

Université de Montréal

La mise en scène de l'intervention psychosociale en contexte de crise : Ethnographie d'un
partenariat « policier-travailleur social »

par
Kim Choinière-Tran

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.)
en criminologie

Mai 2019

© Kim Choinière-Tran, 2019

Résumé

Contexte et objectifs. L'augmentation des interactions entre les policiers et les personnes en état mental perturbé (PEMP) s'est traduite par l'introduction d'une équipe mobile d'intervention psychosociale au Service de police de la Ville de Sherbrooke. Cette équipe, jumelant un policier et un intervenant psychosocial, intervient lors de situations impliquant une PEMP. Jusqu'à présent, peu d'études se sont attardées au fonctionnement de ce type d'équipe. L'objectif de ce mémoire est de documenter le fonctionnement de cette équipe. Les objectifs spécifiques sont de : 1) décrire les étapes centrales d'une intervention psychosociale, 2) identifier les actions centrales de chacune de ces étapes, 3) définir les interactions entre les parties présentes lors de l'intervention et, 4) comprendre le sens des actions posées par les acteurs. **Méthodologie.** Des données ont été colligées via la méthode ethnographique. Depuis le banc arrière d'une auto-patrouille de police, 200 heures d'observation ont été effectuées lors d'interventions policières auprès de PEMP. **Résultats.** Articulé autour de la métaphore dramaturgique de Goffman, ce mémoire met tout d'abord en lumière le script opérationnel des interventions de l'équipe : 1) la prise de connaissance d'un état mental perturbé, 2) la définition de la situation par différents acteurs, 3) l'évaluation de la nécessité de déployer l'équipe mixte, 4) l'entrée en scène de l'équipe et la sécurisation des lieux, 5) l'évaluation psychosociale de la PEMP, 6) le choix de l'intervention selon la finalité recherchée, et 7) le suivi post-intervention. La mise sur pied de l'équipe a mené à la création de nouveaux scénarios d'intervention et par le fait même, modifié les façons de procéder des policiers lors de leurs échanges avec les PEMP. L'analyse des interactions entre les membres de l'équipe illustre la transition du rôle de « guerrier » attribué traditionnellement à la police vers celui d'un rôle de « gardien de la paix sociale » défini par une dyade prévention-coercition. L'équipe mixte personnalise également une nouvelle modalité d'investissement social articulé principalement autour des mesures alternatives à l'arrestation, l'incarcération ou l'hospitalisation. Les policiers et intervenants psychosociaux doivent parfois employer des ruses de pouvoir relevant du concept de fabrication de Goffman (1991) afin de diriger la PEMP vers les ressources appropriées. Les résultats des observations montrent aussi que l'usage de la force et l'application d'une loi forçant un transport à l'hôpital (Loi P-38.001) ne

sont pas des pratiques opposées à la prise en charge par le milieu communautaire. **Conclusion.** Les résultats permettent de décrire et de donner un sens aux situations dans lesquelles l'équipe mobile d'intervention psychosociale se déploie. Les interactions entre les parties présentes varient en fonction du décor interpersonnel, juridique et institutionnel de l'équipe. Ce mémoire établit également la pertinence d'utiliser un cadre interactionniste pour cerner les dynamiques des interventions policières et comprendre les résultats qui en découlent tels que l'arrestation, l'usage de la force, l'hospitalisation et la prise en charge par les organismes communautaires. La présente étude offre des pistes de réflexion sur la gestion des PEMP et la formation policière.

Mots clés : Équipe mobile d'intervention psychosociale • Police • État mental perturbé • Santé mentale • Travail social • Approche dramaturgique

Abstract

Context and objectives. The increase in interactions between police officers and emotionally disturbed people (EDP) led to the introduction of mobile crisis intervention team (MCIT) in the Police Department of the City of Sherbrooke (also known as co-responding police-mental health programs). The MCIT combines a police officer and a social worker, and is dedicated to situations involving EDP. Despite their growing popularity, few studies have investigated the functioning of such teams. The main objective of this dissertation was to provide a better understanding of the functioning of a co-responding police-mental health program. More specifically, this study: (1) describe central stages of a psychosocial intervention; (2) identify the main actions at each stage; (3) define interactions between parties involved in the intervention; and (4) understand the meaning of actions displayed by each actor.

Methodology. Data was collected through an ethnographic method. From the backseat of a police patrol car, 200 hours of observations were conducted during interventions among EDP.

Results. Embedded in Goffman's dramaturgic metaphor, analyses first led to the identification of a seven-stage operational script: (1) Being notified of a situation involving an EDP; (2) Defining the situation according to different actors; (3) Assessing the need for the MCIT; (4) Entering the scene and securing the intervention site; (5) Conducting the psychosocial assessment; (6) Choosing the management strategy according to the purpose of the intervention; and (7) Conducting follow-up activities. The introduction of the MCIT led, on the one hand, to the creation of new intervention scenarios, and on the other hand, to modifications in strategies used by police officers during their exchanges with EDP. Analyses of interactions between team members showed a transition in the police officer role, i.e., from a "warrior" to a "guardian of public order" role. In keeping with Goffman's concept of fabrication, results indicate that police officers and social workers sometimes used deceptive and coercive strategies in order to avoid arrest and hospitalization. Hence, the use of force and transportation of EDP to hospital against their will (Act P-38.001) were not incompatible with the diversion approach. At last, the introduction of a MCIT also led to changes in management strategies; rather than arrest, incarceration and hospitalization, diversion measures such as referrals to community agencies and to the EDP's personal/social network were opted for.

Conclusion. Results described settings in which the MCIT conducted their interventions. Interactions between actors vary according to their interpersonal, legal and institutional settings. This study also demonstrates the usefulness of the interactionism framework in order to capture dynamics of police interventions and their associated outcomes such as arrest, police use of force, hospitalization or management by community agencies. This study concludes by offering reflections on the management of EDP and police training.

Keywords: Co-responding police-mental health programs • Policing • Emotionally Disturbed Person • Social work • Mental health • Dramaturgic metaphor

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Liste des tableaux.....	vi
Liste des figures	vii
Liste des sigles	viii
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Chapitre 1 – Recension des écrits	4
1.1 Historique de la désinstitutionnalisation et changements législatifs de la prise en charge des personnes ayant une problématique en santé mentale	4
1.1.1 Police et santé mentale : La nécessité de revoir les pratiques	7
1.1.2 Le rôle de la police	9
1.2. La mise en place de différents modèles d’interventions policières.....	10
1.2.1 Le modèle CIT	10
1.2.2 Le modèle des équipes mixtes	11
1.3 Bilan des études antérieures	14
1.3.1 Les résultats	14
1.3.2 Les limites.....	16
1.4 Problématique.....	19
1.5 Cadre théorique - L’approche dramaturgique de Goffman.....	21
Chapitre 2 - Méthodologie	25
2.1 L’approche ethnographique.....	25
2.2 L’accès au terrain	27
2.3 La collecte de données : observation, prise de notes et discussions informelles	30
2.3.1 L’observation.....	30
2.3.2 Déroulement des observations.....	31
2.3.3 Journal de terrain	33
2.3.4 La mobilisation des savoirs pour contrer les biais.....	34

2.3.5 Confidentialité, anonymat et respect	37
2.4 Le codage et l'analyse	38
2.5 Présentation et analyse des données.....	40
Chapitre 3 - Le dispositif de l'ÉMIP.....	42
3.1 Synthèses des interventions observées.....	42
3.2 Vignettes.....	44
3.3 Une mise en scène divisée en sept actes	50
Chapitre 4 - Les interactions.....	67
4.1 Interactions - hors scène.....	68
4.1.1 Les interactions en région extérieure.....	69
4.1.2 Les interactions en région postérieure (coulisse)	73
4.2 Interactions - sur scène.....	78
Chapitre 5 – Les mécanismes du fonctionnement d'une équipe mixte	89
5.1 Deux mécanismes : Collaboration et prévention-coercition	91
5.1.1 1 ^{er} mécanisme : La collaboration expliquée par le concept d'équipe.....	91
5.1.2 2 ^e mécanisme : La dyade prévention et coercition expliquée par le concept de représentation.....	95
Conclusion	99
Références.....	107
Annexe #1	i
Orientation du plan d'action en santé mentale 2015-2020.....	i
Politiques et cadre législatif actuel.....	ii
Loi P-38.001	viii
Code civil du Québec	xi
Annexe # 2	xv
Les acteurs – Fiches signalétiques	xv
Annexe # 3	xix
Tableau I : Portrait des interventions observées.....	xix

Liste des tableaux

Tableau I : Portrait des interventions observées	xix
--	-----

Liste des figures

Figure 1. Territoire de la ville de Sherbrooke.....	33
Figure 2. Journal de terrain	34
Figure 3. Le script opérationnel de l'ÉMIP	52
Figure 4. Fonctionnement et mécanismes d'une équipe mixte.....	90

Liste des sigles

CIT	Crisis Intervention Team
CLSC	Centre local de services communautaires
CIUSSS Estrie-CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
C.c.Q	Code civil du Québec
ÉMIP	Équipe mobile d'interventions psychosociales
ÉSUP	Équipe de soutien aux urgences psychosociales
LOI P-38.001	Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PEMP	Personne en état mental perturbé
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
SPS	Service de police de Sherbrooke
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal

*À ma mère,
Suivant ses pas.*

*À Sophie,
Pour l'admiration que j'ai pour elle.
Pour ce défi et les prochains à venir...*

Remerciements

Tout jeune sur les bancs d'école, je n'aspirais à aucun métier. J'aspirais à faire une maîtrise. Je n'avais aucune idée en quoi cela consistait. Mais ma mère, elle, en avait une. C'est en m'inspirant de ma mère que je reproduis ce qu'elle a accompli et que je suis ses pas à présent. Je dédie donc d'abord ce mémoire à mon inspiration et mon modèle, ma mère, qui en plus de m'avoir fait rêver d'atteindre cet accomplissement, m'a supporté et encouragé du tout début de mes études jusqu'à ce jour précis.

Je dédie également ce mémoire à Sophie, mon amoureuse, celle qui a su illuminer les jours gris. Une parcelle d'elle miroite dans ce mémoire, ayant consacré des jours (des mois?) à lire et commenter tard le soir mes pensées. Je la remercie pour sa joie de vivre et sa sagesse. Sans elle, ce travail n'aurait jamais été achevé.

Merci au département de criminologie, au centre international de criminologie comparée, à mon directeur de maîtrise, au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, au programme de prêts et bourses du Gouvernement du Québec, à la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal et à la Fondation Berthelet-Aubin pour le soutien financier.

Merci au CIUSSS de l'Estrie – CHUS et au Service de police de Sherbrooke de m'avoir donné un accès privilégié au théâtre de leur pratique au quotidien. Plus particulièrement, je remercie Tony Brien de m'avoir soutenu et donné la chance de réaliser ce mémoire. Merci aux membres de l'ÉMIP de m'avoir permis d'intégrer l'équipe. Merci à Marjolaine Landry pour les opportunités de recherche. Merci également à Jean Bérard pour ses précieux conseils et ses pistes de réflexion.

Finalement, je remercie mon directeur de maîtrise, Étienne Blais. Je ne pouvais espérer mieux pour vivre cette expérience. Il est la personne qui a rendu possible ce projet. Il m'est difficile de lui exprimer toute ma gratitude. Pour tout, je lui serai toujours reconnaissant.

Introduction

Notes de terrain - Un jeudi soir, le 17 mai 2018. Depuis l'arrière d'une auto-patrouille de police, j'observe l'intervenante psychosociale tenter de rejoindre par téléphone un individu suicidaire avec lequel la police est intervenue la semaine précédente. Pas de réponse. Plus tard, résonne sur les ondes radio le cas d'une femme de 29 ans. Elle est suicidaire et la situation est à haut risque. Une certaine nervosité vient teinter l'atmosphère. Nous arrivons rapidement sur les lieux et entrons dans l'appartement. - Entrer dans un endroit inconnu, ne sachant pas sur qui ou quoi l'on va tomber, génère une tension constante lors d'intervention de crise. Même si je ne suis pas un membre de l'équipe mobile de crise, je dois être prêt à faire face à des situations inconfortables, imprévisibles et parfois dangereuses. L'adrénaline est toujours au rendez-vous.- L'intervenante s'assied à côté de l'individu en question, au salon. Un policier se positionne tout prêt. Deux autres policiers, ceux venus sécuriser la scène, restent sur les lieux pour s'assurer que la situation demeure sous contrôle. Il ne semble pas y avoir de risque pour notre sécurité, mais on ne sait jamais. L'individu au centre de l'intervention est une infirmière. Par ses dires, elle est une personne très performante, sportive, sociable, qui a tout pour elle. Elle est pressentie à une grande promotion à son travail au cours des prochains jours. Le hic, son conjoint de longue date lui a annoncé qu'il la quittait il y a de cela quelques semaines. Le couple pensait se faire construire une maison et avoir un enfant. Certains objets pour accueillir ce dernier ont déjà été achetés. Jusque-là, même si c'est difficile, mourir n'est pas encore une option. Quelque temps plus tard, elle apprend que l'homme « de sa vie » a eu une relation extraconjugale avec une collègue de travail. C'est la goutte qui fait déborder le vase. Elle a honte. Elle craque et n'a plus de repère. La vie n'a plus de sens pour elle. Elle pense à la mort. Elle a un plan de passage à l'acte, il n'y aurait plus de souffrance. Après quinze minutes d'intervention, on entend frapper à la porte. C'est sa mère qui vient souper avec elle. Elle ne s'attendait pas à ce que trois policiers et une intervenante lui ouvrent la porte ce soir-là. Ce fut un choc. La nouvelle arrivante est dans l'incompréhension totale. Un policier s'isole dans une autre pièce avec la mère et lui explique le contexte de la crise. La mère reprend finalement ses esprits. Basée sur une évaluation psychosociale, dont une estimation du risque suicidaire, l'équipe de crise ne peut forcer le transport à l'hôpital. Un filet de sécurité adéquat est en place, vu la présence de

la mère. Le risque est géré. Nous retournons à la voiture de police. Je discute avec l'équipe de ce qui vient de se passer. Nous sommes tous un peu ébranlés, parce que nous nous reconnaissons en la jeune femme. Plus tard, l'équipe est sollicitée à nouveau. Un jeune homme présente des symptômes de troubles de santé mentale et est agressif. Rapidement, l'équipe doit passer au prochain appel, faire le vide et être disposée émotionnellement à affronter une tout autre situation. À nouveau, elle doit s'adapter à l'inconnu.

Cet épisode est un exemple d'une situation d'urgence sociale à laquelle la police doit faire face tous les jours (Adelman, 2003; SPVM, 2013). Depuis plusieurs décennies, la police est devenue le premier répondant lors de situations de crise ou impliquant des individus aux prises avec des troubles mentaux (Steadman, Deane, Borum, et Morrissey, 2000). Face au phénomène de l'augmentation des interactions entre les policiers et ces personnes (Coleman et Cotton, 2010), les services de police ont montré un fort désir d'améliorer leurs interventions par la mise sur pied de divers programmes spécialisés (Shapiro et al., 2015; Franz et Borum, 2011). L'un d'eux est le modèle des équipes mixtes. Par un partenariat entre le système de santé et la police, ce dernier promeut une collaboration entre un intervenant du réseau de la santé et un policier (Shapiro et al., 2015; Charette, Crocker et Billette, 2014). Les forces de chacun sont exploitées de façon à combiner les rôles de relation d'aide et de protection du citoyen (Forchuk, Jensen, Martin, Csiernik et Atyeo, 2010; Lamb, Shaner, Elliott, Decuir et Foltz, 2001).

En écho à ce phénomène, l'objectif de ce mémoire est de décrire et interpréter le fonctionnement d'une équipe mixte. Jusqu'ici, très peu d'études se sont intéressées à l'initiative des équipes mixtes, bien qu'elles soient l'une des plus présentes dans le milieu policier, tant au Canada qu'à l'échelle mondiale (Adelman, 2003). Sans visée évaluative et sans prétention exhaustive, cette étude se concentre sur l'engrenage derrière le processus d'intervention d'une équipe mixte particulière, lors de ses activités quotidiennes.

Pour en arriver à comprendre les interventions des équipes d'intervention en situation de crise, la méthode utilisée est de type ethnographique. La recherche ethnographique est cruciale pour comprendre les différents aspects entourant la pratique policière (Bittner, 1967, Forchuk et al.,

2010; Young, 1991). L'ethnographie permet de comprendre ce phénomène de l'intérieur et d'observer les interactions entre les acteurs directement sur le terrain (Beaud et Weber, 1997). Dans cet esprit, la démarche d'observation participante que j'ai menée de mars à juin 2018 a permis de traiter des dimensions autrement difficiles à défricher.

Ce mémoire est divisé cinq chapitres. Le premier chapitre retrace l'historique qui a mené au développement d'une équipe mixte, ainsi que diverses préoccupations découlant des interventions policières auprès des PEMP. Le cadre théorique qui supporte mon interprétation du fonctionnement d'une équipe mixte est ensuite approfondi. La présentation de la méthodologie décrivant mon approche d'enquête de terrain suit au second chapitre.

À partir de la métaphore dramaturgique de *La mise en scène de la vie quotidienne* élaborée par Goffman (1973), trois chapitres suivent le cadrage de la pratique d'une équipe mixte en situation. Les troisième et quatrième chapitres présentent respectivement le dispositif opérationnel ainsi que l'espace interactionnel de l'équipe mixte étudiée. Finalement, le cinquième et dernier chapitre tisse divers liens entre les fils émergents de l'analyse pour former un schéma précis du fonctionnement d'une équipe mixte à travers les mécanismes qui la sous-tendent, et ainsi répondre à l'objectif principal de cette étude.

Chapitre 1 – Recension des écrits

Avant la Seconde Guerre mondiale, le monde médical se questionnait sur la possibilité de transformation des hôpitaux psychiatriques. En Amérique du Nord, l'hôpital psychiatrique avait été durant plus d'un siècle la réponse institutionnelle privilégiée. Après cette guerre, il s'est transformé en institution de dernier recours d'un réseau complexe d'institutions prenant à leurs charges les soins des individus atteints d'une problématique en santé mentale. Suite à plusieurs transformations sociales, économiques, politiques et législatives, l'institution asilaire n'est actuellement plus le premier prestataire de soins des personnes atteintes de troubles mentaux et le traitement de ces personnes se fait plutôt au sein de la communauté (Dorvil, 2005). Malgré la mise en place d'un vaste réseau spécialisé en santé mentale, certains problèmes ont émergé, dont une plus grande judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Suivant la désinstitutionnalisation, de nombreuses études nord-américaines ont ainsi abordé le phénomène de la criminalisation de la maladie mentale (Laberge, Landreville et Morin, 2000). De fait, un consensus émerge quant à l'idée que des ressources, autres que le système pénal, doivent prendre en charge les personnes présentant une problématique en santé mentale (Dorvil et Guttman, 1997).

Considérant ce nouveau problème de santé publique, ce chapitre aborde l'historique de la désinstitutionnalisation ainsi que les changements législatifs de la prise en charge des personnes ayant une problématique en santé mentale. Ensuite, la police étant devenue le premier répondant auprès de celles-ci, il est discuté de la nécessité de revoir les pratiques d'intervention policière auprès de cette clientèle, le rôle de la police et les différents modèles d'intervention mis en place par cette dernière. Finalement, ce chapitre présente le bilan des études antérieures à ce sujet, la problématique ainsi que le cadre théorique mobilisé pour aborder le phénomène des interventions policières auprès des personnes en état mental perturbé (PEMP).

1.1 Historique de la désinstitutionnalisation et changements législatifs de la prise en charge des personnes ayant une problématique en santé mentale

La maladie mentale fait partie intégrante de l'histoire de la société, autant qu'elle est liée aux lieux dans lesquels elle a été accueillie (Ailam, Rchidi, Tortelli, et Skurnik, 2009). Depuis

qu'elle a été repérée, la maladie mentale a été prise en charge de multiples façons (Foucault, 1961). À maintes reprises, de nouvelles techniques d'intervention et divers programmes de soins ont tenté de réorganiser les services l'entourant. Au cours de la période contemporaine, un important changement dans le domaine de la santé mentale a eu lieu. Une nouvelle organisation des soins - soulevant par ailleurs des enjeux sociopolitiques et économiques - s'est concrétisée. Il s'agit de la désinstitutionnalisation (Ailam et al., 2009; Bachrach, 1976; Dorvil et Guttman, 1997; Duprey, 2011; Fleury et Grenier, 2004; Klein, 2017; Lesage, 2015; Lecompte, 1997; Wallot, 1988).

Trois composantes constituent le processus de désinstitutionnalisation, soit la déshospitalisation, la non-institutionnalisation et la réorganisation du système de soins. La première se caractérise par une diminution des lits dans les hôpitaux psychiatriques et la seconde par une diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier. La troisième se définit par le déploiement de services de soins dans la communauté et de services de soutien à la réintégration sociale (Dorvil et Guttman, 1997).

La désinstitutionnalisation n'est pas un phénomène propre à un lieu particulier. Elle ne touche pas seulement les personnes aux prises avec des troubles mentaux. Par contre, la psychiatrie fut la première institution de prise en charge de la déviance à faire appel à ce mouvement (Laberge, 1988). La désinstitutionnalisation se caractérise d'abord et avant tout par une philosophie qui priorise les droits et libertés des individus et par une humanisation des soins de santé mentale (Dorvil et Guttman, 1997). La désinstitutionnalisation désigne essentiellement deux phénomènes interreliés, soit le déplacement des patients à l'extérieur des asiles et leurs fermetures (Bachrach, 1976; Dorvil, 2005).

L'une des plus grandes critiques à l'égard de l'asile fut celle de Goffman (1968). Menée aux États-Unis, cette étude a influencé les pratiques du système asilaire occidental. Son ouvrage relate les conditions dans lesquelles les malades évoluent : réclusion, relations de pouvoir et d'autorité du personnel envers les patients, dépersonnalisation, chronicisation, dépendance et perte d'habiletés sociales (Dorvil et Guttman, 1997). En Amérique du Nord s'en est suivie une remise en question de l'asile à partir de la deuxième moitié du vingtième siècle. Au Québec, quatre événements conjugués sont au cœur de ce questionnement, soit l'arrivée de psychiatres

modernistes, d'une nouvelle conception de la maladie mentale, d'une sensibilisation du public à l'égard des conditions de vie à l'asile et de la nomination d'une commission d'enquête sur les hôpitaux psychiatriques (Dorvil et Guttman, 1997; Dorvil, 2005; Fleury et Grenier, 2004; Lecompte, 1997; Wallot, 1988). Suivant ces événements, au cours des années 1980, le mouvement de désinstitutionnalisation a perdu de son élan humanitaire pour prendre un tournant à coloration économique (Dorvil, 1988). Une négligence est apparue dans l'intégration et le maintien des personnes atteintes de problèmes en santé mentale dans leur milieu de vie (Dorvil et Guttman, 1997).

Le développement des services s'est alors poursuivi dans une logique inverse à ce qui était prévu avec la désinstitutionnalisation : les ressources humaines et financières ont été redirigées vers le milieu hospitalier. L'effet de cette logique contraire ne laissait qu'un seul choix pour les soins des personnes dont la santé mentale était atteinte : l'hôpital (Dorvil et Guttman, 1997). Conjointement au manque de soutien communautaire pour les personnes ayant des troubles mentaux, l'importance qu'a prise la voie de la médicalisation a changé la pratique psychiatrique sur le plan de sa structure, des théories et des interventions thérapeutiques (Corin et Lauzon, 1986; Poirier, Gagné et Dorvil, 1989; White, 1993).

En somme, le bilan de la désinstitutionnalisation est plutôt négatif (Doré, 1986; Dorvil et Guttman, 1997). L'augmentation de l'itinérance, la discontinuité des soins, la transinstitutionnalisation (transfert de patients vers des centres hospitaliers de soins de longue durée, des centres d'accueil ou d'hébergement et vers des établissements carcéraux) et la criminalisation des personnes atteintes de troubles mentaux en sont les conséquences (Doré, 1986; Dorvil, 2005). À cet effet, de nombreuses études nord-américaines ont abordé le phénomène de la criminalisation de la maladie mentale (Lamb et al., 2001; Laberge et al., 2000; Peterson, Skeem, Kennealy, Bray et Zvonkovic, 2014; Teplin, 1983). Ce phénomène désigne la prise en charge des personnes ayant une problématique en santé mentale par le système de justice criminelle (Abramson, 1972). Simultanément, une série d'ouvrages d'envergure remettant en question la pratique fut publiée au cours de cette période (Laberge et al., 2000). En effet, les préoccupations d'Abramson (1972) étaient du même ordre que bien d'autres auteurs d'importance. Foucault avec son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique* (1961); Scheff avec *Being Mentally Ill. A Sociological Theory* (1966); Goffman avec *Asiles*

(1968); Castel avec *La gestion des risques: de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse* (1981); et Warren avec *New Forms of Social Control: The Myth of Deinstitutionalization* (1981) sont quelques exemples d'auteurs qui ont largement contribué aux transformations des conceptions de la maladie mentale et des modèles de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux (Laberge et al., 2000).

1.1.1 Police et santé mentale : La nécessité de revoir les pratiques

C'est dans un contexte de bouleversements et de transformations sociales que les personnes ayant une problématique en santé mentale se sont retrouvées sans appui social et communautaire (Dorvil, 1988; Laberge et al., 2000). Les différentes institutions qui devaient prendre en charge ces personnes et favoriser leur intégration ont échoué (Dorvil, 1988). Étant donné que les policiers sont appelés à intervenir auprès des personnes incohérentes ou dangereuses, les contacts entre ces deux acteurs se font de plus en plus nombreux (Laberge et al., 2000). Même que la police est devenue le premier répondant lors d'urgences en santé mentale (Steadman et al., 2000). Tant le système pénal que les services de police se sont vus devoir prendre en charge des personnes jugées fragiles et ayant des besoins particuliers devant lesquelles ils se trouvent souvent démunis (Laberge et al., 2000). Un consensus émerge quant à l'idée que des ressources, autre que le système pénal, doivent prendre en charge les personnes présentant une problématique en santé mentale, d'autant plus que la criminalisation d'un grand nombre de personnes atteintes de maladies mentales est causée par la réalisation de crimes mineurs et qu'elle résulte en un emprisonnement (Dorvil et Guttman, 1997; Lamb et al., 2001; Charette et al., 2014; Shapiro et al., 2015).

Des années 1970 jusqu'à aujourd'hui, les études scientifiques montrent que le nombre de personnes ayant des troubles mentaux étant en contact avec le système pénal sont à la hausse en Amérique du Nord (Abbot, 2011; Coleman et Cotton, 2010; Cotton et Coleman, 2006; Lamb et al., 2001; Steadman et al., 2000; Teplin, 1983; Thompson, 2014). Plusieurs raisons sont évoquées dans la littérature scientifique dont : la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques, la réduction du nombre d'hôpitaux psychiatriques, la régression de l'utilisation de l'hôpital et les modifications législatives touchant les critères de l'internement civil involontaire (Cotton et Coleman, 2006; Fisher, Silver et Wolff, 2006; Lamb, Weinberger et

DeCuir, 2002; Laberge et al., 2000). Ce dernier aspect a grandement contribué à l'augmentation de la judiciarisation des personnes ayant des troubles mentaux à travers l'Amérique du Nord. En effet, les conditions menant à un internement contre le gré de la personne ont augmenté, les exigences pour considérer un individu dangereux pour lui-même ou pour autrui sont plus grandes et les délais procéduraux sont prolongés (Laberge et al., 2000), rendant l'utilisation du système pénal attrayant (Laberge et Morin, 1995).

Des auteurs évoquent que les personnes ayant des troubles mentaux graves sont arrêtées par la police parce que celle-ci ne voit pas d'autres options ou veut éviter le temps demandé pour amener la personne dans une ressource ou un hôpital (Finn et Sullivan, 1989; Fry, O'riordan et Geanellos, 2002). En ce sens, Wood, Swanson, Burris et Gilbert (2011) ont montré dans leur étude que certains policiers favorisent l'arrestation de ce type de personne, car l'accès aux services en santé mentale se fait plus facilement. Pour Thompson (2014), cette situation est problématique par les coûts qu'elle engendre, tant sur le plan humain qu'économique. La personne en crise, sa famille ainsi que l'ensemble de la communauté en sont affectés (Adelman, 2003). D'autres transformations sociales ont aussi eu lieu, dont des coupures dans les programmes d'aide sociale et de logements sociaux, favorisant l'accroissement du phénomène des sans-abris (Laberge et al., 2000). La littérature scientifique tend à montrer que les individus ayant des troubles mentaux sont arrêtés, non pas seulement parce qu'ils commettent un crime ou parce qu'ils présentent des symptômes de maladie mentale, mais aussi pour des raisons circonstancielles, telles que leurs opportunités individuelles à atteindre des buts, leurs activités, le fait d'occuper un emploi ou d'avoir un logement (Fisher et al., 2006).

Selon Laberge et al. (2000), les conditions d'admission et la réticence des professionnels de la santé à traiter ces personnes qualifiées de dangereuses, dérangeantes et non motivées expliquent en partie cette problématique sur laquelle la police se bute. Bref, ce sont des critères légaux, organisationnels et idéologiques qui rendent l'accès aux soins plus difficiles et qui favorisent l'intervention du système pénal.

1.1.2 Le rôle de la police

Traditionnellement, la police avait comme mandat premier de résoudre des crimes et de maintenir l'ordre public (Brodeur, 2003), ce qui peut les associer à un rôle de « guerrier » (Wood et Watson, 2016). Aujourd'hui, un changement identitaire est constaté; la police occupe plutôt une place de « gardien » au sein de la communauté (Wood et Watson, 2016). Bittner (1967) relève dans son étude que lorsque la police doit intervenir en situation de crise, les agents procèdent de manière routinière à un processus de communication et d'interactions ayant pour but d'établir un environnement sécuritaire et de ramener la situation à sa normalité (« psychiatric first aid » (Bittner, 1967, p.288)). Selon l'auteur, ce type d'intervention de la police fait partie du mandat général du policier qui est de garder la paix plutôt que d'appliquer simplement la loi. La gestion des personnes touchées par la maladie mentale fait ainsi partie du travail policier (Bittner, 1967).

Pour Bittner (1967), les facteurs qui influencent les arrestations envers toutes personnes, touchées par la maladie mentale ou non, sont la gravité de l'infraction, la présence d'antécédents judiciaires, les caractéristiques de la situation, les exigences du travail du policier, l'intention de l'individu et son attitude envers les policiers. En ce sens, Rogers (1990) explique que les situations d'urgences sociales amènent la police à intervenir, car il y a présence de comportements jugés incertains ou problématiques. Pour Laberge et al. (2000), ce sont des critères socio-interactionnels qui permettent d'identifier un comportement problématique. Pour les auteurs, des comportements problématiques impliquent « l'incohérence, l'incapacité de s'orienter dans l'espace, des propos ou des comportements totalement déplacés, des conversations sans interlocuteurs, des comportements dangereux pour soi-même; un ensemble de façons de faire ou d'être qui transgresse des normes à propos desquelles il n'y a pas d'ambiguïté sur le plan social » (Laberge et al., p. 7, 2000). Ces comportements jugés problématiques, portant une signification normative, appellent à une plus grande probabilité d'intervention voulant les éliminer et trouver une solution. La solution étant devenue la poursuite judiciaire face à la difficulté d'obtenir des soins (Laberge et al., 2000).

Une prise en charge par le système pénal ne reste pas sans conséquence. Avant tout, les effets d'une incarcération à court terme pour des personnes avec un problème de santé mentale

peuvent être encore plus néfastes que pour d'autres citoyens (Laberge et al., 2000). Par exemple, la personne aux prises avec des problèmes de santé mentale peut avoir plus de difficultés à obtenir de l'aide sociale, perdre ses rares biens et même son logement. En plus d'avoir un casier judiciaire, ces personnes se voient attribuer une étiquette de délinquant, de criminel, de condamné, les discriminant et les associant davantage au caractère dangereux, agressif et menaçant (Laberge et Morin, 1995; Landreville, Blankevoort et Pires, 1981; Laberge et al., 2000). À plus long terme, craignant que la personne ne se présente pas au tribunal, l'accusé ayant des troubles mentaux peut se voir détenu provisoirement. Si l'individu est remis en liberté, mais qu'il a des conditions à respecter, rapidement, une escalade dans l'engrenage pénal peut s'en suivre. Le statut d'une personne ayant besoin d'aide peut brusquement devenir celui du criminel récalcitrant (Laberge et al., 2000).

1.2. La mise en place de différents modèles d'interventions policières

Se pencher sur les modèles d'intervention policiers ayant été mis en place sur plusieurs continents est une nécessité, car les modèles québécois se sont inspirés de ces derniers (Baillergeau, 2012). Un constat significatif ayant mené à l'implantation de nouveaux modèles d'intervention concerne le fait que lorsque les personnes sont jugées problématiques, les policiers sont interpellés comme premier répondant, entraînant une hausse de leur judiciarisation (Adelman, 2003; IACP, 2010; Steadman et al., 2000). Un individu qui présente une problématique en santé mentale ou qui vit une crise est considéré comme une personne en état mental perturbé (PEMP)¹. Deux modèles principaux ont été développés pour répondre à cette situation, soit le modèle de police spécialisée et le modèle d'intervention mixte (Baillergeau, 2012; Deane, Steadman, Borum, Veysey et Morrissey, 1999).

1.2.1 Le modèle CIT

Le premier, largement documenté et instauré en 1988 à Memphis, est le modèle CIT (Crisis Intervention Team). Il s'agit d'un modèle de police spécialisée qui a pour but d'améliorer l'intervention policière auprès des personnes ayant un problème de santé mentale ou en crise, tout en assurant la sécurité de chacune des parties (Cross, 2014; Ellis, 2014; Compton et al.,

¹ Voir Annexe #1 (loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui).

2010; Steadman, Deane, Borum, et Morrissey, 2000; Watson and Fulambarker, 2013). Ce programme dote les policiers d'une formation de quarante heures en santé mentale (Cross et al., 2014). Plus particulièrement, les policiers reçoivent une formation sur les différentes maladies mentales ainsi que les symptômes et les signes précurseurs, la communication avec les personnes atteintes de maladies mentales et les institutions de soins, les techniques d'intervention efficace et la complétion de requêtes d'évaluation d'urgence (Ellis, 2014). Dans l'intérêt des policiers et des personnes présentant une problématique en santé mentale, l'objectif principal de ce type de programme est que les policiers soient en mesure de réduire une potentielle escalade de violence et de diminuer l'intensité des interventions (Adelman, 2003). Les formations données aux policiers sont spécifiques aux localités, en fonction des problèmes vécus par chacune d'elles (Forchuk et al., 2010; Kean, Bornstein et Mackay, 2012).

1.2.2 Le modèle des équipes mixtes

Moins documenté que le précédent, le modèle d'interventions des équipes mixtes jumèle un policier ainsi qu'un intervenant psychosocial (infirmière, psychologue, travailleur social, criminologue, etc.) (Boscareto et al., 2014). Les intervenants cliniciens peuvent procéder à l'évaluation des situations et à l'orientation des personnes en crise vers les ressources adaptées, par téléphone, en personne ou au poste de police (Adelman, 2003). Aux États-Unis, il existe deux modèles d'interventions mixtes. L'un est basé sur l'évaluation des situations, l'autre sur le suivi de cas (Baillergeau, 2012). Le premier programme, basé sur l'évaluation des situations, vise une orientation des personnes en crise vers des ressources adaptées. Chaque équipe est constituée d'un policier formé en santé mentale ainsi que d'un intervenant provenant du réseau de la santé. Le programme SMART (System wide Mental Assessment Response Teams) est un projet mis sur pied à Los Angeles en 1993 et en constitue un exemple (Adelman, 2003). Le second est basé sur le suivi de cas. Il cible les personnes qui suscitent de nombreux appels à la police. Le suivi de cas consiste à établir des contacts avec l'individu en question ainsi qu'avec les ressources l'encadrant pour assurer la poursuite de son traitement. Ce programme est également constitué de policiers et d'intervenants, tels que des psychologues et des travailleurs sociaux. Le modèle CAMP (Case Assessment Program) est également une initiative de la ville de Los Angeles et en est un exemple (Adelman, 2003).

Comme de multiples pays affectés par la désinstitutionnalisation, l’Australie s’est vu aux prises avec des problèmes d’itinérance et de ressources communautaires manquantes (Calma, 2008). Les modèles de police spécialisée et d’interventions mixtes sont reproduits dans différentes villes du pays. Les objectifs et les résultats sont sensiblement les mêmes qu’en Amérique du Nord (Lee, Keating, De Castella et Kulkarni, 2010; Herrington, Clifford, Lawrence, Ryle et Pope, 2009; Wood et al., 2011). En effet, il est observé que, suite à l’implantation des équipes d’interventions mixtes, la communication entre les institutions impliquées est améliorée, une meilleure utilisation des ressources communautaires est remarquée et les mesures restrictives sont moins utilisées, au profit de réponses d’intervention davantage centrées sur la personne (Wood, Swanson, Burris et Gilbert, 2011; Lee et al., 2010).

En Europe, la situation est quelque peu différente. Pratiquement aucune étude ne porte sur le programme d’intervention des équipes mixtes en raison de la quasi-inexistence de ce type de modèle d’intervention. Toutefois, certains pays européens (Pays-Bas, Grande-Bretagne, Norvège et France) s’intéressent à la collaboration police et intervenant pour intervenir socialement auprès de la population marginalisée, itinérante ou aux prises avec des problèmes de santé mentale (Baillergeau, 2012). Or, selon Baillergeau (2012), aucun programme formel tel qu’il est retrouvé aux États-Unis, en Australie ou au Canada n’existe en Europe. Par exemple, en France, il existe plutôt une coprésence entre la police et des intervenants pour gérer les cas des populations « indésirables » ou itinérantes (Baillergeau, 2012; Cefaï et Gardella, 2011). Le *Samusocial* de Paris est un exemple, alors que des équipes d’intervenants sont constituées pour intervenir auprès de sans-abris (Cefaï et Gardella, 2011).

Au Canada, certaines grandes villes ont implanté le programme d’équipes mixtes dont Victoria, Hamilton, Toronto, Halifax, Montréal et Sherbrooke (Charette et al., 2014; Kean et al., 2012, Kisely et al., 2010; Landry, Blais, Chapdelaine, Carrier et Elazhary, 2018; Rosenbaum, 2010). Quelques exemples de programme d’intervention mixte ont montré leur efficacité, dont le programme COAST (Crisis Outreach and Support Team) situé dans la ville de Hamilton et le Car 87 à Vancouver. En raison du contexte local qui leur est propre et malgré certaines différences dans l’application et dans l’intervention, les équipes de ces programmes ont toutes en point commun d’être composées d’intervenants et de policiers pouvant intervenir conjointement ou subséquentement. En Ontario, un programme différent

procédant plutôt par une prise de contact par téléphone avant l'intervention a été mis en place. Or, peu de connaissances scientifiques émanent de ce projet, car une seule étude s'est intéressée à celui-ci (Forchuk et al., 2010; Kean et al., 2012). Quant à Montréal, tel que Charette et al. (2014) l'évoquent, le modèle d'équipe mixte ÉSUP (Équipe de soutien aux urgences psychosociales) s'est inspiré du modèle Car 87 de Vancouver. Le modèle, Car 87 est devenu officiel en 1987 suite à des essais ayant débuté trois ans plus tôt. L'équipe d'intervention est composée d'une infirmière et d'un policier pour évaluer, rediriger et décider des options appropriées. Le programme, Car 87 gère également une ligne téléphonique de crise où les infirmières assistent les appelants, donnent de l'information et trient les situations pour déterminer les interventions nécessaires (<http://vancouver.ca/police/>).

