

LA MISE EN ŒUVRE DES CONDITIONS  
D'APPLICATION DE L'ARTICLE 8  
DE

LA LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES  
DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER  
POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI

**Rapport remis au**  
**COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (CSMQ)**

Christiane Cardinal, Ph.D.

avec la collaboration de

Céline Mercier, Ph.D.

Septembre 2000



## RÉSUMÉ

### **La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.***

#### **L'article 8 de la loi C-75**

L'Assemblée nationale du Québec a adopté, le 18 décembre 1997, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (loi C-75), en remplacement de la *Loi sur la protection du malade mental* (1972). La loi C-75, introduit plusieurs changements quant aux règles relatives à la garde en établissement pour raison de dangerosité et celles concernant l'évaluation psychiatrique justifiant une telle garde. L'une des modifications importantes se situe à la 8<sup>e</sup> clause. Cette dernière permet qu'une personne soit amenée contre son gré, sans autorisation du tribunal, à un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Avant l'adoption de cette règle, ce processus exigeait qu'une requête au tribunal soit déposée à cet effet. La nouvelle mesure introduit ainsi un principe de déjudiciarisation du processus menant une personne, contre son gré, à un établissement de santé (Ménard, 1998a).

Dans ce processus de déjudiciarisation, les policiers et les intervenants d'un service d'aide en situation de crise jouent un rôle important. L'article 8 énonce :

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 [CLSC ou centre hospitalier] :

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, [...], 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.

#### **Un état de situation sur l'application de l'article 8**

Dans son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le projet de loi 39, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) avait indiqué la nécessité d'évaluer sa mise en application. Considérant l'importance que représente l'actualisation des conditions

d'application contenues à l'article 8 pour les personnes susceptibles d'en faire l'objet, le Comité de la santé mentale du Québec mandatait, en juin 1999, M<sup>me</sup> Christiane Cardinal, Ph.D., pour procéder à une étude d'implantation de l'article 8. Cette démarche était de plus motivée par le constat de délais et de difficultés dans l'application de la loi.

Dans le cadre de cet état de situation, le CSMQ souhaitait aussi obtenir des éléments de réponse aux questions suivantes : Quelles démarches ont été entreprises dans chacune des régions pour la mise en application de l'article 8 ? Quelles sont ou seront les modalités d'arrimage et de fonctionnement entre les services de police et les services de santé dans la gestion de situations impliquant des personnes susceptibles de faire l'objet de cette mesure ? Quelles sont les difficultés qui ponctuent l'arrimage entre les services de police et les services de crise ? Compte tenu de l'expérience de chaque région, peut-on suggérer des façons de faire pour supporter les conditions d'application rattachées à l'article 8 ? Plus précisément l'étude devait répondre aux objectifs suivants : retracer les démarches entreprises par les régies régionales de la santé et des services sociaux quant à la mise en place des conditions d'application de l'article 8 ; b) repérer les modèles d'arrimage et les modalités de fonctionnement entre les secteurs de la santé et de la justice que l'on a mis en place ou que l'on prévoit mettre en place ; c) identifier les difficultés et blocages dans le processus d'arrimage des services policiers aux services de santé.

Les données à la source de ce rapport ont été recueillies à partir d'entrevues avec les responsables du dossier dans les régies régionales, d'analyses documentaires et de participations à des réunions de comités. La période de référence s'étend du 1<sup>er</sup> juin 1998 au 30 septembre 1999, bien que dans certains cas, les informations se situent au-delà de cette période.

### **Aperçu général**

La présence de services de crise constitue le préalable aux conditions premières d'application prescrites à l'article 8. L'enquête menée auprès d'acteurs clés des régies régionales aura d'abord permis de constater l'inexistence ou la précarité de cette infrastructure de services d'intervention de crise dans plusieurs régions, au moment où entre en vigueur la loi C-75 (juin 1998). Souvent, l'organisation de services de crise n'est que partiellement développée : services de crise dont la couverture territoriale est limitée; non accessibilité 24/7; interventions axées principalement sur de l'écoute téléphonique; ressources de suivi d'intervention de crise et d'hébergement-dépannage très limitées ou inexistantes.

Le développement, la consolidation ou le maintien des services de crise rencontrent de nombreuses contraintes d'ordre structurel, organisationnel, financier, géographique. Ces difficultés ont retardé, et retardent encore, la mise en place d'une concertation avec le secteur policier. À l'automne 1999, l'arrimage entre le secteur policier et celui de la santé mentale, tant sur le plan des démarches de concertation que sur le plan de leur mise en pratique, est fort peu avancé dans la majorité des régions. Neuf régions n'avaient pas encore amorcé de démarches de concertation. Les régions de Lanaudière et de Montréal-Centre avaient quant à elles suspendu leurs travaux sur cette question, en mai et en octobre 1999 respectivement. Des travaux étaient en cours dans deux régions, la Côte-Nord et le

Saguenay–Lac-St-Jean. L'arrimage entre les secteurs de la police et de la santé est effectif dans trois régions seulement (Estrie, Chaudière-Appalaches et Outaouais) et dans un territoire de CLSC (Haute-Yamaska en Montérégie). Par conséquent, seize mois après l'entrée en vigueur de la loi C-75, l'application de l'article 8 relève principalement de la discrétion policière dans la plupart des régions.

## **La formation**

La formation a constitué une activité centrale dans la mise en œuvre de la nouvelle loi. Suivant les régions, les formations ont été offertes par différents groupes d'acteurs : l'Association des hôpitaux du Québec (7 régions); Dominique Beaulieu, avocate, en collaboration avec Gilles Marsolais, agent de formation en santé mentale (4 régions); Jean-Bernard Trudeau, m.d. et Louis Sénécal, avocat (2 régions); Jean-Pierre Ménard, avocat (2 régions). Les usagers ont été informés par les Groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale et les familles par l'Association québécoise des parents et amis du malade mentale (AQPAMM.)

Ces formations ont été organisées, soit par les régies (11 régions), soit par des associations d'établissements. Dans les régions où les régies régionales ont participé à l'organisation des formations, celles-ci s'adressaient dans tous les cas au réseau de la santé et aux organismes communautaires. De plus, dans la majorité de ces régions (8), la formation touchait aussi des acteurs hors secteur de la santé mentale dont, sans aucune exception, ceux du secteur policier.

La majorité des régies ont opté de mobiliser les ressources humaines par territoire de MRC (7) ou de façon sous-régionalisée (1). Ce mode de diffusion facilite la mise en contact des intervenants et des ressources d'un même milieu, celui-ci étant plus restreint, et constitue un meilleur contexte pour favoriser la concertation. De plus, davantage de personnes participent aux rencontres de formation, les distances à parcourir et l'investissement en temps et en argent s'en trouvant d'autant réduits.

Dans les régions où les formations ont été organisées seulement sur l'initiative des établissements, celles-ci s'adressaient uniquement au réseau de la santé mentale et ont eu tendance à se restreindre au personnel des centres hospitaliers, limitant ainsi la diversité des acteurs formés et susceptibles d'être impliqués par l'application de la loi C-75.

Là où on a eu recours à divers formateurs, on a constaté une disparité quant aux connaissances acquises, chaque formateur présentant des interprétations différentes de la façon dont la loi s'applique. Par conséquent, sur le plan des interventions, celles-ci risquent d'être inconsistantes d'une sous-région à l'autre, d'un service à l'autre, ou d'un groupe d'acteurs à l'autre, chacun se référant à l'interprétation fournie lors de la formation. On peut donc s'attendre à des problèmes pratiques et à des frictions entre les différents groupes d'acteurs. Il serait donc fort indiqué, pour éviter ces situations d'envisager une formation commune à tous les acteurs d'un même territoire, afin qu'ils aient une même compréhension des prescriptions de la loi.

On a finalement constaté que ce sont surtout les cadres et les gestionnaires du milieu de la santé mentale qui ont participé aux sessions de formation. De même, dans le secteur policier, ce sont principalement les chefs des services de police qui ont reçu la formation et l'information n'a pas été retransmise aux policiers sur le terrain. Ainsi, les acteurs de l'un et l'autre secteur appelés à agir sur le terrain n'ont pas été formés autant qu'il aurait été nécessaire. De sorte que des formations à l'intention des intervenants terrain de ces deux secteurs s'imposeraient.

### **L'arrimage avec les services de police**

Dans le cadre de l'implantation des conditions supportant l'application de l'article 8, les régies régionales avaient la responsabilité d'entreprendre des démarches auprès des différents partenaires interpellés par la loi afin d'actualiser l'arrimage entre les services de santé (services de crise et services devant recevoir les personnes) et les services de police. Si on fait exception des activités de formation, seulement six régions avaient amorcé, sous la coordination des régies régionales, une concertation concernant l'arrimage et la définition de modalités de fonctionnement, au cours de l'année 1998-99.

Trois raisons, non exclusives, expliquent cette absence de démarches de concertation formelles visant l'arrimage des secteurs. Deux d'entre elles sont circonstancielles, mais l'autre est déterminante et s'applique de façon prépondérante dans la majorité des cas. L'une des raisons circonstancielles tient à des départs non comblés, à des absences prolongées ou à des changements chez le personnel affecté au programme de santé mentale dans les régies régionales. L'autre raison circonstancielle tient au traitement prioritaire d'autres dossiers, dont certains devaient être finalisés avant d'entreprendre des démarches concernant l'application de l'article 8.

Cependant, l'absence de concertation sur les conditions d'application de l'article 8 est surtout liée à l'état de développement des services d'intervention de crise. Parmi les dix régions où il n'y a eu aucune concertation orchestrée par les régies régionales, seulement deux disposaient d'une gamme complète de services de crise.

### **Des modèles d'articulation intersectorielle**

Quatre modèles d'arrimage (au sens large de modalités d'organisation) entre le secteur de la santé et le secteur policier concernant l'application de l'article 8 ont été observés sur le terrain. Deux des modèles reposent prioritairement sur l'articulation des services de crise à partir des CLSC, alors que les deux autres s'articulent principalement sur la coordination entre centres d'intervention de crise (CIC) et services policiers.

Les critères permettant aux policiers de recourir aux services d'intervention de crise varient selon les modèles d'arrimage CLSC/police ou CIC/police. Dans les modèles CLSC/police, on répond à toutes les demandes en provenance des policiers, peu importe la situation. Dans les modèles CIC/police, le critère sur lequel se fondent les requêtes policières est délimité plus étroitement, en relation avec la dangerosité. Dans trois de ces modèles, les

services policiers ont accès aux services d'intervention de crise mandatés au moyen d'une ligne réservée.

Des outils spécifiques pour gérer les situations relevant de l'article 8 ont été développés seulement dans les modèles CIC/police. Deux types d'outil ont été conçus : une grille d'évaluation ou d'estimation de la dangerosité et une fiche de transmission d'information afin d'assurer une continuité dans les interventions des services agissant auprès d'une même personne en situation de crise. Dans un modèle, les policiers sont aussi appelés à se servir de ces outils.

Tous les modèles privilégient une méthode d'évaluation de la dangerosité où l'intervenant est en présence de la personne. À l'exception d'un modèle où le temps de déplacement moyen de l'intervenant terrain visé est de 15 à 20 minutes, le temps de déplacement dans les autres modèles a tendance à être de 30 minutes et plus.

Dans tous les modèles d'arrimage, le transport de la personne se fait prioritairement par ambulance et les policiers accompagnent les services ambulanciers jusqu'aux urgences des centres hospitaliers équipés pour des gardes préventives. Seuls les modèles CIC/police prévoient que l'intervenant accompagne la personne à l'hôpital, que celle-ci s'y rende contre sa volonté ou non. Il est aussi possible, dans ces deux modèles, que l'accompagnateur puisse poursuivre son intervention auprès de la personne, si celle-ci accepte, qu'il y ait ou non une garde préventive.

### **Difficultés et enjeux liés à l'arrimage des secteurs**

Les difficultés et enjeux identifiés au cours de l'étude se rapportent à deux thèmes principaux : la mobilisation des ressources humaines appelées à jouer un rôle dans l'application de l'article 8 et la mobilisation du temps de la police.

#### **La mobilisation des ressources humaines**

La réaction du milieu policier à l'égard des responsabilités octroyées dans le cadre de l'article 8 se partage entre une position de retrait qui traduit un fort mécontentement et une position plus ouverte devant la perspective d'être un des acteurs désignés par l'article 8. Ces divergences se constatent d'une région à l'autre, mais aussi entre services de police d'une même région. L'ouverture des policiers est davantage manifeste dans les territoires où ceux-ci, avant l'entrée en vigueur de la loi, avaient déjà intégré dans leur pratique d'intervention la possibilité de référer, de reconduire ou d'accompagner des personnes à des établissements de santé, ou encore de faire intervenir des intervenants en santé mentale dans la situation.

Dans le secteur de la santé mentale, les principales résistances s'articulent autour du type d'intervention et des conditions de travail d'une part, et des ressources financières insuffisantes ou non disponibles pour développer ces services, d'autre part.

Ainsi, certains intervenants se disent psychologiquement incapables de faire des interventions en situation de crise. D'autres mentionnent qu'ils ont fait le choix de

travailler le jour, question de préserver une qualité de vie. Les organismes soulèvent quant à eux le problème du financement de ces services, que les montants prévus par les régies régionales, voire même l'absence de budget prévu à cet effet, ne peuvent, de façon réaliste, couvrir les frais qu'entraînent leur mise en place et leur maintien, tout en parvenant à un minimum de qualité dans les services dispensés. De plus, certains intervenants considèrent que l'application de la loi C-75 ne les concerne pas, qu'elle relève de la responsabilité des policiers et des médecins.

Les régions où l'organisation des services de crise repose sur le modèle CLSC/équipe mobile de garde éprouvent des difficultés de recrutement et de stabilité de personnel. Dans ces régions, certains CLSC ne réussissent pas à combler leur liste de garde, le personnel refusant catégoriquement de faire partie d'une équipe mobile d'intervention de crise. Quant aux CLSC qui réussissent à rassembler les effectifs de garde, ils font face à un roulement important de personnel. Ces problèmes de recrutement et de roulement s'expliqueraient en partie par le type de situations que doivent gérer les intervenants, situations qui demandent des compétences et des habiletés particulières, mais aussi et surtout, par les conditions de travail peu satisfaisantes.

Ce roulement important du personnel et le peu d'intérêt des intervenants pour l'intervention de crise, le soir, la nuit et les fins de semaine, ont des incidences sur la qualité des interventions en général et sur celles menées conjointement avec les policiers. Le manque d'intérêt, voire le refus de faire de l'intervention de crise, fait en sorte que ce sont les personnes les moins expérimentées, en début de carrière, qui se retrouvent sur les listes de garde pour traiter des cas complexes et difficiles. De plus, le roulement du personnel ne favorise pas l'accumulation du savoir pratique alors que le changement fréquent d'intervenant ne constitue pas un contexte favorable à l'établissement d'une bonne collaboration entre les partenaires agissant sur le terrain. À cause de ce roulement du personnel, il est nécessaire de planifier continuellement des formations en intervention de crise, en évaluation de la dangerosité et de diffuser de façon récurrente de l'information sur les rôles et responsabilités des partenaires dans le cadre de l'application de la loi C-75, de même que sur la façon de procéder avec les policiers. La bonification des conditions salariales du système de garde pourrait éventuellement réduire le roulement du personnel et atténuer ses conséquences.

