

INTERSECTION

BULLETIN D'INFORMATION ET DE LIAISON SUR LA POLICE DE TYPE COMMUNAUTAIRE

N° 31 – avril 2010

Comprendre
pour mieux **interagir**



Volet 1 : Santé mentale

INTERSECTION

**Bulletin d'information et de liaison
sur la police de type communautaire**

Numéro 3 |

Outil d'information, d'échange et de sensibilisation sur le modèle de la police de type communautaire, *Intersection* vise à favoriser la création ainsi que le maintien de liens entre les intervenants concernés et intéressés par le sujet. *Intersection* publie aussi bien des articles soumis que commandés. Dans les deux cas, le comité de rédaction se réserve le droit de réviser et d'adapter tous les articles afin de satisfaire au style du bulletin. Les textes n'engagent que leur auteur. La reproduction des articles, en tout et en partie, est encouragée à condition que la source soit mentionnée. Afin d'alléger le texte, toutes les expressions désignant des personnes visent à la fois les femmes et les hommes.

Coordination

Caroline Mohr, Darvida Conseil

Comité de rédaction

Benjamin Denis, Ministère de la Sécurité publique
Éric Martin, Service de police de l'agglomération de Longueuil
Hélène Charron, Service de police de la Ville de Montréal
Manon Bourbeau, Réseau Intersection
Maryse Primeau, Service de police de la Ville de Montréal
Serges Bruneau, Centre international pour la prévention de la criminalité

Conception et réalisation graphique

Deschamps Design

Révision linguistique

Bla bla rédaction

Adresse de correspondance

À l'attention de Manon Bourbeau
Directrice générale du Réseau Intersection
350, rue Marguerite D'Youville
Nicolet (Québec) J3T 1X4
Téléphone : 819-293-8631 poste 6470
Courrier électronique : manon.bourbeau@enpq.qc.ca

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-550-58719-4 (PDF)
ISSN 1705-0278 (En ligne)

© Ministère de la Sécurité publique, 2010

Depuis les dernières années, les missions imparties aux organisations policières sont demeurées essentiellement les mêmes : protéger la vie et les biens des citoyens, maintenir la paix et la sécurité publique, prévenir et combattre le crime, et faire respecter les lois et les règlements en vigueur. Par contre, force est de constater que les pressions exercées sur les services de police se sont accentuées. Les champs d'intervention se sont largement diversifiés et les attentes de la population à l'égard de l'efficacité et du professionnalisme des services policiers se sont amplifiées. Cette situation s'explique notamment par un environnement en mutation ainsi que par une aggravation de certaines problématiques sociales qui interpellent, au quotidien, les policiers sur le terrain.

Sensible à cette réalité parfois complexe du travail policier, l'équipe de rédaction de la revue *Intersection* a procédé à un sondage auprès de policiers-préventionnistes de plusieurs organisations policières afin de connaître les sujets qu'ils souhaiteraient voir traiter dans les prochains numéros. Parmi les nombreuses propositions reçues, nous avons constaté un fort intérêt concernant les interventions policières auprès des clientèles marginalisées.

Même s'ils ont toujours fait partie du champ d'intervention de la police, les comportements dits « marginaux », associés notamment à des troubles de santé mentale, à la toxicomanie et à l'itinérance, ont fait l'objet de demandes d'intervention policière de plus en plus fréquentes dans les dernières décennies. En conséquence, les deux prochains numéros de la revue *Intersection* seront consacrés au travail de la police auprès de clientèles aux prises avec de tels problèmes.

Le présent numéro traitera principalement de santé mentale. Par ailleurs, il n'est pas rare qu'une personne ayant des troubles concomitants, c'est-à-dire à la fois un problème de santé mentale et un problème de toxicomanie (incluant l'alcoolisme), soit en situation d'itinérance. Pour cette raison, le premier article, écrit par le docteur Richard Cloutier, vise à faire connaître au lecteur les liens entre ces problématiques et leurs effets combinés chez les individus, à établir l'importance de les traiter simultanément et à présenter les défis qu'elles posent aux intervenants.

Bonne lecture !

Le comité de rédaction

La publication de ce numéro d'*Intersection* est rendue possible grâce au soutien du ministère de la Sécurité publique du Québec.

ITINÉRANCE, SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIE: UN MÉLANGE POTENTIELLEMENT EXPLOSIF

Richard Cloutier, M.D., psychiatre et chef médical de la Clinique Cormier-Lafontaine

Le phénomène de l'itinérance prend de l'ampleur au Québec et se répand en région¹. Comme mentionné dans le mémoire de novembre 2008 présenté à la Commission des affaires sociales du Québec par le ministère de la Sécurité publique et repris dans le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*, cette population marginalisée est aux prises avec plusieurs problèmes. Cette complexité fait en sorte qu'il est plus difficile d'intervenir de façon pertinente et efficace auprès de ces personnes. Outre le problème de logement qui rend leur situation visible dans la rue, on trouve souvent chez ces personnes des problèmes concomitants de santé mentale et de dépendance à diverses substances qui peuvent attirer l'attention du public en s'extériorisant sous forme de troubles du comportement requérant l'intervention des forces de l'ordre.

La désinstitutionnalisation, la crise du logement et la judiciarisation subséquente contribuent à exacerber la situation. La liste des difficultés s'allonge: toxicomanie, problèmes de santé mentale, troubles relationnels et du comportement, pauvreté, problèmes de santé physique (VIH, hépatites B et C, infections), prostitution pour financer la consommation de drogues, vols, négligence, etc. Intervenir dans ces situations complexes n'est pas toujours chose facile et se fait généralement dans les moments les moins favorables au changement constructif: quand il y a crise, quand la présence des personnes itinérantes pose problème et suscite de l'intolérance à cause de ses manifestations. C'est dans ces circonstances explosives – quand on ne parvient plus à s'entendre et que cette mésentente s'érige en conflit générateur d'exclusion – qu'on fait généralement appel aux forces de l'ordre.

Le ministère de la Sécurité publique est sensible au phénomène. Il finance divers organismes communautaires, en particulier d'hébergement, et encadre des enjeux de psychiatrie et de justice en faisant appel, de manière collaborative avec les policiers sur le terrain, à UPS-Justice (Urgence psychosociale-Justice), en implantant des approches policières de type communautaire et en rappelant que l'itinérance n'est pas un crime, mais une problématique sociale. Lorsqu'il y a crime, des organismes offrent des alternatives de réhabilitation au lieu de la répression. Un projet pilote qui a fait ses preuves à Toronto est en cours à Montréal et oriente une partie de ces personnes vers un tribunal de la santé mentale. Les composantes de toxicomanie et de santé mentale sont alors remises

à l'avant-plan et, sous conditions, l'option de s'engager dans un processus concret de réhabilitation au lieu d'être incarcéré est offerte. Il y a également un tribunal spécial pour les personnes jugées coupables, mais non criminellement responsables pour cause de troubles mentaux. Celles-ci se retrouvent sous mandat du Tribunal administratif du Québec, instance judiciaire qui vise à assurer la sécurité du public en ordonnant au patient un encadrement allant d'une détention en hôpital psychiatrique à une obligation de suivi par une équipe de soins en psychiatrie. Bien que ces approches ne partent pas d'une initiative du patient, elles s'avèrent tout aussi valables.



¹ Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens: Santé mentale et itinérance*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2007: p.11.

I CIRCULATION D'IDÉES I

Comprendre pour mieux interagir
– Volet I : Santé mentale

Comment évolue l'itinérance ?

On distingue trois strates dans le phénomène de l'itinérance :

1. Une première strate, dite « situationnelle », concerne 70 % des personnes. Elle dure généralement moins de six semaines et concerne des personnes très motivées à résoudre la situation de crise (ex. : incendie du logement, conflit familial menant à quitter le domicile familial).
2. La deuxième strate, dite « cyclique », représente 24 % des situations rencontrées. Il s'agit de personnes qui se retrouvent sans domicile fixe de manière épisodique, souvent à cause de situations récurrentes de déséquilibre budgétaire, fréquemment liées à des désorganisations favorisées par la maladie mentale (ex. : épisode maniaque de maladie affective bipolaire, trouble de la personnalité décompensé avec rupture de liens relationnels) ou par la toxicomanie (ex. : rechute dans la cocaïne ou dans les jeux de hasard contribuant à leur appauvrissement), qui amènent une expulsion d'un logement. Une intervention bien ciblée permet souvent de rétablir la situation et de prévenir le glissement vers la troisième strate.
3. Une hospitalisation, une fin de séjour en centre jeunesse ou une incarcération constituent des moments particulièrement à risque de rupture de liens sociaux et de perte d'habitudes en ce qui a trait au rythme de vie. Cette troisième strate, dite « chronique », ne concerne que 6 % des personnes. Celles-ci s'enfoncent dans un processus de désaffiliation sociale où les problèmes s'accumulent jusqu'à ce que l'itinérance devienne, en quelque sorte, un style de vie. On considère que cette strate est atteinte lorsque les personnes sont sans domicile fixe depuis plus d'un an².

Cette chronicisation est associée, chez plus de 60 % des itinérants, à la présence d'un trouble mental grave et persistant (schizophrénie, trouble sévère de la personnalité). En outre, 80 % des itinérants chroniques ont des problèmes de consommation, et parmi eux, la moitié a atteint l'état de dépendance. Les itinérants chroniques utilisent plus de 50 % des ressources en itinérance³. Le principal motif de visite à l'urgence de cette clientèle est lié aux troubles mentaux et du comportement (35 %) et, pour 52 %, il devient le motif fondamental d'hospitalisation. Les itinérants sont d'ailleurs souvent amenés à l'hôpital à la suite d'une intervention policière⁴.

L'itinérance touche 15 % des personnes présentant des troubles graves et persistants telle la schizophrénie⁵. Les personnes sans domicile fixe se retrouvent exposées à des styles de vie marginaux les rendant vulnérables à la drogue et à la prostitution. On assiste également, au fil des ans, à un recours accentué aux contraventions, ce qui pénalise financièrement leur présence jugée inopportune dans les lieux publics⁶.

Plusieurs études ont montré que le taux de violence chez les patients psychiatriques est inférieur à celui de la population générale, mais qu'il augmente rapidement si on combine leur affection avec l'un des trois des éléments suivants : une histoire antérieure de gestes violents, un problème de consommation ou une maladie psychiatrique sévère non traitée⁷. Le recours à la consommation plonge la personne dans une bulle de plaisir narcotique : c'est Narcisse au pays des merveilles. Ce paradis artificiel, à l'équilibre précaire, se brise facilement. Lorsque la personne est soumise au stress, sa capacité de raisonner diminue, ce qui augmente le risque de réaction de type « Fight or flight » : au lieu de réfléchir, la personne réagit de façon impulsive et instinctive par la fuite ou par la colère. Dans ces circonstances, la capacité d'écoute du patient est minimale. La probabilité qu'il suscite de l'hostilité ou de l'incompréhension de la part de l'entourage est grande et l'intervention policière risque de se faire dans un état d'esprit où le patient n'a plus d'empathie et manque de jugement : c'est un mélange explosif.

Les échecs d'intégration sociale répétés augmentent le risque de perpétuer l'itinérance, alors que la liste des problèmes s'allonge : toxicomanie, maladie mentale, itinérance, troubles relationnels, pauvreté, problèmes de santé physique (VIH, hépatite C, cirrhose du foie), problèmes de santé publique (utilisateurs de drogues injectables – un problème particulièrement criant chez les jeunes de la rue), prostitution, négligence et, évidemment, problèmes judiciaires.

Comment prévenir et intervenir ?

Le premier élément à rappeler est que les itinérants sont des citoyens comme les autres et qu'ils ont droit eux aussi à la sécurité publique. Ces personnes sont d'ailleurs beaucoup plus à risque de subir de la violence que d'en causer. En outre, l'accès au logement demeure la priorité. Récemment, un projet « Chez soi », dont l'efficacité a été démontrée ailleurs dans le monde, a vu le jour au centre-ville de

2 Seaton House Shelter, Toronto, 2005.

3 Dennis, D.; Locke, G. et Khadduri, J. (Éd.). *Toward Understanding Homelessness: The 2007 National Symposium on Homelessness Research*, U.S. Department of Health and Human Services et U.S. Department of Housing and Urban Development, 2007.