En résumé, que ce soit en Australie, aux États-Unis ou au Canada, les objectifs visés par les équipes mixtes sont similaires. Ils incluent de désamorcer la crise, de prévenir des blessures, de lier la personne en crise avec les ressources appropriées, de réduire la pression sur le système de justice pénale ainsi que sur le système de santé, et ce, tout en étant rentable financièrement (Borum 2000; Matheson et al. 2005; Scott 2000; Wood et al., 2011). Généralement, chaque programme d'intervention mixte implique un intervenant du réseau de la santé qui se charge des soins à la personne en crise tout en conseillant les policiers en matière de santé mentale. Quant à lui, le policier a comme mandat de prendre en charge les situations présentant un risque de blessures, de danger ou de violence (Forchuk et al., 2010; Lamb et al., 2001; Rosenbaum, 2010). Présentement, les programmes des équipes mixtes font face à une multitude de défis, dont la variation de la population desservie, les financements qui lui sont accordés, les multiples lignes directrices, l'acceptation du programme au sein des différents corps de police, les horaires des équipes, l'expertise du personnel, l'équipement et les entraînements l'encadrant (Kean et al., 2012; Ligon 1997). Néanmoins, la littérature scientifique s'entend pour dire que le modèle d'intervention mixte est préférable à d'autres modèles dus à la complémentarité des acteurs (Forchuk et al., 2010; Lamb et al., 2001; Rosenbaum, 2010).

1.3 Bilan des études antérieures

1.3.1 Les résultats

Globalement, les études sur le modèle CIT et le modèle des équipes d'intervention mixtes émettent des résultats positifs. Ces modèles permettent de réduire le taux d'incarcération et d'augmenter le recours aux urgences psychiatriques, de diminuer le temps d'intervention, d'abaisser le nombre de blessures lors des interventions, de changer les attitudes associant troubles mentaux et dangerosité et de réduire l'utilisation de la force (Compton et al., 2006; Reuland, 2004; Steadman et al., 2000; Watson, Morabito, Draine et Ottati, 2008). Plus particulièrement, le modèle CIT a montré son efficacité en permettant une meilleure compréhension des policiers en regard de la maladie mentale, ainsi qu'en favorisant une perception moins stigmatisante et une attitude positive envers les personnes touchées par des troubles mentaux (Ellis, 2014). Certaines limites sont toutefois relevées dans la littérature concernant le modèle CIT. D'une part, ce modèle repose sur l'existence de ressources communautaires pouvant accueillir les personnes en crise et ces ressources n'existent pas dans toutes les régions. D'autre part, il y a la présence d'une barrière institutionnelle entre les policiers et les hôpitaux. L'accès aux dossiers médicaux des personnes qu'ils interpellent est restreint, ne permettant pas de toujours lier ces dernières à la bonne ressource (Adelman, 2003; Baillergeau, 2012).

Quant au modèle des équipes mixtes, les études montrent que ce dernier permet d'abaisser la pression qui pèse sur le système de justice pénale (Brown, Hagen, Meyers et Sawin, 2014; Lamb et al., 2001; Shapiro et al., 2015). Lorsque le programme est mobilisé, le taux d'arrestation (Charette et al., 2014) et le taux d'hospitalisation diminuent (Scott, 2000; Shapiro et al., 2015). En plus, Dean, Lumb et Proctor (2000) indiquent que le programme d'équipe d'intervention mixte réduit considérablement les appels chroniques des personnes en crise. Le temps des interventions est aussi considérablement écourté (Kisely et al., 2010; Shapiro et al., 2015). Scott (2000) affirme que les programmes ayant mis en place des équipes mixtes montrent un bon rapport coût-efficacité. Selon Kisely et al. (2010), le programme d'équipe d'intervention mixte est aidant pour permettre à une personne en crise d'exprimer sa détresse, d'obtenir des conseils et d'être orienté vers des services répondant à ses besoins. En outre,

l'étude de Shapiro et al. (2015) indique que le programme a du potentiel quant à son pouvoir de créer des liens entre les différentes institutions prenant en charge la personne en crise.

Quant à l'opinion des policiers sur les programmes d'intervention des équipes mixtes, des études indiquent que la majorité évalue ces programmes favorablement (Borum, 1998; Landry et al., 2018; Saunder et Marchik, 2007). Tout comme dans le modèle CIT, les policiers des équipes mixtes avec une formation en santé mentale ont une attitude plus positive à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux (Ratansi, 2005). Parmi les membres de la communauté et les usagers ayant interagi avec une équipe mixte, il est rapporté que leurs expériences ont été positives (Baess, 2005; Landry et al., 2018; Ligon et Thyer (2000).

La littérature soulève certains défis à relever pour les programmes d'intervention des équipes mixtes, dont l'établissement d'un partenariat entre deux institutions ayant des missions et des valeurs différentes, la protection de la confidentialité des usagers ainsi que la mise en place d'une structure adéquate pouvant supporter leurs opérations (Bar-On, 1995; Kirst et al., 2014; Patterson, 2004; Steadman et al., 2000).

Toutefois, les études discutées abordent très peu le phénomène par le biais d'une méthodologie qualitative (Shapiro et al., 2015). Shapiro et al. (2015) exposent que la quasi-totalité des études portant sur les équipes mixtes emploie une méthodologie quantitative. Sinon, elles se contentent d'être descriptives ou évaluatives. De plus, selon Wood et Watson (2016), les devis proposés par nombre d'études ne sont pas assez rigoureux. Malgré le fait que l'utilisation de la méthodologie quantitative pointe certains concepts centraux de la pratique d'une équipe mixte auprès d'individus en crise, elle ne permet pas de mettre en lumière l'étendue du phénomène. Pour les auteurs, l'utilisation de la méthode qualitative, telle la méthode ethnographique ou l'utilisation d'entrevues semi-dirigées, favoriserait l'émergence de nouvelles données. Selon eux, la faible connaissance de certaines données affecte même les acteurs impliqués dans l'intervention auprès de personnes en crise qui oeuvrent sur le terrain, favorisant une pratique intangible et parfois approximative.

1.3.2 Les limites

Une pauvreté de la littérature scientifique portant sur les équipes mixtes subsiste (Boscareto et al., 2014). Pour les études qui se sont penchées sur ce modèle, un intérêt s'est concentré autour des questions de l'efficacité et des résultats des interventions (Shapiro et al., 2015). Pour Shapiro et al. (2015), très peu d'études ont été effectuées sur le processus menant à ces résultats. Parmi les études qui se sont questionnées à ce sujet, les méthodes de recherche sont peu diversifiées (Shapiro et al., 2015). Shapiro et al. (2015) relèvent également que seulement quelques études évoquent les problématiques liées à la définition et au partage des rôles entre les intervenants psychosociaux et les policiers. Dû à un manque notable d'études portant sur les équipes mixtes, les connaissances sur leur fonctionnement demeurent quasi-inexistantes (Shapiro et al., 2015).

Toutes questions de compréhension du modèle d'intervention des équipes mixtes ont été ignorées. En effet, la pauvreté de littérature scientifique à ce sujet se solde par une méconnaissance du fonctionnement des programmes d'intervention des équipes mixtes, des interactions entre les acteurs impliqués et des circonstances des interventions (Shapiro et al., 2015; Steadman et al., 1999). En ce sens, Shapiro et al. (2015) mentionnent que ce manque de savoir peut être contré en étudiant les mécanismes qui régissent les interventions des équipes mixtes. À l'heure actuelle, le manque de données concernant le processus menant aux résultats des études est lacunaire.

Ce qui est marquant dans le cas des études portant sur les équipes mixtes, c'est qu'en plus du manque de connaissances considérable, il est montré que chaque équipe d'intervention mixte fonctionne différemment dépendamment du contexte dans lequel il évolue. Cette situation rend d'autant plus difficile la comparaison des programmes entre eux (Forchuk et al., 2010; Kean et al., 2012; Lamb et al., 2001; Shapiro et al., 2015). Chaque ville peut collaborer avec différents types d'institutions et se développer à travers une culture organisationnelle différente. La pratique et la structure peuvent ainsi différer d'une localité à l'autre. De fait, la majorité des études est difficilement généralisable ou applicable due aux particularités propres à chaque municipalité (Lamb et al., 2001; Shapiro et al., 2015). Étudier ce type de programme à plus long terme, diversifier les méthodes de recherche et comprendre les éléments clés

(mécanismes) derrière le fonctionnement des équipes mixtes entraîneraient des bénéfices importants pour la police et le système de santé, et surtout pour les personnes ayant une problématique en santé mentale, et ce, peu importe le point de vue géographique (Shapiro et al., 2015).

Il est défendu dans la littérature que les principales finalités des interventions des équipes mixtes sont la déjudiciarisation et la réduction du recours à l'hôpital au profit de ressources communautaires (Lamb et al., 2001; Steadman et al., 2000; Shapiro et al., 2015). Certaines études mettent en évidence les activités qui permettent l'atteinte de ces deux finalités. Tout d'abord, la déjudiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux est favorisée par l'octroi de formations en santé mentale aux policiers (Borum et al. 1998; Forchuk et al., 2010), la consolidation du partenariat entre les institutions de santé et la police (Rosenbaum, 2010) et le support offert par ces institutions face à l'implantation du programme des équipes mixtes (Forchuk et al., 2010). Les études relèvent que l'atteinte du second objectif, soit la réduction du recours à l'hôpital au profit de ressources communautaires, se fait par une collaboration étroite entre la police et le système de santé, l'appui de ces différentes organisations quant à l'implantation du programme et l'engagement des différentes ressources communautaires (Rosenbaum, 2010; Steadman et al., 2000).

Les mécanismes qui se situent entre les activités décrites et leurs finalités sont pourtant pratiquement inconnus (Shapiro et al., 2015). L'étude récente de Shapiro et al. (2015) a néanmoins analysé vingt-et-une études qui ont abordé les différents programmes d'intervention des équipes mixtes en Amérique du Nord. Les auteurs ont tenté de comprendre comment, pourquoi, qui et dans quelles circonstances le programme des équipes mixtes fonctionne, en plus de proposer des mécanismes hypothétiques. Une méthode adaptée visant à comprendre spécifiquement le fonctionnement d'une équipe mixte pourrait faire ressortir avec précision ces mécanismes et ainsi permettre une compréhension plus approfondie de ce modèle (Shapiro et al., 2015).

De façon plus générale, les études renseignent peu sur les processus qui amènent les policiers à utiliser la force ou à procéder à l'arrestation des personnes en situation de crise. Ces études tentent de prédire l'issue de l'intervention policière à partir des caractéristiques du policier, de

la personne ciblée et de l'organisation. Certaines études rapportent que les policiers sont plus susceptibles d'employer la force auprès des personnes en crise (Kaminski, Digiovanni, & Downs, 2004; Rossler & Terrill, 2017) alors que d'autres ne rapportent aucune relation entre l'état d'une personne et l'usage de la force par les policiers (Morabito & Socia, 2015; Terrill, 2005; Terrill & Mastrofski, 2002). Ces divergences de résultats sont d'autant plus difficiles à comprendre que les études optent souvent pour une approche déductive au détriment d'une approche plus compréhensive. Les études précédentes reposent essentiellement sur la théorie du comportement de la loi de Black (2010). Cette théorie s'inscrit dans une perspective macrosociologique et explique comment la société se comporte par le biais du concept de la vie sociale. Spécifiquement, Black (2010) aborde ce concept par la variation de la mobilisation des lois par les différentes institutions légales. L'auteur explique l'usage des lois selon le statut socioéconomique d'un individu, sa classe sociale, son ethnicité, etc., mais aussi selon les structures organisationnelles d'un groupe (par exemple une institution policière ou un groupe criminel organisé), le contrôle social, la culture et la morale. Il définit la loi comme un contrôle social gouvernemental qu'il défend comme une variable quantitative. C'est-à-dire que l'application d'un nombre de lois varie dans le temps et l'espace.

Les différentes études portant sur les interventions policières en contexte de crise emploient cette théorie pour identifier les actions policières en fonction des situations sans par ailleurs en comprendre leurs natures. À l'heure actuelle, les études sur les personnes en situation de crise ayant mobilisées la théorie de Black (2010) portent sur le risque d'arrestation des personnes ayant des troubles mentaux, la durée ou la finalité de l'intervention policière (taux d'incarcération ou d'hospitalisation), les perceptions et attitudes des acteurs sur la mise en place d'une équipe mixte ou envers la maladie mentale, l'usage de la force, l'occurrence de blessures, ou encore l'efficacité du programme CIT (Charette, Crocker et Billette, 2011; Shapiro et al., 2015; Wood et Watson, 2016). Les résultats obtenus à la suite des études n'ayant mobilisé que cette théorie accentuent le peu de diversité théorique. Une perspective sociologique inductive basée sur la méthode qualitative constitue un point de vue analytique encore inexploré lors des interventions policières auprès des PEMP (Shapiro et al., 2015).

1.4 Problématique

Vu l'importante augmentation des interactions entre les policiers et les personnes en situation de crise en Amérique du Nord (Coleman et Cotton, 2010), les services de police ont montré un fort désir d'adapter leurs interventions auprès de cette clientèle (Shapiro et al., 2015; Franz et Borum, 2011). Une situation de crise implique des personnes présentant un danger de comportements violents, agressifs, conflictuels et dérangeants envers eux-mêmes (p.ex. comportements suicidaires) ou envers autrui (p.ex. risque de blessures) (Otero et Dugré, 2012; Séguin, 2012; SPVM, 2013). Cette implication grandissante de la police envers cette clientèle est due à plusieurs facteurs, dont la désinstitutionnalisation, la diminution du nombre d'hôpitaux psychiatriques et de lits dans les hôpitaux, la réduction des hospitalisations ainsi qu'à des changements législatifs en santé mentale (Cotton et Coleman, 2006).

Divers programmes d'intervention ont ainsi été mis sur pied, dont le modèle CIT et le modèle des équipes mixtes (Franz et Borum, 2011; Laing et al. 2009, Lamb, Weinberger et DeCuir, 2002). Dans le but d'améliorer l'intervention policière auprès des PEMP, le modèle CIT dote les policiers d'une formation en santé mentale (Cross et al., 2014). Ayant la même visée, le modèle des équipes mixtes se base plutôt sur une collaboration entre un intervenant du réseau de la santé et un policier (Shapiro et al., 2015; Charette et al., 2014). Le rôle de chacun des membres de l'équipe mixte est défini selon leur expertise. L'intervenant du réseau de la santé offre un soutien psychosocial à la personne en crise, alors que le policier assure la sécurité de tous (Forchuk et al., 2010; Lamb et al., 2001).

Tandis qu'une attention scientifique majeure est portée au modèle d'intervention CIT, le modèle des équipes mixtes est laissé pour compte (Boscarato et al., 2014). Pourtant, ce programme est implanté au Canada (Victoria, Hamilton, Toronto, Halifax, Montréal et Sherbrooke); aux États-Unis (DeKalb County, Knoxville et Los Angeles); et en Australie (Victoria) (Charette et al., 2014; Kean et al., 2012; Kisely et al, 2010; Rosenbaum, 2010). Ce manque d'intérêt est d'autant plus préoccupant que les différentes études publiées présentent des résultats mitigés et que les approches principalement évaluatives et quantitatives de ces études ne permettent pas de comprendre les divergences de résultats associées aux interventions des équipes mixtes (Shapiro et al., 2015).

Documenter et comprendre le fonctionnement des équipes mixtes apparaissent donc comme des pistes de recherche à prioriser (Abbott, 2011; Forchuk et al., 2010; Shapiro et al., 2015; Wood et al., 2011). Pour ces auteurs, des études de terrain donneraient accès à un savoir inexploré. Ils indiquent que pour mener ce type d'étude, la collaboration entre la police, les services de santé et les chercheurs est primordiale. La compréhension des interventions menées par les équipes mixtes revêt une importance cruciale afin de mettre en lumière ce qui est garant de leur succès ou de leur échec (Pawson, 2006; Shapiro et al., 2015). Face à une attention grandissante de la gestion des personnes en crise ou atteintes de troubles de santé mentale dans la société et par les services de police, il importe de mieux cibler les éléments centraux qui permettent aux programmes d'atteindre leurs objectifs (Shapiro et al., 2015). Selon Shapiro et al. (2015), comprendre les interactions entre les divers acteurs impliqués est primordial, et ce, pendant le développement et l'évolution des interventions des équipes mixtes. Identifier le fonctionnement et les mécanismes des équipes mixtes, le contexte des interventions et les interactions entre les acteurs sont les éléments clés dans la compréhension du phénomène étudié (Shapiro et al., 2015; Steadman et al., 1999).

Pour pallier à ces failles, la présente recherche s'appuie sur l'approche dramaturgique de Goffman (1973). Reflétant toute pratique au quotidien, elle permet de porter une attention particulière aux interactions sociales et au sens que les acteurs donnent aux situations vécues (Lebreton, 2004; Cefai et Gardella, 2011). Cette perspective permettra d'exposer, à travers des scénarios d'actions, ce que les membres d'une équipe mixte disent et font lors de leurs interventions et de mettre en lumière toutes interactions construisant leur environnement social (Goffman, 1973). Pour en arriver à comprendre les interventions des équipes mixtes et à s'immerger dans les formes d'expérience vécue par les acteurs étudiés, la méthode ethnographique est employée. Via l'enquête de terrain, cette méthode permet de rendre justice à des pratiques ignorées, mal comprises ou méprisées. L'ethnographie permettra de comprendre le phénomène étudié de l'intérieur et d'observer les interactions entre les acteurs directement sur le terrain (Beaud et Weber, 1997).

Ainsi, l'objectif principal de ce mémoire est de comprendre le fonctionnement d'une équipe mixte auprès des PEMP avec comme objectifs secondaires la description des étapes centrales d'une intervention psychosociale (1), l'identification des actions fondamentales à chaque étape

permettant de compléter l'intervention (2), la définition des interactions entre les parties présentes lors de l'intervention (3) et la mise en lumière du sens aux actions posées par les acteurs (4).

1.5 Cadre théorique - L'approche dramaturgique de Goffman

Plusieurs motifs mènent à ce que la métaphore théâtrale de Goffman (1973) inspire l'analyse de ce mémoire. D'abord, son œuvre intitulée *La mise en scène de la vie quotidienne* est utilisée par de nombreux auteurs sur différents objets d'analyse et figure en tête de file parmi les écrits les plus influents en sociologie (Cefaï et Gardella 2011; Fassin, 2011; Le Breton, 2004). Puis, elle illustre avec efficacité la façon dont les acteurs agissent au quotidien créant un répertoire de références auquel on peut se référer pour comprendre l'organisation de la vie sociale (Le Breton, 2004). Selon Le Breton (2004), les interactions en face à face et les relations en public sont des domaines privilégiés.

Pour Goffman (1973), « une scène de théâtre est un lieu commun suffisamment familier aux lecteurs pour qu'ils en voient les limites et en acceptent les formulations » (p. 240). Son approche n'est pas une comparaison aux aspects du théâtre. Pour l'auteur, une mise en scène dans un théâtre est une illusion fabriquée, à la différence de la vie ordinaire. L'objet propre de la théorie de Goffman (1973) n'est autre que la structure des rencontres sociales qui se font lorsque les acteurs sont en présence immédiate les uns avec les autres, par une représentation qui se fait à la manière du théâtre. Le chercheur est lui-même un acteur parmi tant d'autres. Or, il est caractérisé par son intention à mieux saisir certains aspects de la réalité sociale. Il recourt à des typifications pour étudier un phénomène; pour lui, il importe de comprendre le monde de sens qui en émerge (Cefaï, 2003; Le Breton, 2004). Pour Le Breton (2004), ce sont les mêmes procédures d'analyse qui nous permettent de regarder un film, de lire un roman, d'entendre une anecdote ou une plaisanterie. La tâche principale du chercheur dans l'univers du social consiste à approfondir une connaissance qui n'est pas nécessairement étrangère aux acteurs. Une réciprocité des perspectives entre le sociologue et l'homme du commun est de mise comme garantie de l'intelligibilité de l'analyse.

Goffman (1968; 1973; 1991) pose dans de multiples ouvrages son regard sur l'interaction qui se produit au contact de différentes personnes. Ce qu'il mentionne prévaut à toutes sphères et

peut concerner tant un chercheur, qu'un professionnel dans son milieu de travail, par exemple. Pour lui, dès lors qu'un individu est en présence d'un autre, il tente d'obtenir de l'information à son sujet, sinon il mobilise ce qu'il sait déjà. Par exemple, une personne peut se questionner sur le statut socio-économique de l'individu en sa présence, de l'idée qu'il se fait de lui-même, de ses dispositions à son égard, de ses compétences, de son honnêteté, etc. Si ces informations sont recherchées, ce n'est pas seulement pour une raison personnelle, mais aussi pour une raison pratique. Elles servent à définir une situation et à déterminer les attentes. Une fois informée, une personne face à une autre peut savoir comment agir pour obtenir la réponse désirée. Lorsque l'observateur n'a pas de connaissance préalable de l'observé, il peut tirer de sa conduite et de son apparence certains indices qui réactivent ses expériences passées avec des individus similaires. Il peut s'appuyer sur ce que la personne dit, sur ce qu'elle fait ou sur certaines sources ou documentations attestant de la personne qu'elle est. À l'inverse, si la personne est déjà connue de l'observateur, son comportement présent ou futur peut être prédit, selon la persistance et la généralité de ses traits psychologiques.

Cependant, pour l'auteur, de nombreux faits caractérisant une personne peuvent se situer en dehors du moment et du lieu de l'interaction, ou tout simplement être cachés. Le vrai ou le réel peuvent être insaisissables, à moins d'aveux ou de comportements involontairement expressifs. Mais il est difficile de le mettre à l'épreuve lors d'une interaction, il faut accepter certains événements, peu importe le sens accordé. Un individu agit de façon à donner une expression de lui-même, et les autres en retirent une certaine impression (Goffman, 1973; 1991).

Goffman (1973) explique que la capacité d'expression d'un acteur, soit son aptitude à donner des impressions, s'exprime en deux formes diamétralement différentes d'activités symboliques. La première comprend les symboles verbaux, conformément à l'usage de la parole. Il s'agit de la communication au sens traditionnel. Les symboles doivent être interprétés seulement selon ce qui est censé être attaché à ces derniers. La seconde comprend ce qu'il nomme des signes symptomatiques, soit lorsqu'il est probable que l'acteur agisse pour des raisons différentes de ce qu'il mentionne. En présence d'autrui, un individu peut vouloir donner une tout autre idée de ce qu'il est vraiment. Il peut donner une haute idée de lui-même, il peut n'avoir aucune impression bien nette, il peut bernier ses interlocuteurs, se débarrasser

d'eux, les déconcerter, les induire en erreur, les insulter, etc. Ce que Goffman (1973) explique, c'est qu'il est de l'intérêt de la personne à contrôler la conduite de ses interlocuteurs et surtout la façon dont il est traité en retour. Pour l'auteur, l'acteur se présente sous un jour favorable, mais les observateurs peuvent faire la part de ce qu'ils perçoivent.

On peut supposer qu'en présence d'autres individus, toute personne a de multiples raisons d'essayer de contrôler les impressions que ceux-ci reçoivent d'une situation. Elle veut que les autres croient ce qu'elle projette, ce qu'elle donne comme image, qu'elle est ce qu'elle prétend être en apparence (Goffman, 1973; 1991). Selon Goffman (1973; 1991), les questions qui touchent la mise en scène et la pratique théâtrale sont parfois banales, mais elles sont générales, c'est-à-dire qu'elles se trouvent partout dans la vie sociale au quotidien et fournissent un schéma précis pour une analyse telle que celle présentée ici.

En analogie au monde réel, Goffman (1973) métaphorise le théâtre selon les interactions de la vie quotidienne. Par *interactions*, il est entendu l'influence réciproque que les acteurs exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns avec les autres. Les membres d'un ensemble donné, qui sont des *acteurs*, ont pour but de maintenir une définition particulière de la situation, qu'ils affirment être la réalité. Ces acteurs projettent une image idéalisée aux autres, que l'auteur appelle le *rôle*. Le rôle est défini par Goffman (1973) comme le modèle d'action préétabli qui est développé durant une représentation et qui est présenté ou utilisé selon les occasions. Quand un acteur joue un rôle, celui-ci demande à ses partenaires de considérer sérieusement l'impression qu'il produit. Il veut que les autres croient que le personnage qu'ils voient possède les attributs qu'il prétend posséder; que ses actions auront les conséquences qu'elles sont censées entraîner et que les choses soient perçues selon ce qu'elles ont l'apparence d'être. Goffman (1973) indique que l'acteur donne sa représentation et organise son spectacle à l'intention des autres personnes. Park (1950) renforce cette idée en mentionnant que :

« (...) ce n'est probablement pas un pur hasard historique que le mot personne, dans son sens premier, signifie un masque. C'est plutôt la reconnaissance du fait que tout le monde, toujours et partout, joue un rôle, plus ou moins consciemment. (...) À la longue, l'idée que nous avons de notre rôle devient une seconde nature et une partie intégrante de notre

personnalité. Nous venons au monde comme individus, nous assumons un personnage, et nous devenons des personnes ». (Park, 1950, p.250)

Par *représentation*, Goffman (1973) entend la totalité de l'activité d'une personne pour influencer d'une certaine façon un des autres participants. Dans une représentation, il parle de *scène* ou de *région antérieure* lorsque l'on « accentue l'expression de certains aspects » et de *coulisse* ou de *région postérieure* lorsque l'on « en dissimule d'autres qui pourraient discréditer l'impression produite (...) où l'on peut observer les faits dissimulés » (Goffman, 1973 p.110). La région antérieure est le lieu où se déroule la représentation et où les acteurs doivent répondre à certaines normes de comportement. Séparée du public, la région postérieure est un endroit où les acteurs peuvent contredire les impressions données lors de leur représentation. Une troisième région est évoquée par l'auteur, soit la *région extérieure*. Cette région comprend tous les lieux autres que les deux mentionnés précédemment et s'accorde avec le sens commun des organisations sociales (Goffman, 1973).

Chapitre 2 - Méthodologie

Tiré des préoccupations identifiées dans le chapitre précédent et suivant l'angle théorique, ce chapitre aborde l'approche méthodologique, l'accès au terrain, la collecte de données et sa procédure d'analyse, et ce, selon les objectifs de ce mémoire.

2.1 L'approche ethnographique

L'approche ethnographique est la représentation écrite d'une culture ou de certains aspects sélectionnés d'une culture (Van Maanen, 1988). Deux idées principales se dégagent de cette définition. En premier lieu, produire une ethnographie implique une démarche de récits et d'écriture. S'immiscer dans un milieu de manière prolongée et « vivre la culture » n'est pas suffisant. Le chercheur doit traduire l'expérience vécue sur papier pour la partager. En second lieu, Van Maanen (1988), évoque le terme culture. Pour l'auteur, ce mot aux sémantiques multiples peut porter à confusion tant son utilisation est diversifiée. D'un point de vue ethnographique, la culture est constituée d'actions, d'interactions et de mots. L'auteur parle de tout ce qui est « cultivé » par les membres d'une organisation, communauté ou société dans ses interactions et qui définit une pratique momentanément. Selon Van Maanen (1988), la culture se doit d'être interprétée seulement par un « fieldworker ».

Pour Fassin (2016), l'approche ethnographique, à la fois méthodologie et épistémologie, se caractérise par deux opérations intellectuelles, soit l'observation participante et le raisonnement inductif. Lorsque cette méthode est appliquée dans le milieu policier, l'observation met en évidence la différence entre la représentation que le chercheur a de l'institution policière et la réalité. En d'autres mots, il lui est permis de comprendre les disparités entre les normes professionnelles et les réelles pratiques sur le terrain; entre ce qui est rapporté par les policiers et ce que le chercheur observe. Pour l'auteur, l'image que laisse percevoir la police de son organisation est celle d'une force publique exotisée. Par exemple, dans son étude ethnographique auprès d'une brigade anti-criminalité d'une banlieue parisienne, Fassin (2011) montre comment la représentation de la police est loin de la réalité. Les policiers rencontrés par l'auteur tentaient de rehausser leur métier par des anecdotes hautes en couleur, telles des quêtes d'aventure et des poursuites à la course. Par ses

observations d'une durée de quinze mois, il rapporte plutôt l'ordinaire de leur quotidien qui était pourtant sans éclats ni artifices. Pour Fassin (2016), la méthode ethnographique révèle l'écart entre ce qui est supposé être et ce qui est. Pour faire ressortir « ce qui est », le chercheur doit observer, décrire et interpréter. L'ethnographie permet ainsi de créer une forme de vérité et de réalité. Via la première opération intellectuelle mentionnée par l'auteur, soit l'observation, il est permis de montrer le déroulement et l'enchaînement des faits et de dégager une analyse des multiples significations données par les policiers à leurs actions. Le raisonnement inductif, quant à lui, exclut les hypothèses et réduit les présupposés. Une lecture progressive du phénomène étudié favorise ainsi l'émergence d'éléments significatifs pour les policiers, leur organisation, leur mode d'intervention et le sens donné aux actions. (Fassin, 2016).

La présente étude s'avère conçue pour examiner le sens que produisent les acteurs dans leur pratique au quotidien, ainsi que les interactions entre chacun d'eux : entre policier et intervenant, entre ces derniers et les PEMP ou leurs proches ainsi qu'envers un corpus de normes. Le plus méticuleusement possible, il a été tenté de décrire des pratiques courantes non documentées (Chevrier, 1993). C'est selon un procédé inductif qu'un portrait représentatif de la pratique des équipes mixtes a été tracé, basé sur l'observation de moments clés pour dégager les « impondérables de la vie authentique » (Malinowski, 1922/2001). La démarche a ainsi pris la forme d'une enquête de terrain, où je me suis immiscé dans le milieu policier. Ici, l'enquête de terrain porte sur un univers de relations (Beaud et Weber, 2003) s'apparentant à une mise en scène de la vie quotidienne d'un travailleur social et d'un policier jouant les rôles principaux (Goffman, 1973). Mon insertion ne vise pas à évaluer leurs comportements et leurs actions à savoir s'ils agissent correctement selon les barèmes émis par leurs institutions respectives, mais plutôt de mettre en scène le fonctionnement d'une équipe mixte.

Dans son étude, Young (1991) indique que la recherche ethnographique est cruciale pour comprendre les différents aspects entourant la pratique policière et pour comprendre les croyances et la culture de cette dernière. Selon Marks (2004), pour comprendre plus en profondeur la police, un engagement continu et intensif est requis pour réellement rendre compte du rapport existant entre les acteurs et leur environnement. Étant donné que le choix

d'une méthode dépend de l'objet de recherche que l'on souhaite étudier, et non l'inverse (Morgan et Smircich, 1980), une présence physique sur les lieux de l'action est essentielle au regard de nos préoccupations académiques. La méthode ethnographique apparaît alors tout indiquée pour atteindre les objectifs de recherche.

2.2 L'accès au terrain

« La permission que t'as eue, de venir patrouiller avec nous pendant 2 mois, je n'ai jamais vu ça en 16 ans de carrière. » (B., policier)

Accéder à un service de police fut sans contredit l'étape la plus difficile à franchir de tout le projet, surtout en raison de la méthode ethnographique. Sur la scène internationale, déjà que les études sur les équipes mixtes sont peu nombreuses et pratiquement seulement d'ordre quantitatif, il est encore plus rare que des observations au sein du milieu policier soient effectuées. Rares sont les privilégiés qui obtiennent ce type d'accès. Au Québec, certains chercheurs ont intégré des observations à leur étude (Charette et al., 2014), mais ces dernières ne dépassent guère trois jours. Faire des observations depuis l'arrière d'une auto-patrouille de police et patrouiller lors de situations de crise demandent de nombreuses approbations en raison des enjeux administratifs et sécuritaires. Les policiers que j'ai côtoyés m'ont dit que même les futurs policiers, lors de leur formation, n'observent pas plus que quelques jours. Basées sur deux études ayant utilisé la méthode ethnographique dans un milieu hospitalier (Baba, 2015) et ambulancier (Campbell et Rasmussen, 2012), il a été évalué qu'un minimum de 200 heures devaient être effectuées pour atteindre certains standards scientifiques. Compte tenu de la situation, l'acceptation d'une proposition de recherche impliquant une trentaine de jours d'observations continues (200 heures) par les dirigeants policiers me semblait alors utopique.

Une fois mon projet de recherche établi, à l'hiver 2017, mon directeur et moi-même avons discuté avec un corps de police sur la possibilité de faire des observations continues lors d'interventions d'une équipe mixte. Après six mois d'échanges, en septembre 2017, l'accès à l'équipe mixte en question nous a été finalement refusé. Nous avons dû nous tourner vers un autre corps de police. Si ce dernier n'acceptait pas notre projet, il m'aurait fallu trouver un

autre sujet d'étude, car les équipes mixtes sont rares dans la province. À ce moment, j'avais encore espoir, tout en étant conscient que les chances de produire une ethnographie dans un service de police se faisaient de plus en plus minces. Après maintes démarches, dont des rencontres avec le Service de police de Sherbrooke (SPS), une présentation de mon projet devant les intervenants, une entrevue avec un cadre du SPS, une enquête de sécurité et une approbation de l'État-major, il fallait également que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS) accepte mon projet étant donné la présence d'intervenants psychosociaux dans l'équipe mixte. Cette dernière étape concernant l'approbation du CIUSSS de l'Estrie-CHUS qui, par toutes les exigences demandées sur le plan éthique, a grandement rajouté au stress de pouvoir commencer. Il a fallu six mois supplémentaires pour que je puisse enfin mener mon étude et finalement débiter mes observations le 29 mars 2018. L'accès au terrain m'aura finalement pris plus d'un an de démarches.

L'accès au terrain n'est pas seulement l'affaire des décideurs. Les personnes observées, dans ce cas-ci, les intervenants psychosociaux et les policiers doivent aussi accepter ma présence. Au final, ce sont les gens sur le terrain qui décident si je peux les observer ou non. Même si après un certain temps, je me suis fait accepter par tous, le déroulement aurait pu être tout autre. Il me fallait faire ma place dans l'équipe. D'ailleurs, lors d'une entrevue au poste de police, on a voulu me tester pour voir si j'avais les nerfs assez solides. Que ferais-tu si pour une question syndicale, l'on devait mettre à terme ton étude après seulement quelques jours? Comment réagirais-tu si tu voyais des actions inacceptables de la part des policiers, et que ferais-tu si tel était le cas? Comment penses-tu réagir si tu te faisais intimider? Comment vas-tu faire pour ne pas influencer les interventions par ta présence? Où vas-tu te positionner? Comment penses-tu répondre si la personne en crise t'interpelle? Comment doit-on te présenter à la clientèle en début d'intervention? Et la confidentialité des usagers, elle? Etc.

Il y avait des réticences, tant de la part des policiers que des intervenants à ce que je vienne observer les interventions. Certains avaient des craintes à ce que je vienne évaluer ou juger leur travail. D'autres craignaient que j'interfère lors des interventions et que je nuise à la création du lien avec la personne en crise. La question de sécurité était également au cœur des

préoccupations. Le policier doit assurer la sécurité de la personne en crise, de la population en présence et de l'intervenant. J'ajoutais donc aux tâches de protection du policier. Bref, la logistique autour de mon projet de recherche demandait réflexion.

Une fois les modalités et procédures de ma démarche établies, tant le CIUSSS de l'Estrie-CHUS que le SPS se voyaient plus rassurés. Je devais transmettre mes notes de terrain après chaque jour d'observation au service de police qui les plaçait dans un dossier barré dans leur système informatique; j'étais présenté à la clientèle comme un étudiant ou un stagiaire, je devais suivre les indications de sécurité du policier; je devais garder confidentielle chacune de mes observations; et je devais me faire discret. En toute franchise, la réticence des membres de l'équipe mixte à ma présence était compréhensible. La littérature scientifique l'évoque largement. La plupart des organisations sont frileuses à ce qu'un chercheur vienne s'immiscer à l'intérieur pour comprendre leur fonctionnement (Murchinson, 2010).

Il me fallait présenter un projet bien tissé, avec une portée non seulement scientifique, mais également pratique. Lorsque j'ai entrepris ma maîtrise, le sujet de recherche qui me passionnait le plus est c'est celui qui a été abordé dans ce mémoire. Je désirais étudier les équipes mixtes et faire une étude de terrain. Ma première démarche a été de postuler dans un centre de crise et de devenir moi-même intervenant pour comprendre ce qui relevait d'intervenir auprès d'une clientèle en crise. J'y ai travaillé plus de deux ans et demi. J'ai suivi plusieurs formations cliniques et j'ai pu intervenir auprès de centaines de personnes aux problématiques bien distinctes les unes des autres. Mon expérience en tant qu'intervenant a même été un facteur pour l'acceptation de mon projet par le service de police de Sherbrooke. Je savais comment me comporter sur les lieux d'une crise, où me positionner et me faire discret. Mon profil rassurait chacune des institutions impliquées, compte tenu de mon savoir-faire et de mon savoir-être.

Si ce projet a pu être mené à terme, c'est parce qu'il a eu lieu au bon moment. L'équipe mixte observée a été mise sur pied il y a plus de deux ans (mai 2016). Elle est encore aujourd'hui en construction et en stabilisation. Elle était tout juste assez mature pour accueillir un observateur. Sans l'aide du criminologue au Service de police de Sherbrooke, qui durant plusieurs mois a exercé une pression pour la réalisation du projet actuel au sein de son

organisation, l'accès au terrain ne m'aurait probablement jamais été autorisé. Également, le moment pour moi de mener ce type d'étude était favorable étant donné qu'une étude évaluant l'implantation et les effets de l'intégration d'un intervenant avec un policier dans un contexte de crise venait tout juste de se terminer à Sherbrooke (Landry et al., 2018) et que j'y ai participé comme assistant de recherche. Mon projet de mémoire a donc été présenté au SPS dans une perspective de continuité avec cette étude.

2.3 La collecte de données : observation, prise de notes et discussions informelles

2.3.1 L'observation

Ma préparation aux observations est basée sur des écrits d'auteurs importants de l'anthropologie moderne, dont Boas (1896/2017), Cefai (2003) et Malinowski (1922/2001). Or, l'ouvrage de Beaud et Weber (2003) m'a davantage été utile, car un guide d'observation hors pair ainsi que certains exercices pour que la méthode soit adaptée pour des ethnographes de tout niveau sont présentés.

Selon Beaud et Weber (2003), l'observation ethnographique est un triple travail de perception, de mémorisation et de notation. Impliquant va-et-vient entre informations extérieures, questionnements évolutifs et prises de notes, l'enchaînement de ces trois savoir-faire est en interaction continue avec un « journal de terrain ». Une fois maîtrisée, cette technique offre une meilleure observation *in situ* et la capacité d'observation est décuplée.