Dans les régions où existent des centres d'intervention de crise, gérés généralement par des organismes communautaires, leur implication dans la gestion des situations concernant l'article 8 fait aussi problème. Ces organismes ont besoin de fonds supplémentaires pour amortir les coûts d'opération qu'entraînera leur participation : hausse des demandes, intervention terrain 24/7, déplacements, formation, besoin accru de suivi de crise et d'hébergement de dépannage.

## **La mobilisation du temps de la police**

Les services de police doivent garantir une réponse aux appels des citoyens en tout temps. Les policiers, surtout ceux en première ligne (patrouilleurs), subissent des pressions internes et externes pour répondre le plus rapidement possible à ces appels et trouver une solution aux événements problèmes qui leur sont signalés. Des études sur des projets intersectoriels réunissant le secteur policier et le secteur de la santé aux États-Unis ont signalé l'importance de considérer le temps pendant lequel les policiers étaient mobilisés dans le traitement des situations impliquant des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Quatre procédures découlant des conditions d'application de l'article 8 concernent le temps de mobilisation de la police : la mise en contact et le temps de déplacement des intervenants-terrain sur les lieux de la crise; l'évaluation et l'intervention en situation de crise sur place; l'acheminement de la personne à un établissement de santé; et la prise en charge de la personne par les établissements de santé.

### ➤ La mise en contact et le déplacement des intervenants sur les lieux de la crise

Les policiers doivent, dans le cadre de l'article 8, contacter un intervenant des services d'intervention de crise pour évaluer la dangerosité que représente l'état mental de la personne et juger de la nécessité ou non de son envoi à un établissement de santé. Pour faciliter l'accès aux services et assurer la rapidité de contact avec les intervenants, deux mesures ont été prévues : les policiers accèdent aux services de crise en composant, en tout temps, un numéro unique et la communication s'établit au moyen d'une ligne qui leur est réservée. La première de ces mesures permet d'éviter que les policiers aient à faire une multitude de démarches avant d'entrer en contact avec le bon service et la bonne personne. La seconde minimise les attentes d'entrée en contact avec les intervenants, attentes occasionnées par l'encombrement des lignes téléphoniques en raison du type de services offerts par les organismes (mise en réseau, écoute téléphonique, évaluation, conseils ou autres activités).

Dans la plupart des régions, l'évaluation de la dangerosité par l'intervenant de crise se fait ou se fera de façon privilégiée en présence de la personne. Il y va de la qualité professionnelle des services dispensés, mais aussi de l'atteinte de l'objectif visé par une intervention directe auprès de la personne, soit éviter le recours à l'article 8. Cette procédure demande donc que les intervenants, sur appel des policiers, se rendent sur les lieux où se trouve la personne. Des études américaines rapportent que les policiers se montrent plutôt favorables à faire appel à des intervenants en santé mentale, mais à la condition qu'ils puissent garantir qu'ils seront sur les lieux en deçà de 15 minutes. Au Québec, deux projets intersectoriels visant la déjudiciarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale, UPS-Justice à Montréal et PECH à Québec, ont misé sur des temps de déplacement qui avoisinent les 20 minutes.

Or, il semble que l'organisation actuelle des interventions dans le milieu, les ressources et moyens disponibles ne permettent pas ou ne permettront pas, dans bien des cas, de

rencontrer cette norme. Et ce pour plusieurs raisons, dont en premier lieu, les distances que doivent parcourir les intervenants avant d'arriver sur les lieux. Ces distances sont en partie déterminées par le nombre d'équipes mobiles réparties dans une région, l'étendue du territoire, la répartition et la densité de la population sur ce territoire. De sorte que là où il y a peu d'équipes mobiles, et d'autant plus si le territoire est étendu, le temps de déplacement minimum des intervenants se situerait davantage entre 45 et 60 minutes pouvant même atteindre 90 minutes et plus.

Les délais d'intervention sur place peuvent aussi s'expliquer par la rapidité à laquelle les intervenants peuvent se déplacer. Les intervenants répondant aux demandes d'intervention dans le milieu ne disposent pas d'équipements, ni de moyens légaux qui leur permettraient de se rendre sur les lieux aussi rapidement que peuvent le faire par exemple les policiers et les ambulanciers. Pour augmenter la rapidité de déplacement des intervenants, on a envisagé dans certaines régions la possibilité que ceux-ci soient transportés sur les lieux par les policiers. Toutefois, il semble que cette stratégie ne soit pas possible pour des raisons de sécurité, d'assurance ou d'autres motifs non mentionnés par les services policiers. Une autre avenue serait d'équiper les services d'intervention de crise d'un véhicule muni d'un gyrophare et d'une sirène et autoriser les utilisateurs à enfreindre le code routier (excéder la vitesse permise, passer sur les feux rouges) tout en ayant la priorité de circulation au même titre que les ambulanciers.

Les délais d'intervention peuvent également tenir au fait qu'au moment où une demande est logée, les intervenants terrain sont occupés par une autre intervention, ce qui retarde l'arrivée des intervenants sur place. On touche ici la question des effectifs dont les organismes disposent pour faire de l'intervention dans le milieu, en relation avec le nombre de demandes qu'ils reçoivent.

Des délais d'intervention dans le milieu excédant 30 minutes, voire même 20 minutes, constituent donc des irritants pour les policiers. L'incapacité du milieu de la santé à répondre rapidement aux situations de crise a au moins deux impacts sur la façon dont ces situations sont traitées. L'un de ces impacts est que les policiers font des pressions pour que l'évaluation de la situation s'effectue au téléphone. L'autre conséquence de ces délais d'intervention est que les policiers, au lieu de recourir aux services d'intervention de crise, appliquent leurs propres solutions dont l'une est de résoudre le problème en procédant à l'arrestation de la personne.

#### ➤ L'intervention sur place

La présence de l'intervenant sur les lieux pour apprécier la situation vise aussi à profiter de cette rencontre pour tenter de désamorcer la crise, proposer des alternatives en vue de sa résolution et obtenir le consentement de la personne si son état nécessite qu'elle reçoive des soins d'urgence. Ce type d'approche demande en soi du temps aux intervenants, ce qui peut occasionner des conflits entre les acteurs, compte tenu que la pratique policière consiste davantage à régler les problèmes rapidement.

Pour amoindrir ces situations potentielles de conflit, il est nécessaire de changer les mentalités, les pratiques et les approches des policiers. Ce qui demande du temps, mais

aussi de l'investissement dans la diffusion de programmes de sensibilisation du milieu policier. Cette sensibilisation devrait viser à ce que les policiers comprennent mieux l'approche et puissent en reconnaître les bénéfiques, pour eux, aussi bien que pour la personne auprès de laquelle une intervention en situation de crise est menée. En effet une intervention de crise bien menée devrait entre autres limiter les probabilités que les policiers soient appelés à court terme à intervenir à nouveau auprès des mêmes personnes.

➤ Le transport des personnes vers les établissements de santé

Si une personne doit être amenée à un établissement de santé, suite à l'avis d'un intervenant en situation de crise, le policier devient l'agent responsable de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par un établissement. Or, dans certaines régions, les établissements de santé désignés pour recevoir ces personnes se limitent à deux ou trois centres hospitaliers. On estime que, dans ces circonstances, les policiers devront compter d'une heure à deux heures avant d'arriver à ces établissements. Ce qui représente une mobilisation importante du temps d'un policier en fonction, d'autant qu'il faut aussi tenir compte du temps de son retour au poste de police. Plusieurs postes de police dans les régions à population dispersée ou situés dans de petites municipalités (villages) ont des effectifs très restreints pour assurer leurs mandats. Par conséquent, si l'un des policiers en fonction doit prendre de deux à quatre heures seulement pour transporter la personne, le service policier se trouve amputé de façon non négligeable de son personnel pour assurer ses autres responsabilités. Dans une région où ce problème se pose avec acuité, les partenaires ont convenu que les policiers dirigeraient les personnes à l'établissement de santé (centre de santé, CLSC, CH) le plus près du lieu où ils sont intervenus, même si l'établissement n'a pas les aménagements nécessaires pour procéder à une garde préventive. Ce sont les établissements qui verront à ce que la personne soit amenée à l'endroit approprié.

Par ailleurs, l'utilisation de services ambulanciers pour transporter les personnes à un établissement de santé engendre des coûts. Lorsque la personne transportée bénéficie de l'aide sociale, ces frais sont couverts par ce programme de soutien minimum au revenu. Mais lorsque les personnes transportées ne sont pas des bénéficiaires de l'aide sociale et qu'elles contestent le paiement de la facture en raison du fait qu'elles n'en ont pas requis les services et qu'elles furent contraintes à monter dans ce véhicule, les services ambulanciers ne savent plus à qui adresser la note. À la police ? Aux services d'intervention de crise ? À la régie régionale ? Il faudrait prévoir pour de tels cas une mesure sociale de recouvrement des frais de services ambulanciers. Cela s'impose d'autant qu'en fin de processus, le diagnostic posé peut en être un de non-dangerosité grave et immédiate, ou qu'il peut y avoir en cours de procédures des erreurs de jugement voire même des abus à recourir à cette mesure. Toutes ces circonstances posent un problème éthique important : on prive une personne de sa liberté alors qu'une telle action n'était pas justifiée et on lui demande en plus d'en assumer les frais.

➤ La prise en charge de la personne par les établissements de santé

Bien que l'article 8 stipule qu'une personne amenée sous garde policière doit être prise en charge par l'établissement dès son arrivée et qu'il y a un consensus dans le milieu de la

santé, à l'exception des centres hospitaliers, à l'effet que le transfert soit effectif au moment du tri, il semble que ce soit en pratique davantage le critère du diagnostic du médecin qui tienne lieu de norme. Par conséquent, on a constaté des temps d'attente excessifs pour les policiers amenant les personnes aux urgences des hôpitaux, ceux-ci devant régulièrement passer de deux à trois heures avant que la décision du médecin ne leur soit transmise.

### **Trois difficultés majeures**

L'analyse des conditions prévalant d'une région à l'autre a permis de faire un inventaire des difficultés liées à l'arrimage avec les corps de police, tant sur le plan de la concertation que sur le plan de sa mise en pratique et d'entrevoir certaines avenues de solution. Trois points majeurs en ressortent.

Premièrement, l'article 8 suppose un arrimage entre deux systèmes dont les missions et les cultures organisationnelles diffèrent. Des différences fondamentales existent entre ces deux secteurs pour ce qui est des intérêts, des valeurs, des schèmes d'action. Chaque groupe a son point de vue sur la façon de fonctionner pour gérer les situations relevant de l'article 8, ce qui pose des problèmes pour la mise en commun d'une approche acceptable pour chacun (une des conditions de succès d'actions intersectorielles). De plus, le caractère obligé de l'arrimage ajoute à la complexité des relations de collaboration entre les secteurs. Des formations intersectorielles organisées sur une base locale peuvent favoriser la rencontre des acteurs des différents secteurs. Elles peuvent constituer des moments privilégiés où les uns et les autres peuvent discuter de leurs perceptions quant à leurs rôles et responsabilités réciproques et quant à des modalités de fonctionnement mutuellement acceptables.

En deuxième lieu, une injection de ressources monétaires s'avère fondamentale pour développer des services de crise et assurer une qualité dans la prestation de ces services. Cette qualité dépend en partie de la possibilité de maintenir le savoir pratique et l'expertise des intervenants déjà en place dans ces fonctions. Cela demande que des intentions politiques, à divers échelons, se manifestent clairement à cet effet.

Troisièmement, il faut aussi réfléchir à des avenues de fonctionnement et à des moyens pour régler la question des « rapports au temps » différents chez les policiers et les intervenants. Pour les équipes mobiles en santé mentale, la mission, en intervenant sur place, consiste à désamorcer la crise et à prévenir le recours à une hospitalisation involontaire en ayant recours à d'autres ressources disponibles dans la communauté. Cette intervention réclame du temps pour écouter, concilier, rassurer, convaincre. Les policiers sont eux formés à intervenir rapidement, sur le mode de l'urgence, de l'imprévu. Ils doivent être disponibles sur-le-champ, en tout temps. Chez les uns et les autres, la temporalité se vit de façon différente, presque antinomique. Il faut donc trouver, inventer des modalités de fonctionnement pour limiter la consommation du temps d'intervention de la police dans les situations reliées à l'application de l'article 8. Si ce temps peut difficilement être diminué au niveau de l'intervention face à face, il faut voir comment celui-ci pourrait être limité aux autres étapes du processus.

## **Conclusions**

Dans toutes les régions, les préoccupations et les efforts en vue de l'implantation des conditions d'application de l'article 8 sont partout manifestes. Des succès sont enregistrés, des initiatives novatrices portent fruit. Ces expériences méritent d'être connues et leur diffusion doit être encouragée. Il faut donc soutenir les modalités de mise en commun déjà amorcées et en susciter de nouvelles. Il faut aussi procéder à une réflexion pour l'amélioration des arrimages intersectoriels et s'interroger sur la faisabilité, dans certains contextes et compte tenu des ressources actuellement disponibles, de la mise en œuvre de l'article 8. Les instances qui pourraient contribuer à cette réflexion doivent être mobilisées à cet effet, dont le Comité de la santé mentale du Québec, le Groupe d'appui à la transformation des services en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (en particulier la Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale) et le ministère de la Sécurité publique. Cette réflexion ne saurait se faire sans les groupes de défense des droits et les comités d'usagers et usagères.