4 Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2007 : p. 23.

5 Folsom, D et al. « Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System » *American Journal of Psychiatry*, no. 162, février 2005, p.370-376.

6 Roy, S. et Hurtubise, R. (dir.). *L'itinérance en questions*, Presses de l'Université du Québec, 2007, p.175.

7 Elbogen, E.B., Johnson, S.C. « The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Archives of General Psychiatry*. Vol. 66, n° 2, 2009, p.152-161.

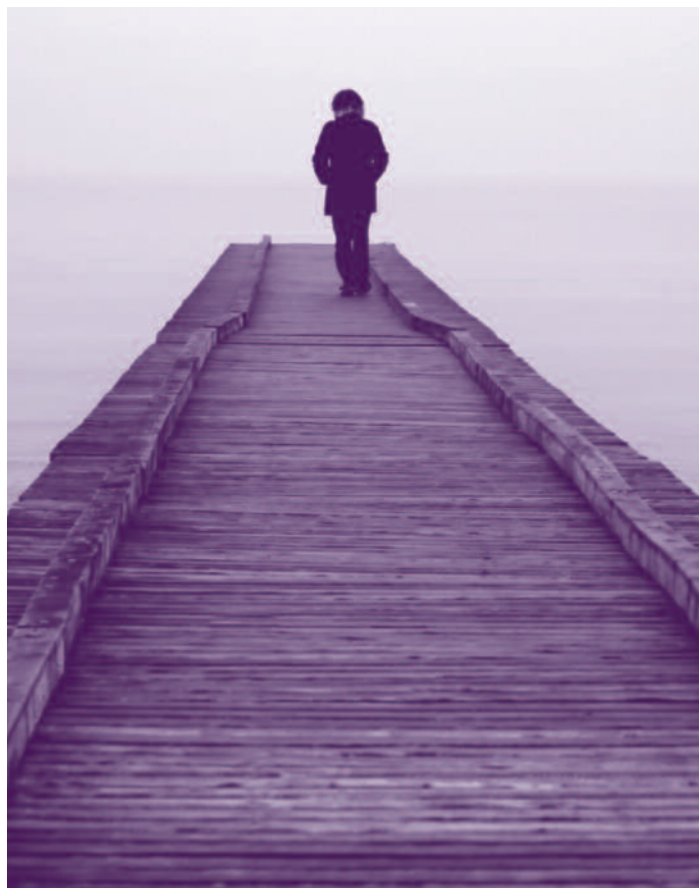
Montréal. Plusieurs études ont bien prouvé que l'accès prioritaire au logement permet non seulement de sortir les gens de l'itinérance, mais qu'en plus, cela coûte moins cher à la société que le recours à l'hospitalisation (de 66 000 \$ à 120 000 \$ par année) ou le recours au refuge pour sans-abri (de 13 000 \$ à 42 000 \$ par année). En effet, un logement de type « Housing First » (Chez soi), avec services de soutien psychosociaux, coûte de 13 000 \$ à 18 000 \$ par année environ⁸.

Montréal dispose de réseaux communautaires, de santé et de services sociaux qui sont enviables : pensons, entre autres, à la coordination offerte par le RAPSIM (Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal), à Sac à dos, à l'Armée du Salut, au Bon Dieu dans la rue, à la Mission Old Brewery, au Cran (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes), au Relais Méthadone, au Centre Dollard-Cormier (qui comprend la Clinique Cormier-Lafontaine où je travaille), au CLSC des Faubourgs, aux hôpitaux, à Stella, à Diogène, aux banques alimentaires, aux églises, et j'en passe.

Le défi consiste actuellement à mieux intégrer la diversité des services offerts par ces ressources afin de les rendre plus accessibles. Un travail de coordination et de réseautage permettrait de s'assurer que la bonne demande se rend à la personne compétente. Cela demande du temps, alors que la personne vit dans l'urgence et qu'elle a tendance à réagir de façon impulsive, ce qui contribue à perpétuer l'exclusion.

Il existe un modèle de traitement intégré⁹ comprenant diverses interventions et permettant d'aborder simultanément et avec une égale importance les problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Ce traitement intégré doit se faire en partenariat avec ceux qui ont tissé des liens avec la personne itinérante, car l'établissement d'un lien de confiance dans une situation qui génère plutôt de la méfiance est un préalable sans lequel les interventions porteuses resteront des abstractions. Pour un itinérant, le fait de venir accompagné d'une personne de confiance est une forme de réappropriation de son pouvoir (*empowerment*) qui se conjugue avec une approche de repérage proactif (*outreach*). Le traitement intégré est favorisé par le développement de ponts incorporant les interventions en toxicomanie et celles en santé mentale afin de s'assurer qu'elles vont dans la même direction. On pense aux approches de réduction des méfaits, aux interventions motivationnelles, aux équipes mobiles, au traitement pharmacologique de la maladie, à la psychoéducation, aux services de traitement de la toxicomanie, etc.

Une des façons de favoriser le maintien de la personne dans son logement est le recours à la fiducie. Cette mesure volontaire permet aux revenus d'être budgétés avec l'aide d'un intervenant



ou d'un membre de la famille, afin d'éviter que l'argent glisse impulsivement et totalement dans la consommation. Sur le plan médical, il est important de faire attention à ne pas prescrire des drogues à potentiel toxicomanogène et d'éduquer le patient quant à l'importance de prendre sa médication dans les périodes de consommation. C'est probablement le moment où il en a le plus besoin.

Je tiens à remercier le comité de la revue *Intersection* de cette occasion d'écriture me permettant de participer à l'exploration des liens à redéfinir entre la sécurité publique et les services de santé. La complexité et l'ampleur du phénomène de l'itinérance, qui implique souvent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, appelle en effet à mon sens une plus grande cohésion et une meilleure concertation des interventions envers ces citoyens, parmi les plus démunis de notre société. Ce texte ne se veut pas exhaustif, mais vise à ouvrir une réflexion que les articles l'accompagnant permettront d'approfondir.

Bonne lecture !

8 Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2007 : p.32.

9 Mueser, K. ; Noordsy, D. ; Drake R. et Fox, L. « Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité », *Santé mentale au Québec*, vol. 26, n° 2, 2001, p. 22-46.

| CIRCULATION D'IDÉES |

Comprendre pour mieux interagir
– Volet I : Santé mentale

LA MALADIE MENTALE: AU-DELÀ DES MAUX

Hélène Fradet, directrice générale de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM)

Au cours des dernières décennies, les sciences médicales ont beaucoup évolué. Concrètement, les technologies ont été peaufinées, les formations et les pratiques ont changé, ce qui a permis un mieux-être en matière de santé physique et mentale pour différentes populations. Ce progrès a également permis la désinstitutionnalisation de milliers de personnes qui vivaient dans les « asiles » sous la responsabilité de l'État, un tournant qui a permis l'intégration citoyenne de plusieurs individus. Toutefois, encore aujourd'hui, des gens vulnérables et sans réseau social se retrouvent à la rue ou dans leur famille. Or, tout comme l'ensemble de la population, les intervenants sociaux et les policiers doivent composer avec cette clientèle, notamment lorsque les personnes sont en situation de crise. Pour ce faire et pour intervenir efficacement, il faut avoir une bonne compréhension de la problématique.

Les mots et leur incidence

Parallèlement à l'évolution de la science est apparue une réflexion sociale qui a entraîné une adaptation des terminologies utilisées pour nommer les différents problèmes médicaux et sociaux. À titre d'exemple, l'expression *aveugle*, qui décrit la personne qui souffre de cécité, s'est modifiée par respect pour les limitations de l'individu; on parle maintenant de *personne non voyante*. Il en est de même dans le domaine de la santé mentale, un champ où la terminologie utilisée a entraîné de nombreux dérapages ayant pour effet d'amplifier les préjugés. *Fou, dément, écervelé, aliéné* et *mongol* ne sont que quelques épithètes qui permettaient de décrire les personnes qui avaient un comportement « différent », et ce, peu importe si la personne était atteinte de maladie mentale, d'une déficience intellectuelle ou encore d'un problème situationnel provoquant un problème de santé mentale temporaire.

Heureusement, tout comme en santé physique, le domaine de la santé mentale a été réformé. Dans un premier temps, des nuances ont été établies pour distinguer la santé mentale, la maladie mentale et la déficience intellectuelle. Une avancée qui a permis de mieux définir les problèmes et les besoins, mais qui a aussi promu le respect des personnes éprouvées par la honte et la discrimination.

Les grandes nuances

La confusion dans la terminologie pour désigner un problème est l'indice que celui-ci est entouré de fragilité, de mystère ou de méconnaissance. Il faut donc s'attarder aux définitions pour bien comprendre chaque problème.

La santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faite de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale se sent donc suffisamment confiante pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier, si c'est possible.

Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir l'équilibre entre tous les aspects de sa vie physique, psychologique, spirituelle, sociale et économique. Ce n'est pas quelque chose de statique, c'est plutôt quelque chose qui fluctue sur un continuum, comme la santé physique¹. À titre d'exemple, une personne peut avoir une santé mentale chancelante à la suite du décès d'un proche ou d'un épuisement professionnel. La santé mentale, tout comme la santé physique, concerne l'ensemble de la population.



La déficience intellectuelle

D'entrée de jeu, précisons que la déficience intellectuelle n'est pas une maladie. Il s'agit plutôt d'un état permanent qui se caractérise avant l'âge de 18 ans. Selon l'Association américaine sur le retard intellectuel, il s'agit d'une incapacité caractérisée par des limitations notables du fonctionnement intellectuel et des habiletés adaptatives conceptuelles sociales et pratiques. En 2004, l'Association québécoise pour l'intégration sociale rapportait qu'environ 3 % de la population présente une déficience intellectuelle. Donc, au Québec, il y aurait plus de 228 000 personnes touchées par cette incapacité².

Aujourd'hui, en vue de dépister la déficience intellectuelle, on intensifie l'intervention auprès des enfants de moins de cinq ans qui présentent des retards de développement. La déficience intellectuelle peut s'accompagner de déficience motrice, physique et quelquefois de maladie mentale.

La maladie mentale

La maladie mentale affecte le comportement et la vie affective, sans lien avec le fonctionnement intellectuel de la personne. Elle apparaît généralement au début de l'âge adulte. Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie mentale, la personne, la famille et le contexte socioéconomique³.

Selon le *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, les maladies mentales touchent des personnes de tous âges, niveaux d'instruction, niveaux de revenu et cultures. Vingt pour cent des Canadiens et des Canadiennes seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie et les 80 % qui restent seront affectés par une maladie mentale chez un membre de leur famille, un ami ou un collègue. Ces données démontrent hors de tout doute l'ampleur du phénomène.

Les diagnostics associés à la maladie mentale

Les personnes atteintes présentent des manifestations cliniques qui sont souvent associées aux cinq maladies mentales les plus courantes, quoique parfois non diagnostiquées. En voici une brève description.

La schizophrénie

La schizophrénie est considérée comme l'une des maladies mentales les plus sévères. La personne est incapable d'harmoniser sentiments et pensées. Dans sa phase la plus grave, la maladie peut entraîner des délires, tel un sentiment de persécution. La personne vit des hallucinations qui peuvent être auditives, visuelles, olfactives ou sensorielles. La schizophrénie provoque également des troubles de la pensée; la personne éprouve des difficultés à associer des idées et elle est souvent incohérente. On estime que 1 % de la population est atteinte de schizophrénie, ce qui représente environ 76 000 hommes et femmes au Québec.

Le trouble bipolaire

Cette maladie comporte deux phases. En phase de manie (les hauts), la personne démontre une confiance exagérée en elle-même et ses projets s'inscrivent dans la démesure, à tel point qu'elle ne prendra le temps ni de manger ni de dormir. En phase dépressive (les bas), elle perd goût à la vie, elle est incapable de se concentrer et elle souffre de fatigue chronique. Dans les deux cas, la personne vit des moments difficiles. Il faut se rappeler qu'il y a une phase « normale » où l'individu fonctionne relativement bien. Au Québec, on évalue que près de 45 000 hommes et 69 000 femmes sont atteints d'un trouble bipolaire, ce qui représente 1,2 % de la population masculine et 1,8 % de la population féminine.

