous (personne concernée) :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Filiation :

Etat civil : Nationalité :

Adresse exacte :

- qu'il a lui-même et directement auditionné la personne concernée sur sa situation et la mesure envisagée, puis consigné l'essentiel de ses déclarations à son dossier;
- que ces actes d'instruction ont eu lieu à le
- qu'il est établi, à l'issue de ces actes d'instruction, que la personne concernée souffre d'un trouble psychique;
- que la charge que la personne concernée représente pour ses proches et les tiers a été dûment prise en considération;
- que l'assistance et/ou le traitement nécessaires à son état rendent obligatoire son placement dans une institution appropriée;
- qu'un contact a été pris avec l'établissement approprié au cas d'espèce afin de permettre l'admission de la personne concernée (art. 36 OPEA);
- ...

d é c i d e :

1. M..... est placé(e) à des fins d'assistance auprès de l'établissement approprié :
.....
2. Le placement à des fins d'assistance est ordonné en raison d'un trouble psychique pour lequel l'assistance nécessaire et/ou le traitement nécessaire doivent obligatoirement être prodigués dans une institution appropriée, assistance et/ou traitement qui excèdent la capacité de prise en charge de la personne concernée par ses proches ou des tiers.
3. Le placement à des fins d'assistance est ordonné pour une durée indéterminée qui ne peut toutefois dépasser six semaines; demeure réservée une prolongation de la durée du placement par décision exécutoire de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte compétente selon l'article 442 du code civil suisse.
4. La décision de libérer la personne concernée appartient à l'institution auprès de laquelle elle est placée, qui statuera dès qu'une des conditions du placement n'est plus remplie.
5. La présente décision peut faire l'objet d'un appel auprès du tribunal des mesures de contrainte (Rue Mathieu-Schiner 1, Case postale 2054, 1950 Sion 2 Nord) **dans les dix jours à compter de sa notification; l'appel n'a pas d'effet suspensif.**

Ainsi décidé à le

pour être notifié directement à la personne concernée en mains propres, notification accompagnée d'un formulaire-type d'appel, et être communiqué :

à l'institution appropriée

à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (CCS 429 II) compétente selon CCS 442

par pli recommandé ou en mains propres à un des proches de la personne concernée, à savoir M..... en l'informant de sa possibilité de faire appel au moyen d'un formulaire-type joint à la communication

Le médecin de premier recours ou le médecin psychiatre :

Nom : Prénom : Signature :

Timbre professionnel

11.3 Annexe C : formulaire d'appel sur une décision de PAFA

**Formulaire à l'usage de la personne placée à des fins d'assistance
sur décision d'un médecin de premier recours
ou d'un médecin psychiatre assumant un service de piquet**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Filiation :

Etat civil : Nationalité :

Domicile habituel (adresse exacte) :

Actuellement auprès de l'établissement sanitaire approprié :

Pourvu(e) d'un curateur en la personne de :

Adresse du curateur :

Tribunal des mesures de contrainte
Rue Mathieu-Schiner 1
Case postale 2054
1950 Sion 2 Nord

Madame la Juge,
Monsieur le Juge,

Conformément aux articles 439 du code civil suisse et 114 alinéa 1 lettre b de la loi d'application du code civil suisse, je dépose le présent

A P P E L

contre la décision de placement à des fins d'assistance prise le par le
médecin de premier recours ou le médecin psychiatre
et qui m'a été notifiée en mains propres le

Ceci en raison des faits et des motifs suivants :
.....
.....

Outre mon audition, je propose les moyens de preuve suivants :
.....
.....

et par ma signature expresse apposée ci-après (signature) 

je délègue du secret médical les médecins s'étant occupés de moi.

En conclusion je vous demande de procéder au contrôle judiciaire de la décision attaquée (art. 439 du code civil suisse) et d'ordonner ma libération.

Dans l'attente de votre décision, je vous prie de croire, Madame la Juge, Monsieur le Juge, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Lieu et date : Signature 

Annexe : Copie de la décision du

Formulaire à l'usage de la personne placée - Trouble psychique.docx

11.4 Annexe D : formulaire de consentement

HES-SO/Valais

Bachelor of Arts in Travail social

Formulaire de consentement

Regards croisés sur les placements sous contrainte concernant les personnes souffrant de troubles psychiques :

le placement à des fins d'assistance (PAFA) et les mesures thérapeutiques institutionnelles (art 59 al. 2 CP)

Objectif de l'étude :

Cette étude a pour but de mettre en lumière les mécanismes et les enjeux autour de l'accompagnement interdisciplinaire des personnes souffrant de troubles psychiques soumises à des placements sous contrainte, sous la forme d'un PAFA ou d'une mesure thérapeutique institutionnelle prévue selon l'article 59 al. 2 du code pénal.

Demande de consentement :

Le (la) soussigné(e)

- 1) Accepte que l'entretien soit enregistré
- 2) Est informé(e) que l'enregistrement sera détruit à la fin du travail de mémoire
- 3) Est informé(e) que l'ensemble des données récoltées sera traité de manière confidentielle
- 4) Accepte la publication du mémoire si la note attribuée est A ou B
- 5) Accepte d'être cité nominativement : Oui Non, désire rester anonyme

Le (la) soussigné(e) accepte de participer à ce travail de recherche et certifie avoir pris connaissance des points ci-dessus.