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	ii
INTRODUCTION... ..	1
<b>CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>4</b>
1.1 <i>Vers un service de santé mentale</i> .....	5
1.2 <i>Des projets de diversion du système pénal</i> .....	6
1.3 <i>De la protection des droits des personnes</i> .....	7
1.4 <i>L'article 8 de la loi C-75 : mise en scène socio politique</i> .....	9
<b>CHAPITRE 2 : LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE.....</b>	<b>15</b>
2.1 <i>Les objectifs</i> .....	15
2.2 <i>La méthodologie</i> .....	15
2.2.1 L'entrevue : principale source de données .....	16
2.2.2 Les autres sources de données.....	17
2.2.3 La période de référence.....	17
<b>CHAPITRE 3 : ÉTAT DE SITUATION PAR RÉGION.....</b>	<b>19</b>
3.1 <i>La région du Bas-Saint-Laurent</i> .....	19
3.1.1 Les services de crises .....	19
3.1.2 La loi C-75 .....	21
3.2 <i>La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean</i> .....	27
3.2.1 Les services de crise.....	23
3.2.2 La loi C-75 .....	24
3.2.3 Les organismes mandataires .....	26
3.3 <i>La région de Québec</i> .....	27
3.4 <i>La région de la Mauricie et du Centre du Québec</i> .....	28
3.4.1 Les services de crise.....	29
3.4.2 Une formation sur la loi C-75 .....	29
3.5 <i>La région de l'estrie</i> .....	30
3.5.1 Les services de crise.....	30
3.5.2 La loi C-75 .....	31
3.5.3 La gestion des situations relevant de l'article 8 .....	32
3.6 <i>La région de Montréal-Centre</i> .....	33
3.6.1 Les services de crise.....	33
3.6.2 La loi C-75 .....	35
3.6.3 Le modèle montréalais concernant la gestion des situations relevant de l'article 8.....	37
3.7 <i>La région de l'Outaouais</i> .....	40
3.7.1 Les services de crise.....	40
3.7.2 La loi C-75 .....	41
3.7.3 Un aperçu des modalités d'application de l'article 8 .....	42

<b>3.8</b>	<b><i>La région de l’Abitibi-Témiscamingue</i></b> .....	<b>44</b>
3.8.1	Les services de crise.....	44
3.8.2	La loi C-75 .....	45
<b>3.9</b>	<b><i>La région de la Côte-Nord</i></b> .....	<b>47</b>
3.9.1	Un premier pas vers la définition de services de crise .....	48
3.9.2	La loi C-75 .....	48
3.9.3	La gestion des situations relatives à l’article 8.....	49
<b>3.10</b>	<b><i>La région du Nord du Québec</i></b> .....	<b>51</b>
3.10.1	Les services de crise.....	51
3.10.2	La loi C-75 .....	51
<b>3.11</b>	<b><i>La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine</i></b> .....	<b>53</b>
3.11.1	Les services de crise.....	53
3.11.2	La loi C-75 : « C’est une belle occasion pour se concerter » .....	54
<b>3.12</b>	<b><i>La région de Chaudière-Appalaches</i></b> .....	<b>56</b>
3.12.1	Les services de crise.....	57
3.12.2	La loi C-75 : « Ça pas été compliqué » .....	60
3.12.3	La gestion des situations relatives à l’article 8.....	61
<b>3.13</b>	<b><i>La région de Laval</i></b> .....	<b>62</b>
3.13.1	Les services de crise.....	63
3.13.2	La loi C-75 .....	64
<b>3.14</b>	<b><i>La région de Lanaudière</i></b> .....	<b>64</b>
3.14.1	Les services de crise.....	64
3.14.2	La loi C-75 .....	65
<b>3.15</b>	<b><i>La région des Laurentides</i></b> .....	<b>67</b>
3.15.1	Les services de crise.....	67
3.15.2	La loi C-75 .....	68
<b>3.16</b>	<b><i>La région de la Montérégie</i></b> .....	<b>70</b>
3.16.1	La loi C-75 .....	70
3.16.2	Ça bouge dans la Haute-Yamaska! .....	71
 <b>CHAPITRE 4 : LA MISE EN ŒUVRE DES CONDITIONS D’APPLICATION</b>		
	<b>DE L’ARTICLE 8</b> .....	<b>74</b>
<b>4.1</b>	<b><i>Profil de la formation sur la loi C-75</i></b> .....	<b>75</b>
4.1.1	Les formateurs .....	75
4.1.2	Les organisateurs des formations et les acteurs formés.....	76
4.1.3	Quelques constats sur les activités de formation.....	78
<b>4.2</b>	<b><i>L’arrimage des services de santé et des services policiers</i></b> .....	<b>79</b>
<b>4.3</b>	<b><i>Quelques modèles d’arrimage</i></b> .....	<b>84</b>
<b>4.4</b>	<b><i>Difficultés et enjeux liés à l’arrimage des secteurs</i></b> .....	<b>87</b>
4.4.1	La mobilisation des ressources humaines .....	87
4.4.2	La mobilisation du temps de la police : un enjeu fondamental .....	92
 <b>CONCLUSION</b> .....		
		<b>100</b>
 <b>RÉFÉRENCES</b> .....		
		<b>103</b>

**ANNEXE I : ENTREVUES FORMELLES (F) ET INFORMELLES (I)**

**ANNEXE II : LES MODÈLES DES SERVICES DE CRISE**

**TABLEAUX**

<b>Tableau 4.1 : Formateurs dans les diverses régions.....</b>	<b>76</b>
<b>Tableau 4.2 : Acteurs formés selon les organisateurs de la formation et la région...</b>	<b>77</b>
<b>Tableau 4.3 : L'arrimage des secteurs.....</b>	<b>80</b>



## INTRODUCTION

Le 18 décembre 1997, l'Assemblée nationale du Québec adoptait en troisième lecture la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* en remplacement de la *Loi sur la protection du malade mental* (1972). La loi C-75, aussi connue sous son appellation de projet de loi (39), est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 1998.

La loi C-75 apporte plusieurs modifications quant aux règles relatives à la garde en établissement pour raison de dangerosité et celles concernant l'évaluation psychiatrique justifiant une telle garde. L'une des modifications importantes se situe à la 8<sup>e</sup> clause. Cette dernière permet qu'une personne soit amenée contre son gré, sans autorisation du tribunal, à un établissement de santé lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Avant l'adoption de cette règle, ce processus exigeait qu'une requête au tribunal soit déposée à cet effet. La nouvelle mesure introduit ainsi un principe de déjudiciarisation du processus menant une personne, contre son gré, à un établissement de santé (Ménard, 1998a).

Dans ce processus de déjudiciarisation, les policiers et les intervenants d'un service d'aide en situation de crise jouent un rôle important. L'article 8 énonce :

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 [CLSC ou centre hospitalier] :

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, [...], 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.

Dans le but d'appuyer l'application de la loi C-75, le ministère de la Santé et des Services sociaux signifiait, dans un communiqué adressé aux directions des régions régionales (26

mai 1998), l'importance d'entreprendre ou de poursuivre le développement des services de crise et leur consolidation afin d'assurer à l'ensemble de la population une réponse 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Le Ministère confiait également le soin, aux régies régionales, d'entreprendre des démarches de concertation auprès des partenaires interpellés par la loi afin d'arrimer les services et de développer des « protocoles d'entente entre les agents de la paix et les services de crise dans le but de faciliter l'application des nouvelles dispositions législatives les concernant » (MSSS, 26 mai 1998).

Le présent document présente un état de situation sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* dans les différentes régions du Québec, à l'exclusion de celles du Nunavik (17) et de la Baie-James/Conseil Cri (18). Il a été préparé à la demande du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ).

Dans son avis au ministre de la Santé et des Services sociaux sur le projet de loi 39, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) avait indiqué la nécessité d'évaluer sa mise en application. L'article 8 avait alors été reconnu par les membres comme l'un des points saillants de cette nouvelle loi. Considérant l'importance que représente l'actualisation des conditions d'application contenues à l'article 8 pour les personnes susceptibles d'en faire l'objet, le Comité de la santé mentale du Québec mandatait, en juin 1999, M<sup>me</sup> Christiane Cardinal, Ph.D., pour entamer une première démarche d'évaluation de l'implantation des conditions d'application relatives à l'article 8. Cette démarche était de plus motivée par le constat de délais et de difficultés dans l'application de la loi.

La ligne directrice du mandat consistait à dresser un état de situation de l'implantation des conditions d'application de l'article 8, plus d'un an après son entrée en vigueur, dans chacune des régions du Québec. Dans le cadre de cet état de situation, le CSMQ souhaitait aussi obtenir des éléments de réponse aux questions suivantes : Quelles démarches ont été entreprises dans chacune des régions pour la mise en application de l'article 8 ? Quelles sont ou seront les modalités d'arrimage et de fonctionnement entre les services de police et les services de santé dans la gestion de situations impliquant des personnes susceptibles de faire l'objet de cette mesure ? Quelles sont les difficultés qui ponctuent l'arrimage entre les

services de police et les services de crise ? Compte tenu de l'expérience de chaque région, peut-on suggérer des façons de faire pour supporter les conditions d'application rattachées à l'article 8 ?

Ce rapport s'ouvre sur une brève problématique concernant l'organisation des services de santé mentale et l'intervention policière auprès de personnes ayant des troubles mentaux pour se centrer, en fin de chapitre, sur l'état de la question. Le deuxième chapitre présente la démarche de l'enquête et les chapitres trois et quatre se rapportent à ses résultats.

## CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE

La littérature sur les systèmes pénal et psychiatrique a largement montré que ces systèmes assument des fonctions complémentaires dans le contrôle social de la déviance et se partagent une partie de leur clientèle (Castel, 1976 ; Cellard et Nadon, 1986 ; Foucault, 1961 ; Van de Kerchove, 1990). On peut alors concevoir, compte tenu de leurs liens étroits, que des transformations dans l'un des systèmes puissent affecter les pratiques des acteurs de l'autre secteur, mais aussi les modalités d'échanges de la clientèle (Menzies, 1987 ; Morin, 1996 ; Rogers, 1993).

Le secteur de la psychiatrie a connu depuis les années 1960, une série de transformations successives. Ces changements ont eu un impact sur le travail de la police, faisant de celle-ci un acteur central dans la gestion de situations problèmes impliquant des personnes présentant des troubles mentaux (Borzecki et Wormith, 1985 ; Teplin, 1984 ; Wachholz et Mullaly, 1993). À partir des années 1960, la police entre en contact de plus en plus fréquemment avec ces personnes, en raison du mouvement de désinstitutionnalisation, de la restriction de l'internement involontaire (uniquement pour cause de dangerosité) et du manque de ressources disponibles pour favoriser le maintien et l'intégration sociale des personnes dans la communauté (Abramson, 1972 ; Laberge et Morin, 1995 ; Borzecki et Wormith, 1985). Dans le cadre de ces transformations, les policiers ont été amenés à assumer un rôle se rapprochant davantage du travail social que celui qu'ils considèrent relever de leur vraie fonction (Bittner, 1967 ; Menzies, 1987 ; Teplin, 1984). « They perceive of their real work as crime fighting but, in fact, act routinely as public servants in variety of helping or order-maintenance roles » (Manning, 1997, p. 111).

Lorsqu'une situation d'urgence ou de crise se présente ou lorsqu'une personne affiche un comportement perçu comme bizarre, menaçant ou inspirant de la crainte, la police, disponible à toute heure de la journée, est souvent l'une des premières ressources appelée à intervenir. Ce recours à la police s'explique en raison de certaines caractéristiques de la situation, mais aussi et surtout en raison de l'absence d'équipes mobiles en santé mentale pour intervenir dans les situations d'urgence psychosociale et autres situations (Cardinal, 2000). Le policier, occupant de ce fait une position d'intervenant de première ligne pour le

réseau de la santé mentale, peut être amené, dans le cadre de ses fonctions, à aiguiller un certain nombre de personnes vers des services en santé mentale.

### **1.1 Vers un service de santé mentale**

En théorie, les policiers ont trois options pour régler une situation problème impliquant une personne présentant des troubles mentaux (Cardinal et Laberge, 1999). Ils peuvent régler la situation de façon informelle : procéder à la conciliation des parties, reconduire la personne chez elle, aviser la personne de ne plus répéter le comportement problème, lui demander de quitter les lieux. Ils peuvent aussi arrêter la personne ou encore l'acheminer, si elle « accepte » cette solution, vers un organisme offrant des services en santé mentale<sup>1</sup>. « Nous autres, il faut trouver une voie. C'est l'accusation, c'est l'amener chez lui ou c'est l'amener à l'hôpital » (Policier SPCUM; Cardinal, 1998-2000).

« Des interventions policières réglées autrefois par l'acheminement des personnes vers des hôpitaux sont aujourd'hui solutionnées par la judiciarisation » (Laberge et Morin, 1992, p. 8). Diverses raisons peuvent expliquer que les policiers choisissent d'opter pour l'arrestation des personnes au lieu de les référer à l'hôpital. Parmi celles-ci, on peut mentionner : le temps requis pour procéder à l'envoi, volontaire ou involontaire, de la personne à l'hôpital, alors que les patrouilleurs doivent gérer les appels le plus rapidement possible ; la complexité des procédures légales qu'entraîne une demande d'hospitalisation involontaire ; la difficulté de rencontrer le critère de dangerosité ; les remises en question fréquentes des professionnels de la santé du jugement des policiers quant à la pertinence d'un envoi et de leur pouvoir de contraindre une personne à se rendre à l'hôpital ; l'anticipation des policiers que le personnel refuse de prendre en charge les personnes référées (Cardinal, 1998-2000 ; Finn, 1989 ; Green, 1997 ; Laberge et Morin, 1995 ; Teplin 1984).

---

<sup>1</sup> Si la personne s'y oppose, les policiers peuvent essayer de la convaincre ou l'y contraindre s'ils jugent que la situation dans laquelle se trouve la personne risque de compromettre sa sécurité ou sa santé ou celles d'autrui. Leur pouvoir d'intervention se fonde à cet égard sur la *Common law* et sur leurs devoirs de maintenir la paix, l'ordre et la sécurité publique (*Loi de police*) de même que de leur obligation, en tant que citoyens, de porter secours à tout être humain dont la vie est en péril conformément à la *Charte des droits et libertés de la personne*.

Les personnes référées par la police aux hôpitaux seraient, de fait, sujettes à de nombreux refus de prise en charge. Ces refus s'expliqueraient en partie, par les conditions générales d'accès aux services de santé mentale, mais également par la réticence des professionnels de la santé à traiter avec des personnes référées par la police que l'on considère dangereuses, dérangeantes et non motivées à se faire soigner (Laberge et Morin, 1995 ; Teplin 1984 ; Teplin et Pruett, 1992). De plus, les policiers, régulièrement confrontés aux retours des personnes dans la communauté très peu de temps après leur admission à l'urgence, généralement le lendemain, en viennent à remettre en question l'utilité d'initier des renvois aux hôpitaux (Cardinal, 1998-2000 ; Meehan, 1995). Le problème, selon les policiers, c'est que les personnes sont retournées dans la communauté dans des conditions identiques à celles prévalant avant leur admission, laissées à elles-mêmes avec leur médication, sans ressource et sans suivi. Dans ces circonstances, il leur apparaît inévitable qu'ils devront intervenir à nouveau auprès de la personne. Une mobilisation répétitive à l'endroit d'une même personne, inciterait alors les policiers à envisager, parfois, d'entamer des poursuites judiciaires (Cardinal, 1995 ; Cardinal, 1998-2000).

Il y a des personnes que tous les policiers connaissent et avec lesquelles ils ont tous eu affaire. Il y a, entre autres, un gars qui reste en logement et que les voisins ne peuvent plus tolérer et ils ont raison. Il y a plein de choses que l'on a faites. On l'a amené à plusieurs reprises à l'urgence psychiatrique. On l'a accusé. Mais il est encore dans son logement, il dérange encore tout le monde et nous, on y va deux à trois fois par semaine. Les policiers, on ne sait plus quoi faire (Policier SPCUM, Cardinal, 1998-2000).

## **1.2 Des projets de diversion du système pénal**

Vers la fin des années 1980, divers groupes de travail et tables de concertation, réunissant des partenaires des milieux de la justice et de la santé, se sont penchés sur le problème de la judiciarisation excessive des personnes ayant des problèmes de santé mentale. On a constaté alors les difficultés d'accès aux services de santé mentale et un manque de programmes de suivi et de soutien social pour ces personnes, avant qu'elles n'entrent en contact avec le système pénal et pendant leur incarcération. Des divers travaux de réflexion sur cette question sont nés des projets dits de « diversion » du système pénal. Ces projets ont pour objectif, soit d'éviter la judiciarisation des personnes, soit d'éviter

qu'elles ne retournent dans le système pénal après une judiciarisation. Les projets qui visent à éviter la judiciarisation se réalisent plus particulièrement dans le cadre d'une collaboration entre le secteur de la santé mentale et le secteur policier. Ces projets ont pour priorité de s'adresser à des situations cibles d'intervention qui comportent une composante délictuelle mineure ou qui seraient susceptibles d'être criminalisées faute d'autres avenues de solution disponibles à la police.