La dépression sévère et persistante

Les gens qui souffrent d'une dépression profonde sont constamment tristes, découragés et irritables. Ils sont incapables d'éprouver du plaisir. Ils ont de la difficulté à se concentrer ou à penser avec clarté. Ils se sentent souvent coupables et indignes d'être aimés, certains pensent même à mourir. La dépression sévère et persistante ne disparaît pas d'elle-même et les individus qui en sont atteints doivent être traités afin d'éviter que les symptômes ne s'aggravent. Environ 8 % des adultes souffriront d'une dépression majeure dans leur vie alors qu'elle affectera 17 % des adolescents et 7 % des adolescentes.

Le trouble de personnalité limite

Il s'agit d'un mode général d'instabilité de l'image de soi, des relations interpersonnelles et de l'humeur. Les symptômes sont très variés et peuvent aller jusqu'à la psychose. Les caractéristiques du trouble de personnalité limite s'expriment dans quatre sphères: les rapports interpersonnels instables et intenses, les émotions rattachées à une instabilité affective, une perturbation marquée de l'identité caractérisée par une incertitude concernant plusieurs questions fondamentales comme l'image de soi et enfin, l'impulsivité, particulièrement dans les activités comportant des dangers pour la personne elle-même. D'après des données américaines, de 6 à 9 % de la population souffre d'un trouble de la personnalité limite⁴.

Le trouble obsessionnel-compulsif

Ce trouble est associé à des idées ou à des impressions répétitives, embarrassantes et indésirables. Il peut être associé à des comportements répétitifs et à des rituels afin de calmer une obsession ou de soulager l'anxiété. La plupart des gens reconnaissent que leur comportement est absurde et excessif, mais sont incapables de se contrôler. Les obsessions prennent la forme de préoccupations concernant la saleté, de pensées angoissantes ou d'un besoin de placer des objets dans un certain ordre. Quant aux compulsions, elles se traduisent par des vérifications répétitives, par des lavages ou des nettoyages excessifs. Au Québec, de 2 à 3 % de la population souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif.

| CIRCULATION D'IDÉES |

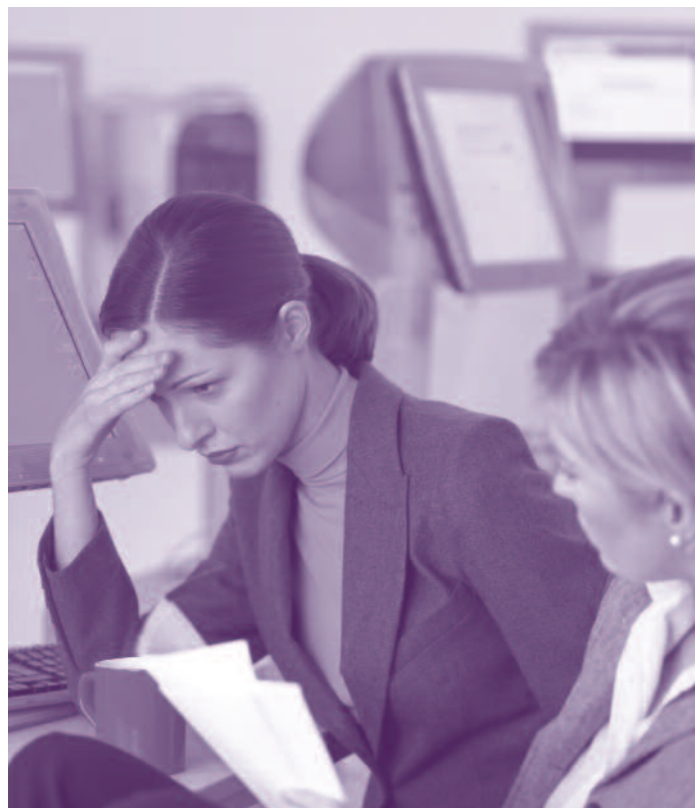
Comprendre pour mieux interagir
– Volet I : Santé mentale

Les conséquences pour les membres de l'entourage

L'ensemble des situations mentionnées précédemment est souvent aussi difficile à vivre pour la famille que pour l'individu. La plupart des membres de l'entourage vivront des changements importants qui seront vus comme négatifs, du moins jusqu'à ce que la période d'adaptation soit terminée. Des problèmes de communication et de soutien matériel, combinés à des sentiments de colère, de peur et de culpabilité, font en sorte que les familles vivent une détresse émotionnelle trois fois plus importante que celle de la population en général. Pour favoriser le mieux-être des personnes atteintes de maladie mentale et de leur famille, l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux doit faire équipe, et ce, dans le respect des compétences de chacun.

Références

- ¹ Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) dans la région de la Chaudière-Appalaches, [En ligne], [<http://www.acsm-ca.qc.ca/definition-sm/>].
- ² Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle inc., [En ligne], [<http://www.asdi-org.qc.ca/defdi.php>].
- ³ Gouvernement du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale du Canada*, 2006.
- ⁴ Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Canada, 2002.



Pour en savoir plus...

La Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) regroupe 39 associations dont la mission est d'offrir du soutien aux membres de l'entourage d'une personne atteinte de maladie mentale. Présente sur le territoire québécois depuis plus de 23 ans, la FFAPAMM, par l'entremise de ses associations membres, répond annuellement à plus de 60 000 demandes d'aide.

Quoique les membres de l'entourage ne soient pas visés directement lors des interventions policières, il est important de rappeler qu'il faut considérer les familles afin de les diriger vers des ressources qui leur permettront d'être informées et rassurées quant à la maladie mentale et à ses conséquences.

En tout temps, les policiers du Québec peuvent diriger les familles vers l'une des 39 associations membres de la FFAPAMM. Il s'agit simplement de composer le 1 800 323-0474. Des services d'intervention psychosociale, des activités d'information ou de formation, des groupes d'entraide et des mesures de répit-dépannage sont accessibles aux membres de l'entourage, et ce, gratuitement dans toutes les régions du Québec.

L'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES AYANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE: RÉPERCUSSIONS SUR LE TRAVAIL DES POLICIERS

Par Michael Arruda, agent conseiller, Service de police de la Ville de Montréal

Intervention policière et problèmes de santé mentale

Les policiers interviennent depuis toujours auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Le phénomène n'est pas nouveau, ni les enjeux d'ailleurs. Pourquoi donc cette attention particulière portée par les corps policiers à ce type d'intervention? Parce qu'on a finalement mesuré les conséquences de ces interventions sur le travail des policiers. On cherche maintenant à mieux en comprendre la dynamique de ces interventions afin d'améliorer l'action policière auprès de ces gens.

Traditionnellement, les policiers sont formés pour intervenir dans des situations criminelles ou pénales. Ils assurent la sécurité, cherchent les faits et poursuivent celui ou celle qui ne respecte pas les lois et les règlements. Le travail policier est défini par deux éléments clairs et établis. D'une part, il y a un motif. Les policiers doivent avoir un motif sérieux de croire qu'il y a eu infraction. D'autre part, il y a une victime et un suspect.

Or, les interventions auprès des personnes ayant un problème de santé mentale sont tout sauf clairement définies. En effet, bien souvent, il n'y a pas d'infraction claire ni de victime ou de suspect précis. Tout est flou.

Malheureusement, la formation donnée aux policiers les prépare très peu à faire face à cette réalité. Plusieurs se sentent dépassés, mal outillés et mal renseignés pour intervenir adéquatement. Pourtant, ce type d'intervention est délicat, les enjeux sont énormes et les conséquences peuvent être tragiques.

Mais alors, pourquoi les policiers sont-ils appelés à intervenir dans ce type d'évènement? Regardons cela de plus près.

Parmi la population, 20 % des personnes, soit une sur cinq, vivent en ce moment de la détresse psychologique. Cette détresse ou un problème de santé mentale peuvent avoir plusieurs degrés et formes, et autant de conséquences.

Des études montrent qu'aux États-Unis, 7 % de l'ensemble des appels reçus par les policiers concernent une personne ayant un problème de santé mentale. Qu'en est-il à Montréal? Le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), en collaboration avec l'Université McGill et l'Université de Montréal, a fait un calcul qui l'amène à la conclusion suivante: 3,8 % des appels reçus par le SPVM concernent une personne en crise. On évalue à une heure et demie le temps moyen nécessaire pour gérer et régler ce type de situation, comparativement à 45 minutes pour une intervention normale.

Les chercheurs précisent que les chiffres avancés (3,8 %) sont fort probablement une sous-estimation de la réalité, les moyens pour faire de tels calculs étant limités¹⁰. À la lumière de ces statistiques, vous aurez compris que les répercussions sur le policier et l'organisation, ne serait-ce qu'en temps, sont énormes.

Défis et enjeux pour les policiers comme premiers intervenants : des exemples très nombreux

Les gens ayant un problème de santé mentale sont plus à risque d'être victimes d'actes criminels que les autres citoyens. Cependant, ils se frottent davantage au système judiciaire pour avoir commis des délits mineurs. Les policiers sont souvent ambivalents quant à l'action à accomplir devant une telle situation. Doit-on arrêter ces personnes? Doit-on les diriger vers un endroit ou une ressource plus appropriée à leur état psychologique? La situation est d'autant plus floue pour le policier que celui-ci, bien souvent, ne sait pas à qui s'adresser dans ce genre de situation et connaît mal la marche à suivre. Résultat: la personne ayant un problème de santé mentale est alors envoyée dans le système judiciaire.

Fait compliquant davantage la situation, les personnes souffrant d'un problème de santé mentale ne bénéficient pas toujours des garanties de la loi. Certains ne saisissent pas entièrement leurs droits et le processus d'arrestation. De plus, le policier réduira souvent l'importance du délit afin de protéger la personne, évitant ainsi au plaignant ou au témoin de se présenter en cour.

La Loi sur la protection de personnes dont l'état mental représente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui est en vigueur depuis onze ans. Pourtant, plusieurs policiers ne savent pas comment l'appliquer. On compte à l'occasion sur des sources extérieures pour évaluer une situation difficile. Parfois encore, la compréhension de la notion de ce qui est grave et immédiat dans l'univers médical est différente de celle de l'univers policier. Dans d'autres cas, la personne est libérée quelques minutes seulement après que les policiers l'ont conduite à l'urgence, une situation qui génère beaucoup de frustration.

¹⁰ Actuellement, aucune donnée provinciale n'est disponible. Toutefois, dans les derniers mois, un code spécifique relatif aux personnes ayant un problème de santé mentale a été introduit par l'intermédiaire du Centre de renseignements policiers du Québec (CRPQ). Dans les prochaines années, ces interventions pourront donc être compilées de façon systématique partout dans la province.

I HAUTS PIGNONS I

Comprendre pour mieux interagir ensemble
– Volet I : Santé mentale

Rappelons que la Loi stipule ceci : dans les cas où il existe un danger potentiel pour une personne atteinte de maladie mentale, certaines procédures doivent être engagées soit par des organismes, soit par une personne ayant un intérêt particulier, soit par les parents de la personne atteinte, et ce, afin d'obtenir une ordonnance d'évaluation psychiatrique de la cour. Une fois cette évaluation effectuée, les policiers doivent agir selon les ordres du juge. Cette ordonnance est une ordonnance civile, mais les policiers doivent l'appliquer vu la notion de danger.

Et les ordonnances de traitement ?

Les policiers reçoivent souvent des appels provenant des hôpitaux afin d'exécuter des ordonnances de traitement. Or, certaines conditions doivent être réunies afin de pouvoir faire respecter ces ordonnances. Quand doit-on les exécuter ? Comment procéder ? Dans quelles conditions ? Voilà autant de questions que se posent les policiers et auxquelles ils n'ont généralement pas de réponses.

Autre scénario qui revient régulièrement : les appels reçus de la part de personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Celles-ci communiquent directement avec la police pour obtenir de l'aide. Il arrive que le nombre d'appels provenant de la même personne dépasse un niveau raisonnable. Malheureusement, les policiers sont à court de ressources pour faire face à cette situation. Bien souvent, la personne est arrêtée, ce qui ne garantit nullement que les appels cesseront une fois la personne libérée.

Les disparitions de personnes ayant un problème de santé mentale et séjournant dans un hôpital sont aussi devenues un problème récurrent au SPVM. Le personnel médical ne pouvant surveiller tout le monde en permanence, certains patients en profitent pour prendre la fuite. L'hôpital téléphone alors à la police pour demander qu'une recherche soit engagée pour retrouver la personne disparue qui, fréquemment, court un réel danger. Or, rechercher une personne disparue mobilise beaucoup de temps et d'effectif au sein de tout le personnel policier.