Pour le chercheur, l'importance de comprendre à quel point il est admis à observer est cruciale (Beaud et Weber, 2003). Si ce dernier ne prend pas garde, la position d'observateur se confond facilement avec celui d'un visiteur/voyeur inactif qui semble ne rien faire, ou tel que les auteurs s'amuse à le décrire, d'« inspecteur des travaux finis ». Pourtant il assiste, regarde et a une bonne raison d'être présent. Une fois son rôle consolidé, le chercheur doit tenter le plus possible de valider ce qui est observé de différents points de vue. Les outils de perception, mémorisation et notation permettent alors de considérer la chronologie des événements, le schéma des lieux et des positions, les mots, les formules et les interprétations « à chaud » des participants. Tout en essayant avec équilibre de prendre parti suffisamment pour comprendre

ce qui se passe, mais en étant assez détachés pour rester objectifs, les auteurs pointent l'importance d'une prise de notes sur les propres interprétations de l'observateur. Selon Beaud et Weber (2003), observer consiste en une tension entre engagement et distanciation. L'idéal pour réussir est d'être engagé lors de l'événement et détaché lors de la prise de notes. Selon Céfai (2003), pour que le milieu observé offre des découvertes significatives tout en étant scientifiquement valide, le chercheur doit trouver la bonne distance entre le trop proche (l'intimité) et le trop éloigné (l'étrangeté).

Être en continu avec les acteurs a donné lieu à de nombreuses discussions informelles. Sur les 200 heures d'observation, l'équipe en place n'est pas en constante intervention, ce qui donne lieu à une multitude d'opportunités de discussion. Ces moments de conversation constituent une source importante de données, servant autant à confronter qu'à approfondir les analyses (Céfai, 2003). Outre l'observation, interroger en pleine action est la technique qui permet de saisir à son plein potentiel les pratiques et les interactions (Poupart, 1997). Elle permet de contre-vérifier et valider ce qui est vu, car ce qui est dégagé des observations n'est pas une vérité absolue, mais une vérité possible (Beaud et Weber, 2003). Mon immersion au sein des équipes mixtes m'a ainsi permis d'exposer la dynamique interactive entre les acteurs, leur pratique au quotidien, leur langage, leurs codes, leurs valeurs, leurs connaissances, leurs repères et leur rapport aux normes.

2.3.2 Déroulement des observations

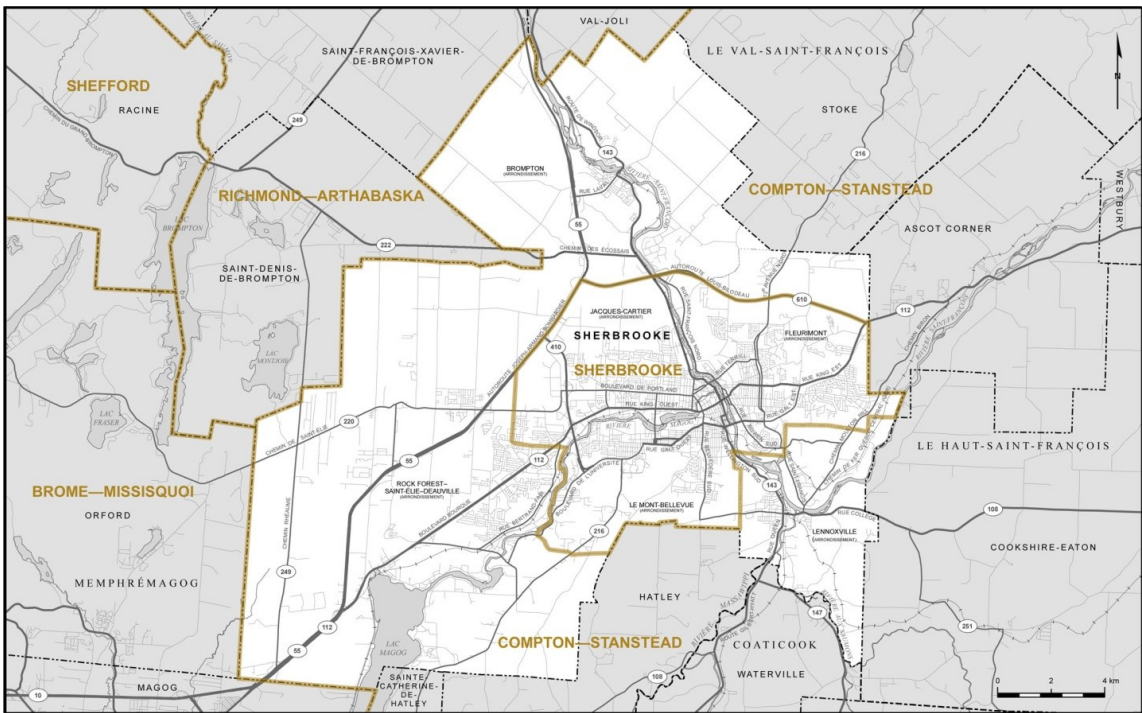
Mon immersion s'est déroulée du 29 mars 2018 au 1^{er} juin 2018. En tout, 200 heures d'observations ont eu lieu, soit du mercredi au vendredi, de 16 h 30 à 23 h 30. L'équipe mixte œuvre seulement au cours de ces trois soirs et durant ces heures. Pendant dix semaines, j'ai fait partie de leur quotidien à plein temps. Tel que décrit dans la section d'analyse des données, les observations ont eu lieu dans une variété de lieux très diversifiés. Toujours accompagné par un cahier de notes ou de mon ordinateur portable, j'ai pris des notes essentiellement après les interventions ou après le quart de travail. Une prise de note pendant les interventions aurait pu nuire au travail des policiers et intervenants. La plupart du temps, j'ai poursuivi la rédaction de mes notes jusqu'aux petites heures du matin, alors que l'information était fraîchement mémorisée.

Une seule équipe mixte est en fonction à la fois. En tout, une dizaine de policiers et deux travailleurs sociaux participent à l'équipe mixte. Parmi ceux-ci, j'ai suivi huit policiers et deux travailleuses sociales. Les policiers, dont trois femmes et cinq hommes, sont âgés entre 24 et 56 ans. Les intervenantes ont quant à elles 37 et 39 ans. Les fiches signalétiques des personnes observées se trouvent à l'annexe (#2).

Entre nouveaux recrutés et policiers plus expérimentés, il est difficile de dire avec précision le nombre de policiers exacts faisant partie de l'équipe mixte lors de mes observations, car il y a beaucoup de mouvements de personnel. Par exemple, il m'est arrivé d'observer seulement une fois un policier, car il a décidé de retourner sur la patrouille régulière et de voir un policier revenir auprès de l'équipe mixte après avoir passé plusieurs mois aux enquêtes. Un minimum de deux ans d'ancienneté et l'intérêt pour l'intervention psychosociale sont les critères pour que les policiers puissent intégrer l'équipe mixte. Lorsque les policiers n'oeuvrent pas au sein de l'équipe mixte, ils font partie des équipes de patrouilleurs réguliers. Quant à eux, les deux intervenantes font partie des Centres locaux de services communautaires (CLSC) de Sherbrooke et plus largement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS. Sur les trois jours où l'équipe mixte est effective, une intervenante assure une journée et l'autre les deux suivantes. Du côté des policiers, un policier assure la semaine entière (trois jours). La semaine suivante, un policier différent prend la relève.

Les observations se sont déroulées sur le territoire de la ville de Sherbrooke. À la page suivante, le territoire est présenté sur une carte. En date du 1^{er} janvier 2018, la ville compte 165 858 habitants. Sa superficie est de 366, 16 km². L'équipe mixte couvre tout le territoire à elle seule. Le volet opérationnel est discuté dans le chapitre 3.

Figure 1. Territoire de la ville de Sherbrooke



2.3.3 Journal de terrain

« Votre premier geste de futur enquêteur est assez simple : vous achetez un cahier, assez épais pour servir plus d’une semaine, assez mince pour pouvoir vous accompagner partout » (Beaud et Weber, 2003, p.95). Le journal de terrain est l’outil principal de l’ethnographe. Jour après jour, les événements de l’enquête et sa progression sont notés dans un style télégraphique. Le journal de terrain est divisé en deux sections. La page de droite est réservée à l’enquête, celle de gauche, à la recherche. À droite, sont indiqués les indications pratiques : qui, quoi, où, comment, date, lieu, noms propres, descriptions, récits (ce qui s’est passé). À gauche se trouvent les questionnements, hypothèses, doutes, sentiments, lectures, autres objets intellectuels et analyses. Cette section sert autant pour orienter l’enquête, que pour construire un plan embryonnaire de rédaction.

Considérant chacun des aspects et en s’inspirant d’un exemple offert par Beau et Weber (2003), voici la structure de mon journal de terrain. Dans le haut, il est indiqué la journée d’observation à laquelle je suis rendu, ainsi que la date, l’heure et la durée du quart de travail

observé. Ensuite, mon journal est divisé en deux sections, soit la vie intellectuelle et la vie de l'enquêteur.

Figure 2. Journal de terrain

Jour : Date : Heure du quart de travail (Durée) :	
Vie intellectuelle : <ul style="list-style-type: none"> ◆ Analyse ◆ Questionnements ◆ Hypothèses 	Vie de l'enquêteur : Qui, où, comment, quand <ul style="list-style-type: none"> ◆ Ce qui se passe ◆ Heure ◆ Circonstance ◆ Spatial/Temporel
Notes :	Notes :

2.3.4 La mobilisation des savoirs pour contrer les biais

Même si l'ethnographie donne l'image d'un chercheur qui débarque sur une île, isolé et entouré d'indigènes, sa barge quittant le large (Malinowski, 1922/2001), en réalité le chercheur n'est jamais vraiment seul sur le terrain. Il est accompagné par les savoirs de ses prédécesseurs. C'est d'ailleurs le rapport entre ce savoir et le chercheur qui aide sa familiarisation avec la société étudiée (St-Denis, 2018).

Tel qu'exprimé par St-Denis (2018), une connaissance préexistante de différentes études montrant la relation entre les acteurs du terrain étudié et l'immersion du chercheur, quel que soit le milieu, aide à comprendre les défis qu'impliquent l'intégration de ce dernier et les effets de sa présence. À ce sujet, il est documenté que les participants changent leurs comportements en présence du chercheur. Ils veulent montrer leur cohérence sociale sans laisser voir les faux pas ou leurs manquements (Goffman, 1973). Goffman (1973) l'évoque, ils veulent donner

l'impression qu'ils respectent les normes qui les évaluent. Il n'y a pas d'exception, les professionnels vivent une socialisation où ils se conforment aux attentes qui leur sont adressées par leur profession (Desmond, 2006). Pour contrer ce biais et voir la réelle pratique d'un groupe, Desmond (2006) mentionne que le chercheur doit apprendre à être à sa place, accepter de ne pas faire partie à part entière du groupe et négocier certains accès.

En outre, l'ethnographe sur le terrain doit décoder et adapter sa présence aux règles ainsi que respecter la culture dans laquelle il s'intègre (St-Denis, 2018). Dans mon cas, les écrits scientifiques m'ont préparé et outillé face à de nombreuses situations. Rapidement j'ai été confronté à certains aspects de la culture policière qui auraient pu affecter mon rapport au milieu. L'humour qui se dégage de l'univers policier en constitue un bon exemple. D'ailleurs, Desmond (2006) a abordé le fait que chez les intervenants d'urgence, l'humour noir est utilisé de manière instrumentale pour désamorcer des situations difficiles. Au moment de mes premières observations, certains policiers m'ont prévenu : pour se fondre dans le milieu policier, il ne faut pas avoir les oreilles « chastes ». À un certain moment, l'humour employé par les policiers pouvait être cru, direct et maladroit. Leurs remarques au ton humoristique pouvaient choquer toute personne non issue du milieu policier, intervenants compris. Je n'en étais point épargné. Il fallait me retenir pour ne pas juger et partager ma façon de penser. Après un certain temps, je me suis mis à comprendre en partie ce côté railleur. J'ai dû apprivoiser ce sens de l'humour, tenter de le comprendre et m'adapter. Aujourd'hui, je peux dire que les blagues provenant des policiers de l'équipe mixte étaient parfois sans malice. Par ailleurs, il a fallu un certain temps avant d'avoir accès à cet humour « noir ». Lors des premières semaines, les discussions et leur humour restaient superficiels. Mais une fois leur méfiance dissipée, les blagues plus explicites ainsi que des discussions sincères ont fait surface et un accès à leurs pensées est devenu possible. Le respect de leur milieu et de leur culture m'a sans aucun doute permis de me faire accepter. Mais pour ce faire, j'ai dû faire preuve d'ouverture et de conformité. Ce qui était projeté comme image de départ ne représentait pas la « vraie » réalité.

Avant de commencer les observations, j'étais conscient que l'insertion du chercheur se fait toujours dans un groupe particulier et non dans l'ensemble de la société (Olivier de Sardan,

1995). Il est recommandé de se documenter sur d'autres réalités similaires. Pour ma part, ce travail s'est fait au même moment que lors de la recension des écrits. La prise de connaissance du fonctionnement de divers milieux policiers et même ambulanciers m'a éclairé de manière à offrir un portrait plus global du phénomène. Selon Olivier de Sardan (1995), ces savoirs préexistants permettent de renverser les premières perceptions et d'élargir le champ des observations. Cet auteur défend le fait que la littérature scientifique existante permet de se dégager du sens commun observé initialement, réduisant les biais pouvant nuire à la collecte de données ou à l'analyse. La mobilisation des connaissances, tant en préparation qu'en cours de terrain permet à l'ethnographe de saisir sa position sur le terrain et à changer ses comportements en fonction de ses effets. Sans lecture et sans appropriation des travaux de ses prédécesseurs, la réussite du terrain peut être compromise et la représentativité des données peut être erronée (Olivier de Sardan, 1995).

Il est documenté dans le recueil de Cefaï (2003) que le rapport de proximité avec les personnes observées peut influencer l'étude. Par exemple, lorsque le chercheur accède aux conversations, aux routines ordinaires et à ce que les acteurs vivent lors de situations particulières. La tenue d'un journal de terrain explicitant ma position, mes pensées et ma posture a permis une réflexivité et un détachement. En premier lieu, il m'a fallu travailler sur ma personne pour me distancer de l'intervention, étant intervenant moi-même. Mon rôle de chercheur devait être clair dès le départ, selon la perspective des autres, mais surtout à mes propres yeux. Ne plus penser à ce que j'aurais fait moi-même comme intervention ou comment j'aurais géré la situation m'a demandé un effort, surtout lors des premières semaines. Par exemple lors de moments où il y avait une estimation de l'état mental de la personne, une évaluation du risque suicidaire ou une décision à prendre sur le filet de sécurité le plus adapté. Comme intervenant psychosocial, je dois faire ce type d'interventions plusieurs fois par quart de travail. J'ai dû mettre entre parenthèse mes conceptions et mon esprit clinique pour laisser place à tous les savoirs des ethnographes lus en préparation à ma recherche. Le danger aurait été de me condamner à observer ce que je connaissais déjà (Beaud et Weber, 2003).

Plus la recherche avançait, plus je devenais proche des acteurs étudiés. J'ai pu créer un lien de confiance, ce qui a pu alimenter mes analyses, car rapidement j'ai su faire ma place et je suis

devenu partie prenante du décor. Les intervenants m'ont d'ailleurs mentionné l'étrangeté que cela ferait lorsque j'aurai quitté. On avait pris l'habitude de faire des retours ensemble sur chacune des interventions. Ils avaient pris aussi l'habitude de m'expliquer tout en détails. Autant cette proximité pouvait être bénéfique, autant elle aurait pu nuire à l'objectivité des faits. Le fait d'être présent trois fois par semaine et de retourner dans mon quotidien m'a certes aidé. Mais un travail d'introspection a été nécessaire. De nombreux auteurs traitent les avantages, mais aussi les risques du « going native » du chercheur. L'assujettissement et le fait de se convertir aux règles du milieu étudié sont largement évoqués. La perte de distanciation ainsi que celle de son rôle de scientifique, voire même de ses valeurs personnelles, constituent d'autres exemples. Pour contrer l'émergence de ces biais, l'ethnographe doit confronter continuellement son rôle et celui des autres, pour permettre de dynamiser la réflexivité de sa démarche (Lapassade, 2006).

L'apport que peut avoir les recherches préexistantes pour nous orienter et éviter certains biais demande toutefois prudence afin de conserver l'approche inductive (St-Denis, 2018). Avec mon bagage théorique, culturel et expérientiel, il m'a été permis d'éclairer et de débattre certains repères sur l'interprétation du sens des données. Or, tout en considérant les connaissances théoriques connues avant de commencer mon étude, il m'a fallu déconstruire mes préjugés théoriques et moraux, pour atteindre une exigence de validité et une méthode d'enquête privilégiée (Cefaï, 2003). Pour Malinowski (1922/2001), plus on confronte les théories aux faits, plus on réussit notre tâche. À l'inverse, entrer de force un phénomène dans un cadre théorique serait un échec et le procédé inductif ne serait pas respecté (Boas, 1896/2017).

2.3.5 Confidentialité, anonymat et respect

Une des grandes préoccupations partagées par le CIUSSS de l'Estrie-CHUS et le SPS était le respect de la confidentialité. J'ai dû être prudent sur ce plan. J'ai respecté la confidentialité des informations dont j'ai été témoin (dossiers CLSC, dossiers criminels, informations concernant les enquêtes criminelles entendues sur les ondes radio et lors de discussions entre les acteurs, etc.).

Toutes notes prises lors des observations ont été conservées au poste de police, enregistrées dans un réseau sécurisé. Il est impossible de reconnaître les clients auprès desquels l'équipe mixte est intervenue, car aucun nom clair ne figure dans mon journal de terrain. Les noms des participants ont pour leur part été changés.

Chacun des participants avait consenti à ma présence et au fait que j'observais leurs interventions. Tous ont consenti par écrit après avoir pris connaissance de mon projet et de son implication. La demande de consentement écrit pour les personnes rencontrées qui n'étaient pas des professionnels (patients, usagers du système de santé, personnes en crise, personnes ayant une problématique en santé mentale, itinérants) aurait été inadaptée vu leur situation au moment de l'intervention. À quelques reprises, pour ne pas nuire aux interventions de l'équipe mixte, j'ai dû me mettre à l'écart. Dans ces cas, je faisais un retour avec les acteurs en présence sur le déroulement d'une situation lorsque nous avons quitté la scène. De plus, pour des raisons éthiques, il ne m'était pas permis de rédiger des notes d'observation lorsque des personnes mineures étaient concernées.

Mon analyse ne porte pas directement sur la façon dont les professionnels observés interviennent selon les normes de leurs institutions. Elle ne fait part d'aucune évaluation ou jugement de leur travail. Mon regard était plutôt tourné vers les significations de leurs interactions au sein de leur pratique d'intervention. J'ai évacué toute forme de spéculation ou de généralisation dans un objectif de respect à leur intégrité.

2.4 Le codage et l'analyse

Dès le départ, j'ai orienté les observations et les discussions informelles selon certaines pistes théoriques et lectures sur le phénomène. Cette manière de procéder permet de ne pas rater ce qui peut faire saillance sur le terrain d'observation. Il ne veut pas dire pour autant que la cueillette de données est standardisée. C'est plutôt ce qui a créé son efficacité. C'est ce processus qui guide le chercheur dans sa compréhension (Cefai, 2003).

La prise de notes tirée des observations constitue l'essence de cette recherche. À la suite de la cueillette des données, un ensemble de situations a émergé. Chacune a été considérée de manière exhaustive pour éviter une représentation qui ne répondrait qu'à mes présupposés.

Toutes notes cumulées dans le journal de terrain ont alors été regroupées. Lorsque les observations notées se ressemblaient, une étiquette conceptuelle a été attribuée. Des commentaires ajoutés aux notes de terrain au cours des observations ont aidé à situer certaines pistes de questionnements méthodologique et théorique.

Tel que Beaud et Weber (2003) l'évoquent, les notes prises ne sont pas homogènes. Il ne suffit pas de tout juxtaposer, mais de confronter les écrits les uns avec les autres. Ceci a impliqué de ma part une vérification entre ce que le participant a pu dire et les actions observées directement sur le terrain; entre les événements observés eux-mêmes; entre ce qui a été observé dans l'étude menée et les observations retenues au sein d'autres recherches. Les concepts ont ensuite été regroupés pour former des catégories, soit à un niveau de généralisation plus élevé (Cefaï, 2003). Comparer, regrouper, généraliser et tester : ce sont des opérations qui préviennent la cristallisation des préjugés et qui permettent d'atteindre une plus haute précision et consistance (Beaud et Weber, 2003). C'est par ces catégories que la théorie peut être intégrée. Ainsi, ce sont de multiples exercices de réduction et de comparaison des données qui ont permis une théorisation progressive de l'objet étudié dans ce mémoire.

Pour Cefaï (2003), le codage est l'opération analytique de base. Les codes sont des marqueurs qui sélectionnent et regroupent les données. Selon l'auteur, trois phases constituent le codage qualitatif. J'ai d'abord débuté par un codage « ouvert ». Il s'agit d'un travail systématique de lecture des notes de terrain pour en dégager les événements, les actions et les interactions pour les comparer les uns avec les autres. De cette façon, « le recueil des données est affiné systématiquement par un travail de spécification et de différenciation des catégories, de leurs propriétés et de leurs dimensions » (Cefaï, 2003, p.373). Cette première étape de codage a permis de différencier ce qui était de l'ordre du factuel, de l'organisationnel ainsi que de différencier mes perceptions et celles des acteurs. En second lieu, j'ai effectué un codage « axial ». À cette étape, les dimensions ont été mises en relation entre elles pour faire ressortir des catégories plus globales, qui par cet exercice, ont créé des sous-catégories. Pour terminer, j'ai procédé à un codage « sélectif ». Toutes les catégories ont été unifiées autour de catégories centrales. La théorie s'est densifiée conceptuellement. C'est à ce moment que les articulations théoriques sont devenues précises et nuancées. Le processus de théorisation a impliqué des

allers-retours constants entre les notes de terrain générées au quotidien, les dimensions dégagées ainsi que les pistes analytiques et théoriques.

Une lecture répétitive de mon journal de terrain était essentielle à l'imprégnation des données amassées. Ces lectures ont organisé et fait ressortir, par thématique, les catégories significatives de mes observations. Cette division du travail a permis une opération de confrontation et de réduction des données, jusqu'à arriver à une saturation théorique. C'est-à-dire qu'il n'y a plus de nuances et de doute quant aux pistes à explorer, une fois la théorie interrogée par les concepts et vice-versa. À ce niveau, même l'émergence de nouvelles données n'affecterait pas la démarche et ces dernières pourraient s'insérer dans les concepts mobilisés. Par l'entremise de cas singuliers observés, j'ai rattaché d'autres cas et situations, pour que graduellement, un ensemble de données prennent corps pour faire ressortir les éléments clés derrière le travail d'une équipe mixte. Ainsi, les exemples présentés dans ce mémoire constituent le fil conducteur de l'interprétation des données. Par la suite, il a été nécessaire de confronter mon étude à d'autres pour des questions de fidélité, validité, crédibilité et plausibilité (Cefaï, 2003).

2.5 Présentation et analyse des données

L'observation de l'ÉMIP depuis l'arrière d'une auto-patrouille de police représente un lieu privilégié pour faire état de la pratique d'une équipe mixte au quotidien. Basée sur 200 heures d'observations et de discussions informelles auprès des acteurs étudiés, ma démarche immersive tend à répondre au manque de connaissances exprimé dans la littérature quant au processus d'intervention des équipes mixtes (Steadman et al., 1999); au rôle des intervenants psychosociaux et des policiers (Wood et Watson, 2016); ainsi qu'aux mécanismes qui sous-tendent le fonctionnement de ce modèle (Shapiro et al., 2015). Par la présentation et l'analyse des données, ce mémoire illustre l'intérêt anthropologique et criminologique que portent ces deux disciplines à l'initiative de collaboration « policiers-travailleurs sociaux ».

La mise en scène théâtrale du fonctionnement de l'ÉMIP

À la lecture de ce mémoire, il est vu que les activités de l'ÉMIP reprennent et remanient ses cadres institutionnels avec les ambivalences que cela peut comporter. Allant au-delà des

interactions interpersonnelles, l'équipe mixte s'inscrit dans un dispositif institutionnalisé et juridique impliquant de multiples acteurs. Pour situer la pratique d'une équipe mixte, il appert que les écrits de Goffman (1973) aident à comprendre l'expérience et les interactions du monde social qui la circonscrit (Cefaï et Gardella, 2011; Fassin, 2011; Le Breton, 2004). Suivant la pensée de Goffman (1973), il est possible de décrire et d'interpréter les performances de l'ÉMIP dans son espace scénique.

Appuyé par les concepts théoriques introduits précédemment (Le Breton, 2004; Goffman, 1973), les activités de l'ÉMIP sont présentées, formant un cadre de compréhension de ses interventions. Par un souci constant de faire ressortir les multiples significations se cachant derrière l'objet de cette étude, une mise en scène des interventions de l'ÉMIP s'est finalement dessinée progressivement (Goffman, 1973; Fassin, 2016). En découlent trois chapitres.

Le chapitre 3 mise sur la description des activités de l'EMIP. En illustrant son dispositif opérationnel, il est montré la pratique de l'ÉMIP au quotidien. Tout en présentant l'ensemble des interventions observées, trois cas sont exposés via des vignettes pour favoriser la compréhension des interventions de l'équipe mixte étudiée. Il ressort de l'analyse un script opérationnel faisant part des sept étapes - ou actes - éclairant la mise en scène complète de l'EMIP, incluant la préparation avant l'entrée en scène, l'entrée en scène et la performance des acteurs.

Le chapitre 4 lève ensuite le voile sur les interactions mises en œuvre dans différentes situations impliquant l'ÉMIP. Pointant un regard approfondi sur les dessous de son fonctionnement, cette partie expose les coulisses et le décor des interactions d'une équipe mixte. Il est illustré la dynamique de celle-ci avec son environnement et les acteurs qui le composent, ainsi qu'entre ses membres.

Le chapitre 5 conclut la réflexion en synthétisant l'analyse du dispositif opérationnel et des interactions d'une équipe mixtes (chapitre 3 et 4). Cet assemblage produit ainsi un espace où les mécanismes qui sous-tendent le fonctionnement d'une équipe mixte prennent forme. Les éléments clés traçant le portrait du fonctionnement d'une équipe mixte sont ainsi mis en lumière.

Chapitre 3 - Le dispositif de l'ÉMIP

L'observation des activités de l'ÉMIP en situation permet de répondre aux deux premiers objectifs de la recherche qui sont la description des étapes centrales d'une intervention psychosociale ainsi que l'identification des actions essentielles à chaque étape d'intervention permettant de compléter l'intervention. L'ethnographie cherche dans ce cas-ci, par une description dense, une compréhension des scénarios d'actions de la pratique d'une équipe mixte. La description du déroulement de l'ÉMIP est d'abord abordée d'un point de vue global via la présentation d'un tableau indiquant chacune des interventions observées (48). Pour offrir une perspective rapprochée, un schéma d'intervention est ensuite exposé sous forme de vignettes. Dépeinte de manière à ce que le lecteur puisse s'imaginer les scènes d'actions, chaque vignette regroupe plusieurs interventions et implique trois individus différents. Puis, la métaphore théâtrale de Goffman est appliquée aux données recueillies lors de mes observations pour faire ressortir la mise en scène de l'équipe mixte étudiée en un schéma opérationnel divisé en sept actes distincts.

3.1 Synthèses des interventions observées

En se référant au tableau en annexe #3, une synthèse de chacune des interventions observées dans le cadre de cette ethnographie est présentée. Au total, quarante-huit interventions en personne ont eu lieu, du mois de mars à juin 2018. Huit cas sont exclus puisqu'ils impliquent des personnes mineures. Ainsi, quarante interventions sont détaillées. Visant à offrir une vue globale sur les vingt-huit jours d'observation, ce tableau présente le lieu de l'intervention, le nombre de policiers impliqués dans l'intervention de crise incluant le policier de l'ÉMIP, le contexte de l'appel, la finalité de l'intervention et les activités de l'ÉMIP lorsqu'elle n'est pas en intervention (suivis téléphoniques, patrouille, interpellations et autres précisions).

Les lieux

Les lieux des interventions varient, mais les mêmes reviennent régulièrement. La majorité des interventions se sont déroulées chez la personne en crise. Dans vingt-deux cas sur quarante, l'intervention était située au domicile de la personne (maison, appartement, appartement supervisé). Sept fois l'intervention s'est produite dans un lieu public (parc, rue,

stationnement). Dans six cas, l'intervention s'est déroulée au poste de police - dans une salle de rencontre à la réception ou en cellule - après que des policiers aient transporté la personne ou que la personne se soit rendue par elle-même au poste de police. Quatre fois l'intervention a eu lieu dans une ressource communautaire (ressource en santé mentale ou d'hébergement). Dans un cas particulier où la personne se trouvait sur un autre territoire, l'intervention s'est faite par téléphone. Dans onze cas, l'individu en crise a été transporté à l'hôpital. Dans quatre cas, la Loi P-38.001² a été appliquée. Dans les sept autres cas, la personne a été transportée à l'hôpital par sa propre volonté, ne nécessitant pas l'application de la Loi P-38.001.

Lors de sa mise sur pied, l'ÉMIP ne répondait qu'aux appels qui demandaient une intervention dans le centre-ville. Rapidement, le service de police a constaté que la demande venait de tout son territoire. Les appels provenant du centre-ville n'étant pas assez nombreux, le périmètre a été étendu à l'ensemble de la ville (Landry et al., 2018).

Nombre de policiers impliqués

Dans vingt-cinq cas sur quarante, un seul policier (celui de l'ÉMIP) a été impliqué. Lorsque des policiers autres que celui de l'ÉMIP sont impliqués, la situation présente un risque de dangerosité important. Dans dix cas, deux ou trois policiers ont été mobilisés en plus de celui de l'ÉMIP. Dans les cas où cinq policiers ou plus ont été impliqués, un périmètre de sécurité a été établi alors que la sécurité était l'enjeu principal.

Autres activités de l'ÉMIP

Lorsque l'ÉMIP n'est pas en intervention sur les lieux de la crise, elle s'affaire à plusieurs activités, dont des suivis téléphoniques, de la patrouille, des interventions ponctuelles et des présentations au sein de la communauté afin de se faire connaître (p. ex : conférences de presse, présentations au sein d'un organisme défendant les droits des personnes atteintes de troubles mentaux).

² Voir annexe #1. Il s'agit de la loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui.

3.2 Vignettes

Pour comprendre le fonctionnement d'une équipe mobile d'intervention de crise, voici une présentation du dispositif technique de l'ÉMIP par l'entremise de vignettes. Les vignettes découlent des données recueillies lors des observations et visent à présenter au lecteur l'expérience des acteurs lors d'interventions d'urgence (Campbell et Rasmussen, 2012). Selon Campbell et Rasmussen (2012), pour éclairer la réalité du quotidien, le choix des vignettes se fait en fonction de la représentativité et la diversité des cas. Cinq interventions impliquant trois individus différents sont illustrées pour former un support narratif et refléter l'ensemble du travail quotidien d'une équipe mixte. Les cas ne sont pas présentés en ordre chronologique, mais plutôt selon l'individu mis en cause.

Notes de terrain :

29 mars – Il est 16 h 30 (Cas#1)³. C'est le premier quart de travail que j'observe. Je passe à la réception du poste de police, je me présente comme « stagiaire ÉMIP ». On me laisse passer. Je tourne quelques corridors et j'arrive dans un tout petit local où se trouvent un bureau, un ordinateur, deux meubles de rangement, une patère pour mettre les manteaux et un grand tableau blanc qui parcourt tout un mur. L'espace est restreint. Une intervenante entre dans le bureau, suivi d'un policier. Nous avons à peine le temps de nous serrer la main et de nous présenter que sur les ondes radio résonne déjà un premier appel pour l'ÉMIP. Le portrait de la situation décrit par la répartitrice du 911 est le suivant : une dame dans la cinquantaine est intoxiquée à l'alcool, menace de prendre toute sa médication en lien avec un diagnostic quelconque en santé mentale, tient des propos suicidaires et a dans ses mains un couteau de six pouces. L'appel aux services d'urgence a été effectué par une amie qui passait l'après-midi avec elle.

Nous nous rendons rapidement à l'arrière du poste de police où se trouvent tous les véhicules de patrouille. Nous embarquons dans un véhicule « semi-banalisé ». Un véhicule tout blanc où l'écriture « Police de Sherbrooke » est tracée de la même couleur que le reste de la voiture. De loin, il est difficile de voir qu'il s'agit d'un véhicule de police. De la lumière projetée sur le

³ Intervention #1, annexe #3.

véhicule produisant un reflet argenté autour des lettres « police » permet de le reconnaître. Nous filons à toute vitesse vers la scène. Nous arrivons cinq minutes après avoir quitté le poste de police. Nous nous stationnons en face d'un petit bungalow, de l'autre côté de la rue. Le policier nous demande, à l'intervenante et à moi, de rester dans la voiture de police. Il y a déjà deux voitures de police sur place. Le policier de l'ÉMIP va aider les policiers déjà sur les lieux à maîtriser la personne à l'intérieur. Une autre voiture de police arrive en soutien sur les lieux. Après une dizaine de minutes, le policier de l'ÉMIP nous fait signe. Les lieux sont sécuritaires pour une intervention psychosociale. On entre dans la maison. L'endroit est en désordre. Des canettes de bière traînent près d'une litière à chat, des déchets et du papier journal se trouvent sur le sol, plusieurs objets disparates sont éparpillés sur les comptoirs et sur le divan. La cuisine est un fouillis complet. L'odeur dominante est celle de la cigarette.

À ce moment, nous sommes dix dans la maison. Six policiers, l'intervenante, l'appelante, la dame en crise et moi. Un policier se trouve dans le salon avec l'appelante. Quatre policiers ont immobilisé la dame qui est très agitée. Un autre policier est entre l'intervenante et moi. L'intervenante s'approche de la dame qui est maintenue couchée sur le sol, qui se débat, qui insulte les policiers, qui a peur, qui est en crise. Un policier suit l'intervenante et reste près d'elle. Impossible d'entrer en contact avec la dame en détresse. La travailleuse sociale tente de créer une conversation, mais en vain. Tout à coup, moi qui me suis reculé pour ma sécurité, mais aussi pour ne pas être dans le chemin des professionnels, me fais interpellé par la personne en crise. « Toé ! ». Elle me pointe du doigt. Elle me demande de lui donner un dépliant qui se trouve sur la table de cuisine. Me demandant ce que je dois faire, je regarde l'intervenante et ensuite le policier. On me fait signe. Je donne le bout de papier au policier qui prend soin de lui donner en main propre. C'est un dépliant d'une ressource en toxicomanie. Au cours de l'étude entière, ce fut le seul épisode où la personne en crise m'a sollicité.

Par la fenêtre, je vois une ambulance approcher. Deux ambulanciers entrent dans la maison. Nous sommes coincés tant nous sommes nombreux dans la pièce. L'intervenante et le policier discutent. La Loi P-38.001 est appliquée. Il n'y a pas d'autre option, la dame est forcée de se rendre à l'hôpital. Les policiers aident les ambulanciers à la transporter dans l'ambulance. Tous les professionnels quittent les lieux. Il ne reste que l'ÉMIP et l'appelante. Cette dernière est très émotive. Elle explique que son amie a perdu le contrôle quand elle a appris que la

ressource en toxicomanie ne pouvait pas l'accueillir dès aujourd'hui. Ensuite, le policier prend ses informations personnelles : adresse, âge, date de naissance, numéro de téléphone, nom et prénom. Quant à elle, l'intervenante la rassure, normalise ses émotions, l'écoute, accueille sa souffrance, tente de comprendre ce qui s'est passé et s'assure qu'elle sera bien pour la soirée. Finalement, elle la réfère à des ressources pour des proches qui vivent ce type de situation (Info-Social⁴ et JEVI⁵). Entre les interventions de l'intervenante, le policier se fait rassurant et alimente les interventions de la travailleuse sociale. Après un plus de vingt minutes, nous quittons. Nous nous rendons à l'hôpital pour faire le suivi de la personne en crise. Nous arrivons au triage. Elle a été prise en charge par une infirmière. L'intervenante remplit un formulaire qui sera lu par le médecin et qui explique ce qui s'est passé ainsi que ses observations cliniques, dont l'évaluation du risque suicidaire. Nous retournons dans la voiture et nous nous éloignons de quelques rues pour rédiger rapports et notes d'intervention, tout en étant à l'écoute des ondes radio, en attente du prochain appel.

4 mai - Il est 20 h (Cas#2)⁶. Une jeune policière et une travailleuse sociale composent l'équipe ce soir. L'équipe mixte est interpellée pour le cas d'un jeune homme, début vingtaine, déjà connu du CLSC ainsi que de la police. C'est le deuxième cas pour l'ÉMIP au cours de la soirée. Il est connu pour un problème de santé mentale et a déjà manifesté des comportements violents et tenu des propos homicides. Sur les ondes radio, la répartitrice donne l'information que l'appelant lui a transmise. Il a consommé du cannabis et est en psychose. Il veut que ses parents quittent la maison, croyant qu'ils sont des inconnus. Il confond les identités.

Nous nous approchons de la maison en question. Attendons qu'une voiture de patrouille « double » (composée de deux policiers) arrive et sécurise les lieux. Une fois l'endroit sécuritaire, l'ÉMIP entre en scène. Nous entrons dans la maison. L'endroit est propre et bien entretenu, ce qui est un contraste avec la plupart des autres domiciles déjà visités jusqu'à présent. L'entrée donne directement dans le salon. Les parents se trouvent assis sur des divans.

⁴ Service téléphonique permettant de rejoindre un intervenant psychosocial.

⁵ Centre de prévention du suicide de Sherbrooke.

⁶ Intervention #30, annexe #3.

Au fond dans la cuisine, le jeune homme est assis à une table, accompagné des deux policiers. Ils discutent calmement. Les policiers tentent de comprendre ce qui s'est passé pour qu'il se retrouve dans cet état. Il mentionne qu'il avait prévu inviter des amis en ce vendredi soir. Mais ses parents ont refusé. Frustré, il mentionne qu'ils ne sont pas ses parents et qu'il a le droit de les expulser. Pendant ce temps, l'ÉMIP est dans le salon et prend de l'information provenant des parents. En même temps, l'ÉMIP les rassure et voit à ce qu'eux aussi soient aidés par des professionnels de la santé.

L'intervenante se dirige ensuite vers la cuisine et entreprend une conversation avec le jeune homme. Elle tente de créer un lien de confiance avec lui. Elle estime l'état mental de ce dernier. Elle vérifie ces symptômes psychiatriques ainsi que sa consommation. Le jeune homme mentionne qu'il est suivi par un médecin et qu'il prend sa médication adéquatement. Il lui arrive de consommer du cannabis de temps en temps. C'est ce qui déclencherait ses psychoses. Sa sécurité n'est pas compromise et il ne présente pas de danger pour quiconque. Tout au long de l'intervention, les deux policiers venus sécuriser les lieux sont demeurés présents, étant donné que le jeune homme avait déjà présenté des gestes agressifs par le passé. Après évaluation, l'ÉMIP décide de laisser le jeune homme chez lui. Il ne souhaite pas aller dans une ressource d'aide. Aucun motif ne peut justifier d'autres interventions ou le forcer à être transporté à l'hôpital. Nous quittons les lieux. L'intervenante prévoit une relance téléphonique pour lui et ses parents pour assurer un suivi psychosocial. En arrivant dans la voiture, je discute avec la policière et la travailleuse sociale. Autant la policière que l'intervenante ont un mauvais pressentiment sur ce cas, mais aucune loi ne peut être appliquée dans cette situation, étant donné qu'il n'y a pas de danger grave et imminent.