C'est ainsi que les policiers du Centre-ville de Montréal et ceux de la ville de Québec peuvent recourir, depuis l'automne 1996, à UPS-J (Urgence psychosociale-Justice) et à P.E.C.H. (Programme d'encadrement clinique et d'hébergement), respectivement. Dans le cadre de ces projets, des intervenants sont disponibles 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ils répondent, entre autres, aux appels de la police et se rendent, en tout temps, sur les lieux où se déroule l'intervention policière. Chacun de ces projets permet d'effectuer des interventions ponctuelles et des interventions en situation de crise, d'orienter la personne vers les services et ressources appropriés, d'accompagner la personne pour faciliter l'accès aux services de santé et aux services sociaux dont elle a besoin et dans le cas de P.E.C.H., leur offrir leurs services de suivi intensif et d'hébergement de crise (Laberge et al., 1997 ; PECH express, 1998). Ces initiatives contribuent certainement à faciliter le travail de la police auprès de ces personnes tout en favorisant leur non-judiciarisation.

L'article 8 de la loi C-75 devrait contribuer à la multiplication de ce type de projets, entre le secteur policier et le secteur en santé mentale, dans l'objectif d'offrir aux personnes une alternative à l'hospitalisation involontaire voire même à une judiciarisation.

### **1.3 De la protection des droits des personnes**

Depuis un quart de siècle, les lois et les politiques en santé mentale ont évolué de plus en plus vers la promotion des droits et libertés de la personne ayant des problèmes de santé mentale. La désinstitutionnalisation aura d'abord contribué à redonner aux personnes atteintes de maladie mentale un statut de citoyen, statut qu'elles avaient perdu avec

l'institutionnalisation de la psychiatrie et son dispositif thérapeutique, l'asile. Ces personnes peuvent vivre désormais librement dans la société et participer, du moins c'est là un des objectifs visés à plus ou moins long terme, activement à la vie collective et s'y intégrer. Ce mouvement de libéralisation de la maladie mentale a néanmoins connu, comme il l'a été largement démontré, plusieurs ratés (Bachrach, 1993 ; Boudreau, 1984; Cardinal, 1997; Doré, 1987).

Dans le cadre de cette reconquête d'un statut, difficilement acquis et souvent remis en question (McCubbin et Cohen, 1998), le Québec, comme la plupart des pays occidentaux, s'est peu à peu orienté, à partir des années 1970, vers l'adoption de mesures législatives visant à mieux protéger les droits des personnes ayant des troubles mentaux. C'est ainsi qu'en 1972, le législateur change les règles quant à l'hospitalisation involontaire. Celle-ci ne devient autorisée que dans la mesure où l'état mental d'un individu « est susceptible de mettre en danger sa santé ou sa sécurité ou la santé ou la sécurité d'autrui » (*Loi sur la protection du malade mental*, 1972). Dès lors, les personnes ne peuvent plus être contraintes à un internement du simple fait de la présence d'une maladie mentale (Dallaire et al., 1999).

D'autres mesures, au fil des ans, ont été modifiées ou insérées, tant sur le plan législatif que judiciaire, dans la perspective d'une reconnaissance progressive des droits des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il s'agissait en fait, selon McCubbin et Cohen (1998, p. 213), « d'accorder aux patients psychiatriques les droits fondamentaux déjà accordés aux autres citoyens ». Mentionnons à ce titre les droits d'obtenir les informations nécessaires à un consentement éclairé, à refuser un traitement, d'être accompagné, d'être entendu lors d'une requête pour évaluation psychiatrique ou lors d'une requête pour garde et d'être représenté par un avocat lors de ces requêtes.

C'est dans cette foulée de mieux protéger les droits de la personne que s'inscrit la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. D'abord, elle s'harmonise mieux avec les dispositions de la *Charte des droits et liberté de la personne du Québec* et la *Charte canadienne des droits* (Ménard, 1998a). Elle protège aussi davantage les droits de la personne contrainte à s'y soumettre,

notamment en ce qui concerne ses droits à être informée et à consulter un avocat (CDPDJ, 1997 ; Ménard, 1998a ; Sénécal, 1998). Mais elle atteste aussi d'un certain recul du point de vue des mécanismes devant assurer la protection des droits des personnes puisqu'elle introduit, par son article 8, une mesure qui contrevient aux procédures judiciaires sur lesquelles reposaient jusque-là la possibilité d'amener une personne contre son gré à un établissement de santé, une requête devant être déposée à cet effet au tribunal. L'article 8 permet donc d'entreprendre une telle action, sans autorisation du tribunal, en présence d'un *danger grave et immédiat*. De l'avis de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse<sup>2</sup>, l'article 8 aurait dû être retiré de la loi (CDPDJ, Débats CAS, 18 février 1997).

#### **1.4 L'article 8 de la loi C-75 : mise en scène socio politique**

Il est courant, dans les écrits juridiques, de présenter la refonte d'une loi ou d'un ensemble de dispositions se rapportant à un domaine d'activités particulier comme étant le reflet de certaines valeurs auxquelles adhère une société :

De 1990 à 1998, la quasi-totalité des règles régissant les effets juridiques de la maladie mentale, tant civils que pénaux, aura été révisée et modernisée pour s'ajuster aux valeurs d'une société qui cherche à intégrer les personnes ayant des problèmes de santé mentale tout en se faisant plus respectueuse de leurs droits (Ménard, 1998b, p. 428).

Mais ce que l'on retient comme règles ou ce qu'énonce une règle ne saurait se limiter qu'à un simple reflet de valeurs que partagerait une société. La production des normes juridiques s'inscrit dans un processus socio politique qui met en œuvre des rapports de force entre groupes sociaux à intérêts diversifiés et qui ont plus ou moins de pouvoir pour les faire valoir (Barrata, 1991 ; Chevallier, 1983 ; Rocher, 1996).

---

<sup>2</sup> La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse a pour mandat de relever les dispositions des lois du Québec qui seraient contraires à la Charte et de faire au gouvernement les recommandations appropriées.

L'article 8 a constitué l'un des articles du projet de loi<sup>3</sup> pour lequel la confrontation des intérêts divergents a été la plus manifeste, si l'on s'en rapporte aux débats tenus par la Commission parlementaire des affaires sociales, et qui a résulté, après considération des positions exprimées, sur la reformulation du libellé de cette clause<sup>4</sup>.

Le principe de déjudiciarisation que supporte l'article 8 est, en effet, un enjeu fondamental puisqu'il confronte les droits à la liberté et l'intégrité des personnes au pouvoir des autres de les compromettre. Toutefois, peu de groupes entendus par la Commission<sup>5</sup> se sont opposés à l'adoption de ce principe, la controverse s'étant située davantage au niveau du rôle accordé au policier dans le processus. En effet, parmi les 26 groupes qui ont débattu en audience de l'article 8, 20 se sont montrés favorables à l'adoption de ce principe :

Cette mesure permet d'abréger les étapes et d'être un peu plus réalistes (AQRP, Débats CAS, 8 avril 1997);

Cette mesure est intéressante pour les familles, parce que le processus judiciaire, c'est lourd pour celles-ci (FMOQ, Débats CAS, 8 avril 1997);

On a vu tellement de gens avec des grosses difficultés devant des procédures judiciaires très lourdes auxquelles ils n'étaient pas prêts. Alors, on trouve que c'est une bonne chose que ça soit ainsi facilité. Ça va être moins coûteux, plus rapide (AMPQ; Débats CAS, 18 février 1997).

Lorsqu'une famille se retrouve dans une situation de crise causée par la désorganisation de la personne atteinte, il faut une action rapide. [...] Ces situations d'urgence extrême nécessitent une intervention ponctuelle et la venue des articles 6, 7 et 8 nous rassure (AQPAMM, Débats CAS, 18 février 97).

---

<sup>3</sup> Textuellement, l'article 8 du projet de loi 39 énonce : « Un agent de la paix peut, 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 du Québec et s'il a des motifs sérieux de croire que l'état de santé mentale de cette personne présente un danger imminent pour elle-même ou pour autrui, amener une personne contre son gré auprès d'un établissement visé à l'article 6 [CLSC ou hôpital] ».

<sup>4</sup> Les données présentées sous ce point s'appuient sur une analyse systématique de contenu des Débats tenus par la Commission des affaires sociales sur le projet de loi 39 et qui seront présentés, plus en détail, dans un article présentement en préparation.

<sup>5</sup> Cette Commission a reçu au total 35 mémoires et entendu 27 groupes lui ayant fait parvenir un mémoire. Parmi ces participants aux audiences, 26 ont débattu de l'article 8, soit en l'abordant d'eux-mêmes (24), soit parce qu'ils ont été invités à le faire (2) par les membres de la Commission.

La justification pour l'adoption de ce principe s'est principalement construite à partir de la mise en opposition entre l'urgence d'agir et l'entrave que constitue pour la famille et les proches l'obligation de recourir au processus judiciaire. Il demeure néanmoins que plusieurs groupes ont exprimé des réserves quant au recours abusif dont il pourrait être fait de cette mesure, si des moyens de contrôle et alternatifs n'étaient pas en place pour en limiter et en prévenir la mise en œuvre<sup>6</sup>.

C'est dans l'optique de mieux protéger les droits des personnes et leur donner des moyens de les préserver que plusieurs groupes ont insisté pour que l'on s'assure que la mesure ne soit appliquée que de façon exceptionnelle. Trois demandes principales ont été soumises à cet effet :

1) définir à même la loi la notion de danger grave et immédiat :

Le pouvoir de l'agent de la paix est encadré par très peu de règles de contrôle [...]. Et autant il va y avoir de policiers, autant chaque policier va interpréter la dangerosité. On pense qu'à ce niveau là on devrait définir c'est quoi, la dangerosité immédiate, pour éviter autant que possible les abus qu'il pourrait y avoir. (CUCHRG, Débats CAS, 20 février 1997).

2) faire intervenir des intervenants ou des professionnels de la santé dans le processus pour évaluer la dangerosité que représente la personne pour elle-même ou pour autrui :

On considère qu'il n'y a pas suffisamment de balises qui permettent au policier, qui est une personne qui n'a pas nécessairement la formation aujourd'hui, pour intervenir, et c'est dans ce sens-là qu'on vous recommande [...] que le policier puisse rejoindre des intervenants, des professionnels du réseau que serait un médecin, un travailleur social, un psychologue, une infirmière ou un infirmier, par exemple, de manière à expliquer la situation pour savoir si nous sommes devant une situation où il est nécessaire d'amener de force un individu dans un établissement pour qu'on puisse le prendre en charge (Fédération des CLSC du Québec, Débats CAS, 6 mai 1997).

3) développer des services de crise :

On veut que ça soit bien clair que ça doit s'articuler à un développement et une consolidation des services de crise. [...] On voit dans les services d'intervention de crise, des modalités plus proactives qui nous permettraient d'éviter une escalade trop grande d'une part, et d'autre part, un outil de choix d'accompagnement des

---

<sup>6</sup> Il faut prendre note que même si des groupes ont demandé à ce que l'article 8 soit retiré du projet loi 39, ceux-ci ont, en contrepartie à la forte probabilité de son adoption, suggéré des moyens pour en limiter la portée.

agents de la paix, en terme de formation, de *coaching* et de collaboration (AQRP ; Débats CAS, 8 avril 1997).

Le projet de loi 39 fait fausse route en facilitant les réhospitalisations involontaires. Celles-ci doivent demeurer des mesures d'exception et, de cette manière, nous contraindre comme société et en tant qu'intervenants et intervenantes en santé mentale, à développer des manières de faire qui stimulent notre solidarité envers les personnes qui éprouvent de tels problèmes plutôt que d'en faciliter l'exclusion. [...] C'est toute la question du développement de centres de crise [dont il s'agit], de ressources pointues de crise afin d'offrir différentes solutions dans des situations de crise (RRASMQ, Débats CAS, 19 février 1997).

Après considération et arbitrage des points de vue exprimés, le législateur a modifié le libellé de l'article 8, de façon à y introduire la participation d'intervenants en santé mentale pour estimer le danger grave et immédiat, tout en spécifiant que ceux-ci devaient être affiliés à un service d'aide en situation de crise<sup>7</sup>. L'insertion de l'intervenant en santé mentale dans le processus vise, plus particulièrement, à limiter les abus d'application de la mesure. La source de ces abus a été parfois associée à la famille, parfois à la police en raison de son incompétence à évaluer la dangerosité. La référence aux services d'aide en situation de crise vise, plus spécifiquement, à prévenir le recours à la mesure en offrant à la famille et aux proches, mais avant tout à la personne elle-même, la possibilité de faire appel à des intervenants pour désamorcer la crise et suggérer d'autres moyens disponibles pour venir en aide à la personne en difficulté.

Ainsi, l'article 8 de la loi C-75 énonce :

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 [CLSC ou centre hospitalier] :

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 du Québec, 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.

---

<sup>7</sup> Le législateur n'a pas retenu la requête de définir la dangerosité grave et immédiate.

Sous réserve des dispositions de l'article 23 et des urgences médicales jugées prioritaires, l'établissement auprès duquel la personne 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 des services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux.

Lorsque la demande d'amener involontairement une personne provient d'un tiers cité au deuxième alinéa, le policier « doit s'assurer qu'il n'y a pas d'intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui serait disponible pour évaluer la situation en temps utile » (Asselin, 1998). Ce préalable à l'acheminement des personnes vers un établissement de santé exige donc qu'il y ait mise sur pied d'un arrimage entre les différents corps policiers (152) du Québec et les organismes d'aide en situation de crise devant répondre aux demandes policières. Cette intervention doit viser, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux, à éviter que la personne ne soit contrainte à être amenée à un établissement pour y subir un examen psychiatrique, en favorisant des interventions rapides et efficaces qui pourraient s'avérer suffisantes pour désamorcer la crise (MSSS, 26 mai 1998).

Mais lorsque la loi entre en vigueur, le 1<sup>er</sup> juin 1998, il y a peu ou prou de services d'intervention de crise implantés au Québec (Débats CAS ; MSSS, 1997) pour assurer que l'article 8 soit appliqué de façon à respecter les exigences qu'il sous-tend.

C'est ainsi que le ministère de la Santé et des Services sociaux signifiait, dans un communiqué écrit adressé aux directions des régies régionales (26 mai 1998), l'importance d'entreprendre ou de poursuivre le développement des services de crise et leur consolidation afin d'assurer à l'ensemble de la population une réponse 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Le Ministère confiait également le soin aux régies régionales, d'entreprendre des démarches de concertation auprès des partenaires interpellés par la loi afin d'arrimer les services et de développer des « protocoles d'entente entre les agents de la paix et les services de crise dans le but de faciliter l'application des nouvelles dispositions législatives les concernant » (MSSS, 26 mai 1998).

Le Ministère nous a donné trois ans pour mettre en place des services d'aide en situation de crise et articuler leur arrimage avec les services policiers dans le cadre de l'application de l'article 8. Mais la loi n'attend pas trois ans, elle est en vigueur (RRSSS de Lanaudière).