Quand une personne est en crise, les policiers ont l'obligation de l'accompagner à l'hôpital. Ils doivent s'assurer que la personne est prise en charge par un membre du personnel médical jusqu'à ce qu'elle soit vue par le médecin. Les hôpitaux affirment qu'ils n'ont pas assez de personnel pour maintenir le patient sous bonne garde jusqu'à l'arrivée du médecin. Résultat : les policiers en service doivent alors agir comme gardiens de sécurité auprès de ces patients. En plus du temps qu'elle englutit, cette situation génère aussi des coûts élevés pour le SPVM.

Les policiers répondent à ces appels avec bonne volonté. Toutefois, il faut savoir que la loi ne les protège pas toujours dans de telles situations. De plus, comme les policiers ne sont pas adéquatement formés pour ce type d'intervention, il peut s'ensuivre des actions judiciaires très sérieuses.

À titre d'exemple, dès qu'un policier est impliqué dans une situation où une personne décède à la suite de son intervention, il est automatiquement relevé de ses fonctions habituelles. Une politique ministérielle est *de facto* mise en application. Cette situation entraîne un inconfort et un découragement chez le policier, qui considère cette procédure comme punitive, alors que le but premier de son intervention était d'aider une personne en détresse.

Les lignes précédentes dévoilent une petite partie seulement des défis et des retombées de l'intervention policière auprès d'une personne ayant un problème de santé mentale. Resterait à parler de ceux qui sont liés à la Commission d'examen des troubles mentaux (TAQ), de l'utilisation du code du CRPQ lors d'une intervention de crise ou encore des délinquants dangereux à haut risque ayant des problèmes de santé mentale qui sont libérés.

Les corps policiers ne peuvent que prendre ce type d'intervention au sérieux. C'est la seule façon pour eux de répondre réellement aux besoins de la population et d'améliorer un tant soit peu les répercussions de ces interventions sur leur travail.



ENTREVUE AVEC BENOÎT CÔTÉ, DIRECTEUR DU PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT (PECH) À QUÉBEC.

À l'occasion de son édition spéciale sur la santé mentale, *Intersection* a rencontré M. Benoît Côté, directeur du Programme d'encadrement clinique et d'hébergement (PECH) à Québec. Depuis 1999, PECH travaille en étroite collaboration avec le Service de police de la Ville de Québec (SPVQ) afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes multiples de santé mentale, de judiciarisation et de toxicomanie.

À votre avis, est-ce que la santé mentale constitue un enjeu de sécurité publique au Québec ?

Non, selon moi, actuellement, la santé mentale ne constitue pas un enjeu majeur de sécurité publique, au sens où même s'il y a certaines initiatives qui ont été prises au Québec pour prévenir la judiciarisation des personnes qui ont un problème de santé mentale, il n'y en a pas suffisamment. Mis à part UPS-Justice (Urgence psychosociale-Justice) à Montréal et PECH à Québec, il n'y a pas de projets particuliers à cet effet dans les autres régions du Québec. Aussi, j'estime qu'il n'y a pas, au ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'au ministère de la Sécurité publique, suffisamment d'orientations visant à encourager de tels projets. Prévenir la judiciarisation des personnes qui ont un problème de santé mentale, rappelons-le, c'est non seulement une solution préventive et proactive à ce type de problème, mais cela permet également de faire épargner énormément de coûts aux systèmes de santé, de justice et aux services correctionnels. Les études ont démontré que la prise en charge d'une personne ayant un problème de santé mentale et en état d'itinérance, qui consiste à lui fournir l'accès à un logement social ainsi qu'un suivi psychosocial adéquat, coûte à l'État beaucoup moins cher que l'hospitalisation et l'incarcération de ces personnes. Quand nous aurons collectivement pris conscience de cette réalité, nous aurons fait un grand pas.

Les gens qui souffrent de maladie mentale sont souvent perçus comme des personnes à risque de commettre des actes déviants. Une telle perception tend à éclipser le fait que ces personnes, en raison de leur état, sont fréquemment victimes d'actes criminels ou d'abus. Qu'en pensez-vous ?

Les gens qui ont un problème de santé mentale génèrent dans l'imaginaire collectif des peurs considérables. On remarque que le plus grand obstacle à l'intervention auprès des personnes qui ont un problème de santé mentale et qui sont judiciarisées, c'est la croyance qui veut qu'elles soient dangereuses. Souvent, les gens considèrent les individus qui ont un problème de santé mentale et des démêlés avec la justice comme des fous dangereux. Il faut défaire ce mythe. Aucune étude n'a clairement démontré que

ces personnes sont plus dangereuses que l'homme de la rue. La plupart des gens que l'on accompagne et qui sont judiciarisés le sont pour des délits mineurs. Aussi, on entend rarement parler des gens qui ont un problème de santé mentale et qui réussissent malgré tout à surmonter cette épreuve et à mener une vie normale. Chez PECH, on est témoin qu'entre 60 et 70 % des personnes que l'on accompagne réussissent à s'en sortir de façon très satisfaisante pour elles.

Cela dit, en raison des préjugés concernant les personnes qui ont un problème de santé mentale, celles-ci sont considérées comme des citoyens de seconde zone, des dangereux, des indésirables. Ces comportements de rejet à leur endroit favorisent en effet les abus, car ces personnes sont ainsi isolées, elles ne sont pas prises au sérieux et n'osent pas revendiquer leurs droits.

Selon vous, quel est le rôle de la police dans les stratégies visant à atténuer les contrecoups associés aux problèmes de santé mentale ?

En ce qui concerne les interventions auprès des gens souffrant de maladie mentale, les policiers doivent développer des habitudes de travail en partenariat avec des organismes spécialisés en ce domaine. Ce n'est pas parce que les policiers appellent un organisme pour leur venir en aide qu'ils ne sont pas de bons policiers, c'est même tout le contraire ! À une époque pas si lointaine, les policiers considéraient que s'ils ne réussissaient pas à régler rapidement une situation problématique, ils n'étaient pas performants. La complexité des interventions policières est telle aujourd'hui que les policiers n'ont pas le choix de prendre le temps de créer un lien avec la personne en crise et de recourir aux services de civils pour les aider. Souvent, dans le milieu policier, il n'est pas permis de douter. Dans un domaine aussi complexe que l'évaluation de la santé mentale, il faut, au contraire, comme policier, se permettre de douter et faire appel à des gens spécialisés.

Les policiers entrent parfois dans la police avec la perception qu'ils vont essentiellement arrêter des voleurs et appliquer la loi, mais ils négligent le fait qu'une grande partie de leur temps sera occupé à faire du travail psychosocial, soit gérer des crises interpersonnelles, pacifier des situations conflictuelles, rassurer les gens, etc. En fait, ce que le policier fait au quotidien, c'est parfois passablement éloigné de ce qu'on lui a enseigné à l'École nationale de police du Québec. Le travail du policier est de moins en moins axé sur les arrestations, les poursuites, et de plus en plus tourné vers l'intervention auprès de personnes en crise, de là l'importance d'adapter la formation en conséquence et de s'adjoindre les services d'intervenants en santé mentale.

I HAUTS PIGNONS I

Comprendre pour mieux interagir ensemble
– Volet I : Santé mentale

Par ailleurs, donner des centaines de contraventions à un individu qui a un problème de santé mentale ou d'itinérance n'est aucunement souhaitable, car cela l'entraîne dans une situation où il sera de plus en plus considéré comme un fauteur de troubles, comme quelqu'un de dangereux. Aussi, par humanisme parfois, il y a des policiers qui vont judiciariser des situations d'infraction impliquant des personnes qui ont un problème de santé mentale parce qu'ils considèrent que celles-ci vont être placées dans un établissement de détention où on s'occupera d'elles et où elles seront nourries. Notre expérience nous indique que lorsque l'on judiciarise une personne qui est en crise, on accentue considérablement sa détresse. Le stress lié à une incarcération ou au passage dans une urgence psychiatrique est considérable si la personne n'est pas accompagnée par un intervenant psychosocial.

Aussi, ce n'est pas parce qu'on amène une personne en crise dans une urgence psychiatrique qu'on va trouver une solution à sa détresse. Souvent, la personne vit dans un état de pauvreté, elle n'a plus d'endroit pour vivre, elle est isolée socialement et a de la difficulté à gérer sa médication. La plupart du temps, la personne n'est pas gardée pour un séjour en milieu hospitalier, alors il faut trouver des solutions dans son milieu de vie. À Québec, 24 heures sur 24, sept jours sur sept, tous les patrouilleurs de la Ville de Québec qui sont confrontés à une situation où une personne est en crise peuvent appeler un intervenant de PECH afin d'obtenir de l'assistance. Lorsqu'un policier appelle PECH, l'organisme dispose de trente minutes pour lui envoyer un intervenant en soutien. Dans la majorité des situations, les intervenants de PECH, formés pour intervenir auprès de cette clientèle et disposant de ressources d'hébergement, prennent en charge la personne. Le policier, quant à lui, est dégagé d'une intervention qui aurait nécessité une visite à l'urgence psychiatrique et peut poursuivre sa patrouille.

De quelle façon la police pourrait-elle améliorer ses interventions auprès des personnes atteintes de maladie mentale ?

Je crois que les services policiers devraient davantage faire appel à des intervenants spécialisés en santé mentale, et ce, notamment dans les situations où un individu présente simultanément des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, car il est très difficile de distinguer si l'état de santé mentale d'une personne résulte de symptômes psychiatriques ou d'une consommation de drogues. Parfois, le policier peut estimer qu'il a affaire à un toxicomane, alors que c'est une personne ayant des problèmes de santé mentale.

Aussi, je le rappelle, l'exclusion sociale des gens qui ont des problèmes de santé mentale est liée fortement à leur judiciarisation. Lorsque des policiers donnent à répétition des contraventions à ces personnes, ils envoient le message qu'elles sont indésirables, en quelque sorte, qu'elles n'ont pas leur place dans la société. Le milieu carcéral n'est vraiment pas un milieu favorable à la prise en charge des personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Dans les prisons, ces personnes ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin et sont victimes de préjugés et d'abus. Je crois

qu'il y a beaucoup de policiers qui sont conscients des contre-coups de la judiciarisation et qui cherchent des solutions. Dans les formations que l'on offre aux policiers, nous essayons de leur faire prendre conscience de la réalité et des conséquences des problèmes de santé mentale chez les individus. Je crois qu'il faut favoriser la cohabitation entre la collectivité et les gens qui ont des problèmes de santé mentale. La recherche de solutions à cet égard passe par le développement de partenariats avec les organismes du milieu pour trouver des solutions globales.

Comment les intervenants du milieu communautaire, de la santé et de la justice peuvent-ils réduire la prise en charge des personnes atteintes de maladie mentale par les services policiers ?

J'ai remarqué que les intervenants du réseau de la santé refusent fréquemment de donner des soins à une personne lorsqu'ils apprennent que celle-ci possède un casier judiciaire et qu'elle a des problèmes de santé mentale, car ils craignent pour leur sécurité. Ces intervenants devraient s'occuper de ces personnes comme de tout autre citoyen. Il faut défaire le mythe de la dangerosité des personnes atteintes de maladie mentale. Ici, à PECH, je peux affirmer qu'aucun intervenant n'a été agressé physiquement depuis la fondation de l'organisme.

Je pense aussi qu'il y a présentement un sous-financement des organismes qui travaillent en première ligne en santé mentale. Les budgets impartis au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* afin de renforcer les services de première ligne ne combleront pas du tout l'ensemble des besoins. Que ce soit dans les centres de santé et de services sociaux ou dans les organismes communautaires, il y a des listes d'attente de trois ou quatre mois pour avoir des services, et les gens n'ont pas toujours les moyens de se payer un psychologue au privé. Faute de services suffisants et appropriés, les personnes qui ont un problème de santé mentale grave risquent de voir leur situation dégénérer, et c'est dans ces situations-là que les services policiers vont être appelés à intervenir pour pallier les insuffisances du système.