18 mai - Il est 20 h (Cas#3)⁷. Premier cas de la soirée. Sur les ondes radio, il est mentionné qu'un jeune homme craint pour sa sécurité et que son père veut l'agresser sexuellement. Le jeune homme aurait filmé son père en direct sur les réseaux sociaux, en *Facebook en direct*, en mentionnant qu'il est un violeur et que des inconnus se trouvent chez lui. Après avoir reçu des informations sur les personnes impliquées, l'ÉMIP comprend qu'il s'agit du même individu vu le 4 mai dernier. D'ailleurs, la même policière et la même

⁷ Intervention #41, annexe #3.

travailleuse sociale composent l'équipe de ce soir. Elles connaissent donc déjà le cas. Depuis le 4 mai dernier, l'individu en crise a été hospitalisé pendant deux semaines à l'aile psychiatrique. Il a aussi mordu un policier et a dû être mis sous contrôle à l'aide un pistolet à impulsion électrique. Il a dû comparaître à la cour et avait le statut de prévenu. Pour éviter l'emprisonnement, le juge a donné comme condition que le jeune homme soit surveillé chez ses parents.

Cette fois, deux « doubles » ainsi qu'un sergent arrivent en premier pour sécuriser les lieux et créent un périmètre de sécurité. Deux policiers se déplacent à l'arrière de la maison. Un « double » cogne et entre dans la maison. Un des policiers présents a un fusil à impulsion électrique. Le sergent reste tout près. Les deux policiers dans la maison discutent avec le jeune homme. La policière de l'ÉMIP les rejoint. La mère sort à l'extérieur de la maison et parle avec l'intervenante. Cette fois, la mère est très émotive et dit se sentir démunie. Elle mentionne qu'elle et son mari sont épuisés. Depuis une longue période de temps, ils dorment la porte verrouillée par peur de leur fils. L'intervenante prend un temps avec elle. Ensuite, l'intervenante entre à l'intérieur.

Le jeune homme est assis dans le salon. Il est entouré par l'intervenante et trois policiers. Après quelques minutes, la situation étant jugée maîtrisée, le sergent et les deux policiers qui se trouvaient à l'arrière sont libérés pour répondre à d'autres appels. Encore cette fois, le jeune homme est calme. Il ne représente plus un danger pour lui-même ou pour autrui. Malgré tout ce qui s'est passé, tant la police ou l'ÉMIP ne peut intervenir davantage. Après plus d'une heure d'intervention, les policiers en présence et l'ÉMIP quittent. À nouveau, un drôle de sentiment habite l'intervenante et les policiers.

30 mars – Il est 19 h (Cas #4)⁸. Une policière et une intervenante composent l'équipe de ce soir. C'est le deuxième cas vu par l'ÉMIP aujourd'hui. L'ÉMIP n'est pas encore sortie sur la route, car l'intervention qui a eu lieu en début de soirée s'est déroulée au poste de police. Sur les ondes radio, la répartitrice mentionne qu'une dame agit étrangement et qu'elle a commis des voix de fait dans un restaurant et une épicerie. Des policiers sont envoyés dans sa

⁸ Intervention #3, annexe #3.

direction. Sur les ondes radio, les policiers rapportent qu'elle tient des propos suicidaires. Ils sont prêts à la transporter à l'hôpital.

L'ÉMIP intervient sur les ondes radio et mentionne vouloir la rencontrer pour évaluer la personne et peut-être éviter un transport à l'hôpital. Les policiers ramènent finalement la dame en question au poste de police.

La dame est assise au fond de la salle. Les deux policiers ayant intercepté la dame restent dans le bureau à l'arrivée de l'ÉMIP. L'intervenante s'assoit doucement près d'elle et tente de créer un lien. Elle s'informe sur sa situation, sur ce qu'elle vit, ses souffrances. Ensuite, elle évalue son risque de passage à l'acte suicidaire. La dame dit avoir un trouble de personnalité limite, un choc post-traumatique et être bipolaire. La dame en question vient de la Gaspésie. Les raisons pour lesquelles elle se trouve maintenant à Sherbrooke semblent floues. Dehors, il fait environ -20 degrés Celsius. Elle est en sandale. Elle porte une robe d'été. Ses pieds sont noirs de saleté. Elle nous dit qu'elle ne s'est pas lavée depuis plus d'une semaine. Une forte odeur imprègne la pièce où nous nous trouvons. Une négligence corporelle est évidente. Les interventions auprès de la dame sont entremêlées d'interventions psychosociales et d'interventions des policiers en raison des voies de faits commis. La dame en question, en même temps que de se confier à l'intervenante, fait un appel à son avocat pour des conseils juridiques. Le tout paraît plutôt chaotique.

Finalement, après évaluation, il est décidé qu'elle ne représente pas un risque de danger pour elle-même ou pour autrui. Elle refuse toute aide et tout transport. Elle tient à revenir chez elle à pied, malgré la neige et le froid. L'intervenante lui indique néanmoins des ressources où appeler au besoin, telles que le centre de prévention du suicide (JEVI) et Info-social.

Vendredi. 6 avril - Il est 21 h 12 (Cas#5)⁹. La même intervenante, mais un policier différent composent l'ÉMIP alors que la même dame du 30 mars dernier est en crise. Elle s'est fait expulser de son logement, car elle criait et dérangeait ses voisins. Les policiers ont dû intervenir. Elle se trouve en cellule, au poste de police.

⁹ Intervention #7, annexe #3.

L'ÉMIP est interpellée pour intervenir auprès d'elle. Nous nous dirigeons vers les cellules du poste de police. Nous passons de grandes portes, lourdes et grises. La dame est dans une cellule. Elle est couchée sur un matelas mince. Une toilette se trouve le long du mur droit. Elle est très agitée, elle crie, ses dires sont incompréhensibles. Elle est dans un état corporel encore pire que la semaine dernière. Le policier de l'ÉMIP prend les commandes. Il intervient de façon autoritaire avec elle. Elle ne l'écoute pas. L'intervention ne fonctionne pas. L'intervenante prend le relais. Elle tente de favoriser l'écoute et de diminuer la tension en se faisant rassurante. Rien à faire. Pendant plus de trente minutes, un vacarme s'entend dans le corridor des cellules.

Auparavant, la dame aurait probablement été laissée en cellule pour la nuit. L'intervenante veut trouver une autre option. Pour elle, la cellule n'est ni la solution ni la place pour cette dame. La crainte de la police est qu'elle retourne à son appartement, qu'elle dérange à nouveau ses voisins et qu'une seconde intervention policière soit nécessaire. À cette heure, peu de ressources d'aide peuvent l'accueillir. Surtout dans l'état où elle se trouve. Il semblerait également qu'elle ne soit plus admise par la plupart des ressources de la ville. L'ÉMIP doit appeler dans plusieurs ressources pour savoir si elle est admissible. La dame mentionne qu'elle veut seulement retourner à son appartement pour retrouver ses chats. Le policier de l'ÉMIP appelle le propriétaire du logement dans lequel elle habite pour avoir sa version des faits. Il semble qu'elle perturbe tout l'immeuble depuis plusieurs semaines. Après consultation avec un sergent, l'ÉMIP décide d'envoyer la dame au Partage St-François, une ressource en itinérance bien connue dans la ville de Sherbrooke. Il n'y a pas d'autre solution pour l'instant. La dame est ambivalente, mais si elle refuse, elle se verra passer la nuit en cellule. Deux policiers la transportent finalement à la ressource d'hébergement. Tous pensent que ce n'est qu'une question de temps avant qu'elle ne sollicite à nouveau les services d'urgence.

Pendant les semaines suivantes, lors de journées où l'ÉMIP n'est pas en fonction, la police interviendra à de multiples reprises auprès de cette dame.

3.3 Une mise en scène divisée en sept actes

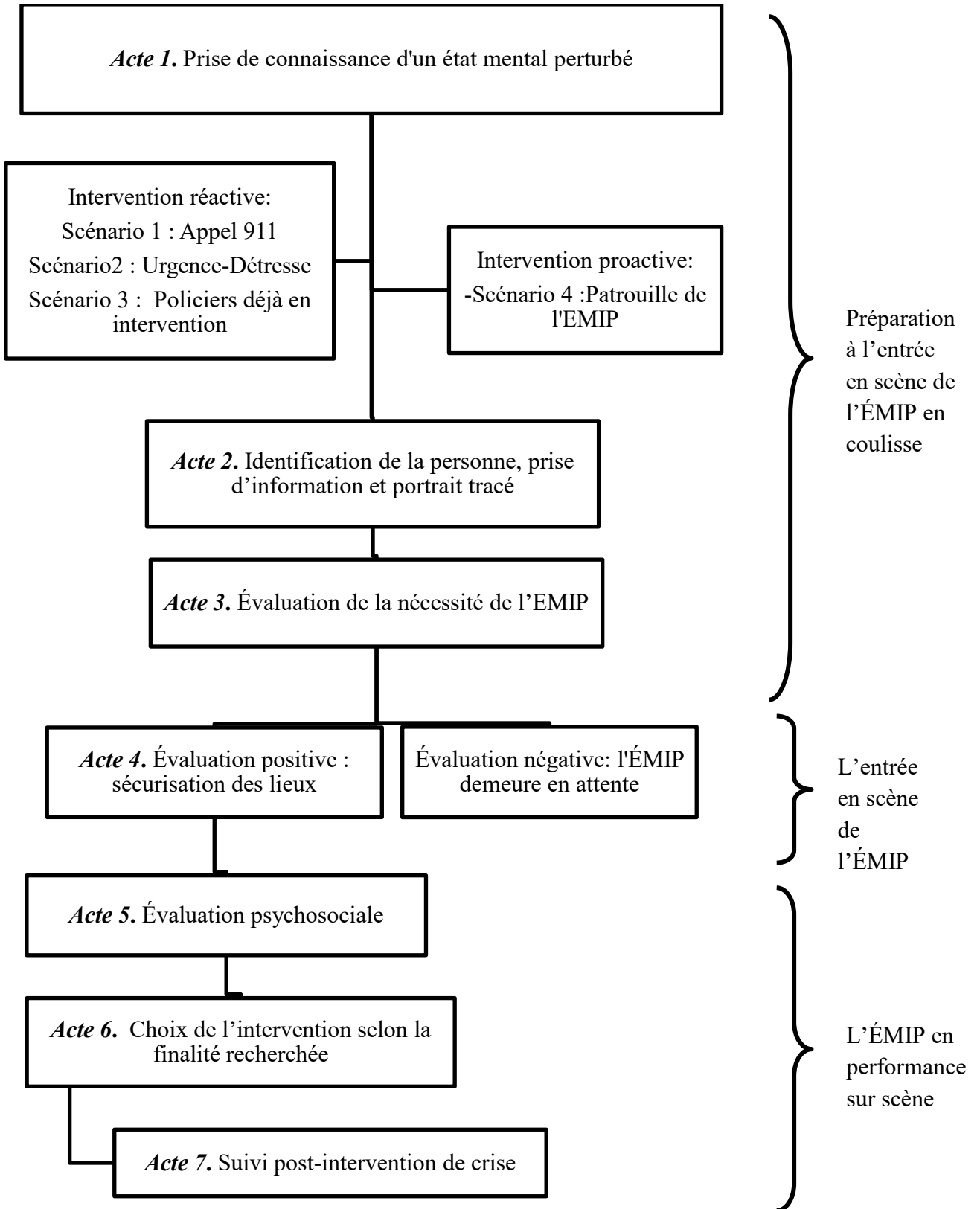
Pour atteindre une compréhension du processus d'intervention de l'ÉMIP au quotidien, les séquences d'actions tout juste présentées peuvent être interprétées par les concepts de la

théorie dramaturgique de Goffman (1973), telle une mise en scène théâtrale. Cefai et Gardella (2011) ont d'ailleurs montré que la mobilisation de ces concepts lors de leur étude ethnographique a permis de faire ressortir le dispositif technique qui régule l'équipe d'intervention sociale qu'ils ont observée pendant plus d'une année auprès de sans-abris à Paris. Dans une mise en scène, Goffman (1973) indique que la *scène* ou la *région antérieure* est le lieu où les acteurs performant une représentation et où ils doivent répondre à certaines normes de comportement. Dans ce cas-ci, la scène représente le lieu et le moment de l'intervention de l'ÉMIP. Les *coulisses* aussi appelées *région postérieure* sont l'endroit où les acteurs dissimulent leurs actions et où ils peuvent cacher l'impression donnée à leur public. Séparées du public, les coulisses sont des endroits où les acteurs peuvent contredire les impressions données lors de leur représentation. Ils peuvent abandonner leur façade et cesser de réciter leur rôle (Goffman, 1973).

Par le croisement de ces concepts avec les observations effectuées lors de patrouilles avec l'ÉMIP, un scénario de sept actes illustre le script opérationnel de l'ÉMIP. Allant de sa préparation en coulisse, en passant par son entrée en scène devant public, pour finalement assister à sa performance sur scène, le théâtre des activités d'une équipe mixte au quotidien a ouvert ses portes vers une visite de sa mise en scène.

Suit la figure 3 présentant et illustrant les sept actes du script opérationnel de l'ÉMIP à la page suivante, chacun de ces actes étant défini et appuyé par des situations vécues.

Figure 3. Le script opérationnel de l'ÉMIP



Préparer la scène, en coulisse

Acte 1. Prise de connaissance d'une crise

L'ÉMIP n'entre en scène seulement que si une crise ou des symptômes de santé mentale sont manifestés et répertoriés. Quatre scénarios permettent cette prise de connaissance. L'ÉMIP peut être interpellée via un appel logé au 911; un appel logé à Urgence-Détresse; une demande des policiers déjà en intervention; ou finalement lors de patrouille de l'ÉMIP. Les trois premiers scénarios placent l'ÉMIP dans une position réactive, c'est-à-dire en la disposant de manière à dépendre de la demande d'aide et en la situant dans une position d'attente. Le dernier scénario met plutôt l'équipe mixte en position proactive, c'est elle qui cherche à aller vers l'individu dans le besoin et qui tente de créer l'opportunité d'intervention. Cette position se situe d'ailleurs dans une approche préventive de la police qui tend à vouloir se rapprocher de la communauté par le partenariat et la proaction (Brodeur, 2003).

1er scénario : appel logé au 911

Le plus souvent, une prise de connaissance d'une crise par l'ÉMIP se fait par l'intermédiaire d'un appel aux services d'urgence (911). L'appel de crise peut provenir d'un témoin, d'un proche, d'une ressource ou de la personne en détresse elle-même. Comme dans les vignettes présentées ci-haut, une amie, des parents et un propriétaire de logements ont fait appel aux services d'urgence. Dès qu'un appel est logé au 911, la police prend automatiquement la responsabilité d'intervenir. Lorsque l'ÉMIP n'est pas en fonction et que l'appel est logé au 911, la police agit de manière régulière.

2^e scénario : appel logé à Urgence-Détresse

Une des particularités du mode de fonctionnement de l'équipe mixte en place à Sherbrooke est qu'il existe déjà une équipe de crise composée d'intervenants psychosociaux. L'équipe se nomme Urgence-Détresse (équipe composée principalement de travailleurs sociaux d'Info-Social (CLSC)), faisant partie du CIUSSS-Estrie CHUS. D'ailleurs, les deux travailleuses sociales intégrées à l'ÉMIP font aussi partie de l'équipe d'Urgence-Détresse, étant donné la collaboration du service de police de la ville de Sherbrooke (SPS) et du CIUSSS-Estrie CHUS. En raison de l'existence de ces deux équipes, il peut y avoir chevauchement, à savoir

qui est le mieux placé pour intervenir selon les situations. La prise en charge de l'intervention dépend souvent soit de la dangerosité du cas ou de la provenance de l'appel. Contrairement à un appel qui est logé au 911, un appel qui est logé au 811 (Info-Social) n'implique pas automatiquement une intervention d'Urgence-Détresse. Dès qu'un enjeu de sécurité est perçu pour un intervenant psychosocial, Urgence-Détresse doit faire appel à la police.

À l'inverse, la police peut aussi faire appel à Urgence-Détresse lorsque l'ÉMIP n'est pas en fonction. Certains policiers ont le réflexe de communiquer avec Urgence-Détresse s'ils jugent pertinent qu'une intervention psychosociale soit effectuée. La mobilisation d'un intervenant psychosocial de cette équipe dépend alors principalement des policiers en place. Ce sont eux qui ont le pouvoir de décision à savoir s'ils veulent ou non le soutien d'un intervenant psychosocial lors d'une crise. S'ils jugent qu'ils peuvent maîtriser la situation à eux seuls, ils peuvent décider de ne pas communiquer avec Urgence-Détresse.

3^e scénario : demande de soutien des policiers sur les lieux

L'entrée en scène de l'ÉMIP peut aussi se faire via une demande de soutien par des policiers déjà sur le lieu d'une crise. Des policiers peuvent être appelés à intervenir lors de situations qui, de prime à bord, ne semblent pas mettre en cause une PEMP. J'ai pu entendre à plusieurs reprises sur les ondes radio que des policiers sont requis pour des cas de conflits, violence conjugale, problèmes familiaux, errance, etc. et qu'une fois sur les lieux, les policiers témoignent d'une situation impliquant des individus aux prises avec des symptômes de troubles mentaux ou des idées suicidaires. Dans ce cas, un policier peut demander sur les ondes radio si l'ÉMIP est disponible pour estimer l'état mental de la personne ou évaluer son risque de dangerosité. Encore une fois, les policiers réguliers doivent avoir le réflexe et vouloir faire appel à l'ÉMIP. Le cas de la dame présentée dans les vignettes #4¹⁰ et #5¹¹ qui a été interpellée par la police pour des voies de fait en est un exemple. Suite à l'interaction entre la dame et les policiers, d'autres éléments contextuels sont ressortis. En façade, madame présentait des idées suicidaires, des symptômes de santé mentale et un état physique négligé. Avec seulement les éléments décrits au départ, il ne s'agissait pas d'un cas pour l'ÉMIP. Les

¹⁰ Intervention #3, annexe #3.

¹¹ Intervention #7, annexe #3.

policiers sur les lieux n'ont pas demandé l'appui de cette dernière. C'est l'ÉMIP qui, en entendant les policiers mentionner leur intention de transporter la dame à l'hôpital, a décidé d'intervenir. Sans cela, elle ne serait pas intervenue lors de cette crise, malgré sa disponibilité.

4^e scénario : patrouiller les rues

Lorsque l'ÉMIP n'est pas en intervention, il arrive qu'elle sillonne les rues de quartiers défavorisés, principalement le centre-ville, dans un objectif d'aller vers les individus dans le besoin (pensons par exemple à des itinérants ou à des personnes errant dans la rue pouvant manifester un trouble de santé mentale, etc.). Une discussion avec un policier lors de ma première journée d'observation illustre d'ailleurs ce point. Le policier en question me fait part qu'il observe les bons coups de ses collègues plus expérimentés depuis ses débuts dans le métier. L'une des pratiques qu'il applique aujourd'hui est d'interpeller itinérants, prostituées ou autres individus semblant être dans le besoin. En effet, en patrouillant avec lui à quelques reprises, il m'a été permis de voir qu'il prend le temps de discuter avec eux. Il ne fait qu'échanger, souvent sans reproche. Il s'informe sur leur situation. Parfois, l'on passait en voiture devant certains individus connus dans le paysage du centre-ville et il les saluait de la main. Selon ce policier, ces gestes permettent de créer un lien avec eux et même de prévenir certaines crises, car leur état est vérifié régulièrement. Si ces personnes viennent un jour à être au centre d'une intervention policière, il considère avoir un pas d'avance vers une intervention bien menée due à l'alliance préétablie. D'ailleurs, un des itinérants souvent vu au centre-ville est bien connu des policiers. On peut le voir régulièrement à toute heure du jour saluer les automobilistes ou leur demander de la monnaie. La plupart du temps, il est calme. Or, quand il se trouve en état de consommation, il lui arrive de se désorganiser. L'ÉMIP est intervenue quelques fois avec lui par le passé, car il mentionne souvent avoir des idées suicidaires. Le policier de l'ÉMIP me mentionne qu'il a pu entrer plus facilement en contact avec lui lors de moments de crise et considère que les interventions se passent mieux qu'auparavant. Pour lui, le lien de confiance établi avec cet homme facilite les interventions à son égard.

Un autre exemple s'est produit lors de ma dixième journée d'observation¹². Un répartiteur demande sur les ondes radio la disponibilité de patrouilleurs pour aller voir une dame qui vient tout juste de loger un appel au 911. L'ÉMIP se trouve tout près de l'adresse indiquée au dossier de la dame. N'étant pas en intervention, l'ÉMIP propose d'aller jeter un coup d'œil. Ce qui est remarqué à son dossier, c'est que cette femme est portée disparue. L'ÉMIP se rend alors chez elle. Elle ne s'y trouve pas. Nous nous apprêtons à repartir, mais une dame nous interpelle dans la rue. Elle nous mentionne qu'elle a des problèmes avec ses voisins. Après être entrée chez elle, celle-ci mentionne que les voisins sont bruyants, qu'ils entrent chez elle en son absence et qu'ils déplacent et volent des objets. Après une dizaine de minutes, son discours devient de plus en plus décousu. L'intervenant prend le relais du policier, soupçonnant la présence d'une problématique en santé mentale. L'intervention policière laisse plutôt place à une intervention psychosociale. La dame en question semble avoir des idées paranoïdes. Après évaluation, il est jugé qu'elle ne présente pas de danger pour elle ou pour autrui. L'intervenant prend soin de la référer à une ressource d'aide en santé mentale (Info-Social). Ce cas permet ainsi de mettre en lumière qu'une présence active sur le terrain peut entraîner de nouvelles situations d'intervention, mais aussi l'utilité d'avoir une équipe aux expertises différentes travaillant en complémentarité.

Acte 2. Identification de l'acteur, prise d'information et portrait tracé

Suite à la prise de connaissance d'une crise, le portrait de l'acteur en cause est tracé pour orienter l'intervention à venir et préparer l'entrée en scène de l'ÉMIP. Ce constat montre d'ailleurs l'importance du concept de schéma (Schank et Abelson, 1977; Augoustinos, Walker et Donaghue, 2014) suggérant que les policiers se basent sur leurs connaissances et attentes afin de planifier leur intervention. Selon Goffman (1973), la préparation à l'entrée en scène se fait en coulisse, où des scénarios sont parfois prévus, alors que le public n'a pas accès au dialogue des acteurs. Cefai et Gardella (2011) mobilisent le concept de coulisse dans leur étude ethnographique pour comprendre ce qui est dissimulé par les intervenants psychosociaux en contexte d'intervention auprès des sans-abris, particulièrement pour comprendre ce qui régule leurs actions.

¹² Intervention #17, annexe #3.

Goffman (1973) indique que lors de la représentation d'une mise en scène, une stratégie pour agir de manière circonscrite est de se préparer à tous les incidents possibles à la manière d'une scénarisation. De manière appliquée, chaque acteur établit avant l'interaction un programme complet indiquant qui doit faire quoi et ainsi de suite. Pour l'auteur, rédiger intégralement un scénario est toutefois dangereux, car si l'enchaînement est interrompu, les acteurs peuvent se retrouver incapables de répliquer à une situation improvisée. En ce sens, la pratique de l'ÉMIP témoigne du fait que les policiers et les intervenants ont parfois des « scénarios » d'intervention programmés en fonction des situations. L'équipe mixte fait toutefois preuve d'une capacité d'adaptation rapide en fonction des réactions – souvent inattendues – des personnes en crise. La plus-value de la présence d'un policier est constatée dans des situations où la sécurité des parties présentes peut être menacée. La scénarisation d'une équipe mixte est ainsi une piste intéressante pour mieux comprendre les actions qui suivent.

Lors de cet acte, l'information concernant le contexte ainsi que l'individu mis en cause lors d'une crise peut provenir de différentes sources. Le portrait général de la situation peut être tracé soit par le répartiteur du 911; un intervenant d'Urgence-Détresse; ou des policiers déjà sur les lieux d'une crise. En complément, l'ÉMIP peut consulter des banques de données traitant de l'information sur des personnes et fournie par les institutions policières ou de santé.

Portrait tracé par le répartiteur

Avant une entrée en scène de l'ÉMIP, après qu'une crise soit répertoriée et que la police soit interpellée pour intervenir, le portrait de la situation est étayé en coulisse par le répartiteur du 911. Cette personne au centre d'appel du 911 fait état de la situation sur les ondes radio policières selon les éléments d'information donnés par l'appelant. Parfois, ils ne sont que très peu détaillés, menant les policiers à se faire des scénarios selon les types d'événements pouvant survenir. S'il s'agit d'un cas récurrent, bien connu par les services de santé ou policier, avant même de se rendre sur les lieux, les acteurs de l'ÉMIP peuvent se consulter et viser une certaine finalité, telle que de tout faire pour éviter un transport à l'hôpital. Dans d'autres cas, l'ÉMIP peut se concerter et orienter son intervention dans le but de persuader la personne d'aller à l'hôpital, même si elle ne représente pas de danger grave et immédiat, pour qu'elle puisse rencontrer un médecin ou pour faire ajuster sa médication. Entre plusieurs

policiers ou entre policiers et intervenants, des scénarios de sécurité peuvent être établis, selon la réaction de l'individu en crise. À certains moments, le scénario peut être prévu par la police régulière qui désire prendre en charge la crise. Si elle n'est pas en accord, l'ÉMIP doit alors briser le scénario initial en s'interposant. Pour assurer une cohérence entre les acteurs, la police régulière doit dans ces cas accepter l'interruption de leur scénario.

Suite à la description d'un cas de crise par le répartiteur¹³, j'écoute une conversation entre l'intervenant de l'ÉMIP en fonction et deux policiers faisant partie de l'ÉMIP, portant toutefois le chapeau de « patrouilleur » cette soirée-là. Un plan est établi si l'individu est violent ou présente des idées suicidaires, mais collaboratif; un plan B si l'individu résiste; un plan C si l'individu nie avoir des idées suicidaires, mais qu'en réalité selon les informations détenues il présente un danger; etc. L'ÉMIP se rend sur les lieux et les policiers ayant sécurisé l'endroit nous mentionnent que l'individu est calme. Après dix minutes, l'intervention se déroule bien et l'on se dirige vers une brève intervention alors que la personne paraît stable. Or, en approfondissant la situation de l'homme en question, ce dernier mentionne avoir des idées suicidaires et homicidaires. Il devient agité et indique avoir une arme en sa possession. L'intervention a finalement duré plusieurs heures, le soutien de deux policiers en plus de celui de l'ÉMIP a été nécessaire et la Loi P-38.001 a dû être appliquée. Même qu'une fois à l'hôpital, l'homme a été maîtrisé, car il était agressif et insultait le personnel. Ainsi, la situation a complètement basculé pendant l'intervention de l'ÉMIP, passant d'une intervention qui semblait simple, à une intervention où un danger était perçu pour la personne elle-même ou pour autrui jusqu'à nécessiter trois policiers et un transport à l'hôpital.

Dans d'autres situations, une urgence peut aussi être anticipée, laissant présager un transport à l'hôpital vu l'apparence de dangerosité se dégageant de l'information soumise par les répartiteurs sur les ondes radio policières. Or, sur les lieux, en présence physique avec la personne en crise, la situation est souvent plus complexe qu'il n'y paraît. L'évaluation psychosociale de la personne en crise permet avec justesse de voir les réels besoins de cette dernière et de référer à la ressource appropriée évitant souvent un transport à l'hôpital non nécessaire.

¹³ Intervention# 28, annexe #3.

Portrait tracé par Urgence-Détresse

Le portrait d'une personne en crise peut faire écho aux oreilles de l'ÉMIP avant même que le centre d'appel du 911 soit mis au courant. Il arrive régulièrement qu'Urgence-Détresse soit interpellée pour une crise, mais que le contexte soit ambigu du point de vue de la sécurité. Dans ces moments, l'intervenant de l'ÉMIP peut recevoir l'appel de l'un de ses collègues d'Urgence-Détresse. L'intervenant d'Urgence-Détresse détaille donc la situation à l'intervenant de l'ÉMIP. Dans la plupart des cas, si la sécurité est un enjeu, l'ÉMIP est priorisée.

Portrait tracé par des policiers sur les lieux d'une crise

Si des policiers déjà en intervention remarquent que l'ÉMIP peut être utile, ils peuvent l'interpeller et transmettre l'information déjà recueillie. Par exemple, il est arrivé qu'une patrouille de police aborde un citoyen qui semblait ne pas bien se porter à un arrêt d'autobus. En discutant, l'individu avait confié avoir des idées suicidaires. Le policier a alors contacté l'ÉMIP, tracé le portrait de la situation pour qu'ensuite l'équipe mixte prenne le relais¹⁴.

Complément d'information : les banques de données policières et de santé

Ce partenariat entre les acteurs de l'équipe mixte implique le développement d'une complémentarité via le partage d'informations. Des avantages tirés de la collaboration des deux milieux sont observés, tant pour orienter les mesures de sécurité, que pour diriger l'intervention psychosociale. Les renseignements détenus par le policier concernant la criminalité d'individus, combinés à celles indiquées à son dossier de santé, offrent à l'équipe mixte de riches données sur les personnes avec qui les interventions ont lieu.

En complément d'information, lors d'une situation, le policier regarde toujours dans sa banque de données informatiques (dont le CRPQ – Centre de renseignements policier du Québec) pour savoir si l'individu présente un dossier criminel, s'il a été actif criminellement, si la police est intervenue récemment avec lui, s'il y a un mandat d'arrestation contre lui, etc. Toute information sur la criminalité de l'individu sert aussi à orienter les mesures de sécurité à mettre en place. De son côté, l'intervenant psychosocial vérifie la documentation disponible

¹⁴ Cas impliquant un mineur.

sur l'individu en cause (dossier informatique du réseau de la santé, dont le CLSC/CIUSSS) pouvant donner des informations sur la présence d'un diagnostic (santé mentale ou autre), sur ses hospitalisations, sur ses suivis avec d'autres intervenants, sur ses comportements, son agressivité, sur les impressions cliniques des professionnels au dossier, etc. Bref, beaucoup d'informations se trouvent dans chacun des dossiers informatiques de ces institutions. Réunis, les acteurs de l'ÉMIP peuvent analyser l'individu qu'ils rencontrent de manière à en tirer un portrait factuel. Or, lorsque l'individu vient d'une autre région, l'accès aux informations provenant du système de santé est restreint. L'intervenant de l'ÉMIP n'a pas l'autorisation immédiate de voir le dossier de santé de la personne s'il vient d'un autre territoire. Tout comme mentionné comme limite par l'étude de Shapiro et al. (2015), l'équipe mixte n'a pas accès aux renseignements provenant des autres ressources qui ne sont pas affiliées avec le CIUSSS, par exemple les hôpitaux ou les ressources communautaires. Pour y avoir accès, ils doivent demander l'accord de l'individu en question. Due à l'immédiateté des interventions, il peut y avoir des délais de transmission d'informations, ou bien la personne peut se trouver dans un état peu propice à fournir l'autorisation requise. Par exemple, dans la vignette #4¹⁵, l'individu provenant de la Gaspésie n'était pas du tout connu des services de Sherbrooke. L'ÉMIP a dû composer avec le fait de ne rien connaître à son sujet, ce qui diffère d'un cas où l'information au dossier est disponible.

Acte 3. Évaluation de la nécessité de l'ÉMIP et sécurisation des lieux avant l'entrée en scène de l'ÉMIP

Avant chaque entrée en scène de l'ÉMIP, une patrouille composée de deux policiers sécurise les lieux. C'est-à-dire que les deux policiers vont à la rencontre de l'individu en crise, examinent le décor de la scène, soit l'espace physique du lieu de crise et établissent un environnement propice à une intervention psychosociale. Dans certains cas, ces policiers peuvent préparer le terrain pour l'ÉMIP, en prévenant l'individu de l'arrivée d'un intervenant psychosocial et d'un policier, en plus d'expliquer le rôle respectif de chacun. Ils tentent de minimiser l'effet de surprise face à l'individu en crise.

¹⁵ Intervention #3, annexe #3.

Lors de la description du cas sur les ondes radio par le répartiteur, si l'ÉMIP n'est pas déjà en intervention, elle peut s'approcher du lieu pour être disponible plus rapidement. Si la scène est propice à une intervention psychosociale et est sécuritaire, le duo policier contacte l'ÉMIP sur les ondes radio pour qu'elle vienne poursuivre l'intervention.

Tel que mentionné, dans les moments où Urgence-Détresse est interpellée, l'intervenant de l'ÉMIP peut recevoir l'appel de l'un de ses collègues d'Urgence-Détresse. Si la présence policière est nécessaire, l'intervenant d'Urgence-Détresse doit contacter le 911, car la seule façon permettant à l'ÉMIP d'intervenir est d'en faire la demande via l'institution policière elle-même. Le répartiteur va ensuite décrire la situation sur les ondes radio et si l'ÉMIP est toujours disponible, l'équipe mixte prendra en charge le cas.

Un policier ayant été appelé à intervenir sur un cas peut voir la nécessité que l'ÉMIP vienne offrir son expertise. Mais d'abord, il doit avoir le réflexe de penser à l'existence de l'ÉMIP. Si le policier pense que la personne est en crise ou qu'elle présente des symptômes de santé mentale et que l'état de la personne ne nécessite pas un transport immédiat à l'hôpital¹⁶, l'ÉMIP est interpellée et se déplace. Le policier sur place trace le portrait de la situation et l'équipe mixte poursuit l'intervention.

Entrée en scène

Acte 4. Évaluation positive: sécurisation des lieux pendant l'intervention

L'entrée en scène de l'ÉMIP se fait dès la scène sécurisée. Si les lieux sont jugés sécuritaires pour que seulement le policier de l'ÉMIP reste en compagnie de l'intervenant psychosocial, les autres policiers sont libérés pour répondre à d'autres appels. Sinon, le nombre de policiers jugés nécessaires demeure sur les lieux. Pendant une intervention¹⁷ mettant en scène un individu en état d'ébriété et sa conjointe dans un contexte de détresse psychologique et de violence conjugale, sept policiers sont impliqués. Un policier se trouve avec la dame impliquée dans le conflit, un policier est au 1^{er} étage de l'appartement, cinq policiers sont dans

¹⁶ Exemple d'hospitalisation immédiate : tentative de suicide en cours, intoxication nécessitant des soins médicaux, entente de voix qui disent de se tuer ou de tuer autrui (grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire).

¹⁷ Intervention #25, annexe #3.

le stationnement arrière (où se déroule la scène de crise) dont trois plus près de la porte arrière du bâtiment en attente de la sortie de l'individu en question. Un policier porte le pistolet à impulsion électrique pointé vers la porte. Le policier de l'ÉMIP reste près de l'intervenante psychosociale qui, elle, négocie au téléphone avec l'individu pour le convaincre de sortir à l'extérieur. L'homme sort finalement de chez lui et les policiers le menottent immédiatement. Après quelques minutes, l'homme est calme et ne représente pas de danger. L'intervention se déroule calmement. Trois policiers, incluant celui de l'ÉMIP, demeurent présents tout au long de l'intervention, les autres sont libérés après une dizaine de minutes. L'homme est finalement resté chez lui. La dame impliquée est quant à elle allée chez un proche.

Pendant une intervention, les policiers se positionnent de manière à maîtriser rapidement l'individu, au cas où il devienne une menace pour autrui ou pour lui-même. Les policiers orientent l'individu vers un milieu sans danger (par exemple, la cuisine est une pièce moins sécuritaire en raison de la présence d'objets dangereux tels des couteaux, ciseaux, etc.). Lors d'un cas observé¹⁸, les policiers ayant sécurisé les lieux sont restés après l'arrivée de l'ÉMIP. Ils ont dirigé l'individu en crise à l'extérieur du domicile, car l'appartement de ce dernier se trouvait dans un état de désordre important. Pour réduire le risque, l'ÉMIP est intervenue dans la cour arrière. Les policiers, eux, sécurisaient le domicile de la personne en crise, où se trouvaient d'ailleurs des couteaux et un long objet tranchant (ressemblant à une machette, ou un sabre).

Performance sur scène

Acte 5. Évaluation psychosociale

Tous les actes précédents mènent à l'étape cruciale de l'intervention psychosociale. Selon Cefai et Gardella (2011), l'engagement des intervenants dans une équipe mobile de crise définit un nouveau métier d'« urgence sociale ». Pour les auteurs, l'urgence sociale désigne un dispositif d'action publique adressé aux citoyens fragilisés. Cet appareil « mandate des professionnels chargés « d'aller vers » les usagers, sur les lieux de vie, et de leur fournir un service sanitaire et social » (Cefai et Gardella, 2011, p.28). Selon les auteurs, ces actions

¹⁸ Intervention # 33, annexe #3.

s'inscrivent dans une prise en charge normative, dans une visée d'un traitement d'un problème de santé publique.

C'est à cette étape que le rôle de l'intervenant de l'ÉMIP prend son sens. Sur les lieux de la crise, l'intervenant estime de prime abord l'état mental de la personne. Il évalue ce qui est observable au moment de la crise : le comportement de la personne, son apparence, son attitude, son orientation spatiale, temporelle et relationnelle, ses affects, son humeur, son discours, ses pensées, ses perceptions, ses capacités d'autocritique et certaines fonctions cognitives (mémoire, concentration, etc.). Tout en établissant un lien de confiance avec l'individu en détresse, l'intervenant fait aussi l'évaluation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Une cote est alors attribuée à ce dernier, ce qui oriente les actions d'intervention à prendre. D'ailleurs, ayant des intervenants psychosociaux comme partenaires, les policiers de l'ÉMIP observent la façon de faire de ces derniers. Sans avoir la formation pour pouvoir évaluer le risque de dangerosité de la personne, ils sont tout de même en mesure d'appuyer les intervenants dans leur évaluation. Selon ces policiers, ils emploient quelques méthodes d'intervention utilisées par l'intervenant lorsqu'ils sont en patrouille régulière, ce qui change leur approche et apporte une facette psychosociale à leurs interventions policières. Rappelons que lorsque l'ÉMIP n'est pas en fonction, ce sont les patrouilles régulières qui prennent en charge les situations impliquant des PEMP.

S'il y a plusieurs personnes sur les lieux de la crise, le policier et l'intervenant peuvent se séparer au besoin. Par exemple si des proches sont sur les lieux, l'un peut prendre un temps avec eux pendant que l'autre membre de l'ÉMIP intervient auprès de la personne en crise.

L'intervention psychosociale sert à diminuer la tension émotionnelle chez la personne en crise. Parfois, une intervention de la sorte suffit. De manière préventive, une intervention dans l'immédiat sur le lieu de la crise peut éviter une intervention future. Les personnes en crise ont parfois seulement besoin d'être écoutées et soutenues dans leur souffrance. Lorsque l'intervention doit être poursuivie à plus long terme, l'équipe réfère la personne à la ressource appropriée selon les besoins évalués.