En effet, même si les conditions de l'article 8 ne sont pas rencontrées, la loi est tout de même applicable. En l'absence d'intervenant de services de crise, l'application de l'article 8 relève uniquement de la responsabilité de la police. C'est ce qu'expliquait Jean Rochon, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, aux membres de la Commission des affaires sociales, au moment de la révision finale du projet de loi 39 :

Le paragraphe 2 du nouvel article [...] dit : lorsqu'il n'y a pas d'intervenant de disponible ou qui peut agir en temps utile, à ce moment-là, on revient à ce qu'était l'article précédent (Ministre Rochon, Débats CAS, 28 novembre 1997).

Autrement dit, le ministre d'alors sous-entendait de s'en reporter à la version du projet de loi 39, celle-là même qui avait fait l'objet de tant de controverses. On comprend alors l'importance que peut représenter pour les personnes susceptibles de faire l'objet de la mesure que les conditions relatives à l'application de l'article 8 se réalisent véritablement.

## **CHAPITRE 2 : LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE**

Cette étude constitue un premier état de situation sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. L'étude de cette mise en œuvre se rapporte aux diverses régions du Québec chapeautées par les régies régionales de la santé et des services sociaux, à l'exclusion du Nunavik (17) et de la Baie-James/Conseil Cri (18).

### **2.1 Les objectifs**

L'examen de la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la loi C-75 dans chacune des régions vise plus particulièrement trois objectifs.

1<sup>er</sup> objectif : retracer les démarches entreprises par les régies régionales de la santé et des services sociaux quant à la mise en place des conditions d'application de l'article 8.

2<sup>e</sup> objectif : repérer les modèles d'arrimage et les modalités de fonctionnement entre les secteurs de la santé et de la justice que l'on a mis en place ou que l'on prévoit mettre en place.

3<sup>e</sup> objectif : identifier les difficultés et blocages dans le processus d'arrimage des services policiers aux services de santé.

### **2.2 La méthodologie**

Cette étude porte sur un processus actuel, la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8, et ce processus varie d'une région à l'autre. Une approche qualitative d'enquête, permettant de décrire ce processus et ses variations s'avèrent la plus adéquate (Michel, 1993). Trois procédures de cueillette de données de nature qualitative ont été retenues : l'entrevue, l'analyse documentaire et l'observation participante.

### **2.2.1 L'entrevue : principale source de données**

Pour rendre compte de l'état de la situation quant à la mise en place des conditions d'application de l'article 8 et à l'arrimage des secteurs de la santé et de la justice dans chacune des régions, la principale stratégie a consisté à faire une entrevue avec les responsables du dossier de la loi C-75 de chacune des régions régionales. Cette entrevue a couvert les 6 dimensions suivantes : les démarches entreprises à partir de l'entrée en vigueur de la loi C-75 auprès des différents partenaires concernés par celle-ci; la mise sur pied de comités de concertation sur la loi C-75 les modalités de fonctionnement mises en place ou prévues pour répondre aux conditions d'application prescrites par l'article 8; les activités de formation sur la loi C-75; et les difficultés rencontrées dans l'actualisation des conditions d'application de l'article 8.

Quatorze entrevues semi-directives avec les responsables du dossier de la loi C-75 des régions régionales ont été réalisées. Dans les régions de Québec et de Montréal-Centre, de telles entrevues n'ont pas été effectuées. À la région régionale de Québec, la personne devant se charger du dossier de la loi C-75 n'avait pas entrepris de démarches quant aux conditions d'application de l'article 8, au moment de l'enquête. N'ayant aucune information à transmettre sur le dossier, la pertinence de réaliser une entrevue formelle avec cette personne s'est alors posée. Un résumé de la conversation a cependant été rédigé et les raisons pour lesquelles il n'y avait pas eu de démarches spécifiques sur l'arrimage des services policiers aux services de santé dans cette région ont été rapportées.

Dans le cas de Montréal-Centre, des contacts avec des acteurs de la région impliqués au niveau du comité régional sur la loi C-75 (Transit-CIC, Urgences-Santé, région régionale) avaient eu lieu avant même que ne débute la présente étude et la chercheuse avait été invitée, à partir de juin 1999, à participer aux rencontres du comité. Les entrevues informelles (résumées), les observations participantes aux deux réunions du comité et la documentation recueillie s'avéraient être des sources suffisantes pour pouvoir dresser un état de situation pour la région.

Quelques entrevues avec des acteurs autres que les régies régionales ont également été réalisées pour mieux documenter certains aspects considérés de l'étude, notamment en ce qui concerne les modalités de fonctionnement entre les services de santé et les services policiers et les difficultés rencontrées dans la mise en pratique des modèles d'arrimage entre les secteurs. Des entrevues avec les ressources suivantes ont ainsi été menées : Groupe régional de défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue; Service municipal de police de Rimouski; Urgence-Détresse Sherbrooke; CLSC Haute-Yamaska et Centre 24/7 de l'Outaouais. Toutes les entrevues formelles ont été réalisées au téléphone, enregistrées et retranscrites. Pour une description des entrevues formelles et informelles avec les différents acteurs dans chacune des régions, on peut consulter l'annexe 1.

### **2.2.2 Les autres sources de données**

L'étude s'appuie également sur l'analyse d'une gamme de documents relatifs à la loi C-75. Ces documents sont principalement : des compte rendus de rencontres tenues par des comités de concertation sur la loi C-75; des protocoles d'entente sur l'arrimage des services de crise et les services policiers; des documents de travail sur la loi C-75; et de la documentation sur l'organisation des services de crise.

La participation de la chercheuse à la rencontre MSSS-Régies régionales sur la loi C-75 le 12 octobre 1999 a également servi à compléter les données, à mettre à jour le développement des dossiers dans les différentes régions où les entrevues avaient eu lieu précédemment à cette rencontre.

### **2.2.3 La période de référence**

Comme cette étude constitue un état de situation, il a fallu statuer sur la période à laquelle il se rapporterait. La délimitation de la période n'a pas été simple, compte tenu que les entrevues avec les régies régionales se sont échelonnées, pour des raisons diverses, du 21 juillet au 15 novembre 1999. Par ailleurs, le 12 octobre 1999, une rencontre MSSS-Régies a permis de tracer un portrait sommaire de l'ensemble des régions. On a donc opté pour une présentation des résultats où les faits rapportés se réfèrent généralement à la période

comprise entre le 1<sup>er</sup> juin 1998 et le 12 octobre 1999, la rencontre MSSS-Régies ayant servi de point repère limite avec quelques exceptions à cette règle. Ces exceptions se retrouvent au chapitre 3 où l'on expose, région par région, les diverses démarches entreprises ou prévues concernant les conditions d'application de l'article 8. Dans ce chapitre, les faits décrits peuvent donc se situer au-delà de la période de référence. Toutefois, lorsqu'il est question de la situation pour l'ensemble des régions, au chapitre suivant, et que l'on fait le point sur les démarches de formation sur la loi C-75 et sur celles visant l'arrimage des secteurs de la santé et de la justice, les données considérées dans l'analyse respectent strictement la période du 1<sup>er</sup> juin 1998 au 30 septembre 1999.

Nous présentons aux deux chapitres suivants les résultats de l'enquête. Le premier de ces chapitres, de portée descriptive, présente un portrait des démarches entreprises et prévues dans chacune des régions enquêtées concernant la loi C-75. Le dernier chapitre met en perspective, pour l'ensemble des régions, les activités de formation, l'état de situation par rapport à l'arrimage des services de police et des services de santé et aborde les difficultés et obstacles auxquels les secteurs font face dans le processus menant à son actualisation et dans sa mise en opération.

## **CHAPITRE 3 : ÉTAT DE SITUATION PAR RÉGION**

Ce chapitre présente un portrait des démarches entreprises dans chacune des régions enquêtées concernant la loi C-75. Les principaux points traités sur ce plan sont les activités de formation sur cette loi, les démarches de concertation en vue de définir un mode de fonctionnement dans le cadre de l'application de l'article 8 de même que des informations sur les modalités mises en place ou à venir. Par ailleurs, comme l'une des conditions essentielles à l'application de l'article 8 s'avère être liée à la présence de services d'intervention de crise, l'état de développement de ces services dans chacune des régions a également été considéré. Une description des principales caractéristiques de ces services fait partie de ce portrait dans la mesure où nous avons des informations sur le modèle d'organisation des services de crise en opération, en implantation ou en train d'être défini<sup>8</sup>.

### **3.1 La région du Bas-Saint-Laurent**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, la région du Bas-Saint-Laurent vient tout juste de terminer la définition d'un modèle d'organisation de services de crise et entame, au printemps 1999, son implantation. Le modèle retenu vise l'utilisation des ressources et expertises disponibles de manière intégrée de façon à offrir des services le plus près possible des milieux de vie, dans une perspective de continuité et de complémentarité des services. C'est un modèle que l'on qualifie de « Réseau de services intégrés en intervention de crise » dont l'organisation repose sur trois niveaux : local, sous-régional et régional.

#### **3.1.1 Les services de crise**

Les services de crise comprennent quatre types spécifiques d'intervention adaptés à l'intensité de la crise : une ligne téléphonique 24/7; des services externes de crise (face à face) 24/7, de l'hébergement de crise (0-14 jours) et de l'intervention en urgence psychiatrique.

---

<sup>8</sup> On trouve à l'annexe II un tableau retraçant, pour chaque région, l'état du développement, en juin 1998 et en septembre 1999, des services de crise, de même que leur modèle d'organisation des services de crise.

► Une ligne téléphonique 24/7

Le service téléphonique régional est la porte d'entrée dans le réseau intégré des services de crise. C'est le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent qui en a la responsabilité. Les intervenants du Centre ont pour rôle, par le biais du service téléphonique 24/7, de procéder à l'accueil, l'évaluation, l'intervention et d'orienter, selon les situations, les personnes vers les ressources appropriées et disponibles dans chaque municipalité régionale de comté (MRC). L'intervention téléphonique vise à explorer la situation de crise, à évaluer la dangerosité, à désamorcer la crise et à explorer avec la personne des stratégies d'adaptation. Lorsque l'intervention téléphonique ne s'avère pas suffisante pour désamorcer la crise et que la personne ne peut attendre un délai minimal pour obtenir un service, une référence aux services externes 24/7 peut être effectuée immédiatement.

► Des services externes 24/7

Les services externes 24/7 renvoient à des interventions qui se font dans le milieu de vie de la personne ou sur les lieux où se déroule la situation de crise. Ils sont de deux types. Ils comprennent « le suivi externe pour les personnes dont la dangerosité est moindre, mais pour lesquelles l'intervention téléphonique s'avère insuffisante à désamorcer la crise [et] le suivi post-crise pour les personnes qui nécessitent un suivi après une période d'hébergement de crise » (*Les services de crise du Bas-Saint-Laurent*, 1999, p.11).

Les services externes 24/7 relèvent de la responsabilité des CLSC de chaque MRC (8) de la région. Les CLSC doivent, dans le cadre de leur mandat, actualiser un service de garde et de rappel au travail pour les heures comprises entre 19 heures et 8 heures 30 en semaine et couvrant, en fin de semaine, 48 heures. Le personnel de garde s'engage à intervenir dans le milieu lorsque le Centre de prévention du Suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent leur réfère un cas. En octobre 1999, trois CLSC de la région n'avaient pas encore comblé leur liste de rappel pour assurer une garde 24/7.

➤ Les services d'hébergement de crise (0-14 jours)

Les services de crise dans la région comprennent aussi de l'hébergement. Ce service vise à offrir un milieu sécuritaire et en retrait du milieu de vie des personnes dont la désorganisation est élevée. De l'intervention axée uniquement sur la situation de crise est également offerte lors de l'hébergement. Deux organismes communautaires assument le mandat. L'un dessert le secteur Ouest de la région (La Bouffée d'air du KRTB), l'autre le secteur Est (Le Centre de prévention du suicide et d'intervention de crise du Bas-Saint-Laurent).

➤ Urgence psychiatrique

La région dispose également de services d'urgence 24/7 pour les personnes en situation de crise aiguë et qui présentent un risque élevé d'un passage à l'acte homicide ou suicidaire. Le mandat est confié au Centre hospitalier et d'hébergement de Rivière-du-Loup pour le secteur Ouest de la région et le Centre hospitalier régional de Rimouski pour le secteur Est.

### **3.1.2 La loi C-75**

Un an après l'entrée en vigueur de la loi, la Régie régionale du Bas-Saint-Laurent amorce le dossier concernant son actualisation. Au programme, deux activités principales ont lieu : la formation des intervenants du réseau de la santé mentale et de la psychiatrie et l'élaboration d'un plan de travail, par un comité de la régie régionale, concernant *L'application régionale -Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (3 décembre 1999).

#### **La formation**

Dans la région du Bas-Saint-Laurent, la formation s'est organisée sur deux plans : des sessions d'information sur la loi C-75 et des sessions de formation concernant plus

spécifiquement l'intervention de crise. À la fin novembre 1999, environ 137 personnes avaient reçu de l'information sur la loi et 286 de la formation en intervention de crise. Dans certains cas, c'est Jean-Pierre Ménard (avocat) qui a donné la formation. Dans d'autres cas, ce sont Dominique Beaulieu (avocate) et Gilles Marsolais (consultant en santé mentale). Les organismes communautaires de la région ont également reçu de l'information par le biais du groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale.

### **Le processus de concertation sur la loi C-75**

Un comité de la régie formé de six représentants de divers volets concernant la santé (violence, suicide, santé mentale, jeunesse, services hospitaliers) a d'abord révisé la structure des services de crise en processus d'implantation pour évaluer dans quelle mesure les exigences de la loi pourraient s'intégrer à celle-ci. Sur le plan des interventions des policiers auprès de personnes susceptibles d'être concernées par l'article 8, il est officieusement envisagé de mettre à contribution la ligne téléphonique régionale d'intervention de crise et les services externes d'intervention de crise (face à face) assurés par les CLSC.

Outre la révision de la structure des services de crise, le comité de la régie régionale, a élaboré un plan de travail dans lequel les activités visant l'actualisation des conditions d'application de la loi C-75 seront discutées autour « d'une table de concertation régionale regroupant les intervenants du réseau et les partenaires de d'autres secteurs d'activités qui sont concernés par l'application de la loi » (RRSSS du Bas-Saint-Laurent).

#### ► La table de concertation régionale

Le comité de la régie régionale a officiellement constitué une liste des divers partenaires devant participer à la table de concertation régionale sur l'application de la loi qui devaient siéger, pour la première fois, en décembre (14) 1999. La composition du groupe comprend des représentants d'organismes communautaires (dont ceux impliqués au niveau des services de crise), du groupe de défense des droits en santé mentale, d'établissements de

santé (CH locaux et régionaux, CLSC), du ministère de l'Éducation, du secteur de la justice (centre de détention, police, Commission des droits de la personne et de la jeunesse) et du Comité Régie.

La table de concertation intersectorielle a pour mandat de proposer des modalités de fonctionnement en tenant compte de toute autre législation pertinente et de l'organisation du réseau des services de crise. Le groupe devra entre autres élaborer des protocoles d'entente sur les rôles et responsabilités de chacun des partenaires concernés par l'application de la loi et sur les mécanismes de liaison et de soutien quant aux interventions policières. La table verra aussi à développer des outils pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence (Plan de travail, 3 décembre 1999).