Alors, je souhaiterais, en résumé, un changement d'attitude des intervenants du réseau de la santé et du milieu communautaire envers les personnes qui ont des problèmes de santé mentale et de judiciarisation ainsi qu'une augmentation du financement des services de première ligne.

Quelles sont les conditions nécessaires au développement du partenariat et à la collaboration entre les services policiers et les organismes qui interviennent dans le domaine de la santé mentale ?

Pour développer un partenariat comme celui qui existe entre PECH et le SPVQ, un organisme doit :

- Pouvoir répondre à de nombreux appels, ce qui suppose une équipe souple, rapide et efficace ;
- Offrir un service 24 heures sur 24 et sept jours sur sept et répondre à une demande d'assistance de la part d'un policier dans un délai de trente minutes ;

- Éviter de mettre en doute le bien-fondé des appels des policiers ;
- Accepter de s'adapter à la culture policière et être capable de comprendre les raisons qui motivent l'action des policiers ;
- Instaurer un climat de confiance à l'intérieur duquel les expertises policières et celles de l'organisme seront respectées ;
- Pouvoir compter sur des gens passionnés et motivés, car un tel service nécessite une grande implication de tout le personnel.

Sur le terrain, lorsqu'un policier intervient auprès d'une personne en crise, comment doit-il agir préférentiellement ?

Le policier doit :

- Prendre le temps d'intervenir et de créer un lien. Il est illusoire de croire qu'une intervention de ce genre peut se résoudre en vingt minutes ;
- Réduire les sources de stimulation auditive. Par exemple, baisser le volume de la radio portative du patrouilleur et ne pas parler fort, car les gens sont très sensibles au bruit ;
- Éviter de toucher à la personne, car elle peut se sentir agressée ;
- Être conscient que même si la personne est en crise et semble désorganisée, elle peut comprendre les consignes qu'on lui donne ;
- Éviter d'intervenir à plusieurs policiers auprès de la personne ;
- Prendre au sérieux la détresse de la personne malgré l'étrangeté de ses paroles ou de ses gestes ;
- Intervenir avec authenticité.

Certaines personnes qui souffrent de maladie mentale appellent les services policiers à répétition pour leur demander de l'assistance. Ces appels, qui dans de nombreux cas s'avèrent sans fondement, mobilisent de nombreuses ressources et constituent un problème auquel sont de plus en plus confrontés les services policiers. Que conseillez-vous dans de telles situations ?

Quand une personne appelle à répétition un service policier et que ce dernier intervient fréquemment auprès d'elle, il faut, comme le préconise l'approche de police communautaire, prendre le temps de réfléchir aux causes de ce problème récurrent, idéalement avec différents organismes et partenaires du domaine de la santé mentale, afin d'organiser un processus de résolution de problème.

En conclusion, quel regard portez-vous sur l'évolution des interventions policières auprès des personnes atteintes de maladie mentale depuis les vingt dernières années ?

La qualité des interventions policières auprès des personnes qui ont des problèmes de santé mentale a évolué très favorablement. Il y a chez les policiers de plus en plus d'ouverture à collaborer avec des organismes travaillant en santé mentale, ce qui aurait été impensable il y a 25 ans. Certes, il faut promouvoir davantage de projets tels que UPS-Justice et PECH dans l'ensemble des régions du Québec. Il faut également augmenter la formation des policiers



sur les problèmes de santé mentale et la toxicomanie. En ce qui nous concerne, à PECH, nous constatons, au cours de la dernière année, une diminution des appels de policiers pour nos services. Nous interprétons ce fait non pas comme un désintérêt des policiers envers les services de notre organisme, mais comme une meilleure formation de ceux-ci pour intervenir en situation de crise. En quelque sorte, nous sommes victimes de notre succès. Lorsque les policiers côtoient nos intervenants et qu'ils les voient intervenir, ils apprennent de nombreux trucs du métier et évaluent beaucoup mieux les situations problématiques. Ils ont ainsi développé un savoir-être et un savoir-faire indéniables : ils sont bons ! Ceci est un signe très concret des progrès des interventions policières.

Il faut par ailleurs souligner l'engagement du SPVQ, qui a décidé, il y a quelques années, de travailler en collaboration avec PECH. À l'époque, cela a nécessité une certaine dose de courage et d'ouverture d'esprit. Cette démarche témoigne du fait que les mentalités changent et que le travail en partenariat se développe dans le milieu policier.

Je dirais, en terminant, que par le passé, on a laissé les organisations policières seules face aux problèmes de santé mentale. Des organismes tels que PECH et UPS-Justice offrent maintenant des services qui permettent aux policiers de partager la responsabilité des interventions dans ce domaine.

Méthodologie

Modèle de présentation

De façon à normaliser la présentation des cas, nous avons adopté un modèle que nous vous invitons à suivre pour nous faire parvenir des cas touchant le domaine de la sécurité publique traités par l'approche en résolution de problèmes. Ce modèle comporte les éléments suivants :

Situation :

définition du problème et des facteurs environnants.

Analyse :

ampleur du problème, méthodes ou sources d'analyse et présentation des acteurs et de leur rôle.

Réponse :

solution adoptée et plan d'action élaboré.

Appréciation / évaluation :

efficacité du plan d'action, résultats obtenus et ajustements nécessaires.

Définition et classement

Pour permettre de classer et de repérer rapidement les cas présentés dans le Bulletin, chacun d'entre eux aura un code indiquant la nature du problème et son niveau de complexité. Quatre catégories ont été retenues, soit :

Criminalité :

cas prenant sa source dans un événement de criminalité rapporté (C-001 à ...)

Sécurité routière :

cas traitant d'un problème constaté ou appréhendé de sécurité routière (S-001 à ...)

Désordre (et problèmes sociaux) :

cas exposant un comportement troublant l'ordre public et justifiant ou non l'application d'une loi ou d'un règlement. Ex. : désordre à la fermeture d'un bar, rassemblement de jeunes. Dans le cas de problèmes sociaux, il s'agit d'interventions policières qui font suite à des situations reliées à la pauvreté, le décrochage scolaire, etc. (D-001 à ...)

Insécurité (sentiment d') :

cas pouvant être contenu dans l'une des trois autres catégories mais dont l'accent majeur concerne un sentiment d'insécurité provenant de la population ou de certains groupes en particulier. Ex : isolement de personnes âgées, climat de violence à l'école, etc. (I-001 à ...)

Niveau de complexité

Quant au niveau de complexité, on distingue le niveau micro, intermédiaire et macro. Plusieurs critères servent à déterminer le niveau de complexité du cas rapporté : amplitude du problème, étendue géographique, personnes concernées, pouvoir des intervenants, portée des actions et informations utiles. Voici, de façon générale, ce qui caractérise chacun des niveaux de complexité :

Niveau micro :

Il s'agit d'un problème simple, dans le secteur de patrouille d'un policier qui ne concerne que les personnes directement touchées par le problème. La solution est à la portée du policier du secteur.

Niveau intermédiaire :

Le problème est de gravité moyenne et comporte des facteurs associés. Il se présente dans un secteur impliquant plus d'un policier et plusieurs personnes sont concernées. La solution est à la portée des policiers d'un poste et nécessite une coordination des ressources locales et une participation des intervenants-clés de la communauté.

Niveau macro :

Le problème augmente en gravité et devient plus complexe. Il touche l'ensemble du territoire desservi par une organisation policière et concerne non seulement plusieurs personnes mais interpelle également des décideurs politiques et corporatifs. La solution exige la compétence de policiers de plusieurs sections et demande un degré élevé de coordination et de concertation entre les membres de l'organisation policière et les partenaires de la communauté.

PROJET LUTTE À LA CULTURE DU CANNABIS

Sûreté du Québec

Poste de la MRC de Nicolet-Yamaska

description de la situation

La culture du cannabis est un phénomène important dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, notamment dans les municipalités régionales de comté (MRC) de Bécancour et de Nicolet-Yamaska, qui sont des territoires où l'agriculture représente un secteur d'activité essentiel. Pratiqué à grande échelle, ce type de culture entraîne

de nombreuses conséquences pour les communautés touchées. Entre autres, il favorise un climat d'insécurité lié à la présence du crime organisé et la banalisation de la consommation de ce psychotrope.

L'ampleur du problème est telle qu'en 2005, un élu a mentionné à la presse que la culture du cannabis était la clé de l'économie locale.

Lorsqu'une activité criminelle est banalisée à ce point, il ne s'agit plus d'une problématique liée uniquement aux forces policières. Elle nécessite des efforts concertés de la part de l'ensemble des partenaires du milieu ainsi que de tous les citoyens.

mesures transitoires

Étant donné l'ampleur de la problématique liée à la culture du cannabis et l'urgence d'agir, plusieurs actions transitoires ont été menées par les différents intervenants du milieu. Par exemple :

- Les policiers :
 - Présentations de sensibilisation dans les écoles sur les effets néfastes de la drogue, les mesures répressives

auxquelles les contrevenants pourraient s'exposer, les façons de faire des organisations criminelles, les dangers de s'associer à ces dernières, etc. ;

- Rencontres avec différents groupes sociaux pour les sécuriser et leur permettre d'exprimer leurs craintes ou leurs appréhensions.
- Les directions d'école :

- Mise sur pied d'un système permettant d'assurer le suivi des absences scolaires.

- L'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec :
 - Élaboration d'une campagne de sensibilisation et d'information diffusée dans les médias écrits.

analyse

Afin de mieux cerner les enjeux, les problèmes et les besoins des citoyens à l'égard de la problématique de la culture du cannabis, 1 006 citoyens des MRC de Nicolet-Yamaska et de Bécancour ont été consultés par la firme de sondages Léger Marketing. Cette consultation a été possible grâce à une subvention du gouvernement fédéral. Cette même subvention a aussi permis d'assurer le bon fonctionnement du comité régional de lutte contre le cannabis. Le sondage indique que :

- Plus des deux tiers de la population connaissent l'existence de la culture du cannabis dans la région ;
- Les trois quarts des citoyens estiment que la culture du cannabis représente un problème ;
- Interrogés sur les axes prioritaires du plan d'action, les répondants s'expriment ainsi :

- 55 % suggèrent de réduire la criminalité liée à la culture du cannabis,
- 50 % demandent d'améliorer les actions de prévention concernant la toxicomanie,
- 46 % demandent de mettre en œuvre un plan de communication,
- 34 % demandent de faire le portrait et un suivi périodique de la situation.

- La population adhère fortement à l'ensemble des solutions proposées ;
- Les citoyens donneraient la priorité aux actions policières et à la prévention ;
- La lutte contre la culture du cannabis à grande échelle est l'affaire de tous ;
- Les citoyens de la MRC de Nicolet-Yamaska semblent plus sensibles au problème que ceux de la MRC de Bécancour ;

- Le journal serait le meilleur moyen d'informer le public.

À la suite de ce sondage, les élus de la région ont demandé que des actions soient entreprises en vue d'enrayer la culture du cannabis sur leur territoire.

En septembre 2004, un projet de recherche sur la stratégie régionale visant la lutte contre la culture du cannabis et la diminution des conséquences qui lui sont associées a été mis en œuvre. De plus, plusieurs projets susceptibles d'avoir une influence sur la problématique ont été suggérés. Seuls les plus réalisables ont été mis sur pied.

Un second projet de recherche, intitulé *La mobilisation de la collectivité des MRC de Nicolet-Yamaska et de Bécancour pour la prévention des problèmes associés à la culture du cannabis et à la banalisation de sa consommation*, a été élaboré.

I ARTÈRE PRINCIPALE I

Criminalité

À la lumière des résultats, nous avons défini les contrecoups connus par les personnes touchées :

- La population ;
- Les agriculteurs ;
- Les policiers ;
- Les jeunes ;
- Les politiciens ;

- Le milieu scolaire ;
- Les commerçants et les industriels.