En exemple, en se basant sur la vignette #2¹⁹, on voit que l'intervention psychosociale est divisée en trois étapes, soit la création d'un lien de confiance, le recueil d'informations pour évaluer la situation et la mise en pratique d'un plan d'action (Séguin, 2012). Lors de cette situation, je me situe près du policier de l'ÉMIP. L'intervenante est assise en face du jeune homme en crise à la table de cuisine. L'intervention psychosociale débute par une brève présentation de l'intervenante. Ensuite, elle tente de minimiser les distractions en gardant un contact visuel avec lui. Elle accueille ce que l'individu en crise a à dire en le laissant parler à son rythme. D'ailleurs, une fois l'intervention terminée, l'intervenante me fait part que chaque intervention lui demande d'ajuster son langage, son ton de voix, son non verbal, selon l'individu en présence. Elle m'explique également que laisser parler la personne pour qu'elle puisse exprimer ses émotions et se sentir écoutée peut suffire et éviter des interventions futures. Après une dizaine de minutes d'écoute active, l'intervenante commence à poser plus de questions en lien avec la situation. Elle investigate ses émotions, le contexte de la crise, l'élément déclencheur, les perceptions de l'individu et le risque de passage à l'acte. Elle a remarqué une forte probabilité qu'une problématique en santé mentale soit la cause de la crise. L'intervenante note que l'individu n'est pas négligé physiquement, qu'il est calme, mais irritable par moments dû au fait que les policiers laissent paraître leur perplexité face à ses propos. L'individu évalué présente un discours décousu, ne peut se situer dans l'espace et reconnaître qui est autour de lui. Il croit que ses parents sont des inconnus ayant infiltré son domicile. Il semble présenter des idées paranoïdes. L'individu en crise est fermé à toute intervention qui implique une prise en charge en santé mentale par une ressource spécialisée. Étant donné l'absence d'un risque de dangerosité immédiat, il ne peut être forcé à accepter l'aide proposée. L'intervenante tente de rendre ce dernier ambivalent. Elle lui a fait voir les côtés positifs d'avoir du soutien psychosocial à plus long terme. Puisqu'il lui a mentionné vouloir être autonome et vivre en appartement, elle met l'accent sur le fait qu'un soutien social l'aiderait à atteindre ses objectifs. Malgré tout, le jeune homme est catégorique. Le plan d'action consiste à établir un lien avec celui-ci pour de futures interventions, mais aussi de le référer aux ressources en santé mentale de la région en cas de besoin, d'impliquer les parents

¹⁹ Intervention #41, annexe#3.

dans la surveillance de l'évolution de sa santé mentale et de mettre en place des relances téléphoniques par le CLSC pour assurer un suivi psychosocial.

Acte 6. Choix de l'intervention selon la finalité recherchée

Cet acte constitue le dénouement de la mise en scène de l'ÉMIP. L'évaluation psychosociale détermine le choix de la finalité de l'intervention. Il peut s'agir de l'hôpital si la personne est très à risque ou si elle a besoin de voir un médecin; d'une ressource d'hébergement si la personne se trouve sans logement; d'une ressource en toxicomanie; d'un transport chez un proche; d'un numéro de téléphone menant à Urgence-Détresse ou au centre de prévention du suicide JEVI, etc. La finalité peut également être de laisser la personne à son domicile, même s'il y a présence d'un risque de dangerosité²⁰. Ce risque doit toutefois être jugé non-immédiat²¹. Si la personne est transportée à l'hôpital, l'ÉMIP accompagne pratiquement toujours la personne à destination. De cette façon, l'intervenant transmet son évaluation aux professionnels hospitaliers. À chaque intervention, l'intervenant réfère la personne en crise, ou ses proches, aux ressources appropriées. Le plus souvent, il réfère à Info-Social, JEVI ou une ressource spécialisée pour les proches des personnes en crise. Selon le risque que représente la personne, il peut y avoir plusieurs finalités. L'ÉMIP oriente selon les besoins évalués. Par exemple, dans la vignette #1²² présentée ci-haut, l'ÉMIP a dû appliquer la Loi P-38.001 et a accompagné la dame en crise à l'hôpital vu une évaluation faisant ressortir un risque de danger grave et imminent. L'équipe mixte a aussi consacré plus de vingt minutes au proche qui accompagnait cette personne. L'équipe a pris le temps de l'écouter, en s'assurant qu'elle était bien pour la soirée et en la référant aux ressources spécialisées qui s'occupent des proches qui ont dans leur réseau des personnes aux prises avec une problématique en santé mentale.

Acte 7. Suivi post-intervention de crise

Le SPS ressort tous les appels de crise ayant eu lieu lors des dernières semaines. De cette façon, il est possible de voir l'historique des interventions de crise qui ont également été effectuées alors que l'ÉMIP n'était pas en fonction. À chaque début de quart de travail, à

²⁰ Voir vignettes #2 et #3.

²¹ Voir annexe #1, Politiques et cadre législatif actuel.

²² Intervention # 1, annexe #3.

moins que l'ÉMIP soit sollicitée, l'intervenant et le policier se mettent à jour en analysant les appels de crise passés. Ils jugent de la pertinence de relancer un individu pour faire le suivi avec ce dernier. Ils peuvent faire un suivi téléphonique avec une personne qui a déjà fait l'objet d'une intervention de l'ÉMIP, comme ils peuvent contacter un individu auprès duquel seule une patrouille régulière est intervenue. La réalité du terrain fait en sorte que parfois, lors d'une semaine occupée, aucune relance n'est entreprise. Si le temps le permet, ils établissent les appels qui doivent être faits en priorité. Par exemple, si une personne a été transportée à l'hôpital pour une tentative de suicide ou si la situation d'une personne peut se dégrader, l'intervenant tente de la joindre par téléphone. S'il réussit à lui parler, il vérifie globalement son état mental et vérifie si des ressources la prennent en charge. Il peut même dans quelques cas procéder à une estimation plus approfondie de son état mental et évaluer son risque de dangerosité suicidaire ou homicidaire. Dans de rares cas, si le temps le permet, l'ÉMIP peut décider de faire un suivi en personne. Par exemple, si la personne est connue des services policiers et de santé et qu'il est reconnu qu'elle ne répond pas à son téléphone, ou bien s'il est jugé nécessaire d'intervenir dans son environnement plutôt qu'à distance.

Chapitre 4 - Les interactions

Ce chapitre présente le second thème ressortant du codage des données, soit les interactions mises en œuvre lors des différentes situations impliquant l'ÉMIP. Les interactions sont présentées dans des schémas d'activités qui ne sont pas étudiées de manière spontanée, mais plutôt de façon coordonnée et codifiée. Ce regard de notre part est celui d'un acteur extérieur au monde analysé, s'immisçant dans un contexte professionnel et institutionnel. Il s'agit ici de montrer la représentation d'une équipe mixte et ainsi, exposer toutes les formes d'interactions engagées lors de la mise en scène de l'ÉMIP.

Pour Le Breton (2004), le monde social n'est pas une structure préexistante de laquelle il faut s'accommoder. Il est plutôt créé et recréé par les interactions des acteurs les uns par rapport aux autres à travers leurs interprétations de leur univers. Les normes et les règles sont l'objet d'une relecture constante, d'une négociation sociale; elles ne s'imposent pas de l'extérieur, les acteurs en sont les maîtres d'œuvre. Le Breton (2004) donne l'exemple de la déviance, qui n'est pas une nature répondant à la seule transgression d'une loi, mais plutôt une construction sociale qui implique une mobilisation sociale. Le lien social est constitué par les échanges et les identités personnelles. Le concept d'interaction, central à la théorie dramaturgique, permet de mettre en relation les acteurs les uns avec les autres (Goffman, 1973). À partir du concept d'équipe, Goffman (1973) montre que les interactions des acteurs mettent en lumière leurs rôles dans plusieurs « régions ». Dans la *région antérieure* (sur scène), l'acteur doit respecter des normes morales telles que respecter les affaires d'autrui ou sa personne physique. En *région postérieure* (coulisse), l'acteur peut contredire l'impression donnée sur scène en abandonnant sa façade et en ne récitant plus son rôle. Or, il existe aussi la *région extérieure*, qui est désignée par Goffman (1973) comme tous lieux excluant l'arrière et le devant de la scène. C'est le lieu où se trouvent des personnes extérieures à la représentation, telles les organisations sociales.

Une représentation en ces lieux implique le jeu d'acteurs qui disposent d'une *façade*. Elle a pour fonction de définir la situation qui est montrée aux observateurs (Goffman, 1973). La façade est composée du *décor* qui comprend la disposition des éléments constituant la toile de fond et les actions humaines qui se déroulent à cet endroit (Goffman, 1973). Outre le décor,

Goffman (1973) utilise le terme *façade personnelle* pour parler des éléments qui suivent la personne partout où elle va. L'auteur inclut : « les signes distinctifs de la fonction ou du grade; le vêtement; le sexe; l'âge et les caractéristiques raciales; la taille et la physionomie; l'attitude; la façon de parler; les mimiques; les comportements gestuels; et autres éléments semblables » (Goffman, 1973, p.30).

Dans une étude menée pendant quinze mois dans une banlieue parisienne au sein d'une brigade anti-criminalité, Fassin (2011) mentionne que l'intervention policière relève souvent du genre dramatique. Pour l'auteur, « s'il s'agit d'appréhender la performance des forces de l'ordre, l'image qu'elles veulent donner ou tout simplement qu'elles donnent le registre stylistique dans lequel elles inscrivent leurs attitudes et leurs comportements, il est certain que l'idée de théâtre aide à comprendre cette forme de mise en scène que permettent leur autorité parfois, leur pouvoir toujours, mais aussi leur uniforme, leurs armes et l'imaginaire de leur métier » (Fassin, 2011, p. 173). Selon Fassin (2011), c'est l'interaction elle-même et le jeu des acteurs au cours des interactions qui produisent un sens au spectacle. De même, pour comprendre les actions des acteurs observés, le jeu des interactions avec le public permet de faire ressortir la manière dont chacun s'attribue des rôles (Fassin, 2011).

C'est dans un espace interactionnel que l'analyse des données a permis un regard vers la mise en scène de l'ÉMIP, tant hors scène que sur scène. Il est proposé au lecteur une vue d'ensemble sur les interactions impliquant l'équipe mixte en relation avec les différents acteurs. Il est tout d'abord présenté les interactions de l'ÉMIP hors scène. C'est-à-dire avec les organisations sociales qui composent son environnement, en région extérieure, et les interactions intra-équipe, en région postérieure (coulisse). Ensuite, les interactions sont analysées lorsque les acteurs performant sur scène entre eux et en présence des autres acteurs composant l'environnement de leur travail d'intervention, soit en région antérieure. Ainsi, le troisième objectif de notre étude, qui est de comprendre les interactions au sein d'une équipe mixte, est documenté et interprété dans ce chapitre.

4.1 Interactions - hors scène

Cette section présente les interactions de l'ÉMIP hors scène, c'est-à-dire lorsqu'elle ne performe pas devant son public. Ces interactions sont cadrées dans des activités avec les

acteurs en région extérieure, dont les institutions qui entourent l'équipe étudiée, ainsi qu'en région postérieure, entre les membres de l'ÉMIP eux-mêmes.

4.1.1 Les interactions en région extérieure

L'équipe mixte étudiée s'insère dans un réseau d'interactions avec les organisations sociales qui composent son environnement. Que ce soit avec le poste de police, les ressources hospitalières et communautaires ou avec la communauté, l'ÉMIP est en constante relation avec les acteurs qui l'entourent au quotidien. Cette section offre une visite privilégiée aux interactions de l'ÉMIP avec différents acteurs lors de moments hors scène.

Interactions de l'ÉMIP avec le service de police

Un concept ressort de l'analyse des données recueillies en lien avec les interactions entre l'ÉMIP et le service de police. Il est vu que l'équipe mixte, à travers la transmission de son savoir, tend à favoriser une sollicitation et une reconnaissance au sein du poste de police.

Transmission du savoir, sollicitation et diffusion des bénéfices

L'existence d'une équipe mixte au sein du service de police de Sherbrooke engendre des conséquences positives et contribue au changement de l'environnement policier. Tel un effet boule de neige, les intervenants semblent influencer les policiers de l'ÉMIP par leurs méthodes d'intervention psychosociale et leur connaissance des ressources. À leur tour, les policiers de l'ÉMIP répandent le savoir acquis à leurs collègues lorsqu'ils occupent leur rôle de policier régulier; l'ÉMIP étant le point d'ancrage de la transmission des connaissances. De nouvelles connaissances sur la santé mentale, les ressources existantes sur le territoire et leur fonctionnement ainsi que les méthodes d'intervention orientées sur le besoin de la clientèle en crise sont propagées à travers le poste de police.

Les équipes de patrouilleurs réguliers qui décèlent des symptômes de santé mentale ou une crise lors de situations font de plus en plus appel à l'équipe mixte. Un vent de changement est perçu par les acteurs de l'ÉMIP à cet effet. Les policiers réguliers reconnaissent que la présence de l'ÉMIP sur les lieux d'une intervention donne accès à de l'information normalement indisponible sur l'individu en crise (diagnostic, ressources au dossier de la

personne, etc.). À plusieurs reprises, j'ai pu entendre les répartiteurs demander à une patrouille régulière le besoin d'une ambulance et celle-ci répondre qu'elle consultera plutôt l'équipe mixte. Or à l'inverse, il peut arriver que les policiers en patrouille ne fassent point appel à l'ÉMIP lorsqu'il s'agit d'un cas de crise ou de santé mentale. Pour les intervenants psychosociaux de l'ÉMIP, le cadre et les limites ne sont pas encore définis dans l'imposition de leur rôle par rapport aux situations impliquant des patrouilles régulières, à savoir jusqu'où ils peuvent s'ingérer lorsqu'ils en voient la pertinence. Ils ont une réticence à s'imposer en proposant leurs services, surtout dans un contexte où ils font encore leur place au sein du service de police. À ce jour, ils doivent travailler perpétuellement en ce sens pour se faire accepter et être davantage interpellés. Même que dans certains cas, l'ÉMIP est sollicitée par les policiers pour des situations hors mandat. C'est-à-dire que des patrouilleurs peuvent réclamer l'ÉMIP dans des cas récurrents ou des cas de relation d'aide qui n'impliquent pas d'état mental perturbé. Par exemple, lors d'appels concernant des sans-abris qui ne sont pas en crise, une forme de délégation vers l'ÉMIP est remarquée. Plus un policier connaît la santé mentale, ainsi que le mandat de l'ÉMIP au sein de son organisation, plus et mieux l'équipe est utilisée.

Le service de police est en mesure de reconnaître le bon fonctionnement de l'ÉMIP. Lors d'une intervention avec périmètre de sécurité²³ impliquant un jeune homme ayant des propos suicidaires, vu le bon déroulement de l'intervention, le poste de police en entier n'avait que de bons mots pour le travail effectué par l'ÉMIP. Même que durant cette intervention, les policiers en place sont demeurés plus longtemps sur les lieux de la crise, observant l'intervenant psychosocial, tant pour ajouter des cordes à leur arc sur le plan des méthodes d'intervention que par curiosité professionnelle.

Interactions de l'ÉMIP avec les ressources

De la mise en commun des données recueillies concernant les interactions entre l'équipe mixte étudiée et les ressources qui composent son environnement ressort un concept, soit la présentation des ressources principales omniprésentes dans le paysage de cette équipe ainsi que sa méconnaissance des autres ressources.

²³ Intervention #33, annexe#3.

Ressources principales dans l'environnement de l'ÉMIP et sa méconnaissance par les autres ressources

Comme discuté dans le chapitre précédent concernant le dispositif de l'ÉMIP, les cas avec lesquels celle-ci intervient sont très souvent des cas avec lesquels Urgence-Détresse interagit également. Les intervenants psychosociaux, faisant à la fois partie d'Urgence-Détresse et de l'ÉMIP, consolident une collaboration étroite entre le réseau de santé et policier. Lors d'un transport à l'hôpital, l'apport des compétences de l'intervenant psychosocial dans le domaine de la santé permet de produire une liaison entre l'intervention policière de l'équipe mixte et l'hôpital. Cette rencontre permet de contextualiser la crise et l'état de la personne précédant le transport. De cette façon, l'individu n'est pas victime d'un service interrompu entre deux institutions distinctes. Il se voit offrir une continuité des services, se retrouvant soutenu par ce partenariat. En référence avec le tableau de l'annexe #3, il est remarqué qu'à treize reprises sur quarante interventions, la finalité de l'intervention impliquant l'ÉMIP est le transport à l'hôpital. Selon l'ÉMIP, une des limites existantes sur le territoire de la ville de Sherbrooke contribuant à la judiciarisation et au transport à l'hôpital d'individus en crise est le manque de ressources adaptées pouvant les prendre en charge. Parfois, l'hôpital devient la seule option disponible, même si elle n'est pas la plus adéquate. Lors de moments qui ne sont pas urgents sur le plan de la dangerosité, l'option choisie par l'ÉMIP devient souvent la référence vers une ressource d'hébergement pour sans-abris, même si celle-ci ne comprend pas de professionnels spécialisés en gestion de crise. Comme il est présenté dans le tableau de l'annexe #3, la prise en charge par une ressource en hébergement pour sans-abris est la finalité de l'intervention choisie par l'ÉMIP six fois sur quarante. Qui plus est, à trois reprises, l'appel de crise demandant les services de l'équipe mixte provenait d'individus hébergés dans cette même ressource.

Malgré le fait que l'ÉMIP entretienne des relations quotidiennes avec Urgence-Détresse, l'hôpital et des ressources communautaires spécialisées en hébergement pour sans-abris, la connaissance de l'ÉMIP par les autres ressources est encore loin de son paroxysme. L'existence et le fonctionnement de l'ÉMIP ne sont que très peu connus et compris par ces dernières. Or, l'ÉMIP est un nouveau projet et tente de se faire connaître en planifiant des présentations dans les ressources et en sensibilisant celles-ci à leurs mandats. Au cours des

mois d'observation, j'ai pu assister à un effort de promotion de la part de l'ÉMIP qui a présenté ses services dans une ressource communautaire sur la défense des droits des personnes atteintes d'une problématique en santé mentale (jour 21) ainsi que lors d'une présentation médiatique (jour 43)²⁴.

Interaction de l'ÉMIP avec la communauté

Deux concepts ressortent des analyses mettant en cause l'interaction de l'ÉMIP avec la communauté, soit la provocation d'une crise au sein du réseau dans lequel l'individu en crise s'insère de par sa propre crise; ainsi que la vision positive de la police vue par sa communauté.

Réseau en crise

Il arrive à répétition que l'ÉMIP soit impliquée dans des cas de crise récurrents. Ces cas mobilisent de multiples institutions, ressources et individus. Telle une crise inverse, le réseau de santé, le service de police, les proches des individus en crise subissent les conséquences d'une crise vécue par ceux-ci. Lors de mes observations, j'ai pu être au fait d'individus qui, plusieurs fois par semaine, sollicitaient la police, l'hôpital, Urgence-Détresse, le centre de prévention du suicide et les ressources en hébergement. L'individu des vignettes #4²⁵ et #5²⁶ représente un exemple. Selon les policiers de l'ÉMIP, ce cas récurrent instaure une crise généralisée à travers le réseau des institutions puisqu'il mobilise de nombreuses ressources à répétition.

Perception positive de la police

Un des aspects positifs observés est le changement des perceptions de la communauté face à la police. Basée sur les dires des intervenants provenant des ressources d'aide rencontrées et de l'avis partagé par les personnes en crise, une vision constructive du travail policier est renflouée par le partenariat de la police avec le système de santé. Le fait qu'un intervenant habillé en civil accompagne un policier et offre un soutien adapté pour l'individu en crise semble changer l'image de la police répressive vers celle d'un service orienté vers l'aide et la

²⁴ Annexe #3.

²⁵ Intervention #3, annexe #3.

²⁶ Intervention #7, annexe #3.

sensibilité envers le citoyen (Wood et Watson, 2016). Tel que présenté ci-haut dans la description de la théorie de Goffman (1973), il s'agit ici d'un fort exemple d'un jeu *d'expression* de la part des acteurs de l'équipe mixte, pour que les autres en retirent une *impression*, qui est dans ce cas-ci favorable à leur image.

4.1.2 Les interactions en région postérieure (coulisse)

Six concepts émergent de l'analyse des données lors des interactions en région postérieure entre les membres composant l'ÉMIP, soit l'environnement de travail dans lequel s'insère l'ÉMIP; la consolidation d'un nouveau partenariat; la vision policière de leur rôle; le partage de la responsabilité; l'adaptation à la terminologie utilisée par chacun des membres de l'équipe mixte; et l'apport de l'échange d'informations entre les membres de l'ÉMIP.

Le décor dominant, celui de la police

L'environnement dans lequel l'ÉMIP évolue met en évidence la place prédominante de l'institution policière. Malgré une collaboration avec le système de santé, le décor dominant de la scène est celui de la police. L'intégration des membres au sein de l'ÉMIP ne demande pas au policier de s'insérer dans un nouveau lieu de travail et d'apprendre le langage technique du travail psychosocial. Le policier travaille sensiblement avec le même équipement, la même voiture et les mêmes méthodes et procédures. Il évolue dans un milieu de travail qu'il connaît et côtoie ses collègues réguliers. Qui plus est, l'équipe étant située au poste de police est dirigée par des supérieurs policiers et c'est à eux que l'équipe mixte doit se référer lors de questionnements liés au fonctionnement. L'intervenant psychosocial est le seul de son expertise en ces lieux. C'est lui qui doit s'ajuster, particulièrement du point de vue opérationnel, car le déroulement des interventions est davantage basé sur la méthode policière, c'est-à-dire sur la sécurité.

C'est l'intervenant qui doit s'accommoder à l'environnement policier, à de nouveaux termes d'intervention, à de nouvelles méthodes de communication, à une nouvelle culture de travail et qui doit apprendre et utiliser les codes policiers. Néanmoins, en discutant avec l'intervenante en place lors d'une journée d'observation, elle me mentionne que c'est un avantage certain que de pouvoir compter sur un collègue policier, car il permet au travailleur psychosocial en

situation de crise de franchir certaines barrières liées à la sécurité. Menée de pair avec un policier, la mise en œuvre d'une intervention psychosociale impliquant un individu présentant un risque de dangerosité physique pour autrui peut être effectuée.

Le policier doit tout de même apprivoiser un nouveau coéquipier provenant d'une culture institutionnelle différente (Landry et al., 2018). Il doit aussi orienter ses actions vers la relation d'aide, sans toutefois oublier son rôle d'assurer la sécurité. En plus d'acquérir de nouveaux outils d'interventions, qu'il apprend via l'observation de l'interaction entre l'intervenant et l'individu en crise, le policier doit composer avec l'expertise de son nouveau partenaire, car c'est l'intervenant qui est l'expert désigné pour estimer l'état mental de la personne et évaluer le risque de passage à l'acte suicidaire et homicidaire en vue d'appliquer la Loi P-38.001. Certes, le policier et l'intervenant se consultent, mais cette expertise revient à ce dernier.

Vu sa place au sein de l'équipe et au sein du poste de police, l'intervenant doit sans cesse justifier ses choix et ses interventions. Il doit convaincre de son importance et de sa raison d'être. Bref, il doit faire sa place, se faire accepter et maintenir le statut qu'il acquiert.

Consolidation du partenariat professionnel

La création du lien entre l'intervenant et le policier met du temps à se consolider. Ceci semble être en partie dû au roulement de personnel chez les policiers. Il peut se passer plus de six semaines avant que l'intervenant revoie un même collègue policier. Compte tenu de tous les aspects administratifs (congés, changements d'horaire, heures supplémentaires, etc.), il peut arriver que le même policier et le même intervenant ne travaillent qu'à quelques reprises ensemble sur une période d'une année. Il m'a été permis de constater qu'au-delà des affinités personnelles qui se développent, travailler avec les mêmes membres régulièrement met en place un fonctionnement plus harmonisé au sein de l'ÉMIP. Lorsqu'une habitude de travail se crée, une connivence et une complicité professionnelle éclosent. À ce moment, l'ÉMIP paraît alors comme une pièce de théâtre bien articulée.

Lors des interventions psychosociales, certains policiers s'impliquent grandement, alors que d'autres laissent le premier rôle à l'intervenant. Dans certains cas, les rôles se confondent. Si l'on avait enlevé les uniformes, il ne m'aurait pas été permis de différencier le policier de

l'intervenant psychosocial. En coulisse, lors d'une discussion informelle pendant une patrouille avec l'ÉMIP, l'intervenant en place me raconte comment il a l'impression de travailler avec un collègue intervenant psychosocial. D'autres policiers sont quant à eux plus retirés et priorisent leur rôle de veiller à la sécurité en s'appropriant moins le rôle d'intervenant psychosocial.

Lors d'une interaction entre une intervenante psychosociale et une policière, qui en est à son premier jour au sein de l'ÉMIP, cette dernière demande quelles sont ses attentes par rapport à son rôle. L'intervenante lui répond : « de la transparence » (V., intervenante en discussion avec K., policière). Ceci étant établi dès le premier quart de travail, la communication était à point lors de chacun des moments que j'ai pu observer entre ces deux acteurs. Chacun mentionnait à livre ouvert ce qu'ils pensaient de chacune des situations, et ce, non sans étonnement de ma part, sans provoquer de conflit. La seconde intervenante de l'ÉMIP et cette même policière ont elles aussi établi leur vision du déroulement idéal. Elles ont d'abord convenu d'un partenariat réciproque en mentionnant que « ce qui se passe dans l'auto de police reste dans l'auto de police, à moins de fautes éthiques » (L., intervenante en discussion avec K., policière). La relation de confiance était alors consolidée.

Vision du rôle policier

Les acteurs peuvent avoir différentes façades lors d'une représentation (Cefaï et Gardella, 2011; Goffman, 1973). Tiré des discussions spontanées avec des policiers de l'ÉMIP, il ressort que certains policiers aiment l'action et préfèrent « quand ça brasse », alors que d'autres estiment davantage la relation d'aide. En d'autres termes, certains policiers m'ont partagé préférer les tâches reliées à la gestion de la criminalité, plutôt que celles reliées à la relation d'aide. Bien que les policiers observés aient un intérêt pour la relation d'aide et possèdent les qualités pour intervenir auprès d'une clientèle en crise, plusieurs m'ont partagé ne pas vouloir travailler au sein de l'ÉMIP à plein temps, surtout en raison de l'exigence émotionnelle que ce type d'intervention implique. En général, ce n'est pas cette facette de la police qui les a attirés vers le métier de policier, mais bien celle de la protection des citoyens et l'attrait à gérer la criminalité (annexe #2). Le terme parfois entendu parmi les policiers du SPS est que le travail social n'est pas concret, qu'il s'agit de « pelleter des nuages », soit une vision idéaliste et qui

est plus théorique que pratique. Certains policiers réguliers du poste de police partagent l'idée que tenter de faire de la relation d'aide auprès d'individus en crise n'est pas nécessaire vu la difficulté d'entrer en contact avec ces derniers. Pour eux, la finalité choisie par le policier ou l'intervenant psychosocial est souvent la même, d'autant plus que le temps d'intervention est multiplié. Il peut être perçu par les policiers hors de l'ÉMIP que l'intervention de l'intervenant psychosocial répète ce qui a déjà été fait préalablement lors de l'intervention policière initiale. De la perception des acteurs observés, l'ÉMIP offre du répit aux patrouilleurs, qui, eux, peuvent se concentrer sur des appels qui répondent davantage à leur vision de ce que devrait être leur travail, soit celui de contrôler le crime (Brodeur, 2003).

Le partage de la responsabilité

Parfois, lors de la mise en scène d'un spectacle, les acteurs forment une équipe, non pas pour préserver les intérêts des personnes, mais pour se protéger d'une impression indésirable (Goffman, 1973). Lors des observations, les policiers de l'ÉMIP ont manifesté leur crainte face à la responsabilité professionnelle reliée au risque entourant les cas de crise. Tandis qu'une neutralisation du risque est visée par le policier, le travail social implique plutôt une gestion du risque. Les attentes respectives de chacun des acteurs diffèrent et, ensemble, ils doivent s'y accommoder au quotidien. L'existence d'une équipe mixte au sein d'un poste de police amène un partage de la responsabilité entre ses membres. Par l'utilisation d'outils basés sur la recherche scientifique ainsi qu'une expertise en santé mentale, l'intervenant réduit la charge de responsabilité qui pèse sur les épaules du policier dans la gestion du risque. Un intervenant psychosocial possède les aptitudes nécessaires pour intervenir en situation de crise, d'où l'importance pour le policier de faire confiance à son partenaire. L'intervenant doit toutefois comprendre les limites du policier quant à son indulgence au risque, dû aux attentes professionnelles qui encadrent sa pratique. Comme l'indiquent Dubar et Tripier (1998) dans leur ouvrage intitulé *Sociologie des professions*, les professions sont des « coalitions d'acteurs qui défendent leurs intérêts en essayant d'assurer et de maintenir une fermeture de leur marché du travail, un monopole pour leurs activités, une clientèle assurée pour leur service, un emploi stable et une rémunération élevée, une reconnaissance de leur expertise » (Dubar et Tripier, 1998, p.13). Les attentes envers la police provenant tant du public que de son organisation

s'articulent autour de la protection des citoyens et du maintien de l'ordre (Brodeur, 2003). Celles entourant les intervenants psychosociaux sont, selon Cefaï et Gardella (2011), tirées d'une vision humanitaire se déclinant par l'assistance de soins sociaux et sanitaires.

Adaptation réciproque au langage

Lors de mes moments passés avec l'ÉMIP, j'ai pu constater un usage particulier du langage policier. Même eux me prévenaient que j'allais entendre des propos crus et confrontants. Ces expressions explicites influencent les interactions entre l'intervenant et le policier de l'ÉMIP. Dans ses interactions avec la police, l'intervenant doit s'y accommoder et l'intégrer à son travail. À l'inverse, le policier doit aussi s'adapter à la terminologie de l'intervenant, soit un vocabulaire clinique et médical. Tel que Goffman (1973) l'explique, en présence d'autrui un individu peut vouloir donner une tout autre idée de ce qu'il est vraiment par ses expressions. À mon sens, les expressions ou mots utilisés par les policiers de l'ÉMIP peuvent faire sourciller, mais, ils ont raison d'être. Comme l'indique Fassin (2011), il existe des codes de l'humour et des formes de plaisanteries plus ou moins spécifiques associées aux professions. Par exemple, du point de vue des policiers, l'humour sert à contrer ce qu'ils voient, à normaliser la détresse vécue et à libérer la tension de la misère dont ils sont témoins.

L'échange d'informations institutionnelles

La collaboration entre les intervenants et les policiers permet souvent de construire un portrait précis de la personne en crise, et ce, grâce aux bases de données provenant de chacun des milieux de santé et policier. Un policier me partage que le fait de savoir si la personne a un diagnostic en santé mentale ou un trouble de personnalité aide grandement l'intervention policière. Tout comme être aux faits des antécédents criminels peut aider l'intervenant dans son évaluation d'un individu en crise, l'information provenant de chacune des institutions, soit de santé ou de police, favorise une aide mutuelle. Sur scène, lors d'une intervention²⁷, l'ÉMIP fait face à une dame arrogante, irritable et agitée. Les policiers de la patrouille régulière ainsi que ceux de l'ÉMIP mentionnent ne pas du tout apprécier son attitude. Or, en regardant au dossier santé de la dame en crise, l'intervenante voit qu'elle a un trouble de personnalité limite

²⁷ Intervention #37, annexe #3.

et une déficience intellectuelle. Avec ces informations, le point de vue des policiers envers cette dame s'est modifié. Suite à cette intervention, le policier de l'ÉMIP mentionne que d'autres interventions policières auraient pu se dérouler autrement si la police avait eu accès à ce type d'informations. Connaître le dossier médical d'un individu permet selon eux de contextualiser davantage la crise et les agissements de celui-ci. Il se peut qu'un client récurrent de la police, présentant des problèmes de santé mentale, n'ait jamais été en contact avec le CLSC ou Urgence-Détresse. Dans ce cas, l'ÉMIP peut rattacher la personne aux services sociaux et médicaux. Si un appel est logé au 911, l'ÉMIP peut demander à intervenir, qu'il y ait crise ou non, pour que l'intervenant de l'ÉMIP, qui faisait aussi partie de l'équipe d'Urgence-Détresse, puisse créer un dossier afin de tracer un historique des interventions passées. L'objectif est alors de rattacher la personne à des services d'aide sociale et médicale pour diminuer la récurrence des appels de crise ou de santé mentale qui pèsent sur la police.

4.2 Interactions - sur scène

Suivant l'analyse de l'ÉMIP sur scène devant son public, soit lors d'interactions avec les individus en crise, six concepts émanent. Il s'agit du lien de confiance qui se crée par le partenariat intervenant-policier avec la personne en crise et ses proches; de l'importance pour les policiers du désir de l'individu en crise de « s'aider »; de l'utilisation de la judiciarisation de la police face aux personnes en crise; de l'usage de la force; du pouvoir de persuasion; et de l'étiquette de personnes dites en « état mental perturbé » apposée aux individus en crise.

Lien de confiance et tolérance

Tout comme l'ont mentionné certains auteurs (Baess, 2005; Landry et al., 2018; Ligon et Thyer, 2000), la présence d'un intervenant semble atténuer la perception négative de la police. Lors des interventions, l'implication des deux acteurs de l'équipe mixte amplifie le sentiment d'écoute et d'aide vécue par l'individu en crise. À de nombreuses reprises, la personne au cœur de l'intervention a mentionné à l'ÉMIP le fait que d'être considérée par l'intervenant et le policier aide à la création du lien de confiance. Le lien étant renforcé, la personne a tendance à s'ouvrir et à ne pas se sentir réprimée. Tel que les usagers l'ont partagé à l'ÉMIP à quelques reprises, l'image qu'ils perçoivent du policier est celle de la répression et de l'autorité. Cette vision est aussi partagée par les proches des personnes en crise. En ce sens,

lors de ma treizième journée d'observation²⁸, nous arrivons à l'arrière d'un immeuble d'habitation du centre-ville. Un périmètre de sécurité est établi impliquant sept policiers. Les policiers ayant tenté d'entrer en contact avec un homme en crise par téléphone se font insulter et aucune collaboration ne semble possible jusque là. L'intervenante psychosociale prend le relais de l'intervention déjà entamée par la police. L'individu est dans son appartement et il semble devenir de plus en plus agressif. L'intervenante l'appelle, se présente et lui demande de lui expliquer la situation. Après plusieurs minutes, l'individu semble se calmer. Elle le laisse parler et l'écoute activement. Elle met l'accent sur sa perception de la situation. Quelques minutes passent et l'individu indique qu'il sortira de chez lui. Par contre, il lui partage craindre les policiers. Elle le rassure en lui expliquant ce qui va se produire une fois en contact avec les policiers (ils vont s'approcher et lui lier les mains). Bien qu'il soit menotté et que plusieurs policiers l'entourent, il engage une discussion avec l'intervenante qui tente de maintenir un contact visuel pour éviter les distractions. Voyant le déroulement de la situation, les policiers lui enlèvent les menottes. Avec surprise, se sentant moins menacé, l'individu commence à plaisanter avec les policiers et l'intervenante. L'individu est à ce moment disposé à une évaluation plus approfondie par l'intervenante, qui, depuis le départ, tentait de créer une alliance thérapeutique. L'intervention psychosociale a dans ce cas permis de favoriser l'établissement d'un lien de confiance, et ce, dans un contexte où la police a fait usage de la force et que l'objectif primaire de l'intervention policière était d'assurer l'ordre et la sécurité.

En outre, on peut se demander si la police est plus tolérante dans certaines situations lorsqu'un intervenant psychosocial tente de créer un lien de confiance avec un individu en crise. Dans un cas observé²⁹, l'individu tient des propos suicidaires et cuisine pendant l'évaluation de l'intervenant psychosocial, avec à la main, un couteau qui n'est toutefois pas affûté. Certes, la sécurité n'est pas négligée par les policiers. L'intervenante demeure à une distance sécuritaire de la personne en crise et les policiers en place sont positionnés de manière à pouvoir intervenir à tout moment. Mais, dans un contexte où l'ÉMIP n'aurait pas été impliqué, l'utilisation du couteau à beurre n'aurait peut-être pas été permise. Dans ce cas-ci, la poursuite des activités en cuisine de la personne en crise pendant l'intervention semble être une

²⁸ Intervention # 25, annexe #3.

²⁹ Intervention #37, annexe #3.

permission accordée pour favoriser le lien de confiance difficile à créer depuis l'arrivée de l'équipe mixte. La dame n'est pas plus collaborative au final, mais l'ÉMIP a tout de même tenté de favoriser l'établissement d'une alliance avec la personne en crise.

« S'aider »

En interaction avec un individu en crise, une policière mentionne que: « Ça ne nous dérange pas de vous aider, tant que vous voulez vous prendre en main» (D., policière). Ce discours est pratiquement unanime chez tous les policiers observés et encore plus selon les policiers réguliers. Travailler plus fort que le client pèse lourd, tant de l'avis des policiers que des intervenants. J'ai pu entendre les policiers, à maintes reprises, tant avec l'ÉMIP qu'au sein du poste de police, mentionner que la récurrence de certains cas ainsi que le faible désir de s'aider des individus jugés dans le besoin, assombrit l'image qui leur est accolée. Une lourdeur des interventions y est associée presque systématiquement. Pour les policiers, ces individus sont difficiles à aider. Dans leur perception, l'aide apportée est peu concrète, disant être habitués à vivre avec des interventions où la finalité est vécue dans l'immédiat. Pour eux, les cas de crise demandent du support qui s'échelonne sur le long terme, demandant du soutien d'une panoplie de professionnels et mobilisant maintes ressources. À leur avis, l'aide policière se dissipe dans un large réseau d'institutions. L'individu au cœur des interventions de l'ÉMIP dans les vignettes #4³⁰ et #5³¹ en représente un exemple. Du point de vue des policiers qui lui sont venus en aide, la dame en crise n'est pas à la recherche de « s'aider », malgré la souffrance vécue et ses besoins criants. Ce cas est vite devenu un irritant, voire une « patate chaude » que tout policier voulait éviter.

Judiciarisation

Tel que Goffman (1973) l'énonce, le but d'un acteur est de maintenir une définition particulière de la situation qu'il affirme être la réalité. En ce sens, il peut décider quelle est la meilleure position à adopter sur telle ou telle question et agir comme si son choix était le seul possible. Un acteur peut ajuster le choix de sa position à sa propre situation et à ses propres intérêts. Lors du déroulement d'une représentation, Goffman (1973) exprime que tout membre

³⁰ Intervention #3, annexe #3.

³¹ Intervention #7, annexe #3.

a le pouvoir de casser le spectacle. Au sein de l'ÉMIP, si la police n'est pas en accord avec l'évaluation de dangerosité faite par l'intervenant, il est possible qu'un policier use de son pouvoir de judiciarisation contre un individu en crise. Dans un contexte où la Loi P-38.001 ne s'applique pas et que le policier n'est pas en accord avec la finalité choisie (souvent dans des cas où l'individu évalué demeure à son domicile), il est en mesure de judiciariser une personne qui a, par exemple, fait des menaces pour contraindre la personne à être surveillée au poste de police. Donc, un policier peut malgré une évaluation négative de la Loi P-38.001, utiliser ses pouvoirs légaux pour obliger la personne à être détenue. Ce choix du policier peut être expliqué par son désir d'établir un environnement sécuritaire et de ramener la situation à sa normalité (Bittner, 1967). Cette finalité serait alors visée pour ne prendre aucun risque avec la personne et éviter tout reproche professionnel. Or, lors de mes observations, je n'ai pas été témoin de cet usage de la criminalisation. J'ai plutôt été au fait de cette possibilité d'usage lors de discussions informelles avec les policiers de l'ÉMIP. Néanmoins, il demeure qu'il s'agit d'une situation pouvant survenir lors d'un désaccord concernant l'évaluation d'un individu en crise. En discutant avec une intervenante, celle-ci me mentionne sentir que les policiers sont de plus en plus confortables avec l'idée de laisser la personne dans son milieu, surtout du fait qu'ils comprennent mieux l'évaluation du risque suicidaire.