À l'automne 1999, la régie régionale et les services de police de la région n'étaient pas encore entrés en contact. La régie n'avait donc aucune idée de la compréhension qu'ont les policiers des conditions d'application de l'article 8, de la façon dont ils fonctionnent en attendant que les conditions d'arrimage soient définies et mises en place et dans quelle mesure les demandes d'hospitalisation involontaire s'avèrent fréquentes ou pas : « La concertation avec le 911 et les corps de police, ça c'est pas fait ».

## **3.2 La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, le Saguenay–Lac-Saint-Jean est en plein processus d'implantation de ses services de crise. Ils seront opérationnels, dans les six localités de la région, au printemps 1999 (RRSSS du Saguenay–LSJ).

### **3.2.1 Les services de crise**

Au printemps 1998, le Saguenay–Lac-Saint-Jean commence à mettre en place des services d'intervention de crise 24/7 dans les six localités de la région. Le modèle retenu consiste à intégrer un volet social à la Centrale multiservice (Info-Santé). Ce type de modèle, en voie d'implantation dans d'autres régions, se caractérise par deux composantes principales : une réponse téléphonique centralisée et une intervention localisée dans le milieu.

Pendant le jour, les services d'accueil des CLSC (6) de la région reçoivent les appels et pendant le soir, la nuit et la fin de semaine, une bascule permet de renvoyer les appels à la Centrale multiservice. La centrale, comme les CLSC le jour, répond « à toute personne vivant une situation de crise ou de détresse et à tout collaborateur ayant besoin de support pour lui ou pour un de ses clients » (*Plan opérationnel des services Info-Social 24/7*, 1998, p. II). Le personnel de la centrale procède à l'accueil et à l'évaluation des demandes et besoins des appelants (information de base, relation d'aide, conseil). Il voit aussi à mettre la personne en contact avec une ressource pertinente soit en procédant à une référence immédiate ou différée. Il peut s'agir par exemple d'une référence immédiate au Centre de prévention du suicide pour de l'écoute téléphonique ou encore d'une référence, le lendemain, à l'équipe psychosociale du CLSC. Lorsque la sécurité physique et émotionnelle de la personne est compromise, le personnel de la centrale peut faire intervenir « sur le champ » un professionnel de garde disponible dans chacun des territoires.

Les intervenants de garde relèvent de chaque CLSC de la région. Ils ont la responsabilité d'intervenir, lorsqu'il y a une référence de la centrale, immédiatement dans tout lieu où se trouve la personne en besoin d'aide d'urgence. Il peut s'agir « du domicile de l'utilisateur, dans un lieu public ou chez un partenaire, lorsque la situation l'exige » (*Plan opérationnel des services Info-Social 24/7*, p. 15).

L'hébergement de crise est un volet qui reste à développer dans la région.

### **3.2.2 La loi C-75**

Parallèlement à l'implantation des services de crise, la Régie régionale, en collaboration avec les hôpitaux, organise une journée de sensibilisation sur la loi C-75 et dès l'automne 1998, une concertation intersectorielle sur l'application de l'article 8 s'amorce.

- Une formation sur la loi C-75

Dès l'été 1998, une journée de formation à portée régionale est organisée afin de sensibiliser les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et ceux des organismes communautaires sur les nouvelles dispositions contenues dans la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Cette journée d'information a été préparée à l'aide du guide de formation élaboré par l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ). Considérant cette formation insuffisante au niveau des connaissances acquises, certains établissements de la région prennent alors l'initiative de donner de la formation supplémentaire. Ces établissements ont eu recours à divers formateurs.

Le Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale s'est par ailleurs chargé de divulguer de l'information sur les nouvelles dispositions de la loi C-75 aux usagers.

► Une concertation locale et régionale

La concertation entre les divers partenaires impliqués au niveau de l'application de la loi C-75 a d'abord pris forme au niveau local (automne 1998) et s'est ensuite élargie au niveau régional (automne 1999).

Les tables de concertation de l'un et l'autre niveaux partagent des mandats similaires mais elles ont des visées différentes. Les tables de concertation locales ont été mises en place dans la perspective de respecter les particularités et le dynamisme des acteurs de chaque territoire. Leurs mandats consistent à développer une compréhension commune de la loi et à harmoniser les interventions des acteurs dans le cadre de l'application de celle-ci.

Les rencontres intersectorielles régionales visent plutôt à ce que les conditions d'application de la loi soient les mêmes d'une localité à l'autre : « On vise à uniformiser l'application de la loi 39. Il ne faut pas que cela soit disparate d'un territoire à l'autre » (RRSSS du Saguenay–LSJ). La table régionale a aussi pour mandat de développer une vision commune de l'application de la loi. Elle doit également clarifier les rôles et responsabilités des différents acteurs de même que définir un modèle de fonctionnement

qui soit opérationnel entre les services en santé (services de crise, centres hospitaliers et autres partenaires ) et les divers corps de police de la région.

La première réunion de la table régionale intersectorielle a eu lieu le 1<sup>er</sup> septembre 1999. À cette date, quatre tables de concertation territoriales étaient déjà constituées, laissant place à l'implantation de deux autres tables pour compléter la structure. À la réunion de la table régionale, les partenaires ont convenu que chacune des tables de concertation territoriales délègue un représentant pour siéger à la table régionale, assurant ainsi la liaison entre les deux niveaux de concertation. La table régionale intersectorielle devrait, aux prochaines réunions, se composer d'un représentant des groupes suivants : les tables de concertation territoriales (6), l'Association des directeurs des policiers et pompiers du Québec, le Centre de prévention du suicide, la Sûreté du Québec, le Groupe de promotion et de défense des droits, les Centres jeunesse, un organisme communautaire offrant du support à la famille, la Centrale multiservice, les CLSC et les Directions de santé publique (Compte rendu de la Table régionale intersectorielle–Loi 39, 1<sup>er</sup> septembre 1999).

Un retour évaluatif sur la formation reçue aura aussi permis aux partenaires participant à la table de concertation régionale de constater une disparité quant aux connaissances acquises par les intervenants, chaque formateur engagé par les établissements ayant proposé des interprétations différentes de la façon dont la loi s'applique (Table régionale intersectorielle, 01-09-99). On reconnaît alors la nécessité de mettre en branle une formation mieux orchestrée afin que les intervenants concernés aient une même compréhension de ce qu'autorise, restreint et impose la loi C-75. À cet effet, l'on prévoit organiser des sessions de formation pour chaque territoire de la région et qu'un seul formateur soit engagé pour animer ces sessions.

### **3.2.3 Les organismes mandataires**

La priorité qui s'impose quant aux exigences contenues à l'article 8 est de désigner les divers organismes qui auront l'autorisation de faire appel à la police pour amener une personne contre son gré à l'hôpital et le rôle d'intervenir à la demande de la police pour évaluer la dangerosité grave et immédiate. Conformément au PROS du Saguenay–Lac-

Saint-Jean de 1989 et de l'organisation actuelle des services d'intervention de crise, le mandat devrait être confié aux CLSC : « On a travaillé très fort pour mettre en place Info-Social 24/7. Alors, on veut confier la responsabilité aux CLSC par le biais d'Info-Social mais les organismes communautaires aimeraient aussi [en avoir le mandat] » (RRSSS du Saguenay–LSJ). Ceux-ci revendiquent qu'ils connaissent déjà leur clientèle et qu'ils ne voient pas la nécessité de faire intervenir une équipe mobile pour évaluer le danger grave et immédiat lorsque eux-mêmes sont en position et ont les compétences pour le faire. La revendication de part et d'autre d'être désigné comme acteur décisionnel dans l'imposition d'une garde préventive risque d'occasionner certains remous et de freiner la mise en place des conditions contenues à l'article 8.

Tant et aussi longtemps que le conseil d'administration n'aura pas statué quant aux organismes mandataires, il sera difficile, de l'avis de la répondante de la Régie, de poursuivre les travaux relatifs à la formation, plus poussée, des intervenants devant évaluer la dangerosité, au développement d'outils pour appuyer leur jugement et quant à l'établissement des protocoles d'entente encadrant la collaboration entre les divers partenaires impliqués dans l'application de l'article 8.

### **3.3 La région de Québec**

À l'automne 1999, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec n'a pas encore amorcé de démarches, de quelle que nature que ce soit, concernant le dossier de la loi C-75.

Deux raisons principales expliquent l'inactivité de la Régie dans ce dossier. D'abord, la Régie régionale de Québec est aux prises, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, avec une réorganisation importante du réseau des services de santé et des services sociaux, dont celui de la santé mentale, de telle sorte qu'elle doit régler plusieurs autres dossiers prioritaires avant celui de la loi C-75. De plus, la Régie est à la même période affectée par un roulement important de son personnel. La personne en charge du programme en santé

mentale a, entre autres, quitté la régie. Elle n'a été remplacée qu'en février 1999 et la personne, occupant nouvellement le poste, est submergée par les autres dossiers.

Néanmoins, divers organismes de la région ont organisé des rencontres d'information sur la loi C-75 (Comité MSSS-Régies, 12 octobre 1999). Certains centres hospitaliers ont fait appel à l'AHQ. Du côté des CLSC, quelques-uns se sont organisés localement pour se doter de formation. Le groupe régional en promotion et défense des droits a aussi rencontré des usagers d'organismes communautaires au sujet de la loi de même que l'organisme La Boussole a fait de la formation auprès des familles et des proches.

### **3.4 La région de la Mauricie et du Centre du Québec**

En septembre 1999, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre du Québec n'avait pas encore amorcé de démarches, outre celle d'organiser une formation, par rapport à la loi C-75. On attend que le processus d'implantation du modèle des services de crise, prévu dans le Plan d'orientations (15) en santé mentale du territoire (1998), débute et qu'il soit amorcé suffisamment avant d'entreprendre des démarches avec les services de police. Le préalable à l'implantation du modèle tient avant tout à l'adoption en bloc par le conseil d'administration de la régie régionale, du Plan d'orientations.

Une fois le plan adopté<sup>9</sup>, la priorité est d'implanter, au cours de la prochaine année (1999-2000), les services de crise dans chaque MRC : « Il faut penser à plusieurs mois avant que cela soit vraiment en place et fonctionnel » (RRSSS de la Mauricie et Centre du Québec). Lorsque le processus sera avancé, il sera alors possible d'envisager, selon la régie, des travaux plus spécifiques, probablement par territoire de CLSC, pour définir des modalités de fonctionnement avec les services policiers : « Je ne sais pas encore exactement comment on va procéder, mais il va falloir faire absolument le lien avec les policiers pour pouvoir répondre à l'article 8. On pense qu'avec le modèle que l'on a défini, on va répondre comme il faut à l'article 8 » (RRSSS de la Mauricie-CQ).

---

<sup>9</sup> L'adoption de ce plan a été retardée en raison d'un désaccord concernant l'organisme à mandater pour assurer le suivi intensif. Le plan a finalement été entériné en décembre 1999.

### **3.4.1 Les services de crise**

Le modèle d'organisation des services de crise de la région de la Mauricie et du Centre du Québec prévoit cinq types de service.

L'intervention téléphonique sera assurée par chaque CLSC (12) pendant les heures d'ouverture et le Centre régional d'Info-Santé via le volet social prendra la relève de nuit. L'écoute téléphonique, pour toutes situations de crise à l'exception du suicide, demeurant sous la responsabilité des Centres de prévention du suicide (5), relèvera de la responsabilité d'Info-Social/CLSC.

Le deuxième type de service consistera en de « l'intervention immédiate dans le milieu 24/7 » également sous la responsabilité des CLSC. Chaque CLSC aura une liste d'intervenants disponibles, jour et nuit, qui devront se rendre sur place si l'intervenant téléphonique d'Info-social, le juge nécessaire.

Les CLSC auront aussi le mandat d'assurer des services d'intervention de crise à moyen terme, suite à l'intervention téléphonique ou suite à celle dans le milieu : « Les intervenants des CLSC vont assumer le suivi de crise jusqu'à ce qu'elle soit résolue » (RRSSS de la Mauricie –CQ).

Le quatrième type de service renvoie à de l'hébergement de dépannage à court terme. Ce sont les organismes communautaires qui en auront probablement le mandat.

Enfin, l'évaluation en psychiatrie et l'hospitalisation constituent le cinquième type de services.

### **3.4.2 Une formation sur la loi C-75**

La formation sur la loi C-75 a eu lieu au cours de l'automne 1998 et au cours de l'hiver 1999 dans pratiquement tous les établissements et les organismes communautaires de la

région. Le D<sup>r</sup> Lavertue, spécialisé dans le domaine de l'internement civil, a donné la formation.

### **3.5 La région de l'Estrie**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, les services de crise dans la région de l'Estrie opèrent depuis deux ans déjà. Dès l'automne 1998, la régie régionale entreprend d'organiser une formation intersectorielle par MRC sur la loi C-75. Cependant, ce n'est qu'à l'automne 1999 que la régie régionale va entreprendre d'autres démarches concernant cette loi. Cette inactivité tient en partie à l'absence prolongée d'un agent attiré au programme de santé mentale à la régie régionale. La personne occupant ce poste l'a quitté au lendemain de l'entrée en vigueur de la loi et celui-ci est resté non comblé jusqu'à son retour à la fin septembre 1999.

#### **3.5.1 Les services de crise**

C'est en 1995 que l'Estrie commence à implanter des services de crise selon les orientations définies dans le cadre du PROS de la région. Le modèle qui a été développé est décentralisé. Les services de crise sont disponibles 24 heures par jour et 7 jours semaine. Ils s'adressent à toute clientèle et à toute problématique psychosociale : décès, conflit familial, violence conjugale, angoisse, dépression, idée suicidaire : « Urgence-Détresse, c'est notre service d'intervention de crise » (RRSSS de l'Estrie).

Chaque CLSC (17) de la région assure en semaine, de 8h30 le matin à 8h30 le soir, les services de crise. L'équipe psychosociale dans chacun des CLSC reçoit les demandes, les traite et intervient dans le milieu lorsque cela est nécessaire. En dehors des heures régulières d'ouverture des CLSC, une bascule téléphonique permet de renvoyer les appels locaux au service régional d'Info-Santé. L'infirmière d'Info-Santé répond aux appels et en fait le tri. S'il s'agit d'un appel à caractère psychosocial qui demande une intervention immédiate, l'appel est transféré à un intervenant de garde d'Urgence-Détresse. Celui-ci peut privilégier une intervention téléphonique ou une intervention face à face selon les situations et les besoins de la personne.

Pendant les heures les plus achalandées, soit de 8h30 le soir à 2h00 du matin, un travailleur social, sur les lieux de la centrale d'Info-Santé, prend les appels de nature psychosociale. Lorsque son intervention téléphonique ne suffit pas, celui-ci transfère l'appel à un intervenant de garde qui peut se rendre, en tout temps, sur les lieux où se trouve la personne en besoin d'aide.

Les intervenants de garde font partie d'une équipe centralisée qui se compose d'une quinzaine de personnes provenant du personnel des CLSC de la région. La garde pendant le soir, la nuit et la fin de semaine, est assurée par trois intervenants qui couvrent chacun une partie du territoire de l'Estrie : « Nous avons divisé la région en trois zones, parce que nous ne trouvions pas cela rentable d'avoir un intervenant sur pagette dans chaque territoire de CLSC » (Urgence-Détresse, CLSC Sherbrooke).