Le problème est sociétal. Dans la région du Centre-du-Québec, particulièrement dans les MRC de Nicolet-Yamaska et de Bécancour, il y a des terres agricoles de grande qualité. Cependant, les travaux agricoles nécessitent des investissements importants et leur rentabilité est parfois difficile à obtenir. L'appât

du gain incite certaines personnes à opter pour des activités illicites. Le manque d'information quant aux conséquences de travailler pour les organisations criminelles de même que les lois peu sévères à l'égard des producteurs de cannabis n'aident en rien à contrer le phénomène. Dans cette région, la culture s'est tellement étendue au fil du temps qu'elle est devenue une activité banale. Plusieurs ont désiré en profiter.

r é p o n s e

Création du contrat social

Depuis 2005, un élément déterminant et novateur dans la lutte contre le cannabis est utilisé. C'est le contrat social. Ce dernier a été préparé par le district de la Sûreté du Québec (SQ) de la Mauricie et du Centre-du-Québec à l'intention des propriétaires et des locataires de terres agricoles de la MRC de Nicolet-Yamaska et de la MRC de Bécancour. Par ce contrat, la SQ obtient des agriculteurs visés un consentement lui permettant d'avoir accès à leurs terres sans mandat. De plus, ce contrat :

- Contre l'isolement et la peur en sécurisant les citoyens et en répondant à leurs attentes ;
- Mobilise les citoyens ;
- Démontre un refus collectif de servir de lieu de culture du cannabis ;
- Décourage les criminels de squatter les terres et éloigne les semeurs délinquants ;
- Unit les forces au moyen d'un partenariat entre :
 - le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation, qui s'est occupé de dresser la liste des agriculteurs, de leurs adresses et des numéros de lot des terres agricoles qu'ils exploitent,

- les MRC concernées, qui ont assumé le coût des envois et des retours postaux et se sont également chargées de la géolocalisation des terres pour lesquelles la SQ a eu le consentement des agriculteurs,
- la SQ, qui a développé le contrat social, fourni la papeterie, assuré la réception des contrats signés et effectué l'ensemble des opérations d'éradication du cannabis.

2006

Une vaste campagne de sensibilisation au phénomène de la culture du cannabis a été organisée auprès des citoyens de la MRC de l'Érable.

Grâce à la mobilisation des différents partenaires, dont la SQ, le projet IMPACC (Information, mobilisation, prévention et action contre le cannabis) a été mis sur pied. Il a permis l'embauche de deux travailleurs sociaux.

2007

En novembre 2007 s'est tenu un colloque à Pierreville. Il a réuni près d'une centaine de personnes et d'organismes concernés par le phénomène de la culture du cannabis.

Travail de renseignement

Un policier du poste de la MRC de Nicolet-Yamaska a mis sur pied un projet de présence

policière accrue au Bas-Saint-François de manière à créer des liens et ainsi gagner la confiance des citoyens.

Travail de répression

Éradication

Deux opérations d'envergure provinciale ont lieu chaque année, soit :

- L'opération Boutures, qui vise l'éradication de boutures cultivées en serre ou à l'extérieur de manière à réduire la quantité de cannabis en culture. Elle se déroule au printemps.
- L'opération Cisailles, qui consiste à éradiquer les plants matures de cannabis en terre. Elle a lieu deux fois par année, soit à l'été et à l'automne.

Enquêtes

De grands projets d'enquête ont eu lieu dans le district de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour lutter contre la production et le trafic de cannabis, dont le projet Barbelé et le projet Weed.

Création de l'ERM de lutte à la drogue

En mars 2009, l'Escouade régionale mixte de lutte à la drogue (ERM de lutte à la drogue) a été créée dans le district de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

é v a l u a t i o n - a p p r é c i a t i o n

Les efforts fournis depuis plusieurs années par le district de la Mauricie et du Centre-du-Québec et par ses partenaires ont fait évoluer le degré de conscience des citoyens et des forces vives du milieu quant à l'ampleur

du phénomène de la culture du cannabis et ses effets néfastes sur la qualité de vie des citoyens.

En conclusion, même si les efforts doivent être poursuivis, maintenant que tous les

acteurs de la communauté collaborent à la lutte contre ce phénomène, le mur du silence et de la méfiance à l'égard de la police est enfin brisé.

MARTIN CHARRON ET L'APPROCHE DE POLICE COMMUNAUTAIRE: UN COUPLE QUI DURE DEPUIS DÉJÀ 16 ANS

Dana Cristina Cadeschi, conseillère, ministère de la Sécurité publique

Le 28 avril 2009, le prix annuel de reconnaissance en police communautaire du ministère de la Sécurité publique a été décerné à M. Martin Charron, sergent de la section Prévention et relations communautaires de la Régie intermunicipale de police de Thérèse-De Blainville. Ce prix récompense l'importante contribution d'une personne au développement et à la promotion de l'approche de police communautaire au Québec, ainsi que la qualité et le rayonnement de ses actions.

M. Martin Charron travaille comme policier au sein de sa communauté depuis une vingtaine d'années. Nommé agent de relations communautaires en 1993, puis sergent de la même section en 2005, il a réussi à mobiliser l'ensemble de son service de police autour de l'approche de police communautaire. Pour M. Charron, «l'approche de police communautaire est d'abord une approche basée sur le service au citoyen». Selon lui, «le policier doit être à l'écoute des besoins des citoyens afin de mieux répondre à leurs besoins».

M. Charron n'a pas choisi d'être policier communautaire: il a choisi d'être policier. Ce sont plutôt ses supérieurs qui ont remarqué son ouverture aux autres et qui ont décidé de lui confier le poste de responsable des relations avec la communauté et des services offerts aux jeunes, et ils ont vu juste.

Depuis, M. Charron a établi plusieurs partenariats stratégiques avec de nombreux acteurs de la société. En favorisant la concertation entre les divers intervenants de la collectivité, il a contribué à l'établissement d'un réseau de partenariat efficace et complet. Une des collaborations qu'il chérit particulièrement est probablement celle qui

fait de lui un bénévole auprès du conseil d'administration de la Maison des jeunes des Basses-Laurentides depuis plus de quinze ans. D'ailleurs, il se dit extrêmement fier d'avoir pu contribuer, durant toutes ces années, à la réalisation de très beaux projets qui touchaient des jeunes ayant entre 12 et 17 ans. Plusieurs initiatives ont en effet été mises en place depuis et donnent des résultats concrets, comme la création du poste de policier en milieu scolaire, le projet Quiétude ou le projet ROSO. Les projets Quiétude et ROSO ont d'ailleurs tous deux été récompensés par un Prix d'excellence Intersection, respectivement en 2007 et en 2009.

M. Charron a également mis sur pied plusieurs plans de résolution de problème selon la méthode SMARE (Situation, mesure transitoire, analyse, réponse, évaluation). C'est en 1997 qu'il a utilisé pour la première fois cette méthode. Afin de résoudre une problématique associée aux incivilités et aux crimes commis dans les parcs, il créait alors le Projet étudiant de prévention dans les parcs (PEPP). Celui-ci a été bonifié, en 2008, par le projet PARC, qui réunit l'ensemble des services municipaux travaillant dans les parcs ainsi que dans les maisons des jeunes de la région. Généralement, lorsqu'une situation problématique se présente, M. Charron utilise ou demande à son équipe d'utiliser le modèle SMARE.

En 2004, lors de la création de la Régie intermunicipale de police Thérèse-De Blainville, M. Charron a grandement contribué à la définition des orientations de la nouvelle section Prévention et relations communautaires. Il a par ailleurs toujours préconisé l'approche communautaire non seulement

pour cette section, mais également pour l'ensemble de l'organisation. À cet effet, il a élaboré à la division Gendarmerie un projet d'agents patrouilleurs communautaires qui a pour objectif, entre autres, de bonifier l'approche communautaire déjà en place en spécialisant un patrouilleur par équipe. Cet agent multiplicateur, faisant le lien entre la section Prévention et la division Gendarmerie, participe davantage aux plans de résolution de problème.

À l'extérieur de son service de police, M. Charron a amené les divers partenaires à comprendre l'utilité et le fonctionnement de l'approche communautaire par l'entremise de projets tels que Quiétude, PEPP, Lynx, PARC et ROSO, qui ont été élaborés et réalisés en partenariat avec des acteurs municipaux et communautaires ainsi que d'autres relevant du privé. L'approche communautaire est toujours à l'avant-plan, les partenaires s'approprient également de plus en plus ce modèle.

Quel avenir pour l'approche de police communautaire? M. Charron croit qu'elle se bâtit un peu chaque jour et qu'il ne faut surtout jamais la considérer comme acquise. Son développement dans les prochaines années sera à l'image des responsables des services de police et de l'investissement qui y sera fait.

Les modalités du Prix de reconnaissance en police communautaire ont récemment été révisées. Pour de plus amples renseignements sur la manière de participer, consultez le site Internet du Ministère.

I PROJET DE PRÉVENTION I

Comprendre pour mieux interagir
– Volet I : Santé mentale

PROJET SYSTÉMIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE Service de police de la Ville de Gatineau

Doriane Côté, agente section relation avec la communauté et communication, Service de police de la ville de Gatineau

Le 27 mars 2008, le Service de police de la Ville de Gatineau a demandé à sa Section des relations avec la communauté de mettre sur pied un processus de résolution de problème dans le cadre d'un dossier d'appels répétitifs impliquant une dame schizophrène et sans-abri. La femme de 41 ans, originaire de la région de Toronto, était arrivée en Outaouais vers la fin de l'été 2007 et avait rompu depuis tout contact avec sa famille.

Dès le mois de septembre 2007, de nombreux appels ont été faits auprès du Service de police de la Ville de Gatineau concernant le comportement inapproprié de la dame. Elle flânait dans les rues, apparemment sans but, elle mendiait, prenait des taxis sans payer, s'introduisait dans des endroits privés pour dormir, etc. Elle ne commettait pas d'actes de nature à compromettre sérieusement la sécurité de la population, mais ses comportements dérangeaient le voisinage et elle troublait la paix publique, ce qui avait pour conséquence d'augmenter le sentiment d'insécurité au sein de la population.

À la suite de l'analyse de tous les rapports de police, il a été constaté que, sur une période de six mois, 44 déplacements effectués par les policiers concernaient cette dame. Cinq accusations ont été déposées contre elle, dont deux ont été autorisées par le procureur de la Couronne. Les trois autres accusations ont été déjudiciarisées compte tenu des problèmes de santé mentale de l'accusée. De plus, trois constats d'infraction aux règlements municipaux avaient également été produits à son endroit.

Devant l'ampleur du problème, le Service de police de la Ville de Gatineau a établi des contacts avec des organismes communautaires et institutionnels qui travaillent en santé mentale, soit le centre hospitalier local, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Gatineau, le Centre d'aide

24/7 (centre d'intervention en situation de crise mandaté pour l'application de la loi P-38.001¹¹), ainsi qu'avec le Gîte Ami. Le Service de police a été informé du fait que la dame refusait systématiquement l'aide qui lui était proposée. Tous ces intervenants avaient tenté d'agir et de faire des suivis auprès de cette personne, mais sans combiner leurs efforts. Notons que cette dame était également connue du Service de police d'Ottawa ainsi que des organismes communautaires et de santé de l'Ontario. Un manque de concertation entre les divers organismes et intervenants a ainsi été constaté.

Il a été établi qu'il serait nécessaire :

- De créer un partenariat entre les organismes et le Service de police en matière de santé mentale ;
- D'orienter la personne vers la ressource appropriée afin qu'une prise en charge par les instances compétentes en santé mentale soit effectuée pour sa santé et sa sécurité.

Ceci, dans le but de désengorger les services d'urgence (policiers, ambulanciers, Centre d'aide 24/7 et hôpitaux), de diminuer les appels au Service de police, de rétablir le sentiment de sécurité auprès des citoyens et de conseiller la famille de la dame concernant des démarches d'aide.

À la suite d'une intervention de la police, la dame a été mise en contact téléphonique avec des membres de sa famille. Ceux-ci ont réussi à la persuader de suivre les policiers au centre hospitalier. Une ordonnance d'évaluation psychiatrique a alors été utilisée pour la garder au centre hospitalier. Plusieurs évaluations psychiatriques ont été effectuées, mais elles n'ont donné aucun résultat. Puisque la dame était résidente de l'Ontario et prestataire d'une assurance invalidité de cette province, l'un de ses psychiatres a décidé que son dossier devait être transféré

en Ontario. Une demande d'assistance a ainsi été adressée à l'Unité d'aide aux victimes en situation d'urgence du Service de police de la Ville d'Ottawa afin qu'elle intervienne et transporte la dame dans un hôpital d'Ottawa.