Tel que montré dans l'étude de Shapiro et al. (2015), la judiciarisation peut être utilisée par la police comme outil pour substituer à la prise en charge de dernier recours. Il est possible que la personne tombe dans le filet pénal parce qu'aucune ressource ne peut servir de filet de sécurité adéquat lors d'un risque de dangerosité. Par ailleurs, les résultats de la présente étude vont dans le même sens que ceux présentés par Wood et al. (2011) et par Laberge et al. (2000). Les auteurs mentionnent que certains policiers favorisent l'arrestation de ce type de personne, car l'accès aux services en santé mentale se fait plus facilement ou bien elle permet de normaliser les comportements problématiques. En effet, une discussion avec un policier de l'ÉMIP met à l'avant-plan la croyance que la judiciarisation peut être utilisée de manière à contrôler la personne en lui imposant des conditions à respecter (ne plus consommer, ne plus sortir dans les bars, ne plus errer dans la rue, etc.). En plus du contrôle, la judiciarisation permet aussi, selon lui, d'éliminer la récurrence et d'engendrer des effets positifs tels qu'une prise en charge du système de santé, octroyant des soins adaptés allant au-delà de la

récrimination pour avoir contrevenu à la loi. En exemple, lors d'une situation³², l'ÉMIP doit intervenir dans une cellule du poste de police auprès d'une dame en crise qui est accusée d'entrave au criminel. Suite à l'évaluation de la dame en question et des informations se trouvant au dossier de santé, il est vu qu'elle a un diagnostic de déficience intellectuelle. Plutôt que de porter plainte au criminel, la police porte plainte au civil pour qu'une prise en charge psychiatrique soit entreprise par le Tribunal administratif du Québec. Par mes observations, je constate que lorsque l'intervention de l'ÉMIP se déroule en cellule, le contexte met en cause une personne ayant d'abord été arrêtée par la police et qui ensuite présente un état mental perturbé. Dans un autre cas³³ où l'intervention se déroule en cellule, la Loi P-38.001 peut être appliquée en raison des idées suicidaires et de l'imminence du passage à l'acte que laisse présager l'individu en crise. Or, la personne a comme condition judiciaire de se trouver dans une ressource en toxicomanie, sinon elle doit être réincarcérée. L'individu ayant quitté la ressource, la police n'a pas eu le choix d'intervenir et de l'amener au poste.

Usage de la force

L'usage de la force dans un contexte d'urgence sociale s'insère dans une scénarisation des interventions policières. Un scénario impliquant l'usage de la force peut être planifié pour neutraliser un risque de danger ou favoriser une intervention psychosociale. Dans ces cas, chaque acteur connaît son rôle et sait comment agir selon les actions que l'individu en crise peut poser. Les actions des professionnels sont prévues et anticipées. Tellement que parfois, le scénario préétabli peut être suivi à la lettre, peu importe la représentation de l'individu en crise. Une fois le risque dissipé, c'est là qu'il peut y avoir des ajustements. Pendant une interaction, la façade de l'individu en crise peut être vue d'une façon tout autre que celle évaluée préalablement. L'ÉMIP s'adapte alors à la situation et agit en conséquence. De plus, le décor de l'intervention est souvent celui du lieu de la crise. Ce décor dans lequel l'équipe mixte agit est en dehors de leur contrôle immédiat, car il fait partie intégrale de la représentation donnée par leurs interlocuteurs.

³² Intervention #29, annexe #3.

³³ Intervention #13, annexe #3.

En discutant avec un policier de l'ÉMIP, ce dernier mentionne que l'usage de la force peut être nécessaire pour assurer la sécurité. Selon lui, elle peut aussi être utile en relation d'aide pour qu'une intervention psychosociale puisse avoir lieu. Par exemple, dans la vignette #1³⁴, un policier de l'ÉMIP mentionne que le fait d'immobiliser la personne et de l'éloigner de son arme favorise l'entrée en contact de l'intervenant avec la personne en crise. Sans l'usage de la force, aucune intervention psychosociale n'aurait pu être entamée selon lui. Dans un autre contexte, lors d'un cas³⁵ mobilisant sept policiers et nécessitant un périmètre de sécurité, le policier ÉMIP me fait part suite à l'intervention que l'usage de la force par la mise de menottes et la présence d'un nombre important de policiers aurait pu être évité. Certes, la personne au cœur de l'intervention était intoxiquée et dérangement pour les occupants des logements aux alentours, mais cette intervention a été élaborée de façon à neutraliser complètement le risque de danger. Peut-être s'agissait-il d'un cadre formatif et pratique, vu la formation récente sur l'utilisation du pistolet à impulsion électrique de certains policiers? Or, après quelques minutes, suivant la mise de menottes, trois policiers ont été libérés vu la sécurité des lieux. La finalité aura été finalement le statu quo, l'individu demeurant à son domicile.

Le pouvoir de persuasion

Cefaï et Gardella (2011) remarquent dans leur ethnographie du travail d'une équipe mobile travaillant en urgence sociale auprès de sans-abris que les membres de l'équipe qu'ils observent utilisent une *fabrication bénigne* lors d'interventions - parfois par la manipulation - dans une visée de responsabilisation de l'usager. En effet, les stratagèmes utilisés pour aider la PEMP relèvent parfois du concept de fabrication discuté dans l'œuvre de Goffman (1991) intitulé *les cadres de l'expérience*. La fabrication est un concept qui définit « les efforts délibérés, individuels ou collectifs, destinés à désorienter l'activité d'un individu ou d'un ensemble d'individus et qui vont jusqu'à fausser leurs convictions sur le cours des choses (...) à dénaturer partiellement l'ordre du monde » (Goffman, 1991, p.93). Goffman (1991) parle de fabrications bénignes comme celles qui prétendent servir les intérêts d'une personne et qui ne se font pas à son détriment. Si la personne le découvre, elle apprendra à se méfier à l'avenir.

³⁴ Intervention #1, annexe #3.

³⁵ Intervention #25, annexe #3.

Parmi ces fabrications bénignes, l'auteur parle de *machinations protectrices* (Goffman, 1991, p.108). Il est défini que les machinations protectrices servent à veiller sur les intérêts réels de la personne prise en charge. Toutefois, celle-ci risque de rejeter ce qui est proposé si elle découvre ce qui se manigance en vérité. L'usage d'une fabrication est à la base conçue pour le bien de la personne et s'emploie à la rendre conciliante (Cefaï et Gardella, 2011; Goffman, 1991). Menée à l'encontre de la personne, mais pour son bien, telle est la façon dont Goffman (1991) verbalise ce concept. Il rajoute que les machinations protectrices les plus classiques se trouvent dans le domaine médical, dont les traitements médicaux et psychiatriques. Dans ce domaine, un mensonge peut être le meilleur des remèdes.

Autre que bénigne, une fabrication peut être abusive. À l'instar de la première, cette fabrication porte atteinte aux intérêts privés tels qu'ils sont définis dans une communauté (Goffman, 1991). Elle diffère d'une fabrication bénigne lorsqu'une instance légale entre en ligne de compte. L'utilisation de la fabrication abusive peut se faire pour tromper autrui ou lorsque l'acteur croit qu'il agit de la bonne façon, et ce, dans des circonstances où aucun autre moyen n'est disponible selon lui (Goffman, 1991). L'usage de la force, l'application de la Loi P-38.001 ou l'utilisation de la judiciarisation par un policier en désaccord avec la finalité choisie par un intervenant lors d'une intervention psychosociale (tel que discuté dans la section « judiciarisation ») sont des exemples de ce que peuvent être des fabrications abusives.

En effet, la Loi P-38.001 est au cœur du travail de l'ÉMIP et, malgré une hausse de son application, elle permet une suspension des droits fondamentaux des personnes en ne se basant que sur un danger potentiel sans que des crimes ne soient commis (Dumais-Michaud et al., 2016). Néanmoins, cette loi ne peut être appliquée que lorsqu'elle répond aux critères de la grille d'évaluation du risque de passage à l'acte. Contrairement à l'application de la Loi P-38.001, l'usage de la force relève d'un pouvoir discrétionnaire (Bittner, 1967). Le recours à la force suppose qu'aucun autre moyen n'est disponible. Cet usage devient une option pour l'ÉMIP quand il est perçu que rien ne peut contenir une personne en crise à faire du mal à sa propre personne ou à autrui. Déjà à l'époque, Bittner (1967) remarquait une régression de cet usage dû au progrès de la raison et de la morale qui s'infiltrait au sein de la culture policière. Mais comme le mentionne Bittner (1967), la création de la police est essentiellement normative et l'usage de la force est central dans sa définition. Lors de situations impliquant

des personnes aux prises avec des problématiques en santé mentale, la dangerosité est un facteur qui oblige parfois l'usage de la force. Même si Bittner (1967) croit que cet usage est parfois absurde, celle-ci peut aussi être un mal nécessaire. Ceci étant dit, l'auteur affirme qu'assurer la sécurité est un objectif qui s'atteint par des modes d'intervention qui diffèrent de la répression régulière de la criminalité. Pour lui, les modes d'intervention efficaces s'appuient sur des contacts entre la police et les citoyens où l'instrument privilégié de ces contacts est la parole échangée plutôt que l'usage de la force.

Dans son spectacle, l'ÉMIP peut user de certaines ruses, tant en coulisse que sur scène. Sa mise en scène n'est pas connue à l'avance par son public. Si l'ÉMIP révèle ses intentions aux spectateurs, la coopération avec l'individu en crise ne se ferait pas avec autant de cohérence, principalement dans des cas où la Loi P-38.001 est appliquée. Par le biais d'un partenariat intervenant-policier, une équipe mixte bénéficie d'un savoir orienté sur l'établissement d'un lien de confiance, d'empathie et de soutien. L'utilisation de la parole a un impact majeur dans la finalité d'une intervention. Autant elle peut éviter des interventions futures et réduire la récurrence, autant elle peut servir à persuader et convaincre de la finalité désirée. La clientèle en crise n'est pas souvent enthousiaste face à l'idée d'être forcée de se rendre à l'hôpital, d'être pris en charge par une ressource ou parfois même par des proches. Une parole maniée avec justesse peut balancer le manque de liberté vécu par la personne. Le bon usage des mots peut éviter tout éventuel usage de la force, qu'elle soit physique ou légale.

Lors d'un cas observé³⁶, l'individu en crise est complètement fermé à l'idée de se rendre à l'hôpital et d'être transporté en ambulance. Il a été hospitalisé à maintes reprises par le passé et ne veut pas se retrouver en observation médicale et être loin de ses proches à nouveau. Or, cette personne présente un danger grave et immédiat et un transport à l'hôpital est nécessaire. Pour éviter l'utilisation de la Loi P-38.001, les membres de l'ÉMIP lui mentionnent qu'il lui ferait du bien de voir un médecin, car sa situation leur paraît inquiétante. Ils font ensuite croire à la dame qu'ils feront une exception en la transportant dans une voiture de police plutôt que dans une ambulance. Or, cette pratique ne fait pas exception à la règle. Ensuite, sachant que son séjour en psychiatrie peut être prolongé une fois amenée à l'hôpital, l'équipe lui

³⁶ Intervention #42, annexe #3.

mentionne que c'est seulement pour voir un médecin ce soir, sachant que son cas nécessite probablement des soins psychiatriques de longue durée. Tel que mentionné ci-haut par Goffman (1991) lorsqu'il partage l'idée : « à l'encontre de la personne, mais pour son bien », cette situation montre un usage de fabrications bénignes pour assurer la sécurité de l'individu en crise et éviter l'utilisation de la Loi P-38.001. Dans une autre situation,³⁷ l'ÉMIP intervient auprès d'un homme suicidaire, fortement intoxiqué, non collaboratif et agressif. L'hôpital est inévitable, selon le policier et l'intervenante. L'ÉMIP lui demande s'il est volontaire pour être transporté à l'hôpital. L'homme en question ne semble pas conscient de ce qui lui arrive. Il accepte néanmoins. L'ambulance vient le chercher et le transporte à l'hôpital. Une fois arrivé, l'homme semble réaliser ce qui l'attend et change d'idée. À l'hôpital, plusieurs membres de la sécurité ainsi que des policiers doivent l'immobiliser puisqu'il est hors de contrôle. Au départ, l'objectif principal de l'ÉMIP était de convaincre l'homme de se rendre à l'hôpital par lui-même pour assurer sa sécurité. La loi P-38.001 n'a pas été appliquée vu l'accord donné par l'homme en crise. Toutefois, l'accord de l'homme en crise s'est produit dans un contexte où il n'était peut-être pas conscient des questions qui lui étaient posées. S'il avait été en désaccord avec un transport à l'hôpital, la Loi P-38.001 aurait été appliquée. Vu le débat entourant l'application de cette loi³⁸ et le respect des droits et libertés des citoyens, de telles fabrications alimentent certaines controverses en lien avec le consentement, l'intégrité et les libertés fondamentales des personnes qui sont parfois suspendues. Mais, tout comme dans le premier cas présenté, l'idée derrière l'intervention était d'assurer le bien et la sécurité de la personne, et ce, peu importe le moyen.

Étiquette

Goffman (1973) avance que dans une représentation, il y a ce qui est réel et ce qui est simulé. En général, les gens sont ce qu'ils ont l'apparence d'être. Cette représentation peut s'avérer toutefois tout autre. Dans ces moments, les relations sociales sont combinées, à la façon d'un spectacle théâtral, à des échanges d'actions, de réactions et de répliques accentuées (Goffman, 1973). Pour Goffman (1973), une personne atteinte de troubles mentaux joue son rôle « sans texte » et le scénario prend vie de manière non prévue. Il arrive qu'elle joue son rôle sans se

³⁷ Intervention #26, annexe #3.

³⁸ Voir annexe #1.

rendre compte qu'il y a une représentation. Or, elle peut aussi jouer son rôle selon l'apparence et les normes de conduite que son groupe lui associe. Cette dernière peut incarner son rôle de façon stéréotypée et agir en fonction de ce qui est attendu socialement par les personnes atteintes de troubles mentaux. Goffman (1968; 1973) donne l'exemple de patients psychiatriques dans un institut qui s'approprient leurs diagnostics de manière à configurer leurs actions telle une représentation simulée.

L'estimation de l'état mental d'une personne en crise peut avoir des répercussions importantes sur la vie de l'individu en crise (Laberge et al., 2000). Tel qu'observé avec l'ÉMIP, lors de la rédaction du rapport policier suivant une évaluation impliquant des idées suicidaires, homicidaires ou des symptômes de santé mentale, la personne est catégorisée « état mental perturbé ». Cette étiquette peut être stigmatisante et la suivre au cours de sa vie. L'ÉMIP m'explique que certains employeurs peuvent avoir accès à ce type d'information pouvant nuire à l'embauche (par exemple si l'individu veut devenir policier ou s'engager dans l'armée). L'intervenant jumelé au policier peut toutefois dans ces cas mieux contrôler l'utilisation de cette catégorisation via une évaluation juste et adaptée. Comme Laberge et al. (2000) le soulignent, une personne ayant besoin d'aide peut rapidement être perçue comme un criminel ou un individu marginal.

Lors d'une situation observée³⁹, un homme dans la trentaine se rend au poste de police. Il est un consommateur important de drogues stimulantes. Il a un diagnostic de schizophrénie. Il se dit recherché par des criminels envers qui il a des dettes. La situation de cet homme est particulière selon l'ÉMIP, car il utilise parfois son diagnostic de santé mentale en sa faveur pour obtenir ce qu'il désire, souvent en mettant les professionnels de santé ou policiers en urgence, et ce, pour avoir accès à un lit à l'hôpital. Il peut aussi commettre des crimes mineurs, tels que des vols à l'étalage pour être emprisonné volontairement. Selon l'ÉMIP, il agit ainsi car il a des difficultés importantes d'autonomie. Il s'agit d'un cas récurrent à Sherbrooke et les policiers le connaissent bien depuis plusieurs années. Au départ, alors qu'il était un cas inconnu du réseau de santé et policier, les intervenants des différentes institutions faisaient tout en leur pouvoir pour l'aider. Aujourd'hui, les interactions avec cet individu sont

³⁹ Intervention #2, annexe #3.

différentes. L'ÉMIP l'aide dans le moment présent, mais sait qu'il l'utilise pour éviter ses problèmes. Aujourd'hui, il est perçu comme étant un individu difficile à aider avec peu d'espoir de s'en sortir. Sa situation physique et mentale semble se dégrader, mais chaque fois qu'une ressource lui vient en aide, il ne s'investit pas et retourne à sa situation antérieure. Pour l'instant, il demeure un cas récurrent pour les réseaux de santé et policier. Il semble ardu, tant pour l'ÉMIP que pour d'autres intervenants, de départager le vrai du faux ainsi que d'assurer une aide à long terme.

Chapitre 5 – Les mécanismes du fonctionnement d’une équipe mixte

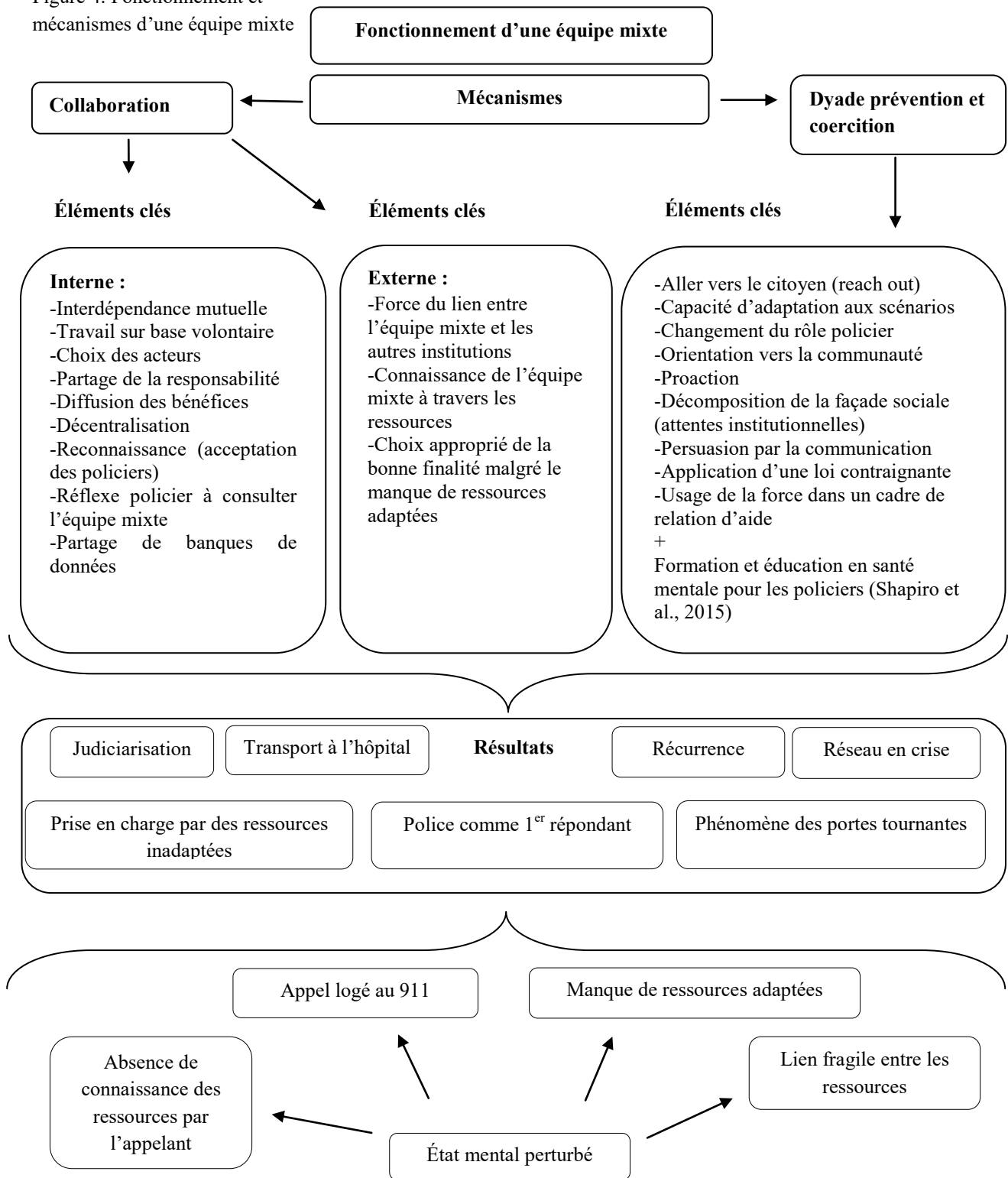
Ce dernier chapitre reprend les troisième et quatrième chapitres pour exposer les principales références mobilisées et créer un assemblage de ce qui structure le fonctionnement de l’équipe mixte étudiée. Tiré de l’espace scénique de l’ÉMIP, il est dégagé deux mécanismes principaux qui mettent en lumière le fonctionnement d’une équipe mixte, répondant au quatrième objectif de ce mémoire qui est de donner un sens aux actions posées par les acteurs d’une équipe mixte. Il s’agit de la collaboration et de la dyade prévention-coercition.

D’abord, revenons sur l’étude de Shapiro et al. (2015) qui souligne les activités et les mécanismes qui mènent vers les finalités visées par une équipe mixte, soit la réduction de la judiciarisation et la diminution du recours à l’hôpital des PEMP. Parmi ces activités, les auteurs parlent d’une formation policière adéquate en santé mentale; d’un fort partenariat entre la police et le réseau de la santé; de l’acceptation du programme au sein des institutions; et de l’engagement de l’équipe mixte dans la communauté. Du côté des mécanismes, les auteurs mentionnent la bonne connaissance des problématiques en santé mentale chez les policiers; le besoin de savoir quand utiliser l’équipe mixte; la connaissance de l’équipe mixte au sein des ressources et du poste de police; et le développement d’un fort lien entre l’équipe mixte et les ressources.

Les résultats de l’étude de Shapiro et al. (2015) sont visiblement en concordance avec ce qui a été observé et analysé jusqu’à présent dans ce mémoire. Or, par le biais de la présente étude qui pose un regard ethnographique sur le travail des équipes mixtes, la compréhension du fonctionnement d’une équipe mixte est davantage approfondie.

Tirée des chapitres d’analyse, la figure 4 de la page suivante assemble chacun des éléments centraux du travail d’une équipe mixte. Partant du fonctionnement de l’ÉMIP, les deux mécanismes principaux sont présentés incluant les concepts clés qui les composent. Par la suite, sont évoqués les résultats produits suite aux interventions d’une équipe mixte. À la manière d’un miroir, ce tableau présente l’engrenage qui se crée lorsqu’une PEMP est répertoriée. Chacun des mécanismes est par la suite discuté.

Figure 4. Fonctionnement et mécanismes d'une équipe mixte



5.1 Deux mécanismes : Collaboration et prévention-coercition

En se référant à la figure 4, le premier mécanisme qui sous-tend le fonctionnement de l'ÉMIP est la collaboration. Cette collaboration est divisée en un partenariat qui se fait à l'interne, soit au sein même de l'équipe mixte, et à l'externe avec les institutions qui entourent ses activités quotidiennes. Puis, le second mécanisme qui ressort de l'analyse des données est la dyade prévention-coercition. En relation avec l'analyse des chapitres précédents, il est distingué que la police en interaction avec des PEMP oscille entre deux rôles. La police partage à la fois un visage de protecteur, comme un visage de coercition (Brodeur, 2003; Wood et Watson, 2016).

5.1.1 1^{er} mécanisme : La collaboration expliquée par le concept d'équipe

Pour faire le pont avec les analyses tirées des chapitres précédents, un concept majeur de la théorie dramaturgique de Goffman (1973) est mobilisé, soit celui d'*équipe*. L'équipe désigne un ensemble de personnes coopérant à la mise en scène d'une routine particulière :

« (...) pouvant être unis par des liens institutionnels ou non, dans un groupe dont l'activité vise à servir des fins individuelles ou collectives, par tous les moyens qui sont en leur pouvoir. Dans la mesure où les individus coopèrent au maintien d'une impression donnée et usent de ce procédé pour atteindre leurs buts, ils constituent ce qu'on a appelé ici une équipe. » (Goffman, 1973, p.86)

Collaboration interne impliquant l'ÉMIP

Pour Goffman (1973), les acteurs d'une équipe sont placés dans une étroite relation d'interdépendance mutuelle. Ils sont obligés de se faire confiance et chacun doit pouvoir compter sur son partenaire. Il en résulte un lien de dépendance réciproque. Selon l'auteur, lorsque les acteurs ont un statut et un rang différents dans une organisation sociale, « on observe que l'interdépendance des acteurs produite par l'appartenance à la même équipe est de nature à contrarier les clivages structurels ou sociaux de l'organisation et à lui fournir un facteur de cohésion » (Goffman, 1973, p.84). Il a été vu en région postérieure que, au-delà des affinités personnelles qui se développent, travailler avec les mêmes membres régulièrement met en place un fonctionnement unifié au sein d'une équipe mixte. La communication et le partenariat réciproque de l'ÉMIP sont au point quand la confiance est mutuelle et que le climat est propice à la discussion.

Devant leur public, les acteurs d'une équipe mixte tentent de produire une impression favorable et de maintenir une définition donnée de la situation (Goffman, 1973). Or, en coulisse, leur façade peut changer et ils ont tendance à se lier par ce que Goffman (1973) appelle la familiarité, et ce, en fonction de la fréquence avec laquelle ils agissent ensemble. Selon l'auteur, au fil du temps, cette familiarité peut se développer en une intimité sans chaleur, tout comme elle peut se transformer en un rapport de liens privilégiés. Pour renforcer leur position d'équipe, la loyauté de chacun des membres prévaut (Goffman, 1973). Comme le mentionne Hugues (1946) dans ses travaux sur la sociologie du travail, une étiquette professionnelle est définie par un ensemble de rites qui se développent pour sauvegarder devant leurs clients la façade demandée par leur profession. Pour que ce soit cohérent entre les membres d'une équipe, les coéquipiers doivent pouvoir compter sur les autres pour jouer correctement leurs rôles. Un désaccord public au sein d'une équipe efface la possibilité d'actions concertées et contredit la définition d'une équipe. Selon Goffman (1973), un ensemble de personnes qui sont différentes les unes des autres peuvent être désireuses de maintenir une distance sociale entre elles quand elles se situent dans une relation de familiarité forcée. Au sein de l'ÉMIP, chacun des acteurs sélectionnés sur une base volontaire manifeste un désir sincère de contribuer à la relation d'aide (annexe #2). Il est possible de croire que forcer un policier ou un intervenant à s'investir dans une équipe mixte pourrait nuire au développement d'une telle initiative. Reste aussi que le choix des acteurs de l'équipe est primordial pour sa pérennité. L'intervenant se doit d'être muni d'une bonne capacité d'adaptation au décor policier. L'environnement prédominant de la police, l'utilisation d'un langage cru et la façon de procéder propre à l'organisation policière sont des aspects avec lesquels un intervenant doit composer pour évoluer au sein d'une équipe mixte. Du côté du policier, il doit laisser place à une ouverture d'esprit face au travail social et à la clientèle auprès de laquelle il doit intervenir. En regard des éléments mentionnés, la sélection des membres d'une équipe mixte peut être à la fois garante de son succès, comme de son échec.

La volonté de la police de conserver certains pouvoirs et une méconnaissance du fonctionnement de l'ÉMIP servent d'explication à la réticence de la mobilisation d'une équipe mixte. Tel que présenté par Dubar et Tripiet (1998), la défense des intérêts professionnels est un enjeu qui s'observe par un désir de monopole de ses activités et de reconnaissance de son

expertise. Pour Brodeur (2003), la perte de pouvoir de la police est étroitement liée au phénomène de décentralisation de leurs services. La décentralisation implique un déplacement du pouvoir et de la prise de décision vers de nouvelles instances (Brodeur, 2003). Pour l'auteur, ce mouvement est une conséquence de l'établissement de partenariats entre la police et d'autres institutions en réponse aux besoins de la communauté. L'auteur mentionne que cette façon de faire doit être bien délimitée pour être efficace. Pour une équipe mixte, ce partage des pouvoirs doit donc être encadré et accepté au sein d'une organisation pour maximiser son potentiel. En outre, une équipe mixte doit être connue et reconnue au sein du poste de police. Pour qu'une équipe mixte vienne offrir son expertise, le policier régulier doit avoir le réflexe de penser à son existence. À Sherbrooke, l'appel de l'ÉMIP se fait via la considération de sa pertinence et de ses méthodes d'intervention orientées vers le besoin de la clientèle ainsi que par la promotion de son fonctionnement.

Collaboration externe impliquant l'ÉMIP

Les organisations sociales qui composent l'environnement de l'ÉMIP sont également définies comme des équipes selon la définition de Goffman (1973). Unis par des liens institutionnels, les acteurs des hôpitaux et des ressources entourant l'ÉMIP constituent des groupes de personnes coopérant à la mise en scène d'une routine particulière et dont l'activité vise à servir des fins individuelles ou collectives.

En apparence, par l'expertise psychosociale et la mission d'une équipe mixte à limiter les transports vers les urgences; à offrir une meilleure prise en charge des PEMP; et à prévenir leur judiciairisation (Landry et al., 2018), l'ÉMIP cadre dans l'objectif du plan d'action (2015-2020) émis par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015)⁴⁰. Le MSSS souhaite, par le développement et la performance des pratiques cliniques et par la prise en charge par les services en santé mentale, que l'individu en crise puisse à nouveau déterminer ses forces et ses besoins, en plus de se responsabiliser et d'utiliser les services à sa disposition. De fait, l'ÉMIP tend à suivre la visée du MSSS par le rétablissement des PEMP en les gérant de manière à améliorer leur expérience de soins. Or, le fonctionnement de l'ÉMIP se tisse sur un filet institutionnel qui laisse paraître certaines failles. Par exemple, lors de transports à

⁴⁰ Voir annexe#1.

l'hôpital, l'apport des compétences de l'intervenant psychosocial dans le domaine de la santé permet de produire une liaison entre l'intervention policière de l'équipe mixte et l'hôpital. En amont, l'individu n'est pas victime d'un service interrompu entre deux institutions distinctes. Il se voit offrir une continuité des services, se retrouvant soutenu par ce partenariat. Or, en aval, le bât blesse. Souvent suite à son hospitalisation, une personne ayant vécu une crise est laissée à elle-même et doit faire ses propres démarches si elle a encore besoin d'aide. À cet effet, la récurrence, le phénomène des portes tournantes ou la mobilisation d'une équipe mixte sont parmi les effets documentés ou observés par le manque de services adaptés (Finn et Sullivan, 1989; Shapiro et al. 2015).

Une des limites existantes sur le territoire de la ville de Sherbrooke contribuant à la judiciarisation et au recours à l'hôpital est le manque de ressources adaptées pouvant prendre en charge des PEMP. Tout comme l'ont montré Finn et Sullivan (1989) ainsi que Fry et al. (2002) dans leurs études, l'ÉMIP voit parfois l'hôpital comme la seule option disponible, même si elle n'est pas la plus adaptée. Lors de moments qui ne sont pas urgents en termes de dangerosité, l'option choisie par l'ÉMIP devient dans ces cas la référence vers une ressource d'hébergement pour sans-abris, même si celle-ci ne comprend pas de professionnels spécialisés en gestion de crise. Un centre de crise offrant de l'hébergement pour ce type de clientèle offrirait un soutien adéquat et donnerait une option de plus à l'ÉMIP. Le choix de la bonne finalité par l'ÉMIP a un impact sur ses futures interventions. Si la ressource choisie n'est pas adaptée aux besoins de la PEMP, l'ÉMIP peut rapidement voir réapparaître dans sa mire cette même personne. Certains cas peuvent mobiliser de multiples équipes (institutions, ressources et individus). Tel qu'il a été discuté au cours des chapitres d'analyse précédents, le réseau de santé, le service de police, les proches des individus en crise subissent les conséquences de la crise vécue par ceux-ci.

Nonobstant l'existence d'une panoplie d'équipes travaillant en intervention en situation de crise, chacune ne connaît pas l'existence des autres pour autant. Bien que l'ÉMIP entretienne des relations quotidiennes avec d'autres équipes telles Urgence-Détresse, l'hôpital, des ressources communautaires spécialisées en hébergement pour sans-abris, JEVI, etc., la connaissance de l'ÉMIP par les autres ressources est encore loin de son apogée. L'existence et le fonctionnement de l'ÉMIP ne sont que très peu connus et compris par ces dernières. Il n'en

demeure pas moins que les résultats présentés aux chapitres 3 et 4 montrent que parmi les ressources qui ont connaissance de l'ÉMIP, une collaboration significative est établie.

5.1.2 2^e mécanisme : La dyade prévention et coercition expliquée par le concept de représentation

En regard de la figure 4, la mise en scène de l'ÉMIP n'inclut pas seulement ses activités hors et sur scène, mais aussi une définition des rôles de chacun des acteurs. Tout comme lors des observations de terrain en milieu policier de Fassin (2011) avec une brigade anti-criminalité en banlieue parisienne ou en contexte d'urgences sociales auprès de sans-abris à Paris de Cefaï et Gardella (2011), le concept de représentation de Goffman (1973) est mobilisé pour comprendre le fonctionnement des équipes d'intervention observées. Selon Goffman (1973), la représentation est une maîtrise de l'impression donnée par un acteur lors de différents procédés de mise en scène. Il indique que, face à son rôle, un acteur :

« (...) demande implicitement à ses partenaires de prendre au sérieux l'impression qu'il produit. Il leur demande de croire que le personnage qu'ils voient possède réellement les attributs qu'il donne l'apparence de posséder; que l'activité qu'il exerce aura effectivement les conséquences qu'elle est implicitement censée entraîner, et que, d'une façon générale, les choses sont bien ce qu'elles ont l'apparence d'être. » (Goffman, 1973, p.25)

Lors de sa représentation, l'acteur a une façade qui n'est nulle autre qu'un appareillage symbolique qui a pour fonction d'établir la définition de la situation qui est proposée aux observateurs (Goffman, 1973). En général, la façade du policier est souvent perçue comme celle de la répression et du contrôle social (Brodeur, 2003). Dans de nombreux travaux empiriques, le travail policier est perçu soit comme coercitif et violent (Westley, 1970) ou comme visant le maintien de l'ordre par la répression de la criminalité (Manning, 1977). Or, un changement culturel dans le rôle du policier est observé (Wood et Watson, 2016). Wood et Watson (2016) exposent dans leur étude qu'un passage du policier «guerrier» vers celui de «gardien» est remarqué. Par son historique, l'orientation de la police en interaction avec une clientèle ayant une problématique en santé mentale peut être comprise par le désir policier d'avoir un rôle de maintien de l'ordre par la protection (guardianship) (Wood et Watson, 2016). Ce rôle considère de plus en plus des valeurs humaines, tels la santé et le bien-être (Wood et Watson, 2016).

Une des façades présentées par la police de Sherbrooke, via la mise sur pied d'une équipe mixte, est celle d'une police axée sur la protection et la prévention, ce qui s'apparente au paradigme de la police de communauté (Brodeur, 2003). Selon Brodeur (2003), cinq critères définissent une police de communauté, soit l'élargissement du mandat de la police, l'approche préventive, l'établissement de partenariats, la décentralisation et l'utilisation d'actions douces. L'exigence de maintenir l'ordre et de résoudre les problèmes de la communauté est une priorité pour une police de communauté. Dans cette optique, une police de communauté cesse d'être un mécanisme dont l'action est presque exclusivement déclenchée par l'extérieur (appels de citoyens) (Brodeur, 2003). Une police de communauté implique une collaboration plus étroite avec les citoyens, les ressources et les autres organismes. Le partenariat s'établit entre la police et des intervenants plus spécialisés tels que les travailleurs sociaux ou d'autres groupes qui constituent un groupe spécialisé (Brodeur, 2003). Cette collaboration entre la police et le public implique aussi que la communauté soit consultée afin de découvrir quels sont ses besoins et ses attentes. Pour l'auteur, il est clair que le mode d'action privilégié de la police de communauté est la persuasion par la communication. Cette façon de faire s'oppose au modèle plus traditionnel de la coercition exercée par le recours à la force. En ce sens, l'ÉMIP confirme par sa représentation qu'elle est orientée vers les citoyens, mettant en évidence une façade de prévention. L'ÉMIP sillonnant les rues dans un objectif d'aller vers les individus dans le besoin montre comment son action proactive sur le terrain entraîne de nouvelles situations d'intervention et favorise la création d'une alliance avec une clientèle vulnérable. Une intervention sur le lieu et au moment de la crise permet d'éviter une intervention future. À cet égard, le déploiement d'une équipe mixte est un mécanisme dont l'action est basée sur la proaction et le désir d'aller vers le citoyen et non seulement par la réaction. Par son partenariat avec le réseau de santé, le travail d'une équipe mixte dévoile une façade de protecteur par la prévention et dévie de l'orientation policière traditionnelle à lutter contre la criminalité.

Hormis une façade de protecteur, une équipe mixte évolue dans un environnement aux différents visages (Brodeur, 2003; Fassin, 2011). Malgré la présence d'un rôle préventif, celui de la coercition n'est pas totalement écarté. La façade [policière] - ayant comme image première celle du contrôle social ou de la répression - est institutionnalisée en fonction des attentes et des tâches qui se doivent d'être accomplies sous son couvert (Goffman, 1973).

Qu'il le désire ou non, l'acteur est contraint d'accomplir sa tâche et de maintenir sa façade (Cefaï et Gardella, 2011). Goffman (1973) indique qu'il est toutefois possible de décomposer une façade sociale. Dans un contexte d'interactions impliquant une équipe mixte, le policier doit décomposer sa façade selon les situations. Bien que son rôle soit orienté vers la relation d'aide dans certains cas, il se doit d'agir en fonction des attentes de l'institution policière (Brodeur, 2003; Wood et Watson, 2016). Au moment d'une intervention de crise, un policier jongle avec plusieurs façades, en oscillant entre relation d'aide et sécurité. Quant à l'intervenant psychosocial, il est confronté à son tour entre les façades d'aide sociale, tout comme celle de coercition (ex. en appliquant la Loi P-38.001).