En 1998-1999, l'hébergement de crise constituait un volet des services à compléter pour la région. Le modèle retenu consiste à financer des lits de crise dans divers organismes de la région. Des ententes sont présentement sur le point d'être conclues, dans la MRC Sherbrookoise, à cet effet.

### **3.5.2 La loi C-75**

Dès l'automne 1998, la Régie régionale de l'Estrie entreprend d'organiser une formation sur la loi C-75. Dominique Beaulieu et Gilles Marsolais ont donné la formation. Ont été conviés à participer à ces sessions d'information sur les nouvelles règles qu'introduit la loi, les gestionnaires et intervenants des CLSC, les médecins et intervenants des centres hospitaliers, les groupes communautaires, les intervenants de la DPJ et en toxicomanie de même que les policiers. Les usagers et leurs proches ont été sensibilisés à la nouvelle loi par le Groupe de promotion et de défense des droits.

Suite à ces sessions de formation, la régie régionale s'est retirée du dossier jusqu'en octobre 1999. Elle participe alors à une réunion de la Table<sup>10</sup> régionale de concertation santé mentale-justice, réunissant des partenaires du milieu de la justice (procureur, service de détention, police) et de la santé mentale (CLSC, Centre hospitalier), et propose aux membres d'inclure, à son mandat, le suivi de l'application de la loi C-75 (RRSSS de l'Estrie). Mais entre le retrait de la régie et son retour dans le dossier, il y a néanmoins eu des développements, au plan local, quant à l'arrimage des services de crise et des services policiers dans le cadre de l'application de l'article 8.

### **3.5.3 La gestion des situations relevant de l'article 8**

« Même si tout n'était pas parfaitement défini », la collaboration entre les services de crise et les services policiers, dans le cadre de l'application de l'article 8, s'est établie dès l'entrée en vigueur de la loi (Urgence-Détresse, CLSC Sherbrooke). Ce développement tient à l'antériorité de liens entre ces deux secteurs dans plusieurs localités de la région. « La loi a fait en sorte que nous avons dû simplement activer nos protocoles d'entente avec les services de police » (Urgence-Détresse, CLSC Sherbrooke).

Les intervenants des services de crise et les psychiatres du Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE) sont les seuls acteurs autorisés à faire appel à la police pour amener une personne, contre son gré, à l'hôpital lorsque son état mental présente un danger grave et immédiat. Les intervenants des services de crise assument également le rôle d'intervenir, à la demande des policiers, dans le milieu où se trouve la personne afin de désamorcer la crise et évaluer s'il s'avère nécessaire d'amener ou non la personne à l'hôpital : « Le rôle des intervenants, c'est de faire en sorte que la crise puisse se gérer, donc de diminuer la crise et de ne pas faire appel aux services de police » (CLSC Sherbrooke).

Pour faciliter l'accès à un intervenant des services de crise, les policiers disposent d'une ligne d'accès directe aux services. Lors d'intervention dans le milieu, les intervenants

---

<sup>10</sup> Cette table de concertation était déjà en place avant l'entrée en vigueur de la Loi mais nous ne savons pas la date de sa formation. Les divers partenaires de cette table sont parvenus à une entente multi-sectorielle, en juin 1998, concernant la gestion de situations impliquant une clientèle judiciarisée et ayant une problématique de santé mentale.

assurent eux-mêmes leur déplacement. Le temps requis pour être sur place est fonction du lieu de résidence des intervenants et du lieu où se trouve la personne en besoin d'aide. Ces déplacements demanderaient au plus 45 minutes.

Lorsqu'il y a nécessité d'amener la personne contre son gré à l'hôpital, les policiers font appel aux services ambulanciers. Les intervenants n'accompagnent pas la personne à l'hôpital : « À partir du moment où l'intervenant ne parvient pas à diminuer la crise, à établir un contact, c'est plus ou moins pertinent qu'il accompagne la personne à l'hôpital » (CLSC Sherbrooke). Les policiers sont responsables de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par l'établissement<sup>11</sup>.

### **3.6 La région de Montréal-Centre**

À l'entrée en vigueur de la loi C-75, Montréal disposait de services de crise fonctionnels depuis une dizaine d'années déjà. Dès l'été 1998, la Régie régionale de la santé et des services sociaux faisait parvenir, à tous les partenaires du secteur en santé mentale, un communiqué les informant de l'entrée en vigueur de la loi et du rôle qu'octroie l'article 8 aux services de crise. La régie régionale annonçait aussi qu'il y aurait formation, en septembre 1998, d'un comité régional devant se pencher sur l'organisation des services et sur les rôles et responsabilités des divers partenaires concernés par l'application de la loi C-75.

#### **3.6.1 Les services de crise**

La population de Montréal-Centre a accès à six centres de crise et à un centre de prévention du suicide (Suicide-Action Montréal). Ce dernier offre principalement de l'écoute téléphonique 24/7.

Les centres d'intervention de crise opèrent 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ils offrent une variété de services dont les principaux sont : « l'évaluation des personnes en

---

<sup>11</sup> Nous ne disposons d'aucune donnée sur les modalités de prise en charge de la personne par les urgences, nos informateurs clé ne connaissant pas la situation à ce niveau d'intervention.

détresse et l'orientation des demandes d'aide, l'hébergement à court terme en situation de crise et le suivi favorisant l'adaptation et le retour dans l'environnement initial. Le soutien aux aidants est également disponible » (*Les responsabilités de la Régie régionale de Montréal-Centre à l'égard de la loi C-75*, Document de travail, 21 septembre 1999).

Les centres de crise font également de l'intervention dans le milieu de vie des personnes. Toutefois, le déplacement des intervenants dans le milieu est limité et ce type d'intervention n'est généralement pas disponible de soir et de nuit. De plus, le personnel des centres de crise n'intervient habituellement auprès de personnes en crise psychosociale que dans la mesure où celles-ci en font la demande. Les six centres de crise répondent, annuellement, à plus de 3000 appels de détresse et desservent environ 2000 personnes par année (*Les responsabilités de la Régie régionale de Montréal-Centre à l'égard de la loi C-75*, Document de travail, 9 septembre 1999).

Montréal dispose aussi d'une équipe mobile qui peut intervenir, 24 heures par jour et 7 jours par semaine, auprès d'adultes dont les comportements ou les attitudes peuvent être associés à un problème de santé mentale et qui agissent, dans leur environnement, de façon délictueuse (CLSC des Faubourgs, septembre 1996). Urgence psychosociale-Justice (UPS-J), en fonction depuis octobre 1996, est appelée à intervenir auprès de cette clientèle cible « en situation d'urgence, de crise, sur les lieux d'événements problèmes, en situation d'accompagnement dans le milieu, à titre de support, de co-intervenant auprès d'organismes aussi diversifiés que les tribunaux, la police, les ressources communautaires, les hôpitaux [et] les centres de crise » (Laberge et al., 1997, p. 17).

Le mandat de l'UPS-J comprend deux volets. Un des volets consiste en de l'intervention sociojudiciaire dont l'objectif est d'éviter la judiciarisation des personnes ou leur incarcération. Le second volet consiste en de l'intervention psychosociale dont les principaux objectifs sont : « 1) briser le syndrome de la porte tournante; 2) prévenir et éviter à une personne son exclusion d'un environnement qu'il soit privé, semi-privé ou public » (CLSC des Faubourgs, septembre 1996, in Laberge et al., p. 17). Durant les quatre premiers mois d'opération de l'UPS-J, celui-ci a répondu à 207 demandes dont

37 % provenaient de policiers, 34 % des tribunaux, 15 % de ressources communautaires et 15 % de d'autres sources (Laberge et al., 1997).

### **3.6.2 La loi C-75**

Montréal-Centre, comparativement à d'autres régions, est assez bien pourvu en services de crise lorsque la loi entre en vigueur. Cependant, les organismes assurant ces services n'étaient pas nécessairement prêts alors, pour diverses raisons, à assumer le mandat que leur conférait l'article 8:

La loi est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin et nous avons appris du même coup que nous aurions éventuellement un rôle là-dedans. On n'était pas préparé du tout à cela. Il y a beaucoup d'inquiétudes chez les intervenants. Le personnel est habitué de travailler avec des gens sur une base volontaire. Avec cette loi, il va travailler dans un contexte d'intervention non sollicitée, non volontaire ce qui peut avoir une incidence sur l'image de notre organisme. D'être associé à l'article 8, c'est comme si l'on cautionnait un peu un rapport de coercition. Il y a beaucoup de choses à travailler, à mettre en place avant d'appliquer l'article 8 et que l'on accepte d'y tenir un rôle. Toute la notion de dangerosité, l'évaluation de la dangerosité, la formation des intervenants, du personnel supplémentaire pour assurer une intervention dans le milieu 24/7, les déplacements, les frais d'opération et les coûts de démarrage. Tout cela demande des ressources supplémentaires. Mais actuellement, il n'y a pas d'argent. On ne peut pas assumer un tel mandat avec les ressources que l'on a (L'Autre Maison; Cardinal, 1998-2000).

C'est entre autres à ces divers aspects que le comité régional sur la loi C-75 de Montréal-Centre tentera d'apporter réponse. En attendant que les conditions soient en place et que les partenaires concernés par la loi parviennent à des ententes de fonctionnement, les policiers de la Communauté urbaine de Montréal ont reçu pour directive de ne pas faire appel aux centres d'intervention de crise (Cardinal, 1998-2000). Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la loi C-75, l'application de l'article 8 relève de la discrétion des policiers sans que ceux-ci n'aient eu de formation sur la loi ni de directives spécifiques, autre que celle d'agir comme ils le faisaient avant l'entrée en vigueur de la loi. Des policiers de quelques postes de quartier, au centre-ville et à Saint-Henri, ont néanmoins la possibilité de faire

appel à UPS-J si les caractéristiques de l'événement correspondent à la clientèle à laquelle ce service s'adresse<sup>12</sup>.

### **Une formation partielle**

Il n'y a pas eu à Montréal de sessions systématiques d'information sur la loi C-75. Les quelques activités qui ont eu lieu sur ce plan, l'ont été sur l'initiative de centres hospitaliers, lesquels ont eu recours à l'AHQ ou à des formateurs de d'autres organisations pour sensibiliser leur personnel à la nouvelle loi.

Par ailleurs, les familles ont reçu de l'information sur la loi par le biais de Dominique Beaulieu et Gilles Marsolais et Action Autonomie prévoyait, à l'automne 1999, organiser des sessions d'information pour les usagers (Comité MSSS-Régies, 12 octobre 1999).

### **Un exercice de concertation**

C'est en septembre 1998 que le comité régional sur la loi C-75 de Montréal-Centre se rencontre pour la première fois. Le comité regroupe des représentants de diverses organisations : Association de défense des droits des usagers, CLSC, centres hospitaliers, SPCUM, organismes communautaires, services d'urgence 911, Urgences Santé, centres d'intervention de crise, centre de prévention du suicide, AQPAMM et régie régionale. Le comité avait un double mandat :1) « conclure des ententes entre les partenaires pour organiser les services dans le respect des droits des personnes [et préciser] les rôles et responsabilités que leur confère ladite loi » (RRSSS de Montréal-Centre, 25 juin 1998).

En octobre 1999, le comité régional de Montréal-Centre avait pour l'essentiel complété la définition des axes opératoires concernant l'application de l'article 8. Depuis cette date, les membres du comité ne se sont plus rencontrés et la mise en œuvre concrète de l'organisation des services est depuis suspendue. Tout relève d'une question de

---

<sup>12</sup> En 1998, UPS-J prévoyait rendre ses services accessibles pour les policiers des postes de quartier de Verdun-Est et de Verdun-Ouest.

financement pour concrétiser le modèle montréalais. La Régie régionale de Montréal-Centre a, à cet effet, logé une demande officielle au ministère de la Santé et des Services sociaux quant à la nécessité de l'octroi d'un budget récurrent, d'un peu plus de 3 millions de dollars, devant être versé aux centres d'intervention de crise afin qu'ils puissent remplir adéquatement le mandat que leur confère l'article 8. À défaut de ce financement, les centres de crise « se verront dans l'obligation de refuser d'être identifiés en tant que service d'aide en situation de crise » (*Les responsabilités de la Régie régionale de Montréal-Centre à l'égard de la loi C-75*, Document de travail, 9 septembre 1999).

### **3.6.3 Le modèle montréalais concernant la gestion des situations relevant de l'article 8**

À l'automne 1999, le comité régional sur la loi C-75 de Montréal-Centre parvenait à un consensus quant à l'identification des acteurs du secteur de la santé mentale appelés à jouer un rôle dans l'application de l'article 8. Le rôle tenu par ces divers acteurs renvoie à deux niveaux de responsabilité. Le premier niveau accorde aux intervenants une fonction d'estimation de la dangerosité et habilite ceux-ci à faire appel à la police pour amener une personne contre son gré à l'hôpital. Cette requête doit se fonder sur le critère de la présence d'un danger grave et immédiat, mais aussi lorsque toutes les autres interventions initiées préalablement n'ont pas réussi à désamorcer la crise et à assurer la protection des personnes en cause. Les acteurs officieusement désignés à remplir ce premier niveau de responsabilité peuvent relever des services suivants : centres d'intervention de crise, UPS-J, CLSC et départements de psychiatrie des centres hospitaliers. Ces deux dernières organisations ont été mandatées officieusement à remplir ce rôle lorsque leur personnel intervient auprès d'une personne en crise dont la situation se déroule dans les locaux de leurs établissements ou « chez la clientèle connue de ces établissements alors qu'un membre du personnel est présent » (*Les responsabilités de la Régie régionale de Montréal-Centre à l'égard de la loi C-75*, Document de travail, 9 septembre 1999).

Le second niveau comporte, en plus des fonctions assumées sous le premier niveau, la responsabilité d'intervenir, à la demande de la police ou encore à la requête de d'autres

partenaires (911, Urgences Santé, Centre de prévention du suicide), sur les lieux où se trouve la personne en situation de crise. Ce sont les intervenants d'UPS-J et des six centres d'intervention de crise qui sont officiellement désignés pour remplir ce rôle. Le Comité régional de Montréal-Centre a estimé que les centres d'intervention de crise devront répondre annuellement, en considérant strictement les appels pouvant provenir du SPCUM et d'Urgences Santé, à au moins 2100 appels.

L'intervention des équipes mobiles devrait procéder de la façon suivante : 1) Les intervenants se rendent auprès de la personne en besoin d'aide le plus rapidement possible. 2) Leur intervention vise avant tout à désamorcer la crise et à proposer des alternatives à une hospitalisation (hébergement de crise, suivi de crise, référence à un service répondant plus adéquatement à ses besoins). 3) Si aucune stratégie ne peut résorber le niveau de dangerosité que comporte la situation dans laquelle la personne se trouve et qu'il s'avère préférable, compte tenu des conditions, qu'elle soit conduite à l'hôpital, l'intervenant essaye d'obtenir sa collaboration et son consentement à y être conduite : « Nous estimons que nous recommanderons, à une personne sur cinq, d'aller à l'urgence et que nous pourrions offrir, à quatre personnes sur cinq, d'autres services si elles ne sont pas en danger » (Transit).