Un nouveau mode d'intervention : l'approche systémique et communautaire en matière de santé mentale

Depuis cette démarche de résolution de problème, le Service de police de la Ville de Gatineau travaille à établir des liens privilégiés avec les différents organismes intervenant auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Plus de 35 cas ont ainsi été traités dans un processus de résolution de problème par le Service de police et ses partenaires.

La Section des relations avec la communauté du Service de police, avec l'aide de madame Joanne Demers, coordonnatrice des services à la personne du Centre d'aide 24/7, a créé un projet spécial pour favoriser l'utilisation d'une approche systémique et communautaire en matière de santé mentale.

L'approche systémique en santé mentale ne se limite pas au diagnostic et au traitement des symptômes : elle favorise également la réorganisation de l'individu dans les divers contextes dans lesquels il évolue. L'approche favorise l'autonomie de la personne en situation d'aide et la prise en compte de ses compétences. Recadrer la personne dans son environnement, gérer la crise autrement et créer des contextes favorables à l'intervention sont de profonds changements à apporter par tous les intervenants concernés.

L'objectif général du projet est de réorienter la personne ayant des problèmes de santé mentale vers la ressource appropriée afin d'améliorer sa situation et celle de son entourage de manière à éviter ultimement sa criminalisation.

11 Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Le Service de police a mis en place une pratique afin de guider le suivi de ces dossiers. Les policiers-patrouilleurs doivent confier à la Section des relations avec la communauté les dossiers récurrents impliquant des personnes qui présentent des comportements pouvant être liés à des problèmes de santé mentale, afin que ceux-ci soient traités selon l'approche systémique. Le dossier est alors analysé et une rencontre est organisée avec la personne, sa famille et tous les partenaires concernés afin de prendre une décision au regard du traitement à offrir à la personne. Avec l'aide des partenaires, un plan de service individualisé (PSI) est élaboré. De cette façon, la personne est encadrée et confiée à la ressource la plus appropriée pour répondre à ses besoins.

Lors de cette rencontre, et avec le consentement de la personne visée, des formulaires d'autorisation de divulgation des renseignements nominatifs sont signés afin d'assurer un maximum d'échange d'information entre les partenaires concernés. Lorsque la personne refuse de participer au projet, le Service de police prend note de toutes les tentatives effectuées auprès d'elle, que ce soit par téléphone ou en personne. Si la situation ne s'améliore pas, que la personne ne collabore pas et qu'il peut y avoir un danger grave et imminent pour elle ou pour autrui, une ordonnance d'évaluation psychiatrique peut être demandée et présentée en collaboration avec les partenaires. En dernier lieu, selon le cas, des mesures judiciaires peuvent être entreprises.

Lorsque la situation le permet, le policier responsable du dossier de résolution de problème tente de mettre à contribution la famille de la personne ayant des problèmes de santé mentale pour assurer un soutien et une prise en charge de cette dernière, et ce, indépendamment de l'âge de la personne atteinte. À cet effet, le Service de police offre différentes séances d'information aux parents et aux amis vivant avec une personne ayant des problèmes de santé mentale, de même qu'aux intervenants dans ce domaine, afin de démystifier l'intervention policière auprès de la personne atteinte de troubles de santé mentale en situation de crise.



Une sensibilisation des policiers-patrouilleurs est également faite, selon le cas. La collaboration entre la Division de la gendarmerie et la Section des relations avec la communauté est un élément important dans le traitement de ces dossiers. La qualité de l'échange d'information et la constance des interventions sont deux éléments auxquels donner priorité à travers tout le processus de l'approche systémique.

De plus, tous les répartiteurs du centre d'appels urgents ont assisté à une séance d'information sur le projet systémique et sur la participation des organismes communautaires. Il est également prévu de tenir sous peu une rencontre similaire avec les policiers-patrouilleurs.

Grâce à ce projet, le Service de police observe une diminution du nombre d'appels faits par des personnes ayant un problème de santé mentale, ainsi que du nombre de déplacements effectués par les policiers relativement à ce type d'appels, ce qui entraîne une économie en matière de ressources et une meilleure répartition des effectifs. Aussi, au-delà des retombées bénéfiques pour le Service de police, des interventions mieux

adaptées aux particularités des personnes qui présentent un problème de santé mentale ont également été faites. En adoptant une approche systémique et communautaire en matière de santé mentale, le Service de police de la Ville de Gatineau a grandement amélioré son service à la clientèle en ce domaine, tout en renforçant son partenariat avec les organismes du milieu.

Le cas présenté dans cet article a permis au Service de police de la Ville de Gatineau et à ses partenaires de mettre en place une méthode de travail rigoureuse, efficace et efficiente pour le traitement des cas de santé mentale. Bien que le leadership soit assumé par le Service de police, la concertation est la clé du succès. Un suivi constant doit être fait auprès de l'ensemble des partenaires afin d'assurer la cohésion et l'engagement de tous.

Le changement de conduite chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale se fait de façon graduelle, un pas à la fois. L'action conjointe des différents partenaires auprès de ces personnes permet, dans de nombreux cas, d'améliorer leur bien-être de façon notable.

LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI : LA GARDE EN ÉTABLISSEMENT ET L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE¹²

Diane St-Amour, directrice générale de L'Accolade Santé mentale

Critères pouvant définir la dangerosité

La Loi ne définit pas ce qu'est la dangerosité, mais celle-ci est une question de faits récents et de comportements observables qui démontrent que l'état mental réel et actuel de la personne est dangereux pour elle-même ou pour autrui. Elle implique obligatoirement un refus de la personne de se rendre dans un établissement afin d'y être évaluée.

La pratique nous permet de nommer certains faits observables qui compromettent la vie, la santé ou la sécurité en raison de la déformation de la réalité ou de la perception de soi et des autres qu'ils supposent :

- Hallucinations : perceptions sensorielles telles qu'entendre des voix souvent menaçantes ou ordonnant de commettre certains gestes ;
- dées délirantes : croire que l'on est espionné, que la mafia est à nos trousses, se penser tout-puissant et chargé d'une mission, etc.

Outre les exemples précédents qui révèlent un état psychotique (perte de contact avec la réalité), d'autres faits peuvent aussi être interprétés comme présentant une dangerosité :

- Présence d'idées persistantes, d'intentions, de menaces suicidaires ;
- Violence et menaces envers autrui ;
- Automutilation sévère ;
- Mise en péril du patrimoine ;
- Escalade de comportements agressifs ;
- Menaces d'homicide ou d'agression physique ;
- Refus de collaborer au traitement prescrit pouvant mettre la vie en danger ;
- Fait de vivre dans un endroit insalubre présentant de grands risques d'incendie ou d'électrocution.

Niveaux de dangerosité et garde provisoire et préventive

Même si la Loi ne définit pas les critères de dangerosité, elle établit deux niveaux de dangerosité, soit :

Un danger réel et actuel pour la personne elle-même ou pour autrui pouvant mener à la **garde provisoire**¹³

La garde provisoire est la garde autorisée par le tribunal afin de soumettre une personne à une évaluation psychiatrique pour déterminer si elle est ou non dangereuse en raison de son état mental. La Loi permet ainsi à un intéressé, par exemple un proche ou un médecin, de demander à la Cour du Québec une ordonnance de garde provisoire afin d'obliger la personne à se soumettre à une évaluation psychiatrique. Dans cette situation :

- Il faudra démontrer au tribunal que l'état mental de la personne présente un danger réel et actuel pour elle-même ou pour autrui ;
- La preuve devra comprendre des faits et des observations sur les comportements récents (menaces de suicide, désorganisation, violence et menaces envers autrui, etc.) de la personne faisant croire que son état mental actuel présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

Un danger grave et immédiat, une situation d'urgence pouvant mener à la **garde préventive**

Le danger grave et immédiat représente une situation d'urgence et nécessite une intervention rapide afin de soustraire la personne à un danger pour sa vie ou son intégrité ou afin de protéger la vie ou l'intégrité d'autrui. Dans cette situation, la dangerosité est une question de faits qui est laissée au jugement d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise ou, à défaut, à un policier.

Cette situation peut conduire à une garde préventive. Celle-ci est une mesure exceptionnelle qui permet à un établissement (après l'évaluation d'un médecin tel un urgentologue) de garder une personne contre son gré, c'est-à-dire sans son consentement et sans autorisation du tribunal, pour une période d'au plus 72 heures, si son état mental présente un danger grave et immédiat. Par la suite, la dangerosité sera déterminée par l'évaluation psychiatrique. Durant la période de 72 heures prévue pour la garde préventive, l'établissement doit obtenir le consentement de la personne pour la soumettre à une évaluation psychiatrique, sans quoi il devra obtenir l'autorisation de la Cour du Québec au moyen d'une demande de garde provisoire pour évaluation psychiatrique.

¹² À l'automne 2008, l'organisme L'Accolade Santé mentale était invité à présenter aux policiers du Service de police de Châteauguay ses interventions liées à la loi P-38.001 (Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui). À l'hiver 2009, une présentation similaire fut faite à la Régie intermunicipale de police Roussillon. Le présent article est un résumé de cette présentation.

¹³ C'est dans ce cas que les intervenants de L'Accolade Santé mentale interviennent.

La garde en établissement à la suite de l'évaluation psychiatrique

Si la personne s'oppose alors que l'évaluation psychiatrique conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un psychiatre différent dans des délais bien précis. L'établissement devra obtenir l'autorisation de la Cour du Québec pour soumettre la personne à la garde en établissement.

Cette autorisation permet tout au plus à l'établissement de soumettre la personne à des soins de garde, c'est-à-dire à une surveillance, à un contrôle physique et à une observation professionnelle, parce que son état mental est jugé dangereux. Ainsi, la personne sous garde ne pourra pas quitter l'établissement tant que l'on estimera que sa garde est nécessaire. Cependant, on ne pourra pas la forcer à subir un traitement si elle refuse. Seul le tribunal (la Cour supérieure) pourra rendre une ordonnance de traitement contre le gré de la personne.

Des interventions types

Afin d'illustrer les niveaux de dangerosité, voici quelques situations types tirées de la pratique de l'organisme L'Accolade Santé mentale. Dans tous ces exemples, les personnes ont refusé d'aller consulter.

Un jeune homme de 28 ans présente des idées délirantes. Il croit que la Central Intelligence Agency (CIA) complotte contre lui et que son nouveau voisin, un policier à la retraite, a été engagé pour le surveiller. Il met alors du papier aluminium dans les fenêtres de la maison, sur sa tête et sur tout son corps quand il se couche afin de se protéger des ondes qu'on lui envoie. Il devient de plus en plus méfiant envers ses parents, croyant qu'ils font aussi partie du complot. Réagissant au comportement de leur enfant, les parents, par souci de sécurité, dorment avec une chaise appuyée contre la porte de leur chambre. Le danger n'étant pas immédiat, mais potentiel, nous les accompagnons pour l'obtention d'une requête. Ce jeune homme présente finalement une schizophrénie et l'hospitalisation durera plusieurs semaines.

Un homme de 45 ans ne dort presque plus depuis plusieurs semaines. Il dépense bien au-delà de ses capacités financières : il s'est acheté trois nouvelles automobiles et un condo. Il parle beaucoup, saute du coq à l'âne et est incapable de fixer son attention. Il devient agressif lorsqu'on le contredit ou qu'on cherche à lui faire entendre raison. Il menace de poursuivre ceux qui veulent l'empêcher de dilapider le patrimoine familial. Il commence à avoir des idées délirantes : il se croit investi de pouvoirs spéciaux, il dit qu'il peut lire les pensées des autres, etc. Il annonce qu'il accomplira une action fracassante qui fera parler de lui. La requête est indiquée, le danger n'est pas immédiat. Cet homme recevra probablement un diagnostic de trouble bipolaire et sera hospitalisé plusieurs semaines, selon sa réponse au traitement médicamenteux.

Cette fois-ci, il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, chef de famille monoparentale. Les policiers sont intervenus à plusieurs reprises à cause d'altercations avec ses voisins ou avec des membres de sa

famille. Un signalement au Directeur de la protection de la jeunesse a contribué à la rendre plus agressive et désorganisée. Elle fait des menaces suicidaires à répétition, consomme et s'automutile de façon de plus en plus importante. La requête est indiquée. Toutefois, étant donné son problème, soit un trouble de la personnalité limite, l'hospitalisation ne fera pas partie du traitement. Elle sera gardée en observation quelques jours afin de faire baisser l'intensité de la crise et de lui permettre de reprendre un certain équilibre.