Un individu en crise peut tomber dans le filet pénal parce que le policier joue le rôle qui est attendu de lui par le modèle traditionnel de la police, soit celui du maintien de l'ordre (Brodeur, 2003; Dubar et Tripiet, 1998; Fassin, 2011). En se basant sur la perception des policiers, la judiciarisation peut être utilisée de manière à contrôler une personne en lui imposant, par exemple, des conditions légales à respecter (Wood et al., 2011). Selon les policiers observés, la judiciarisation permet d'éliminer la récurrence et d'engendrer des effets positifs tels qu'une prise en charge par le système de santé. Or, cette perception des policiers contraste avec la réalité telle que présentée par la recherche empirique. Il est documenté que les effets de la judiciarisation sur des individus ayant des troubles mentaux peuvent être encore plus néfastes que pour d'autres citoyens (Laberge et al., 2000). Il est discuté des effets produits, tels que des difficultés à obtenir de l'aide sociale, la perte de biens et de logement, l'attribution d'un casier judiciaire, l'apposition d'une étiquette de criminel, l'association au caractère dangereux, l'incarcération, etc. (Scheff, 1966; Laberge et al., 2000). Si l'individu a des conditions à respecter suivant une remise en liberté, une escalade dans l'engrenage pénal peut s'en suivre. La littérature scientifique regorge de résultats montrant les conséquences négatives de la judiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux (Bittner, 1967; Dorvil, 2005; Laberge et al., 2000; Scheff, 1966). De facto, une connaissance de la santé mentale est un outil incontournable pour les policiers qui font face aux PEMP (Shapiro et al., 2015). Dans un contexte où une équipe mixte est dépendante et en constante relation avec les policiers réguliers, un savoir général sur la santé mentale et les conséquences de sa judiciarisation engendrent des interventions plus adaptées, en plus d'écarter l'option de

pénalisation (Forchuk et al., 2010). Selon Shapiro et al. (2015), par une connaissance de la santé mentale et de ses enjeux, la reconnaissance des situations où une équipe mixte est pertinente sont mieux ciblées par les policiers, entraînant une diminution du recours au système pénal. En outre, pour pallier à la situation actuelle, des activités de formations et de sensibilisation pourraient seconder les efforts déjà déployés par les intervenants dans leur transmission du savoir aux policiers. Il s'agit par ailleurs d'un aspect négligé par les institutions encadrant l'ÉMIP, qui depuis sa mise sur pied, n'a offert aucune formation standardisée en santé mentale à ses membres policiers.

Tel que mentionnent Cefai et Gardella (2011), dans un rapport de domination symbolique, la prestation de services dans un contexte d'urgence sociale tient à des maximes morales qui promeuvent ce qu'il est bon de faire et ce qu'il faut éviter. Engageant une dimension normative, l'analyse du dispositif et des interactions de l'ÉMIP permet ainsi de dégager des stratégies tant coercitives que préventives.

Conclusion

L'objectif principal de ce mémoire était de comprendre le fonctionnement d'une équipe mixte auprès des PEMP, mais également de décrire les étapes au centre d'une intervention psychosociale, d'identifier les actions fondamentales à chaque étape permettant de compléter l'intervention, de comprendre les interactions entre les parties présentes lors de l'intervention et de mettre en lumière un sens aux actions posées par les acteurs. Cette étude a permis de poser un regard précis sur plusieurs aspects jusqu'ici méconnus des équipes mixtes. Grâce aux allers-retours entre lectures et données recueillies, un dialogue s'est engagé entre les disciplines criminologique et anthropologique. Tout en portant de manière réflexive un regard sur l'intérêt d'investiguer les interactions sociales au cœur des interventions en contexte de crise, l'angle analytique interactionniste choisie a permis de répondre aux objectifs reliés à la compréhension du fonctionnement d'une équipe mixte et a mis en lumière l'engrenage derrière la mise en scène d'une équipe mixte lors de ses activités au quotidien. Par cet angle d'analyse auprès d'une équipe mixte en situation, il a été mis en évidence son dispositif opérationnel pour comprendre le processus d'intervention, mais aussi les interactions et les mécanismes qui sous-tendent son fonctionnement. Il a pu être décrit et interprété comment les arrangements situationnels du dispositif et des interactions s'arriment autour de relations complexes avec l'environnement dans lequel l'équipe évolue. L'observation participante a donné accès à un savoir qu'il n'aurait pas été possible de recueillir par un autre mode de cueillette de données (Beaud et Weber, 2003). Étant donné que les études précédentes portant sur les équipes mixtes sont pour la plupart descriptives ou évaluatives, la méthode utilisée, soit celle de type ethnographique, a rendu compte des expériences et des activités d'une équipe mixte sur le terrain, exposant les ambiguïtés de sa pratique.

Par un angle théorique et méthodologique qui diffère des études précédentes, ce mémoire a comblé un manque de connaissances concernant le rôle des membres d'une équipe mixte, son fonctionnement et les mécanismes qui la sous-tendent. Plutôt que d'aborder l'étude du phénomène des interventions policières auprès des PEMP selon un angle analytique hypothético-déductif (Black, 2010), l'approche sociologique inductive de ce mémoire a permis de comprendre le processus menant aux finalités ressorties dans d'autres études menées

jusqu'à présent. La présente étude montre d'ailleurs que la théorie de Black (2010) n'est peut-être pas la mieux adaptée pour comprendre le déroulement d'interventions policières auprès de personnes qui sont d'emblée socialement éloignées des intervenants. Les policiers ont d'ailleurs tendance à considérer les PEMP comme plus menaçantes et résistantes lors de leur arrestation (Kaminski et al., 2004; Kerr, Morabito, & Watson, 2010; Morabito, Socia, Wik, & Fisher, 2016).

Par une analyse des interactions, ce mémoire a rendu possible la compréhension d'une équipe mixte dans son espace scénique. Dans cet espace hors et sur scène, incluant le décor, la façade et les coulisses, cette étude a mis en lumière deux mécanismes principaux qui approfondissent les connaissances sur le fonctionnement d'une équipe mixte, soit la collaboration et la dyade prévention-coercition. L'identification et la compréhension du rôle des acteurs composant une équipe mixte confirment par leurs représentations une orientation vers les citoyens, mettant au premier plan une façade de prévention. Par son partenariat avec le réseau de santé, le travail d'une équipe mixte dévoile un rôle de protecteur et modifie l'orientation policière traditionnelle qui est de lutter contre la criminalité, alors que le mode d'action privilégié d'une équipe mixte est la persuasion par la communication. Or, une équipe mixte présente également un rôle coercitif, par un usage de la force et de la Loi P-38.001, qui tel qu'observé, est parfois inévitable. Contrairement à certains constats véhiculés par les études portant sur la police (Bittner, 1967; Brodeur, 2003), l'usage de la force n'est pas systématiquement opposé à une prise en charge par le milieu communautaire ou la prévention du recours à l'hôpital. Il existe une escalade de l'usage de la force en vue d'une éventuelle désescalade (Baess, 2005; Shapiro et al., 2015). L'utilisation de machinations protectrices (Goffman, 1991) par les équipes mixtes en témoigne. À l'instar d'autres auteurs ayant utilisé la théorie de Black (2010), la présente étude milite pour des théories interactionnistes de l'intervention policière ou de l'usage de la force (Alpert & Dunham, 2004; Terrill, 2005).

Les résultats de cette étude mettent en évidence les actions proactives d'une équipe mobile. Leurs activités quotidiennes montrent que d'aller vers les individus dans le besoin entraîne de nouveaux scénarios d'intervention et favorisent la création d'une alliance avec une clientèle vulnérable. Une intervention sur le lieu et au moment de la crise permet d'éviter une intervention future. À cet égard, le déploiement d'une équipe mixte est un mécanisme dont

l'action est basée sur la proaction et le désir d'aller vers le citoyen et non seulement par la réaction en situation d'urgence sociale (Brodeur, 2003).

Ainsi, il appert que pour les intervenants psychosociaux de l'ÉMIP, le cadre et les limites ne sont pas encore définis dans l'imposition de leur rôle par rapport aux situations impliquant les policiers réguliers. Il reste à définir jusqu'où les intervenants psychosociaux peuvent s'ingérer lorsqu'ils voient la pertinence de leur intervention. En effet, il a été mis en lumière la prédominance de l'environnement dans lequel l'ÉMIP évolue, soit celui de l'institution policière.

Cette étude pointe une vision du risque différente par la police qui, par ses méthodes traditionnelles, tente de neutraliser le risque (Brodeur, 2003). Une collaboration avec une culture psychosociale engendre plutôt une gestion du risque axée sur le contexte et une évaluation approfondie de l'individu en crise. La mise sur pied d'une équipe mixte entraîne la création de nouveaux scénarios d'intervention et vient parfois briser une scénarisation d'actions policières déjà bien ancrée.

Par l'analyse dégagée de la présente étude, il ressort qu'une équipe mixte doit être connue et reconnue au sein du poste de police pour être utile (Helfgott et al., 2016; Kirst et al., 2015; Kisely et al., 2010). Pour offrir son expertise lors de situations impliquant des PEMP, le policier régulier doit penser à son existence. La mobilisation d'une équipe mobile de ce type se fait via la considération de sa pertinence et de ses méthodes d'intervention ainsi que par la promotion de son fonctionnement, tant au sein de la police que de la communauté dans laquelle elle s'intègre. La judiciarisation de la santé mentale, encore présente dans la conception et la culture policière, est toutefois palliée par la formation d'une équipe mixte. Reliées au phénomène de décentralisation de leurs services (Brodeur, 2003), la volonté de la police de conserver certains pouvoirs et une méconnaissance du fonctionnement de l'ÉMIP servent d'explication à la réticence de la mobilisation d'une équipe mixte. Pour une équipe mixte, ce partage des pouvoirs doit donc être encadré et accepté au sein d'une organisation pour maximiser son potentiel.

Il est relevé dans ce mémoire que pour avoir du succès, une équipe mixte doit être connue et comprise par les autres ressources (Helfgott et al., 2016; Kirst et al., 2015; Kisely et al., 2010).

De cette manière, l'usager au cœur des interventions se voit alors offrir une continuité des services, se retrouvant soutenu par un partenariat non seulement entre le réseau de la santé et la police, mais aussi par l'équipe mixte et les institutions qui l'entourent. Cet aspect montre d'ailleurs que ce partenariat qui favorise une aide psychosociale immédiate et une orientation vers la ressource adaptée réduit les cas récurrents.

Ce mémoire a fait ressortir l'interdépendance entre les policiers et les intervenants psychosociaux, ainsi que la justification des finalités des interventions en contexte de crise, permettant ainsi de comprendre ce qui entraîne le recours au système pénal. Les résultats présentés montrent que le manque de ressources adaptées pouvant prendre en charge les individus en crise ou ayant une problématique en santé mentale contribue à une judiciarisation de ces derniers, mais surtout au recours à l'hôpital. Au quotidien, les acteurs d'une équipe sont placés dans une étroite relation d'interdépendance mutuelle. Le choix des acteurs de l'équipe est primordial pour sa pérennité. Tel que discuté, la sélection des membres d'une équipe mixte est garante de son succès comme de son échec.

La théorie théâtrale de Goffman (1973) a servi de cadre à l'expérience et aux interactions du monde social qui circonscrivent la pratique d'une équipe mixte lors de ses activités routinières. Par la mobilisation de la théorie dramaturgique de Goffman (1973), il a été dégagé qu'une équipe mobile de crise a plusieurs façades, que ce soit entre les membres de son équipe, ou devant les individus en crise et les institutions qui composent son environnement. Les membres d'une équipe mixte coopèrent afin de former un jugement commun sur les cas vus au quotidien, de recroiser leur point de vue et de s'adapter aux scénarios qui se présentent devant eux. Dans la majorité des situations, le théâtre de l'équipe mixte est cohérent et articulé. L'équipe est encore jeune, réunissant deux milieux distincts et impliquant des acteurs aux méthodes d'interventions professionnelles différentes. La pratique d'une équipe mixte prend la forme d'une triade interactionnelle qui se constitue entre les membres d'une équipe mixte, les institutions composant son environnement et les personnes dites en « état mental perturbé ». En ce sens, le fonctionnement d'une équipe mixte s'exerce collectivement avec les institutions qui l'entourent et en coordination avec les individus dans le besoin. Par un partenariat et une collaboration qui se consolident de plus en plus, l'équipe mixte observée doit encore faire sa

place au sein des institutions qui la chapeautent, mais aussi auprès des ressources impliquées dans l'intervention de crise.

Certes, une équipe mixte est orientée vers le bien des usagers de façon à « conduire les conduites » (Foucault, 1994) par des stratagèmes de persuasion relevant du concept de fabrication (Goffman, 1973). En limitant l'usage de la force et du levier de répression, elle n'est cependant pas exempte d'employer des ruses de pouvoir servant à la prise en main des PEMP. Le travail d'une équipe mixte ne se réduit toutefois pas à une entreprise de la moralité (Cefaï et Gardella, 2011). C'est-à-dire qu'il ne faut pas la réduire à une domination par le contrôle social sur des individus qui ont besoin d'être « pris en charge » par la société. Dans une visée de traitement d'un problème public, il s'agit davantage d'un travail de suivi de « veille sociale » (Cefaï et Gardella, 2011). C'est-à-dire qu'à l'épreuve de la détresse vécue par les individus en crise, la parole adéquate et le soutien qu'offre une équipe mobile personnalisent une nouvelle modalité d'investissement social appuyé sur des valeurs de bien-être et de prévention. Tel qu'avancé par Wood et Watson (2016), la mise sur pied d'une équipe mixte tend vers l'enracinement d'un rôle de protecteur proactif pour la police. La pratique d'une équipe mixte s'engage dans une mission de relation d'aide que chacun des acteurs observés semble intégrer, telle une solidarité de la souffrance (Cefaï et Gardella (2011). Tout au long de l'enquête, il ressort un travail d'engagement « allant vers » le citoyen, sur les lieux et au moment de la crise. Une équipe mixte ne s'inscrit pas seulement dans des interactions interpersonnelles, mais aussi institutionnelles. Au-delà de l'écoute, de la création du lien de confiance, de l'évaluation du risque de dangerosité et de l'estimation de l'état mental, une équipe mixte adhère à un rapport de normes reliées à chacune des institutions qui interagissent avec elle. L'ÉMIP éprouve ce qu'il est bon de faire et ce qui doit être évité, et ce, balisée selon des instances légales et professionnelles.

Les difficultés vécues sur le terrain par l'ÉMIP rendent visibles les échecs des autres secteurs. L'embouteillage dans l'offre de service dû à un manque de ressources et de liaisons entre elles en est un exemple. L'initiative de mettre sur pied une équipe mixte est visiblement un des effets du tournant historique de la désinstitutionnalisation et de la prise en charge mésadaptée par la communauté des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Cette situation se répercute en premier lieu sur l'institution policière (Shapiro et al., 2015). À ce jour, la

problématique du policier comme premier répondant face aux urgences sociales impliquant des individus aux prises avec des troubles mentaux ou en crise n'est pas résorbée, mais adaptée selon les supports sociaux existants.

Les résultats de cette étude sont cependant contraints à certaines limites. Même si le temps d'observation effectué surpasse largement ce qui a déjà été produit au Québec lors d'études portant sur les équipes mixtes, les résultats obtenus sont tirés d'un nombre limité d'heures d'observation. La méthode ethnographique encourage l'insertion prolongée du chercheur sur le terrain, ce qui peut comporter plus d'une année d'observation, même au sein du milieu policier (Fassin, 2011; Marks, 2004). Également, l'étude actuelle porte sur une localité bien précise. Tel qu'il a été mentionné au premier chapitre, en milieu policier, la collaboration entre les institutions, la culture organisationnelle, la pratique et la structure peuvent différer d'une localité à l'autre (Lamb et al., 2001; Shapiro et al., 2015). Il devient donc insolite de penser qu'une équipe mixte fonctionne de la même manière, peu importe la localité où elle agit. Celle-ci comprend une démographie et un nombre de citoyens distincts, un service de police qui offre des formations policières adaptées selon les problématiques vécues sur le territoire et des ressources économiques différentes (Forchuk et al., 2010; Kean et al., 2012). Néanmoins, en croisant nos résultats avec ceux d'une étude regroupant les résultats les plus probants provenant des études les plus reconnues au sujet des équipes mixtes à l'échelle mondiale, il est permis d'affirmer que l'analyse présentée ici affiche précisément le fonctionnement d'une équipe mixte de manière à ce que celle-ci puisse être comprise et transposable au sein d'une municipalité similaire. Comme Shapiro et al. (2015) le rapportent dans leur étude, comprendre les mécanismes derrière le fonctionnement des équipes mixtes entraîne des bénéfices importants pour la police et le système de santé et surtout pour les personnes ayant une problématique en santé mentale, et ce, peu importe le point de vue géographique. Finalement, bien que j'aie tenté de me distancer de l'objet d'étude et de dynamiser les résultats de ma démarche par la prise de notes et une préparation au terrain basée sur les écrits de mes prédécesseurs (Lapassade, 2006), il est envisageable que les acteurs observés aient pu jouer avec leur image et exprimer des normes idéales tirées de leur représentation, en dissimulant par exemple des actions incompatibles avec ces normes (Fassin, 2011). Par ses observations lors d'une étude ethnographique menée en milieu policier, Fassin (2011) remarque que la

police présente un discours et un portrait correspondant à ce qu'elle veut bien que les observateurs voient d'elle. Tel qu'utilisé en intervention, le concept de fabrication est aussi utilisable par la police, peu importe l'interlocuteur, chercheurs inclus (Goffman, 1991).

La présente étude ouvre certaines pistes de recherche. Il a été montré que le policier régulier a une grande part de responsabilité quant à la sollicitation de l'équipe mixte (ÉMIP) et d'une ressource spécialisée en intervention de crise (Urgence-Détresse). Un approfondissement des connaissances portant sur le processus décisionnel menant à la mobilisation de ces équipes par les policiers apporterait un éclairage sur cet aspect pratiquement méconnu de la littérature. En outre, il reste à étudier la portée que peut avoir une équipe mixte au sein des institutions policière et de santé avec les ressources en place dans la communauté et pour la clientèle visée. Il serait alors aussi possible d'observer les retombées d'une telle initiative face aux agences déjà implantées dans le réseau de santé publique. L'étude d'une équipe mixte, à long terme, permettrait de dégager les éléments constituant sa pérennité. Considérant le cas de la ville de Sherbrooke, il serait pertinent de se pencher sur la possibilité de la mise sur pied d'un centre de crise comme solution palliant au manque de ressources adaptées. L'une des institutions les plus importantes en relation avec une équipe mixte est l'hôpital. Toutefois, l'ÉMIP n'a pas accès dans l'immédiat aux données hospitalières. Compte tenu de la richesse de l'échange d'informations provenant des institutions respectives des membres de l'équipe mixte, l'accessibilité aux informations hospitalières serait un net avantage dans des moments où aucune information n'est reliée à la PEMP, et ce, en toute considération de la préservation de la confidentialité. Tel qu'il ressort de la présente étude, le fait d'avoir de l'information sur l'individu en crise permet des interventions cohérentes en plus d'éviter certaines finalités indésirables, dont le recours à l'hôpital ou la judiciarisation.

À la lumière de la présente étude, il demeure important de se questionner sur le phénomène de la police comme premier répondant en contexte de crise impliquant des personnes vulnérables aux besoins particuliers. Tel un effet miroir, il pourrait être pertinent de se questionner sur la mise en place d'un programme d'intervention mixte avec pour décor prédominant l'institution de santé plutôt que policière. L'aide sociale serait mise à l'avant-plan dans une optique de promotion de la santé, plutôt que de favoriser le maintien de l'ordre par une entreprise

publique de gestion de la santé de la population (Brodeur, 2003; Massé et Saint-Arnaud, 2003).

Les résultats de cette analyse s'adressent au public en général, mais plus particulièrement à ceux concernés par la question des interventions policières auprès des PEMP, ainsi qu'aux membres d'une équipe mixte eux-mêmes et à ses décideurs. Pour la suite, il demeure clair qu'un partenariat entre la police, le système de santé et le milieu académique est requis pour contribuer au développement des connaissances sur les sujets mentionnés et pour orienter les politiques et les meilleures pratiques (Shapiro et al., 2015; Wood et al., 2011).

Références

- Abbott, S. E. (2011). Evaluating the impact of a jail diversion program on police officer's attitudes toward the mentally ill (Doctoral dissertation, Northeastern University Boston).
- Abramson, M. F. (1972). The criminalization of mentally disordered behavior: possible side-effect of a new mental health law. *Psychiatric Services*, 23(4), 101-105.
- Adelman, J. (2003). Study in Blue and Grey: Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses. Canadian Mental Health Association/Association canadienne pour la santé mentale, BC Division.
- Ailam, L., Rhidi, M., Tortelli, A., & Skurnik, N. (2009, August). Le processus de désinstitutionnalisation. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* (Vol. 167, No. 6, pp. 455-458). Elsevier Masson.
- Aird, G., et A. Amyot. (1981). La psychiatrie communautaire, dans *Psychiatrie Clinique : Approche contemporaine*, sous la direction de P. Lalonde et F. Grunberg, Gaétan Morin éditeur, p. 857-875
- Alpert, G. P., & Dunham, R. G. (2004). Understanding police use of force: Officers, suspects, and reciprocity: Cambridge University Press.
- Augoustinos, M., Walker, I., & Donaghue, N. (2014). *Social cognition: An integrated introduction*. Sage.
- Baba, N. (2015). Représentations sociales de la dangerosité psychiatrique chez les intervenants en santé mentale: une anthropologie du risque.
- Bachrach, L. L. (1976). Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective.

- Baess, E. (2005). Integrated Mobile Crisis Response Team (IMCRT): Review of pairing police with mental health outreach services. *Victoria, BC: Vancouver Island Health Authority.*
- Baillergeau, E. (2012). Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux dans l'intervention en itinérance à Montréal, CREMIS.
- Bar-On, A. (1995). They have their job, we have ours: Reassessing the feasibility of police-social work cooperation. *Policing and Society: An International Journal*, 5(1), 37-51.
- Beaud, S., & Weber, F. (2003). Guide de l'enquête de terrain. *La Découverte, Paris.*
- Bittner, E. (1967). Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons. *Social problems*, 14(3), 278-292.
- Black, D. (2010). *The behavior of law*: Emerald Group Publishing.
- Blais, É., Roy, L., Boivin, R., Leclerc., & Choinière-Tran, K. (2019). Interventions policières auprès des personnes en état mental perturbé.
- Boas, F. (2017). Les limites de la méthode comparative en anthropologie. Dans F. Boas (Éd.), *Anthropologie amérindienne* (pp. 536-547). Paris : Flammarion. (Ouvrage original publié en 1896).
- Borum, R. (1998). Police perspectives on responding to mentally ill people in crisis: Perceptions of program effectiveness. *Behavioral Sciences & the Law*.
- Borum, R. (2000). Improving high risk encounters between people with mental illness and police. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28.
- Boscarato, K., Lee, S., Kroschel, J., Hollander, Y., Brennan, A., & Warren, N. (2014). Consumer experience of formal crisis-response services and preferred methods of crisis intervention. *International journal of mental health nursing*, 23(4), 287-295.
- Brodeur, J. P. (2003). *Les visages de la police: pratiques et perceptions*. PUM.

- Brown, N. E., Hagen, C., Meyers, J., & Sawin, J. (2014). Report on comprehensive study of mental health delivery systems in Iowa.
- Calma, T. (2008). Preventing crime and promoting rights for Indigenous young people with cognitive disabilities and mental health issues.
- Castel, R. 1981. *La gestion des risques : de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris: Éditions de Minuit.
- Céfaï, D., 2003. *L'enquête de terrain*. Paris : La Découverte, 615 p.
- Cefai, D., & Gardella, E. (2011). *L'urgence sociale en action: ethnologie du Samusocial de Paris*. La Découverte.
- Charette, Y., Crocker, A. G., & Billette, I. (2011). The judicious judicial dispositions juggle: characteristics of police interventions involving people with a mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11), 677-685.
- Charette, Y., Crocker, A. G., & Billette, I. (2014). Police encounters involving citizens with mental illness: Use of resources and outcomes. *Psychiatric Services*, 65(4), 511-516.
- Chevrier, J. (2003). La spécification de la problématique. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec*, 51-84.
- Clément, M. (2010). *Construire la dangerosité : Maladie mentale, cure fermée et exclusion*, Les Éditions Universitaires Européennes, Allemagne.
- Corin, E., & Lauzon, G. (1986). Les évidences en questions. *Santé mentale au Québec*, 11(1), 42-58.
- Cross, A. B., Mulvey, E. P., Schubert, C. A., Griffin, P. A., Filone, S., Winckworth-Prejsnar, K., ... & Heilbrun, K. (2014). An agenda for advancing research on crisis intervention teams for mental health emergencies. *Psychiatric Services*, 65(4), 530-536.

- Coleman, T. G., & Cotton, D. (2010). *Police interactions with persons with a mental illness: Police learning in the environment of contemporary policing*. Ottawa: Mental Health Commission of Canada.
- Compton, M. T., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Krishan, S., Stewart, T., Oliva, J. R., & Watson, A. C. (2010). System-and policy-level challenges to full implementation of the Crisis Intervention Team (CIT) model. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 72-85.
- Cotton, D., & Coleman, T. (2006). *Contemporary policing guidelines for working with the mental health system*. Ottawa: Canadian Association of Chiefs of Police.
- Deane, M. W., Steadman, H. J., Borum, R., Veysey, B. M., & Morrissey, J. P. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric services*, 50(1), 99-101.
- Dean, C. W., Lumb, R. C., & Proctor, K. (2000). Social work and police partnership: A summons to the village strategies and effective practices.
- Denzin, N. K. (1973). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Transaction publishers.
- Desmond, M. (2006). Becoming a firefighter. *Ethnography*, 7(4), 387-421.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157.
- Dorvil, H. (1988). L'accueil différentiel de la communauté à l'égard du malade mental. *Santé mentale au Québec*, 13(1), 105-118.
- Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action: quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 209.

- Dorvil, H., & Guttman, H. (1997) 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996. *H. Dorvil, HA Guttman, N. Ricard, N. & A. Villeneuve, Défis de la reconfiguration des services de santé mentale: Québec: Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.*
- Dubar, C., & Tripier, P. (1998). *Sociologie des professions*, coll. « U », Paris, Armand Colin.
- Dumais-Michaud, A.A., Joyal M. & Hallé, T. (2016). Quand l'inacceptable se perpétue.
- Duprey, C. (2011). La révolution psychiatrique au Québec, 1950-1962. De l'asile à la psychiatrie communautaire et l'open-door. *Histoire sociale/Social history*, 44(2), 355-384.
- Ellis, H. A. (2014). Effects of a crisis intervention team (CIT) training program upon police officers before and after crisis intervention team training. *Archives of psychiatric nursing*, 28(1), 10-16.
- Emerson, R., 2003. « Le terrain comme activité d'observation. Perspective ethnométhodologistes et interactionnistes » In *L'enquête de terrain*, D. Céfaï (dir.), Paris : La Découverte, p. 398-424
- Fassin, D. (2011). *La force de l'ordre. Une anthropologie de la police des quartiers*. Seuil.
- Fassin, D. (2016). L'ethnographie retrouvée. *L'Homme*, (3), 287-310.
- Finn, P., & Sullivan, M. (1989). Police handling of the mentally ill: Sharing responsibility with the mental health system. *Journal of Criminal Justice*, 17(1), 1-14.
- Fisher, W. H., Silver, E., & Wolff, N. (2006). Beyond criminalization: Toward a criminologically informed framework for mental health policy and services research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 544-557.
- Fleury, M. J., & Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.

- Forchuk, C., Jensen, E., Martin, M. L., Csiernik, R., & Atyeo, H. (2010). Psychiatric crisis services in three communities. *Canadian Journal of Community Mental Health, 29*(S5), 73-86.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison: histoire de la folie à l'âge classique* (Vol. 169). Paris, Plon [1961].
- Foucault, M., (1994). La gouvernementalité. *Dits et écrits, 3*, 635-657.
- Franz, S., & Borum, R. (2011). Crisis intervention teams may prevent arrests of people with mental illnesses. *Police practice and research: an international journal, 12*(3), 265-272.
- Fry, A. J., O'riordan, D. P., & Geanellos, R. (2002). Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia. *Health & social care in the community, 10*(4), 277-286.
- Goffman, E. 1968. *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris : Les Éditions de Minuit.
- Goffman, E., 1973. *La mise en scène de la vie quotidienne. 1. La présentation de soi*. Paris : Les éditions de minuit, 250 p.
- Goffman, E., 1991. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Les éditions de minuit, 576 p.
- Helfgott, J. B., Hickman, M. J., & Labossiere, A. P. (2016). A descriptive evaluation of the Seattle Police Department's crisis response team officer/mental health professional partnership pilot program. *International Journal of Law and Psychiatry, 44*, 109-122.
- Herrington, V., Clifford, K., Lawrence, P. F., Ryle, S., & Pope, R. (2009). The impact of the NSW police force mental health intervention team: final evaluation report. *New South Wales: Charles Sturt University*.
- Hughes, E. C. (1946). The knitting of racial groups in industry. *American sociological review, 11*(5), 512-519.

- IACP. (2010). Building Safer Communities: Improving Police Response to Persons with Mental Illness.
- Kaminski, R. J., Digiovanni, C., & Downs, R. (2004). The use of force between the police and persons with impaired judgment. *Police Quarterly*, 7(3), 311-338.
- Kean, R., Bornstein, S., & Mackey, S. (2012). Mobile Mental Health Crisis Intervention in the Western Health Region of Newfoundland and Labrador.
- Kerr, A. N., Morabito, M. S., & Watson, A. C. (2010). Police encounters, mental illness, and injury: An exploratory investigation. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 116-132
- Kirst, M. (2014). *Toronto Mobile Crisis Intervention Team (MCIT) program implementation evaluation final report*.
- Kisely, S., Campbell, L. A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D., & Moore, B. (2010). A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 662-668.
- Klein, A. (2017). De la scientificité de la psychiatrie francophone. Unité linguistique et continuité historique des représentations de la santé mentale au Québec entre 1948 et 1960. *Histoire, économie & société*, 36(1), 76-89.
- Laberge, D. (1988). D'une forme instituée à une autre: considérations sur l'analyse de la désinstitutionnalisation. *International Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire*, (19), 33-40.
- Laberge, D., Landreville, P. et Morin, D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81-107.
- Laberge, D., & Morin, D. (1995). The overuse of criminal justice dispositions: Failure of diversionary policies in the management of mental health problems. *International*

Journal of Law and Psychiatry, 18(4), 389-414.

Laing, R., Halsey, R., Donohue, D., Newman, C., & Cashin, A. (2009). Application of a model for the development of a mental health service delivery collaboration between police and the health service. *Issues in mental health nursing*, 30(5), 337-341.

Lamb, H. R., Shaner, R., Elliott, D. M., Decuir, W. J., & Foltz, J. T. (2001). Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police–mental health team. *New directions for mental health services*, 2001(90), 67-76.

Lamb, H. R., Weinberger, L. E., & DeCuir Jr, W. J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric services*, 53(10), 1266-1271.

Landry, M., Blais, É., Chapdelaine, A., Carrier, S. et Elazhary, N. (2018). *Évaluation de l'implantation et des effets d'une équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP) intervenant auprès de personnes en situation de crise sur le territoire de la Ville de Sherbrooke*, Rapport de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 140, p.

Landreville, P., Blankevoort, V., & Pires, A. P. (1981). *Les coûts sociaux du système pénal*. École de criminologie, Université de Montréal.

Lapassade, G., 2006. « L'observation participante » dans *L'observation participante dans les situations interculturelles*. Dirigé par R. Hess et G. Weigand. Paris : Economica Anthropos, p. 14-32

Lauzon, J. (2002). L'application judiciaire de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui: pour un plus grand respect des droits fondamentaux. *RDUS*, 33, 219-399.

Le Breton, D. (2004). *L'interactionnisme symbolique*. Paris, PUF, 250p.

Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24.

- Lee, S., Keating, C., De Castella, A., & Kulkarni, J. (2010). Fitting together the pieces: Collaborative care models for adults with severe and persistent mental illness. *Canberra: National Advisory Council on Mental Health.*
- Lesage, A. (2015). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation de services de psychiatrie communautaire au Québec: Partie I. *Santé mentale au Québec, 40(2)*, 121-135.
- Ligon, J. H. (1997). *Crisis psychiatric and substance abuse services: Evaluation of a community program in an urban setting.*
- Ligon, J., & Thyer, B. A. (2000). Client and family satisfaction with brief community mental health, substance abuse, and mobile crisis services in an urban setting. *Crisis Intervention, 6(2)*, 93-99.
- Malinowski, B. (2001). *Les Argonautes du Pacifique occidental*. Paris : Gallimard. (Ouvrage original publié en 1922).
- Manning, P. K. (1977). *Police work: The social organization of policing* (p. 178). Cambridge, MA: mit Press.
- Marks, M. (2004). Researching Police Transformation The Ethnographic Imperative. *British Journal of Criminology, 44(6)*, 866-888.
- Massé, R., & Saint-Arnaud, J. (2003). *Éthique et santé publique: enjeux, valeurs et normativité*. Presses Université Laval.
- Matheson, F. I., Creatore, M. I., Gozdyra, P., Moineddin, R., Rourke, S. B., & Glazier, R. H. (2005). Brief Reports: Assessment of Police Calls for Suicidal Behavior in a Concentrated Urban Setting. *Psychiatric Services, 56(12)*, 1606-1609.
- Menzie, R.J. et Webster, C.D. (1995). Construction and validation of risk assessments in a sixyear follow up of forensic patients: A tridimensional analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 766-778.

- Meyor, C. (2005). Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique. *Recherches qualitatives*, 103-118.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Morabito, M. S., & Socia, K. M. (2015). Is dangerousness a myth? Injuries and police encounters with people with mental illnesses. *Criminology & Public Policy*, 14(2), 253-276.
- Morabito, M. S., Socia, K., Wik, A., & Fisher, W. H. (2016). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Morgan, G., & Smircich, L. (1980). The case for qualitative research. *Academy of management review*, 5(4), 491-500.
- Murchinson, J. (2010). *Ethnography Essentials: Designing, Conducting, and Presenting Your Research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain. *Enquête*, 1, 71-109.
- Otero, M., & Dugré, G. (2012). Les usages des autorisations judiciaires de traitement psychiatrique à Montréal: entre thérapeutique, contrôle et gestion de la vulnérabilité sociale. *Montréal, Éditions Action Autonomie*.
- Page, J. C. (1961). *Les fous crient au secours: (temoignage d'un ex-patient de saint-jean-de-dieu)-postface du Dr Camille Laurin*. Éditions du Jour.
- Park, R. E. (1950). *Race and culture*. Free Press, 403p.
- Patterson, G. T. (2004). Police–Social Work Crisis Teams: Practice and Research Implications. *Stress, Trauma, and Crisis*, 7(2), 93-104.

- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy: A realist perspective*. London: Sage Publications.
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness. *Law and Human Behavior*, *38*(5), 439-449.
- Poirier, M., Gagné, J. et H. Dorvil (1989). De l'État-providence à l'Etat-limite : la nouvelle *Politique de santé mentale* du Québec, *Nouvelles pratiques sociales*, Vol. 2, No 1, p. 165-176.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J.-P. D. J. Poupart, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayers et A. Pires (Ed.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal: Gaétan Morin.
- Ratansi, S. (2005). *Specialized response programs: Police handling of encounters involving persons with mental disorders* (Doctoral dissertation, University of Cincinnati).
- Reuland, M. M. (2004). *A guide to implementing police-based diversion programs for people with mental illness*. Delmar, NY: Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion.
- Rogers, A. (1990). Policing mental disorder: controversies, myths and realities. *Social Policy & Administration*, *24*(3), 226-236.
- Rosenbaum, N. (2010). Street-level psychiatry—A psychiatrist's role with the Albuquerque police department's crisis outreach and support team. *Journal of Police Crisis Negotiations*, *10*(1-2), 175-181.
- Rossler, M. T., & Terrill, W. (2017). Mental illness, police use of force, and citizen injury. *Police Quarterly*, *20*(2), 189-212.
- Saunders, J. A., & Marchik, B. M. (2007). Building community capacity to help persons with mental illness: A program evaluation. *Journal of Community Practice*, *15*(4), 73-96.

- Schank, R., & Abelson, R. (1977), Scripts, plans, goals and understanding: An inquiry into human knowledge. Hillsdale: Erlbaum,, New Haven, 151-157
- Scheff, T. J. (1966). *Being mentally ill: A sociological theory*. Transaction Publishers.
- Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: Effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric Services*, 51(9), 1153-1156.
- Séguin, M. (2012). Quelles sont les spécificités associées à l'intervention en situation de crise en fonction des facteurs de risque?. " *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*.
- Service de police de la ville de Montréal, (2013), L'intervention policière auprès de personnes mentalement perturbées ou en crise, plan d'action stratégique en matière de santé mentale 2013-2015 du SPVM, Montréal, 13p.
- Service de police de la ville de Montréal (2016). Repéré à <https://www.spvm.qc.ca/fr/Pages/Decouvrir-le-SPVM/Qui-fait-quoi/Urgences-psychosociales--ESUP>
- Shapiro, G. K., Cusi, A., Kirst, M., O'Campo, P., Nakhost, A., & Stergiopoulos, V. (2015). Co-responding police-mental health programs: a review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 606-620.
- St-Denis, K. (2018). La mobilisation des savoirs lors de recherches ethnographiques. Illustrations à partir de terrains chez les pompiers et paramédics du Québec. *Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances*, 5(1), 64-86.
- Steadman, H. J., Deane, M. W., Morrissey, J. P., Westcott, M. L., Salasin, S., & Shapiro, S. (1999). A SAMHSA research initiative assessing the effectiveness of jail diversion programs for mentally ill persons. *Psychiatric Services*, 50(12), 1620–1623.
- Steadman, H. J., Deane, M. W., Borum, R., & Morrissey, J. P. (2000). Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies. *Psychiatric*

Services, 51(5), 645-649.

Teplin, L. A. (1983). The criminalization of the mentally ill: speculation in search of data. *Psychological Bulletin*, 94(1), 54.

Teplin, L. A., & Pruett, N. S. (1992). Police as streetcorner psychiatrist: Managing the mentally ill. *International journal of law and psychiatry*, 15(2), 139-156. Tremblay, M. (1996). Virage ambulatoire à Québec: l'équilibre en tête. *Santé mentale au Québec*, 21(1).

Terrill, W. (2005). Police use of force: A transactional approach. *Justice quarterly*, 22(1), 107-138.

Terrill, W., & Mastrofski, S. D. (2002). Situational and officer-based determinants of police coercion. *Justice quarterly*, 19(2), 215-248.

Thompson, S. (2014). *Policing Vancouver's Mentally Ill: The Disturbing Truth: Beyond Lost in Transition*.

Van Maanen, J. (1988). *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago guides to writing, editing.

Wallot, H. A. (1988). Pour un bilan des services psychiatriques et de santé mentale au Québec. *Santé mentale au Québec*, 13(2), 21-34.

Warren, C. A. (1981). New forms of social control: The myth of deinstitutionalization. *American Behavioral Scientist*, 24(6), 724-740.

Watson, A. C., & Fulambarker, A. J. (2012). The Crisis Intervention Team Model of Police Response to Mental Health Crises. *Best practices in mental health*, 8(2), 71-81.

Watson, A. C., Morabito, M. S., Draine, J., & Ottati, V. (2008). Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT. *International journal of law and psychiatry*, 31(4), 359-368.

- Westley, W. A. (1970). *Violence and the police: A sociological study of law, custom, and morality* (Vol. 28). Cambridge, MA: Mit Press.
- White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 77-97.
- Wood, J., Swanson, J., Burris, S., & Gilbert, A. (2011). Police interventions with persons affected by mental illnesses: a critical review of global thinking and practice. *Rutgers University, New Jersey: Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Research*.
- Wood, J. D. et Watson, A. C. (2016). Improving police interventions during mental health-related encounters: past, present and future. *Policing and Society*, 1-11.
- Young, M. (1991). *An inside job: Policing and police culture in Britain*. Oxford University Press, USA.