Prénom :

Nom :

Date :

Signature :

Contact :

Alexandre Rossat
079 542 81 88
alexandrossat@hotmail.com

Fully – 28/11/2013

Alexandre Rossat

E:\Formation HES-SO\TB 2013 - 2014\TB Formule de consentement Rossat_Alexandre V1.1 20131104.docx

11.5 Annexe E : grille d'entretien

Questions	Hypothèses	Indicateurs
<p>A votre avis, quels effets les PSC sont-ils censés produire ?</p> <p>Selon vous, quels sont les objectifs / buts principaux poursuivis par le PSC ?</p>	1	<p>Pour la PC : santé, normalisation, protection, sécurité, socialisation</p> <p>Pour la société : sécurité, normalisation, sanction</p>
<p>Selon vous, quelles conditions concrètes doivent être remplies pour la mise en place efficace d'un PSC ?</p> <p>Au niveau des conditions relatives à la personne concernée ?</p> <p>Au niveau des moyens, des compétences à mobiliser pour gérer la mise en place et le suivi d'un PSC ?</p>	1	Condition : médicale, précarité, sécuritaire, sociale, juridique
<p>Comment s'organise, en Valais, la mise en place et le suivi d'un PSC ?</p> <p>Suivez-vous une procédure standard ?</p> <p>Qui définit et diffuse cette procédure ?</p>	2/3	<p>Procédure standard ou gestion au cas par cas</p> <p>Pilote, décideur</p>
<p>Quel est votre rôle et comment intervenez-vous dans le processus de PSC ?</p>	2	Décideur, mandataire, expert, intermédiaire, pilote du processus
<p>Comment se prennent les décisions relatives à un PSC ?</p> <p>Qui fixe les objectifs à atteindre et le mandat de prestation pour le suivi et la levée d'un PSC ?</p> <p>Qui a autorité notamment lors du prononcé, du suivi et de la levée de la mesure ?</p> <p>Y a-t-il une hiérarchie ou un responsable du processus de PSC ?</p> <p>Comment se résout un litige ou un désaccord entre les partenaires sur une situation donnée ?</p>	2/3	<p>Décision unilatérale, décision après consultation, décision collégiale</p> <p>Hiérarchie ou collège d'intervenants</p> <p>Rôle : décideur, expert, mandataire, intermédiaire, personne concernée, etc.</p>
<p>Comment circule l'information relative à la personne concernée et à sa situation ?</p> <p>Quels types d'information est-il difficile d'obtenir ? Pour quelles raisons selon vous ?</p> <p>Disposez-vous d'outils communs avec les autres intervenants ?</p>	3	<p>Rencontre informelle, séance formelle, téléphone, e-mail, courrier, plateforme commune ou partagée (internet ou intranet)</p> <p>Donnée sensible, donnée publique, etc.</p> <p>Formulaires types, documents propriétaires, outils partagés</p>

<p>Selon votre expérience, a-t-on, en Valais, les moyens pour mettre en œuvre efficacement les mesures de PSC ?</p> <p>En cas de refus, de fugue ou d'opposition au placement sous contrainte, de quels moyens disposent l'institution ?</p>	1	<p>Matériels, légaux, logistique, financier</p> <p>Moyen de contrainte, appel à l'autorité, etc.</p>
<p>A votre avis que pourrait-on améliorer autour du processus de PSC en Valais ?</p> <p>Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place, le suivi et la levée d'un PSC ?</p>		
<p>Etes-vous concerné par les deux types de PSC que sont les PAFA et les mesures institutionnelles pénale ? Si oui dans quel contexte ?</p>	1/2	
<p>Voyez-vous des similitudes ou des divergences importantes entre ces deux types de PSC ?</p>	1/3	<p>Profils de la PC, besoin thérapeutique, durée de la mesure, besoin de soin, etc.</p> <p>Procédure, intervenants</p>
<p>Quel est votre rôle et comment intervenez-vous dans cet autre processus de PSC ?</p>	2	<p>Décideur, mandataire, expert, intermédiaire, pilote du processus</p>
<p><i>Comment se prennent les décisions relatives à un PSC ?</i></p> <p><i>Qui fixe les objectifs à atteindre et le mandat de prestation pour le suivi et la levée d'un PSC ?</i></p> <p><i>Qui a autorité notamment lors du prononcé, du suivi et de la levée de la mesure ?</i></p> <p><i>Y a-t-il une hiérarchie ou un responsable du processus de PSC ?</i></p> <p><i>Comment se résout un litige ou un désaccord entre les partenaires sur une situation donnée ?</i></p>	2/3	<p><i>Décision unilatérale, décision après consultation, décision collégiale</i></p> <p><i>Hiérarchie ou collège d'intervenants</i></p> <p><i>Rôle : décideur, expert, mandataire, intermédiaire, personne concernée, etc.</i></p>

<p><i>Comment circule l'information relative à la personne concernée et à sa situation ?</i></p> <p><i>Quels types d'information est-il difficile d'obtenir ? Pour quelles raisons selon vous ?</i></p> <p><i>Disposez-vous d'outils communs avec les autres intervenants ?</i></p>	3	<p><i>Rencontre informel, séance formel, téléphone, e-mail, courrier, plateforme commune ou partagée (internet ou intranet)</i></p> <p><i>Donnée sensible, donnée publique, etc.</i></p> <p><i>Formulaires types, documents propriétaires, outils partagés</i></p>
<p><i>A votre avis que pourrait-on améliorer autour de cet autre processus de PSC en Valais ?</i></p> <p><i>Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place, le suivi et la levée d'un PSC ?</i></p>		