La mère d'un jeune homme de 19 ans est dirigée vers nos services pour la présentation d'une requête. Son fils a commis de nouveau un vol à la maison afin de payer sa consommation. Il est souvent très agité et menace ses parents s'ils ne lui donnent pas les sommes d'argent qu'il leur demande. Il refuse d'aller consulter pour ses problèmes de consommation, n'a aucune idée délirante, ni hallucination. Parfois, lorsqu'il consomme, il croit qu'on le surveille. Lorsqu'il arrête de consommer, son humeur s'améliore. Ici, la requête n'est pas indiquée, il n'y a pas de danger grave au sens de la Loi. Il s'agit d'un problème de consommation et de trouble du comportement. Les parents doivent porter plainte.

Propos sur l'application de la Loi

Force est de constater que pour toutes les personnes impliquées dans de telles situations, l'application de la Loi demeure complexe. Elle demande une connaissance de ses subtilités et, surtout, une capacité à juger rapidement d'une situation pouvant mettre en danger la personne ou son entourage. Une compréhension des différents problèmes de santé mentale s'avère nécessaire pour certains et assurément aidante pour les autres.

Pour en savoir plus...

L'Accolade Santé mentale est un organisme sans but lucratif, qui offre du soutien, de l'accompagnement et du répit à l'entourage des personnes présentant un problème majeur de santé mentale. Il œuvre en Montérégie, sur le territoire couvert par le Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon. Il accompagne, dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, les membres de l'entourage de ces personnes. Le soutien offert comprend la collecte d'information, l'analyse de la situation et des options et, si la situation l'exige, l'accompagnement à la cour pour l'obtention d'une ordonnance de garde provisoire afin d'obliger la personne à se soumettre à une évaluation psychiatrique. Les familles sont aussi accompagnées au poste de police et pour certaines, au centre hospitalier.

www.accoladesantementale.org



**L'Accolade
Santé mentale**

PERSPECTIVES D'AVENIR DU RÉSEAU INTERSECTION: DE LA RÉFLEXION À L'ACTION

Manon Bourbeau, directrice générale du Réseau Intersection

Le Réseau Intersection a pour mission de contribuer au développement, à la mise en œuvre et à la promotion d'un modèle québécois de police qui s'appuie sur les composantes de l'approche communautaire en mobilisant les acteurs concernés en vue de prévenir la criminalité et de sécuriser les milieux de vie québécois. C'est en 2006 que le Réseau, fondé en 1993, a été incorporé officiellement. Depuis lors, un travail rigoureux a été entrepris afin de mieux diriger les efforts de tous pour implanter la police communautaire au Québec.

Le Réseau Intersection a d'abord fait une étude de marché à laquelle ont participé de nombreux services de police et des personnes de tous les niveaux hiérarchiques afin de se donner une vision large du contexte et des attentes du milieu. Cette analyse a été suivie par un plan d'affaires qui a établi des pistes d'action pour le Réseau Intersection.

Il ressort clairement de ces deux documents quelques enjeux cruciaux à la fois pour le développement de la police communautaire au Québec et pour le Réseau Intersection :

1. Développement de la police communautaire au Québec ;
2. Développement du leadership du Réseau Intersection ;
3. Consolidation du Réseau Intersection.

1. Développement de la police communautaire au Québec

Dans un premier temps, le Réseau Intersection doit consolider et développer ses activités actuelles qui sont fort appréciées. Ainsi, le prix d'excellence en police communautaire, le séminaire annuel et la revue spécialisée demeureront les outils de diffusion de la police communautaire privilégiés par le Réseau Intersection. Par contre, ils seront revus et bonifiés afin que leur amélioration soit perceptible et qu'elle corresponde à une image de modernité.

Pendant la première année, le Réseau déterminera une ou plusieurs manières de faire une veille stratégique sur tout ce qui se dit ou se fait en police communautaire dans le but de rediffuser l'information recueillie. Dans ce même esprit de recherche, les membres du Réseau Intersection veulent participer à la production d'un outil permettant aux acteurs concernés d'évaluer localement l'implantation de la police communautaire.

De nouveaux services sont également prévus au plan de travail. En effet, un site Internet devrait être prêt à être lancé au cours du séminaire de mai 2010. Ce site en sera à sa première phase de développement et il comprendra tous les renseignements sur le Réseau Intersection ainsi que l'archivage de l'ensemble des revues

publiées depuis 1998, y compris les résolutions de problème, classées selon des catégories facilitant les recherches. Une deuxième étape permettra aux membres du Réseau d'échanger sur leur pratique et de chercher des outils ayant fait leurs preuves ailleurs, et ce, à l'intérieur d'une communauté de pratique virtuelle.

2. Développement du leadership du Réseau Intersection

Afin d'augmenter le leadership du Réseau, il est apparu important aux yeux des membres du conseil d'administration de participer aux événements rassemblant le monde policier et/ou municipal.

Dans la réalisation de sa mission, le Réseau prendra connaissance du plan d'action bonifié du ministère de la Sécurité publique en matière de police communautaire et contribuera à sa mise en application.

Pour aller un peu plus loin et faire connaître davantage le Réseau, un événement médiatique sera préparé et actualisé au printemps 2010 pour faire état de l'avancement des travaux, comme prévu au plan d'action stratégique. C'est à ce moment que le Réseau publicisera ses produits améliorés, son nouveau site Internet et l'embauche de sa directrice générale.

3. Consolidation du Réseau Intersection

Comme n'importe quelle entreprise, le Réseau Intersection doit s'assurer d'un financement adéquat et récurrent. Pour ce faire, il demandera à ses membres corporatifs de cotiser de nouveau. Il analysera également les différentes formes de soutien que peut offrir le gouvernement et il augmentera la rentabilité de son séminaire annuel.

Conclusion

Ce plan d'action stratégique s'étale sur trois ans. Cependant, certaines choses avancent plus rapidement que prévu et les membres du conseil d'administration souhaitent de tout cœur dépasser leurs propres objectifs afin de bâtir une société plus sûre à l'aide d'une police au service de la communauté.

Histoire de réussite d'un partenariat: Réseautage professionnel en police communautaire – le cas estrien

*Paul Tear, Policier communautaire et relationniste
Régie de Police de Memphrémagog*

Historique

En Estrie, l'idée d'une association entre policiers communautaires a germé dès 2003. En 2005, à la suite de l'arrivée de nouveaux policiers communautaires dans différents services de police de cette région, l'idée a été relancée lors d'une réunion informelle. Une réelle volonté de partenariat a alors été constatée.

La première rencontre du comité des préventionnistes a eu lieu en 2006. Cinq services de police y étaient présents, soit :

- La Régie de police de Memphrémagog ;
- Le Service de police de la Ville de Sherbrooke ;
- Le Service de police de la Ville de Granby ;
- Le Service de police de la Ville de Bromont ;
- La Sûreté du Québec (SQ) – District de l'Estrie.

En 2007, le Service de police de Saint-Jean-sur-Richelieu s'est joint au comité. Depuis 2008, deux coordonnateurs locaux de la SQ (de Brome-Missisquoi et de la MRC de Memphrémagog) participent au comité, qui était jusqu'alors composé exclusivement d'agents et de sergents.

But

Ce comité a été mis en place afin de favoriser le partage de l'information et d'accroître l'efficacité et l'efficience du travail.

Avantages

Il existe plusieurs avantages à la formation d'un tel comité, le plus important étant l'élaboration et la mise en place d'un partenariat constructif permettant de briser l'isolement professionnel. Par ailleurs, ce partenariat a également permis :

- La réduction des pertes de temps ;
- Le partage des ressources et l'accès à des capacités additionnelles ;
- L'acquisition de nouvelles compétences ;
- La diversification des approches, des connaissances et des expertises.

Déroulement

Le comité se rencontre tous les deux mois ou plus souvent, au besoin. Un ordre du jour et un compte rendu sont rédigés pour chaque rencontre. Les membres du comité se partagent la rédaction à tour de rôle. De même, les services policiers participant au comité assurent, chacun leur tour, le rôle d'hôte de la réunion.

Le déroulement est habituellement le suivant :

- Un tour de table quant aux activités passées et à venir ;
- Une présentation des programmes et des outils de promotion et de travail de chaque service de police ;
- Un partage pour ce qui est des besoins respectifs ;
- Une période d'échanges sur des méthodes de travail, des ressources et des relations.

Notons que des invités spéciaux sont présents à l'occasion (Société de l'assurance automobile du Québec, organismes communautaires, etc.).

Liens

Il existe une réelle confiance mutuelle entre les membres du comité et la synergie est très forte. Les relations interpersonnelles sont constructives et fructueuses et les liens entre les membres dépassent le cadre professionnel.

En bref...

Le programme *La violence transparente*

Dans la philosophie de la police communautaire, il y a un concept qui dit que les citoyens ont une part de responsabilité quant à leur sécurité. Mais comment favoriser cette prise de conscience ? À Saguenay, grâce à un partenariat dynamique, les membres du Comité d'action et de prévention vers la non-violence ont mis sur pied le programme *La violence transparente*, qui fait état des différentes violences existantes. S'adressant aux jeunes et aux moins jeunes, l'objet le plus intéressant et novateur du programme est un jeu de cartes dont le recto présente la signature visuelle du programme et le verso, 52 messages préventifs sur les cinq types de violence (physique, psychologique, sexuelle, verbale et économique). Le programme, qui remporte un énorme succès, comprend également des présentations interactives, une affiche, un dépliant et un signet.

Source : Nathalie Morin, policière, Sécurité publique de Saguenay,
nathalie.morin@ville.saguenay.qc.ca

En bref...

L'outil À vos troussees, soyez prêts... party!

À Saguenay, grâce à la collaboration de plusieurs intervenants en provenance de différentes organisations de la communauté, y compris du service de police, une trousse préventive a été conçue et remise à tous les jeunes finissants avant leur bal de fin d'études. Le Comité régional de prévention des dépendances a intitulé son nouvel outil *À vos troussees, soyez prêts... party!* Cet outil, c'est d'abord une enveloppe de 17 cm sur 23 cm avec un visuel coloré qui plaît aux jeunes et met en évidence des renseignements, des numéros de téléphone et des sites Internet à visiter. On y trouve des documents de sensibilisation qui traitent du «calage» d'alcool, de la drogue au volant, de la vitesse sur les routes, etc. Également à l'intérieur, deux sous-verre, dont l'un invite les jeunes à en faire un «sur-verre» pour éviter que quelqu'un mette à leur insu des substances dans ce qu'ils boivent. Il y a aussi une carte en forme de valise avec des coordonnées d'urgence et un plan de retour au verso. Dans une vision préventive globale, même un condom, dont l'imprimé décrit son usage et tout ce que les jeunes peuvent éviter en l'utilisant, y est inséré. Terminons en disant que plus de trois mille troussees sont distribuées chaque année depuis trois ans et qu'elles remportent un vif succès auprès des jeunes et du personnel scolaire.

Source: Nathalie Morin, policière, Sécurité publique de Saguenay,
nathalie.morin@ville.saguenay.qc.ca

Saviez vous que ...

Plus de 250 chefs et autres cadres supérieurs de services policiers de tout le Canada se sont réunis à Charlottetown [...] pour discuter des priorités nationales de l'heure sur le plan de la sécurité des collectivités. Le thème de la réunion, «Créer des collectivités sûres et saines par le développement social», traduit l'importance qu'accordent les chefs de police à la prévention du crime. Ils estiment que des mesures touchant par exemple l'éducation, l'emploi, le logement, les modes de vie sains, le parentage, les loisirs et l'alphabétisation sont essentielles à la santé des personnes, des familles et des collectivités. En période de ralentissement économique, de tels programmes et activités sont souvent les premiers à être sacrifiés même s'il est prouvé qu'ils réduisent les infractions et la victimisation.

Source: Association canadienne des chefs de police, «Les chefs de police canadiens élisent le chef de police de Toronto», [Communiqué], Ottawa, 2009.

INTERSECTION

BULLETIN D'INFORMATION ET DE LIAISON SUR LA POLICE DE TYPE COMMUNAUTAIRE

Numéro 32

Prochain numéro d'*Intersection*

Comprendre pour mieux interagir
Volet 2: Itinérance et toxicomanie