Annexe #1

Orientation du plan d'action en santé mentale 2015-2020

Le plan d'action en santé mentale (2015-2020) est présenté ici pour montrer les orientations politiques qui guident la pratique et qui encadrent les attentes des professionnels de la santé quant aux interventions auprès d'individus atteints de troubles mentaux. À la lecture du plan d'action actuel (2015-2020), le ministère de la Santé et des Services (MSSS) met l'accent sur la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté dans le but de protéger ses droits et de l'impliquer dans la planification des services et de l'organisation dans laquelle elle évolue. Le MSSS met également l'emphase sur le partenariat entre les usagers, les médecins, les ressources et les autres établissements de soins. Le plan d'action actuel vise à soutenir les organismes communautaires financièrement et à développer les services impliqués dans le soutien des personnes présentant un risque suicidaire (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Le MSSS dit vouloir appliquer une approche orientée vers le rétablissement. C'est-à-dire que l'accent est mis sur la reprise du contrôle de la vie de la personne pour lui permettre de participer à la vie collective. Le plan d'action vise donc que la personne atteinte de troubles mentaux développe ses habiletés, détermine ses forces et besoins, se responsabilise et utilise les services à sa disposition (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Bref, jusqu'en 2020, c'est avec de grandes ambitions et des objectifs larges que ce plan d'action s'articule autour de quatre orientations. Le MSSS souhaite tout d'abord affirmer la primauté des personnes ayant une problématique en santé mentale en faisant d'eux leur priorité. Il tente aussi d'assurer des soins de qualité tout au long de la vie de ces personnes. Il désire également gérer ces personnes de manière à améliorer leur expérience de soins. Finalement, il souhaite assurer le développement et la performance des pratiques cliniques et de la prise en charge par les services en santé mentale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015).

Politiques et cadre législatif actuel

Dans toutes sociétés, pour répondre aux normes communes et aux valeurs prônées collectivement, les dysfonctionnements et les vulnérabilités sont pris en charge par la communauté, et plus spécifiquement lorsque les variables de risque, de danger, d'immédiateté et d'incertitude sont présentes, l'intervention de la police est favorisée (Otero et Kristoffersen-Dugré, 2012). Pour Otero et Kristoffersen-Dugré (2012), la disponibilité et la capacité légale d'agir de cette institution la placent au premier plan lorsqu'une situation est qualifiée d'urgente. Au Québec, depuis les années 1990, des efforts ont été faits pour réduire l'usage de la police et du système pénal comme réponse aux situations d'urgence liées à l'état mental d'une personne. C'est dans un principal objectif de déjudiciarisation que la Loi P-38.001- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* - redéfinit les règles, les pouvoirs et les procédures du processus d'internement civil lorsqu'une personne présente un risque de dangerosité dû à un état mental perturbé.

Dans ce cadre, la section suivante présente les lois encadrant les interventions auprès des personnes atteintes de troubles mentaux, soit la Loi P-38.001, le Code civil du Québec et la Loi sur la police, pour ensuite faire un bref survol du plan d'action en santé mentale (2015-2020) mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Lois encadrant les interventions auprès des personnes atteintes de troubles mentaux

C'est en 1972 qu'une loi donnant un statut à l'individu atteint de problèmes de santé mentale est sanctionnée : la *Loi sur la protection du malade mental*. Quelques années plus tard, la *Charte des Droits et libertés de la personne* est adoptée (1975) et confère la liberté et l'intégrité physique de la personne atteinte de troubles mentaux ainsi que sa protection contre tous abus (Fleury et Grenier, 2004). Pour Lauzon (2002), dans l'évolution de la pensée concernant les valeurs de la société québécoise envers les personnes atteintes de maladies mentales, la *Loi sur la protection du malade mental*, depuis son adoption, a toujours été remise en question. C'est seulement vers la fin des années 1990 qu'elle a été réévaluée en profondeur. Elle a été finalement remplacée, en 1998, par la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (RLRQ P-38.001). Pour Lauzon (2002), cette loi a permis une uniformisation du droit québécois quant à l'internement civil

d'une personne dans un établissement de santé ou de services sociaux. Cet internement civil (ou garde en établissement) est depuis régi par trois sources législatives, soit le Code civil du Québec, le Code de procédure civile et la Loi P-38.001. Quant à cette dernière, elle tend à établir un équilibre entre la protection de la société et la protection des droits et libertés des personnes ayant une problématique en santé mentale (Lauzon, 2002).

La notion de consentement est au cœur de l'application de la Loi P-38.001. Cette notion est décrite dans le Code civil du Québec. Tel que prévu par l'article 10 du C.c.Q., « toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ». L'article 11 du C.c.Q rajoute que « nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement ». Finalement, l'article 26 du C.c.Q indique que « nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise ». Or, la Loi P-38.001 est une disposition permettant d'outrepasser les indications de ces articles de loi. En effet, cette loi est une disposition légale permettant de faire abstraction au consentement. Elle demeure toutefois l'exception à la règle, car elle contrevient aux libertés et à l'intégrité physique de la personne atteinte de troubles mentaux (RLRQ., chapitre P-38.001).

Une modification importante de la Loi P-38.001 par rapport à la *Loi sur la protection du malade mental* de 1972 est inscrite à son article 8. L'article 8 de la Loi P-38.001 se lit comme suit : « Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6 ». L'article 6 mentionne que « seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique ». L'article 8 précise également que le policier doit intervenir « à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui »; ou « à la

demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui » (RLRQ., Chapitre P-38.001). Cependant, même s'il est possible d'outrepasser le consentement de la personne pour estimer son risque de dangerosité, la Loi P-38.001 ne permet pas de forcer la personne à se soumettre à un traitement médical. L'ancienne loi (*Loi sur la protection du malade mental*) faisait référence non pas à une « garde », mais à une « cure fermée », ce qui impliquait autant la garde en établissement que le traitement contre la volonté de l'individu. Aujourd'hui, la Loi P-38.001 exclut le traitement contre le gré de la personne. Il existe néanmoins d'autres instruments légaux permettant de forcer un traitement, telles les autorisations judiciaires de soins (Otero et Kristoffersen-Dugré, 2012). Seul le critère de dangerosité est considéré pour appliquer cette loi. Or, la Loi P-38.001 ne définit pas ce qu'est la dangerosité. C'est plutôt le Code civil du Québec qui la décrit aux articles 26 et suivants. Le danger doit menacer la personne ou autrui et doit être grave et imminent. En plus d'être non-hypothétique, il doit être constaté dans l'immédiat (Dumais-Michaud, Joyal et Hallé, 2016).

Une fois la personne transportée dans un établissement de santé prévu par la loi, un psychiatre doit déterminer si l'individu représente un danger pour lui-même ou pour autrui. Le contenu des examens psychiatrique est défini à l'article 29 du C.c.Q ainsi qu'à l'article 3 de la Loi P-38.001 (voir Annexe 1). La Loi P-38.001 prévoit ensuite trois types de gardes : la garde préventive, provisoire et autorisée. Les articles 6 à 8 de la Loi P-38.001 et les articles 27 et 28 du C.c.Q régissent les gardes préventive et provisoire. Les articles 9 à 13 de la Loi P-38.001 et l'article 30 du C.c.Q régissent la garde autorisée (voir Annexe 1).

La garde préventive

La Loi P.38.001 stipule qu'à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise ou, si celui-ci n'est pas disponible, d'un parent, du tuteur ou de toute autre personne intéressée (décrite à l'article 15 du C.c.q), le policier doit transporter la personne sans son consentement et sans autorisation du tribunal dans un établissement hospitalier. Le policier

doit absolument avoir des motifs sérieux pour agir ainsi. Il doit être certain qu'en raison de l'état mental de la personne, cette dernière présente un danger grave et immédiat. La garde préventive se voit ainsi être l'exception dans l'exception, car l'on force un individu contre son gré à être interné, sans passer par la Cour. Ce type de garde ne peut excéder 72 heures et la personne ne peut être soumise à un examen psychiatrique sans son accord libre et éclairé. Ainsi, elle doit être informée du fonctionnement de la Loi P-38.001 et connaître tous les ressorts, les avantages et les inconvénients qu'implique l'évaluation psychiatrique. Précisément, elle doit comprendre le déroulement des procédures : l'évaluation psychiatrique comporte deux examens psychiatriques menés par deux psychiatres différents. Si elle est perçue comme dangereuse, l'établissement déposera une requête à la Cour du Québec pour qu'elle soit gardée à l'aile de psychiatrie de l'hôpital, et ce, pour une période allant généralement entre 21 et 30 jours; la personne recevra un avis de signification⁴¹ pour qu'elle puisse préparer sa défense. L'avocat de l'établissement présentera le contenu des examens à la Cour pour soutenir la requête de garde en établissement et si l'un des deux examens conclut que celle-ci n'est pas dangereuse pour elle-même ou pour autrui, elle devra être immédiatement libérée. Si la personne refuse l'évaluation psychiatrique, l'établissement peut déposer une requête de garde provisoire pour l'obliger à s'y soumettre. Finalement, si la personne reçoit une signification pour une audience, elle pourra contacter un avocat (Dumais-Michaud et al., 2016).

L'article 14 de la Loi P-38.001 fait part des devoirs du policier qui transporte une personne à l'hôpital. En effet,

« L'agent de la paix qui agit en vertu de l'article 8 ou la personne qui, conformément à une ordonnance du tribunal, amène une personne auprès d'un établissement pour qu'elle soit gardée afin de subir une évaluation psychiatrique doit l'informer de ce fait, du lieu où elle est amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. Il demeure responsable de cette personne jusqu'à ce que celle-ci soit prise en charge par l'établissement. » (Loi P-38.001, article 14).

⁴¹ Avant de présenter une demande de garde devant le juge, la personne doit être informée au moins deux jours à l'avance qu'une requête est déposée contre elle, du moment et du lieu de l'audience et de la raison de cette demande (Dumais-Michaud et al., 2016).

La garde provisoire

La garde provisoire est utilisée lorsque la personne refuse de se soumettre à une évaluation psychiatrique. Dans ce cas, l'établissement de soins peut déposer une requête à la Cour du Québec. Il doit être démontré, par des faits récents ainsi que par des comportements observables (idées suicidaires, désorganisation, menaces ou violence envers soi-même ou autrui), que la personne représente un danger en raison de son état mental. Si le juge ordonne l'évaluation psychiatrique, la garde provisoire ne peut excéder 96 heures, ou 48 heures si la personne était déjà en garde préventive (Dumais-Michaud et al., 2016).

La garde autorisée

Après deux examens psychiatriques, si la personne est évaluée dangereuse pour elle-même ou pour autrui, un juge de la Cour du Québec peut ordonner une garde en établissement prolongée. L'hôpital requérant demande en moyenne entre 21 et 30 jours. La personne est alors informée sur ses droits et recours, du lieu où elle se trouve et du motif de la garde. Il est possible que la garde soit renouvelée pour une durée variant entre 1 et 3 mois. Suite à l'ordonnance de garde autorisée, une nouvelle évaluation psychiatrique est prévue dans les 21 jours. Par la suite, elle est prévue tous les 3 mois (Dumais-Michaud et al., 2016).

Une garde en établissement se termine lorsque le congé est accordé par le médecin; si les délais sont expirés; si les examens psychiatriques ne sont pas produits ou par une décision du Tribunal (Dumais-Michaud et al., 2016).

Les obligations et devoirs des policiers

Finalement, la Loi sur la police encadre la pratique policière. La mission du policier est décrite à l'article 48 :

« Les corps de police, ainsi que chacun de leurs membres, ont pour mission de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique, de prévenir et de réprimer le crime et, selon leur compétence respective énoncée aux articles 50, 69 et 289.6, les infractions aux lois ou aux règlements pris par les autorités municipales, et d'en rechercher les auteurs. Pour la réalisation de cette mission, ils assurent la sécurité des personnes et des biens, sauvegardent les droits et les libertés, respectent les victimes et sont attentifs à leurs besoins, coopèrent avec la communauté dans le respect du

pluralisme culturel. Dans leur composition, les corps de police favorisent une représentativité adéquate du milieu qu'ils desservent » (RLRQ, chapitre P-13.1).

La Loi P-38.001 : Une loi controversée

Pour Menzie et Webster (1995), l'évaluation de l'état mental d'une personne n'est pas un processus simple et est plutôt subjective en raison de l'interprétation des symptômes, des faits et de la situation. De plus, selon ces auteurs, les professionnels devant évaluer la dangerosité auraient une importante difficulté à quantifier le risque. Clément (2010) rappelle que la notion de dangerosité est mal définie et reste vague. La littérature scientifique mentionne que les critères de dangerosité évoqués par la Loi P-38.001 ne sont pas objectifs (Clément, 2010). Dans un rapport de recherche menée par Dumais-Michaud et al. (2016) sur l'application de la Loi P-38.001, des résultats préoccupants ressortent, montrant un nombre important de violations autour de cette loi. Les auteurs relèvent que malgré son caractère d'exception, une augmentation constante de son utilisation ainsi qu'une tolérance généralisée de son application est remarquée. Le rapport critique le fait que cette loi permette une suspension des droits fondamentaux des personnes, de manière préventive, en se basant sur un danger potentiel, sans que des crimes ne soient commis. Quant à la garde de ces personnes dans des établissements prévus par la loi (le plus souvent dans des centres hospitaliers), les auteurs constatent une surutilisation de la garde préventive par certains hôpitaux. Effectivement, entre les années 2013 et 2014, les six établissements de Montréal à l'étude ont utilisé ce type de garde à 5621 occasions. Le CHUM et l'Hôpital Jean-Talon à eux seuls ont fait appel à la garde préventive à 4164 reprises. Ce qui est inquiétant pour les auteurs, c'est la disproportion de ces deux établissements avec les autres. D'autant plus qu'en menant leur étude sur les différents établissements utilisant les différents types de gardes, ils ont remarqué que la pratique n'est pas standardisée. En effet, l'enregistrement des données en lien avec l'utilisation de ces types de gardes se fait de façon différente d'un hôpital à l'autre et de façon incomplète. Dans certains cas, les auteurs ont relevé une absence totale des données. De plus, plusieurs hôpitaux ont même une absence de protocole quant à l'application de la Loi P-38.001 (Dumais-Michaud et al., 2016).

Dumais-Michaud et al. (2016) arrivent également à des questionnements quant à l'obtention du consentement libre et éclairé pour procéder aux examens psychiatriques. Selon leur étude, les raisons pour lesquelles des personnes venant tout juste de s'opposer à l'hospitalisation acceptent deux examens psychiatriques peu de temps après ce refus ne sont pas claires. Aussi, les auteurs s'interrogent à savoir si les personnes savent réellement qu'elles sont en train de subir un examen psychiatrique et si elles sont informées adéquatement de la portée de ce dernier, sachant que les résultats des examens psychiatriques peuvent servir en cour si l'établissement fait une demande de garde autorisée. De plus, les auteurs montrent qu'il est difficile pour les patients psychiatriques de faire valoir leurs droits ou de dénoncer les conditions dans lesquelles ils vivent quotidiennement. L'information pouvant aider ces personnes dans leur défense ne leur est pas transmise. Les conclusions de ce rapport montrent également des problèmes importants quant aux délais prévus par la Loi P-38.001. En réalité, les personnes sont détenues plusieurs jours de plus que ce permet la loi, ce qui, selon les auteurs, s'apparente fortement à des détentions illégales.

Selon Dumais-Michaud et al. (2016), en faisant obstacle aux droits et libertés défendus par la Charte des droits et libertés de la personne ainsi qu'au droit à l'inviolabilité de la personne et de son intégrité en vertu du Code civil du Québec, la Loi P-38.001 est une loi d'exception. Pour qu'elle soit appliquée, il ne doit exister aucune solution alternative. Malgré son caractère d'exception, les auteurs relatent que le nombre de requêtes globales de tous types de gardes déposés à la ville de Montréal dans un but de traitement sous contrainte ne fait qu'augmenter significativement d'une année à l'autre, et ce, même si les libertés fondamentales des personnes sont suspendues.

Loi P-38.001

6. Seuls les établissements exploitant un centre local de services communautaires disposant des aménagements nécessaires ou un centre hospitalier peuvent être requis de mettre une personne sous garde préventive ou sous garde provisoire afin de lui faire subir un examen psychiatrique.

1997, c. 75, a. 6.

7. Tout médecin exerçant auprès d'un tel établissement peut, malgré l'absence de consentement, sans autorisation du tribunal et sans qu'un examen psychiatrique ait été effectué, mettre une personne sous garde préventive dans une installation maintenue par cet établissement pendant au plus soixante-douze heures, s'il est d'avis que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Le médecin qui procède à la mise sous garde de cette personne doit immédiatement en aviser le directeur des services professionnels ou, à défaut d'un tel directeur, le directeur général de l'établissement.

À l'expiration de la période de 72 heures, la personne doit être libérée, à moins qu'un tribunal n'ait ordonné que la garde soit prolongée afin de lui faire subir une évaluation psychiatrique. Toutefois, si cette période se termine un samedi ou un jour férié, qu'aucun juge compétent ne peut agir et que cesser la garde présente un danger, celle-ci peut être prolongée jusqu'à l'expiration du premier jour ouvrable qui suit.

1997, c. 75, a. 7; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

8. Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne auprès d'un établissement visé à l'article 6:

1° à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui;
2° à la demande du titulaire de l'autorité parentale, du tuteur au mineur ou de l'une ou l'autre des personnes visées par l'article 15 du Code civil, lorsqu'aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible, en temps utile, pour évaluer la situation. Dans ce cas, l'agent doit avoir des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne concernée présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne est amenée doit la prendre en charge dès son arrivée et la faire examiner par un médecin, lequel peut la mettre sous garde préventive conformément à l'article 7.

Dans le présent article, on entend par «service d'aide en situation de crise» un service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation de services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

1997, c. 75, a. 8.

9. Seuls les établissements exploitant un centre hospitalier, un centre de réadaptation, un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un centre d'accueil et disposant des aménagements nécessaires pour recevoir et traiter les personnes atteintes de maladies mentales peuvent être requis de mettre une personne sous garde à la suite du jugement du tribunal rendu en application de l'article 30 du Code civil.

1997, c. 75, a. 9.

10. Lorsque le tribunal a fixé la durée d'une garde à plus de 21 jours, la personne sous garde doit être soumise à des examens périodiques, destinés à vérifier si la garde est toujours nécessaire, dont les rapports doivent être établis aux échéances suivantes:

1° 21 jours à compter de la décision prise par le tribunal en application de l'article 30 du Code civil;

2° par la suite, à tous les trois mois.

Les rapports de ces examens psychiatriques sont conservés par l'établissement au dossier de la personne.

1997, c. 75, a. 10.

11. Une personne sous garde peut, à sa demande, être transférée auprès d'un autre établissement, si l'organisation et les ressources de cet établissement le permettent. Sous cette même réserve, le médecin traitant peut transférer cette personne auprès d'un autre établissement qu'il juge mieux en mesure de répondre à ses besoins. Dans ce dernier cas, le médecin doit obtenir le consentement de la personne concernée, à moins que ce transfert soit nécessaire pour assurer sa sécurité ou celle d'autrui. La décision du médecin à cet égard doit être motivée et inscrite au dossier de la personne.

Aucun de ces transferts ne peut avoir lieu sans que le médecin traitant atteste, par un certificat motivé, que selon lui cette mesure ne présente pas de risques sérieux et immédiats pour cette personne ou pour autrui.

Si le transfert a lieu, la garde se continue auprès du nouvel établissement, auquel est transmise une copie du dossier de la personne sous garde.

1997, c. 75, a. 11.

12. La garde prend fin sans autre formalité:

1° aussitôt qu'un certificat attestant qu'elle n'est plus justifiée est délivré par le médecin traitant;

2° dès l'expiration d'un délai prévu à l'article 10, si aucun rapport d'examen psychiatrique n'a alors été produit;

3° dès la fin de la période fixée dans le jugement qui l'a ordonnée;

4° par décision du Tribunal administratif du Québec ou d'un tribunal judiciaire.

1997, c. 75, a. 12.

13. Lorsqu'une personne cesse d'être sous garde, mais doit être détenue ou hébergée autrement que sous le régime de la présente loi, l'établissement doit prendre les moyens requis pour confier cette personne à une personne responsable du lieu de détention ou du lieu d'hébergement approprié.

1997, c. 75, a. 13.

Code civil du Québec

10. Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité.

Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

1991, c. 64, a. 10.

11. Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf

disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement.

Si l'intéressé est inapte à donner ou à refuser son consentement à des soins et qu'il n'a pas rédigé de directives médicales anticipées en application de la Loi concernant les soins de fin de vie (chapitre S-32.0001) et par lesquelles il exprime un tel consentement ou un tel refus, une personne autorisée par la loi ou par un mandat de protection peut le remplacer.

1991, c. 64, a. 11; 2014, c. 2, a. 65; N.I. 2016-01-01 (NCPC).

26. Nul ne peut être gardé dans un établissement de santé ou de services sociaux, en vue d'une évaluation psychiatrique ou à la suite d'une évaluation psychiatrique concluant à la nécessité d'une garde, sans son consentement ou sans que la loi ou le tribunal l'autorise.

Le consentement peut être donné par le titulaire de l'autorité parentale ou, lorsque la personne est majeure et qu'elle ne peut manifester sa volonté, par son mandataire, son tuteur ou son curateur. Ce consentement ne peut être donné par le représentant qu'en l'absence d'opposition de la personne.

1991, c. 64, a. 26; 1997, c. 75, a. 29.

27. S'il a des motifs sérieux de croire qu'une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, le tribunal peut, à la demande d'un médecin ou d'un intéressé, ordonner qu'elle soit, malgré l'absence de consentement, gardée provisoirement dans un établissement de santé ou de services sociaux pour y subir une évaluation psychiatrique. Le tribunal peut aussi, s'il y a lieu, autoriser tout autre examen médical rendu nécessaire par les circonstances. Si la demande est refusée, elle ne peut être présentée à nouveau que si d'autres faits sont allégués.

Si le danger est grave et immédiat, la personne peut être mise sous garde préventive, sans l'autorisation du tribunal, comme il est prévu par la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (chapitre P-38.001).

1991, c. 64, a. 27; 1997, c. 75, a. 30.

28. Lorsque le tribunal ordonne une mise sous garde en vue d'une évaluation psychiatrique, un examen doit avoir lieu dans les 24 heures de la prise en charge par l'établissement de la personne concernée ou, si celle-ci était déjà sous garde préventive, de l'ordonnance du tribunal.

Si le médecin qui procède à l'examen conclut à la nécessité de garder la personne en établissement, un second examen psychiatrique doit être effectué par un autre médecin, au plus tard dans les 96 heures de la prise en charge ou, si la personne était initialement sous garde préventive, dans les 48 heures de l'ordonnance.

Dès lors qu'un médecin conclut que la garde n'est pas nécessaire, la personne doit être libérée. Si les deux médecins concluent à la nécessité de la garde, la personne peut être maintenue sous garde, pour un maximum de 48 heures, sans son consentement ou l'autorisation du tribunal.

1991, c. 64, a. 28; 1997, c. 75, a. 31.

29. Tout rapport d'examen psychiatrique doit porter, notamment, sur la nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, sur l'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens et, le cas échéant, sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection du majeur.

Il doit être remis au tribunal dans les sept jours de l'ordonnance. Il ne peut être divulgué, sauf aux parties, sans l'autorisation du tribunal.

30. La garde en établissement à la suite d'une évaluation psychiatrique ne peut être autorisée par le tribunal que si les deux rapports d'examen psychiatrique concluent à la nécessité de cette garde.

Même en ce cas, le tribunal ne peut autoriser la garde que s'il a lui-même des motifs sérieux de croire que la personne est dangereuse et que sa garde est nécessaire, quelle que soit par ailleurs la preuve qui pourrait lui être présentée et même en l'absence de toute contre-expertise.

1991, c. 64, a. 30; 1997, c. 75, a. 33; 2002, c. 19, a. 1.

Objet des examens psychiatriques selon l'article 29 du Code civil du Québec (Dumais-Michaud et al., 2016) :

- La nécessité d'une garde en établissement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental
- L'aptitude de la personne qui a subi l'examen à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens
- Sur l'opportunité d'ouvrir à son égard un régime de protection pour les personnes majeures.

Contenu des examens psychiatriques (document du curateur)

Selon l'article 3 de la *Loi P-38.001* les examens psychiatriques doivent contenir :

- La signature du médecin ayant procédé à l'examen
- Des précisions indiquant que le médecin a lui-même examiné le patient
- La date de l'examen
- Le diagnostic, fût-il provisoire, de l'état mental de la personne
- L'opinion du médecin sur la gravité de l'état mental de la personne et des conséquences probables
- Les faits et motifs qui fondent son argumentation et son diagnostic, les éléments qu'il a lui-même observés et ceux qui sont communiqués par d'autres personnes. (Dumais-Michaud et al., 2016)

Annexe # 2

Les acteurs – Fiches signalétiques

Les acteurs sont ici présentés pour comprendre qui sont les personnes qui composent l'ÉMIP. Leur formation professionnelle, la raison de leur participation au sein de l'ÉMIP et les traits de personnalité de chacun sont présentés selon ce qu'ils m'ont partagé comme information et ce que j'ai pu remarquer lors de mes observations. La mise en scène de l'équipe mixte étudiée met en cause plusieurs individus et leur présentation offre une connaissance de leur profil de manière plus spécifique.

Intervenants psychosociaux

V. :

39 ans. Travailleuse sociale. Travaille dans un CLSC depuis plus de quinze ans. Elle cumule une expertise en trouble de comportement auprès des jeunes ayant travaillé plus de 8 ans dans ce domaine, en plus d'avoir de l'expérience auprès des personnes âgées. De plus, elle détient plus de dix ans d'expérience en situation de crise avec Urgence-Détresse. **Ce qui l'a attirée vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement :** Lors de la mise sur pied du projet de l'ÉMIP, elle faisait partie de l'équipe d'Urgence-Détresse. Elle a toujours aimé la collaboration avec la police lors de son travail. **Traits :** Elle est posée, compréhensive et apaise toutes tensions dans la pièce. Observée lors de dix-neuf quarts de travail.

L. :

37 ans. Travailleuse sociale. Travaille depuis 3 ans dans un CLSC. A travaillé plus de douze ans dans une ressource communautaire avec des jeunes contrevenants. Elle a six ans d'expérience en enseignement à la technique en travail social au CEGEP. **Ce qui l'a attirée vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement :** Partager son point de vue psychosocial aux policiers, changer la mentalité, amener un autre regard, connecter avec un nouvel univers et s'adapter aux différentes personnalités. **Traits :** À la fois déterminée et obstinée, elle harmonise force et sensibilité. Observée lors de neuf quarts de travail.

Policiers :

B. :

37 ans. Homme. Plus de seize ans d'expérience comme policier. Il fait partie de l'ÉMIP depuis sa mise sur pied. **Ce qui l'a attiré vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement :** Avait toutes les qualités requises selon ses patrons. L'ÉMIP l'a attiré pour la variance dans le travail, la découverte de nouvelles approches et de nouveaux outils d'intervention. Selon lui, s'il le pouvait, il serait aussi une police la fin de semaine et espérerait qu'un vol se produise, même à 4 heures du matin. **Traits :** B. est un gars d'action, impliqué et d'équipe. Observé lors de 3 quarts et demi de travail.

X. :

28 ans. Homme. Dans la police depuis qu'il a vingt-et-un ans. Fait partie de l'ÉMIP depuis le début. **Ce qui l'a attiré vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement :** Il s'agit d'un nouveau projet, qui lui permet de prendre le temps avec les personnes lors des interventions, et surtout de faire la différence. Or, ce nouveau défi peut devenir demandant avec le temps. La récurrence des usagers peut prendre beaucoup d'énergie et de patience. Selon lui, un ou deux quarts de travail au sein de l'ÉMIP par mois est l'idéal. Pour lui, faire partie de l'ÉMIP déteint beaucoup sur ses interventions et sur ses partenaires de patrouille régulière. **Traits :** X. est un jeune policier doué et passionné. Sa joie de vivre transforme le travail en un passe-temps. Observé lors de deux quarts et demi de travail.

P. :

35 ans. Femme. Œuvre au sein de la police depuis dix ans. A aussi fait des études en éducation spécialisée. Elle fait partie de l'équipe depuis le départ. **Ce qui l'a attirée vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement :** Aime la clientèle que l'ÉMIP lui permet de rencontrer. **Traits :** Malgré sa petite taille, elle est fouguese et affirmée. Ayant probablement un poids faisant la moitié de ses collègues masculins, elle en compte pour dix. Observée lors de sept quarts de travail.

T. :

56 ans. Plus de trente-deux ans d'expérience comme policier, dont vingt-huit ans à Sherbrooke. A fait un baccalauréat multidisciplinaire, incluant des études en art visuel et en

psychologie des relations humaines. Est présent depuis le début de l'ÉMIP, mais s'est retiré de l'équipe récemment. **Ce qui l'a attiré vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement** : Sa curiosité vers le travail social a forcé son chemin vers l'ÉMIP. La nouveauté et l'inconnu l'attirent. **Traits** : Près de la retraite, il est un voyageur des Caraïbes. Il est stoïque et convaincu. Observé lors d'un quart de travail

W. :

35 ans. Homme au sein de la police depuis l'âge de vingt et un ans. Ce qui l'a amené vers l'ÉMIP est la présence de la maladie mentale chez un proche. Il a des connaissances et une compréhension différente de la clientèle atteinte de troubles mentaux. Il ne ferait pas l'ÉMIP à temps plein à cause de la lourdeur des interventions. Il aime aider les proches des individus en crise. Lui-même a dû être présent pour un de ses proches en crise dans un moment de sa vie. Se voit devenir policier communautaire plus tard dans sa carrière. W. est blagueur et rassembleur. **Ce qui l'a attiré vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement** : Quand sa carapace se desserre, sa sensibilité contribue grandement aux interventions. Il ne va pas sans dire que dans d'autres contextes, il peut être intransigeant et utiliser sa voix pour calmer certaines ardeurs. Observé lors de deux quarts de travail.

D. :

26 ans. Femme. Elle a cinq ans d'expérience dans la police. Elle a déménagé du Nord-du-Québec et a fait sa technique policière dans la ville de Québec. Est aujourd'hui à Sherbrooke pour y rester. Elle se joint à l'équipe pendant mes observations. **Ce qui l'a attirée vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement** : intriguée par le fonctionnement du travail social et les techniques utilisées en intervention, elle est curieuse de voir l'influence que chacun des membres provenant des différents milieux apporte à l'équipe de l'ÉMIP. **Traits** : athlétique et travaillante, elle a définitivement sa place dans l'équipe. Observée lors de trois quarts de travail.

K.:

24 ans. Femme. Est une policière depuis 2016. Elle a deux ans d'expérience. Elle se joint à l'équipe pendant mes observations. **Ce qui l'a attirée vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement** : Ce qu'elle aime de l'ÉMIP est son côté moins répressif. Elle sent qu'elle aide

la population et qu'elle diminue la récurrence des cas. Avec l'ÉMIP le point de vue social et le fait d'avoir un partenaire sans uniforme amènent une tout autre perspective à l'intervention policière. C'est ce qui est stimulant pour elle. **Traits** : K. est une force tranquille. Elle est une policière appliquée et consciente de chacun des enjeux. Observée lors de six quarts de travail.

A. :

33 ans. Homme. A fait 9 ans de service jusqu'à présent. Auparavant, travaillait dans les loisirs après avoir fait une technique au CEGEP dans ce domaine. **Ce qui l'a attiré vers l'ÉMIP ou ce qui l'attire actuellement** : ce que l'ÉMIP fait est concret. Il aime aider les gens et peut voir l'aide réelle que le travailleur social apporte. Il mentionne toutefois qu'au début de sa pratique, il préférait les interventions qu'il était amené à faire, car il y avait moins de cas de santé mentale et plus de criminalité traditionnelle. Malgré tout, selon un intervenant, il est indispensable à l'ÉMIP de par sa polyvalence. **Traits** : A. est un policier doué, souriant et vif d'esprit. Observé lors de deux quarts de travail.

Annexe # 3

Tableau I : Portrait des interventions observées

#	Jour	Lieu	Nombre de policiers	Contexte	Finalité	Autres activités de l'ÉMIP
#1	1 ^{er}	Domicile.	6	Toxicomanie et santé mentale.	Hôpital. P-38 appliquée.	Suivis téléphoniques + interventions ponctuelles + patrouille.
#2	2 ^e	Poste de police.	1	Cas récurrent. Santé mentale et toxicomanie.	Hôpital. P-38 non appliquée.	S/O
#3	2 ^e	Poste de police.	3	Cas récurrent. Santé mentale et problème de logement. Voie de faits commis.	Domicile.	
#4	3 ^e	Rue.	1	Itinérance. Pas de crise.	Hôpital. P-38 non appliquée.	S/O
#5	3 ^e	Rue.	1	Itinérance. Pas de crise.	Ressource hébergement.	
#6	3 ^e	Domicile.	1	Violence conjugale, idées suicidaires, automutilation.	Domicile.	
#7	4 ^e	Cellule du poste.	1	Même individu que l'intervention #3. Santé mentale et problème de logement.	Ressource hébergement.	1 suivi téléphonique.
#8	5 ^e	Stationnement d'un super marché.	1	Rupture amoureuse, idées suicidaires.	Domicile + Suivi téléphonique prévu par l'ÉMIP et par JEVl.	S/O
#9	5 ^e	Domicile.	3	Assistance policière demandée par ambulanciers. Santé physique et isolement.	Hôpital. P-38 non appliquée.	
#10	5 ^e	Domicile.	1	Fugue de l'hôpital. Pas de crise.	Domicile.	Patrouille
#11	6 ^e	Parc.	1	A quitté ressource en toxicomanie et ne vient pas de la	Ira chez un proche.	

				région. Pas de crise.		
#12 Cas d'un mineur.	6 ^e	N\D	N\D	N\D	N\D	N\D
Aucune intervention.	7 ^e	S/O	S/O	S/O	S/O	1 cas est pris en charge par Urgence-Détresse +4 suivis téléphoniques + Patrouille
#13	8 ^e	Cellule du poste.	1	Toxicomanie, santé mentale, idées suicidaires.	Cas d'hôpital, mais comparait demain, reste en cellule.	S/O
#14	8 ^e	Domicile (appartement supervisé).	1	Santé mentale.	Ira à l'hôpital de son plein gré. P-38 non appliquée.	
#15	9 ^e	Ressource hébergement.	1	Idées suicidaires et problèmes physiques. Cas récurrent.	Ressource hébergement.	S/O
#16	9 ^e	Poste de police.	1	Problème familial. Pas de crise.	Domicile.	
#17	10 ^e	Domicile.	1	Santé mentale.	Domicile.	S/O
#18	10 ^e	Domicile.	6	Agressivité. Intervention auprès de la fille de l'homme en crise (santé mentale).	Homme transporté hôpital. P-38 appliquée. Fille reste chez elle.	
#19 Cas d'un mineur.	10 ^e	N/D	N/D	N/D	N/D	
#20 Cas d'un mineur.	11 ^e	N/D	N/D	N/D	N/D	2 suivis téléphoniques.
#21	12 ^e	Dans la rue.	1	Idées suicidaires.	Était dans une ressource d'hébergement. Y retournera par lui-même.	S/O
#22 Cas d'un mineur.	12 ^e	N/D		N/D	N/D	
#23	12 ^e	Domicile.	1	Intervention auprès des parents.	Domicile.	S/O
#24 Cas d'un mineur.	12 ^e	N/D	N/D	N/D	N/D	
#25	13 ^e	Domicile.	7	Périmètre de sécurité,	Domicile.	S/O

				toxicomanie, violence conjugale.		
#26	14e	Domicile.	3	Toxicomanie, psychose.	Hôpital. P-38 non appliquée.	4 cas en attente durant le quart de travail. L'ÉMIP n'intervient pas.
#27	14e	Domicile.	1	Idées suicidaires.	Domicile.	
#28	15e	Domicile.	3	Idées suicidaires et idées homicidaires. Bien connu par l'hôpital.	Hôpital. P-38 appliquée.	1 cas de crise mais conditions physiques nécessitent hospitalisation immédiate. P-38 appliquée. Pas d'intervention de l'ÉMIP dans ce cas. + Patrouille : une personne est recherchée. + 3 suivis. À noter : Pendant intervention, tentative de suicide. Policiers interviennent.
#29	16e	Cellule du poste.	1	Idées suicidaires et problème de logement.	Hébergé chez ami.	S/O
#30	16e	Domicile.	3	Santé mentale et psychose.	Restera chez lui, suivi téléphonique prévu pour la personne en crise et ses parents.	
Aucune intervention	17e	N/D	N/D	N/D	N/D	4 suivis téléphoniques.
#31	18e	Ressource hébergement.	1	Même cas que #15. Cas récurrent.	Ressource hébergement.	S/O
#32	18e	Ressource hébergement.	1	Idées suicidaires.	Ressource hébergement.	
#33	18e	Domicile (Appartement supervisé).	5	Connu par police et CLSC. Périmètre de sécurité. Idées suicidaires.	Domicile.	
#34	19e	Parc.	1	Pas de crise. Problème conjugal.	Domicile.	S/O
#35	19e	Domicile.	1	Santé mentale. Connue de la	Signalement à la DPJ fait.	

				police.	Domicile.	
#36	19e	Domicile.	3	Toxicomanie, problème conjugal.	Ira chez un proche.	
#37	20e	Domicile.	3	Santé mentale. Idées suicidaires. Connue par police et CLSC. Cas récurrent.	Domicile. Hospitalisée chaque semaine.	1 suivi téléphonique.
#38	21e	Dans une ressource.	3	Idées suicidaires, automutilation.	Hôpital. P-38 non appliquée.	4 suivis téléphoniques. +
#39	21e	Domicile	1	Rupture amoureuse, idées suicidaires.	Domicile.	1 présentation sur le projet ÉMIP dans une ressource communautaire.
#40 Cas d'un mineur.	22e	N/D	N/D	N/D	N/D	S/O
#41	22e	Domicile.	6	Cas récurrent de santé mentale. Psychose. Même cas #30. Périmètre de sécurité.	Domicile. Suivi téléphonique prévu.	
#42	23e	Domicile.	3	Déficience intellectuelle, idées suicidaires, agressivité.	Hôpital. P-38 non appliquée.	3 suivis téléphoniques.
#43	24e	Intervention téléphonique. Cas particulier. Individu se trouve à Rivière-du-Loup. Domicile est à Sherbrooke.	1	Idées suicidaires.	Hôpital, P-38 appliquée.	Conférence de presse. + 2 suivis téléphoniques. + Patrouille : à la recherche d'une dame, propos suicidaires sur les médias sociaux. Finalement : Est retournée par elle-même dans sa ressource d'hébergement. À noter : Tentative de suicide ce soir. Pas besoin de l'ÉMIP finalement.
#44 Cas d'un mineur.	25e	N/D	N/D	N/D	N/D	Appel d'Urgence-Détresse pour un homme inquiétant.
#45 Cas d'un mineur.	25e	N/D	N/D	N/D	N/D	Ides suicidaires.

						Plusieurs patrouilles sont à sa recherche. Les policiers iront voir ses proches.
#46	26e	Rue.	4	Itinérance, santé mentale. Cas très connu par police.	Restera à la rue. 5 heures plus tard, P-38 appliquée par police régulière.	S/O
#47	27e	Domicile.	1	Pas de crise. Santé mentale.	Domicile.	2 suivis téléphoniques.
#48	27e	Domicile	1	Idées suicidaires, Automutilation.	Domicile.	
S/O	28e	S/O	S/O	S/O	S/O	2 suivis téléphoniques.