### **Un outil d'estimation de la dangerosité**

Les intervenants appelés à estimer la dangerosité bénéficieront d'un outil développé à cet effet par le sous-comité de formation sur la loi C-75. L'outil a été conçu dans la perspective d'aider les intervenants à remplir le plus adéquatement possible leur rôle et leur permettre une « meilleure utilisation de la loi dont le but premier est le respect de la personne avant tout » (*Outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence*, Document de travail, octobre 99).

Les situations de dangerosité ciblées, dans le cadre de cet outil, sont de quatre types : menaces de suicide, menaces d'homicide, automutilation et violence envers autrui. Le processus d'estimation de ces situations comporte trois étapes : 1) une estimation

préliminaire comprenant la prise de contact et l'évaluation du niveau d'urgence; 2) la recherche de stratégies alternatives au moment de l'intervention; et 3) une estimation finale du niveau de dangerosité. Par ailleurs, trois niveaux d'urgence (faible, moyen et élevé), de même que la présence ou non d'une collaboration de la part de la personne en cause guident les intervenants, que ce soit à l'étape préliminaire ou à l'étape finale, dans les actions à entreprendre ou à poursuivre.

Lors de l'estimation finale, l'intervenant doit considérer si le danger, suite à son intervention, est toujours présent et réévaluer le degré de l'urgence. À cette étape, s'il y a présence d'un danger, que le degré d'urgence est élevé (c'est-à-dire menaces de passer à l'acte à l'intérieur de 24 à 48 heures) et que la personne refuse de collaborer, l'intervenant demande à un agent de la paix de transporter la personne à une urgence d'un centre hospitalier avec département de psychiatrie. L'intervenant retransmet alors aux policiers l'information pertinente afin «qu'ils soient en mesure d'assurer la protection de la personne ou des tiers » (*Document de référence relatif à l'application régionale de la loi C-75*, Document de travail, septembre 1999).

### **Les conditions d'acheminement des personnes vers l'hôpital**

D'après les ententes officieuses prises par les membres du comité régional de Montréal-Centre, le transport de la personne devant être conduite contre son gré à l'hôpital se fera en général par ambulance et exceptionnellement par auto-patrouille. Dans un cas comme dans l'autre, les policiers sont responsables de la personne jusqu'à sa prise en charge par l'établissement où elle est conduite. De plus, l'intervenant doit se rendre à l'urgence du centre hospitalier afin de communiquer les renseignements nécessaires qui permettront au médecin d'évaluer la nécessité ou non de mettre la personne sous garde préventive. L'intervenant doit remettre à cette fin, une fiche de liaison de même que l'outil d'estimation de la dangerosité, comprenant quatre pages, sur lesquelles il a colligé des informations concernant la situation d'intervention.

Les membres du comité se sont entendus, qu'en principe, les policiers seraient libérés de la responsabilité de la personne lorsque le responsable du triage à l'urgence aura reçu les informations nécessaires et pris les dispositions pour assurer la sécurité de la personne. Par ailleurs, si la personne n'est pas mise sous garde préventive suite à l'examen du médecin de l'urgence, l'accompagnateur sera avisé de sa sortie, en autant que la personne y consente. L'accompagnateur pourra, dans ces conditions, donner suite à une intervention, sur une base volontaire, auprès de la personne.

### **3.7 La région de l'Outaouais**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, la région de l'Outaouais a des services d'intervention de crise 24/7 qui opèrent depuis quelques années déjà. L'Outaouais est l'une des régions où la collaboration entre les intervenants de services de crise et la police s'est mise en place rapidement afin de répondre aux exigences d'application de l'article 8. Cela s'est fait avant que les mécanismes de référence, les rôles et les responsabilités de même que les outils d'intervention soient officiellement définis<sup>13</sup>.

#### **3.7.1 Les services de crise**

L'organisation des services d'intervention de crise diffère selon les types d'environnement des territoires (6) et des ressources en santé mentale disponibles dans ceux-ci. Dans les deux territoires à milieu urbain où 80 % de la population de la région réside, celle-ci a accès à un centre d'intervention de crise et de suicide (Centre d'aide 24-7). Le personnel du Centre d'aide fait de l'écoute téléphonique et de l'intervention de crise dans le milieu où se déroule la situation. Ces services sont disponibles 24 heures par jour et tous les jours de la semaine. Le centre dispose, sur place, de lits pour héberger à court terme (4 à 5 jours) des personnes qui vivent des situations difficiles et il assure aussi des suivis en situation de crise.

---

<sup>13</sup> Nous ne pouvons pas, à partir des informations reçues de la personne responsable du dossier de la loi C-75 à la Régie régionale de l'Outaouais, déterminer la date précise de la mise en pratique officielle entre les services d'intervention de crise et les policiers concernant l'application de l'article 8. Selon les repères temporels implicites dans le discours du répondant, cela semble s'être amorcé approximativement autour de janvier 1999.

Dans les quatre territoires à milieu rural, c'est un consortium de cliniques externes en psychiatrie et de CLSC ou encore de CLSC et de CHSLD qui assure les services d'intervention en situation de crise et de suicide. Dans chacun de ces territoires, les ententes entre les partenaires jouant un rôle à ce niveau permettent d'offrir de l'écoute téléphonique 24/7 et des interventions sur les lieux de la crise lorsque nécessaire (RRSSS de l'Outaouais).

### **3.7.2 La loi C-75**

Dans la région de l'Outaouais, le dossier de la loi C-75 fut rapidement abordé. C'est le comité du Centre hospitalier Pierre-Janet chargé du suivi des mesures régionales de transformation des services en santé mentale qui a d'abord porté intérêt au dossier. Dès juin 1998, le comité assigne à l'un de ses membres le mandat d'élaborer un programme de formation sur la loi C-75 devant s'adresser à tous les intervenants en santé mentale de la région et aux policiers. Une rencontre entre ce comité et la régie régionale a eu lieu en janvier 1999 pour faire le point sur l'application de la loi C-75. Il y fut notamment question de la formation à donner aux intervenants, aux usagers et aux groupes d'entraide.

#### ➤ Une formation intersectorielle sur la loi C-75

Le programme de formation sur la loi C-75 a été conçu par Jean-Bernard Trudeau (m.d., Directeur des Services professionnels du Centre hospitalier Pierre-Janet) en collaboration avec un avocat de la région, Louis Sénécal (*Formation et modalités d'intervention dans le cadre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, 1998). Ces deux acteurs ont animé toutes les sessions de formation sur la loi C-75 qui ont débuté en février 1999 pour se terminer à l'été.

Ces formations s'adressaient aux policiers, aux ambulanciers, aux usagers, à la famille et à tous les intervenants du réseau public et communautaire. Près de 500 personnes ont été rejointes lors de ces sessions. La formation portait sur les « implications, les enjeux et les responsabilités de chacun et ce que la loi venait changer dans la pratique des principaux

partenaires (les policiers, les intervenants des services de crise et le Centre hospitalier Pierre-Janet) et leurs rapports » (RRSSS de l'Outaouais).

► Une concertation régionale et locale

À partir de l'hiver 1999, le processus de concertation relatif à la mise en place progressive des conditions d'application de la loi C-75 est supporté par un Comité régional et par des comités intersectoriels dans chacun des territoires de la région<sup>14</sup>. Participent aux rencontres territoriales, des policiers, des ambulanciers, des gens de CLSC et de CH de même que des organismes communautaires impliqués au niveau de la crise. C'est aux comités territoriaux que l'on discute des modalités d'application, du partage de responsabilités de même que des difficultés rencontrées dans le contexte de l'application de la loi.

Le Comité régional (Réaction-Vie) se compose de partenaires de divers secteurs, de représentants de chacun des comités territoriaux et de la régie régionale. Ce comité a défini pour la région un protocole d'intervention préliminaire (Entente de services pour la situation de crise et la crise suicidaire, septembre 1999) concernant les services d'intervention en situation de crise et de crise suicidaire incluant les situations relevant de l'article 8.

### **3.7.3 Un aperçu des modalités d'application de l'article 8**

À l'automne 1999, le Centre d'aide 24/7 est officiellement désigné pour collaborer avec les policiers dans le cadre de l'application de l'article 8. Le Centre répond à toutes les demandes d'intervention de la police dans les territoires de Gatineau et Grande Rivière<sup>15</sup>. Pour faciliter l'accès à un intervenant du Centre d'aide, les policiers disposent d'une ligne

---

<sup>14</sup> L'informateur clé de la régie régionale n'a pas donné de date précise concernant la formation de ces comités. Ils semblent s'être mis en place à partir de l'hiver 1999.

<sup>15</sup> Nous ne disposons pas d'information sur les modalités de fonctionnement pour les territoires à environnement rural. À l'automne 1999, les services de ces territoires devant collaborer avec les policiers n'étaient pas encore désignés officiellement.

réservée qui les met en contact rapidement avec les responsables du Centre : « Il n'y a plus d'attente, plus d'équivoque et cela consolide le partenariat » (RRSSS de l'Outaouais).

L'évaluation de la situation dans le cas où il y a présence d'un danger grave et immédiat se fait sur les lieux où se déroule la situation et de façon conjointe avec les policiers. Lorsque « la personne en détresse représente un danger pour elle-même ou pour autrui vu son état mental défaillant » et qu'elle doit consulter une ressource, un formulaire portant sur la situation de dangerosité doit être rempli (Entente de services pour la situation de crise et la crise suicidaire, 1999, p. 26). Ce formulaire, intitulé *Formulaire de transmission d'information en situation de crise*, vise à assurer une continuité et un suivi des interventions posées par les divers services impliqués dans la situation, que la personne accepte ou non de l'aide. Il sert entre autres à retransmettre de l'information pertinente d'une ressource à une autre, à éviter la perte d'information du contexte de l'intervention et à communiquer le résultat de la démarche à la ressource référente.

Si la personne refuse toute aide et qu'il y a estimation de la présence d'un danger grave et immédiat dictant une urgence d'intervenir, les policiers, après avoir informé la personne du fait qu'elle sera amenée à un centre hospitalier, du lieu où elle sera amenée et de son droit de communiquer immédiatement avec ses proches ou un avocat (article 14, loi C-75), l'acheminement vers un centre hospitalier. Le transport se fait généralement par ambulance. Dans ces conditions, les policiers ont la responsabilité d'assister les ambulanciers dans leur travail et d'escorter l'ambulance jusqu'à l'urgence (Guide de pratiques policières, ministère de la Sécurité publique, 15 septembre 1999).

Les policiers sont responsables de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par l'établissement (article 14, loi C-75). En principe cette prise en charge devrait être effective, selon les attentes exprimées dans la région, à partir du tri du personnel à l'accueil lequel reçoit le *formulaire de transmission d'information en situation de crise*. Cependant, à l'automne 1999, les mécanismes de prise en charge n'étaient pas tout à fait au point. Les policiers se plaignent d'attendre de deux à trois heures dans certains hôpitaux de la région, le critère de prise en charge étant davantage celui où la personne est vue par un médecin

que par le personnel de l'accueil. C'est là un des aspects de la gestion des situations concernant l'application de l'article 8 pour lequel des démarches d'entente devront être entreprises pour maintenir la collaboration des policiers.

### **3.8 La région de l'Abitibi-Témiscamingue**

À l'entrée en vigueur de la loi C-75, la région de l'Abitibi-Témiscamingue ne dispose d'aucun service d'intervention en situation de crise.

#### **3.8.1 Les services de crise**

En 1998-1999, les tables de concertation en santé mentale de chaque MRC discutent des possibilités d'implanter des services de crise à même les ressources humaines existantes. L'idée centrale est d'ajouter à la tâche régulière du personnel de CLSC ou de centres hospitaliers ou autres organismes, des temps de garde pour couvrir les périodes de soir, de nuit, la fin de semaine et des jours fériés. Pour couvrir les frais, la régie régionale prévoit octroyer un montant de 10 000 \$ par MRC et les établissements devront, à même leur budget en santé mentale, combler la différence pour soutenir les services de crise.

Bien qu'il y ait un consensus régional quant à la nécessité de mettre en place des services de crise autres que l'hôpital et disponibles en dehors des heures régulières de travail, leur implantation semble poser problème : « Quand on en parle, cela va bien. Quand on l'écrit, cela va bien. Quand on veut l'implanter, ça c'est une autre histoire » (RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue).

À l'automne 1999, seule une des cinq MRC de la région offre un service téléphonique d'intervention de crise 24/7. Ce service est assuré par deux intervenants d'un centre hospitalier dans la MRC de l'Abitibi. Ils se partagent, en dehors de leurs heures de travail, des temps de garde et répondent « à la population pour toutes situations ». Leurs interventions se font strictement par téléphone.

### 3.8.2 La loi C-75

Dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue, la mise en relation entre le secteur policier et celui de la santé mentale s'est établie rapidement. Dès l'automne 1998, deux rencontres entre ces secteurs ont lieu<sup>16</sup>. Les participants aux rencontres sont : la Régie régionale de l'Abitibi-Témiscamingue (1 représentant), la Sûreté du Québec (1 représentant), le Groupe de défense des droits en santé mentale (1 représentant) et le Centre hospitalier Malartic (3 représentants).

Ces rencontres visaient à établir un premier contact, à prendre connaissance en commun des grandes lignes de la loi C-75 et de ce qu'elle signifiait pour les divers partenaires. Les échanges ont surtout porté sur l'article 8 (Compte rendu 30 septembre 1998). À cet effet, deux points principaux ont fait l'objet des discussions : les conditions de réception dans les établissements devant recevoir les personnes amenées par la police et le rôle attribué à l'intervenant d'un service de crise dans le processus d'application de l'article 8.

Par rapport aux conditions de réception, le groupe s'entend à l'effet que les établissements cités à l'article 6 sont obligés de prendre en charge les personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui et que cette prise en charge doit se faire le plus rapidement possible, dès l'arrivée de la personne avec les policiers. On suggère alors deux mesures pour faciliter le transfert de prise en charge de la police aux établissements de santé concernés. Ces mesures sont : identifier les établissements par MRC qui ont l'obligation de prise en charge afin d'orienter la personne au bon endroit le plus rapidement possible; définir les responsabilités de chacun à l'intérieur de protocoles, afin d'éviter toute ambiguïté pouvant entraîner des retards de service tant au niveau de la prise en charge qu'au niveau du travail des policiers.

Le groupe s'accorde aussi à reconnaître qu'un rôle important est attribué aux intervenants de services de crise mais que ce type de services n'est pas offert dans la région. Les

---

<sup>16</sup> L'une des rencontres a eu lieu le 30 septembre et l'autre le 26 octobre. Nous n'avons pas d'information sur la seconde rencontre, n'ayant pas obtenu le compte rendu de celle-ci.

diverses MRC n'en sont, comme nous l'avons mentionné, qu'à l'étape de discuter des possibilités et des modèles de services de crise.

En attendant la résolution du dossier des services de crise, chacune des MRC de la région fut invitée à s'entendre avec les corps policiers de leurs municipalités sur les façons de fonctionner tant sur le plan de la réception des cas que du soutien que les organismes ou établissements pourraient offrir aux policiers.

► Des ententes temporaires et locales

L'arrimage entre les services de police et les services de santé s'effectue temporairement sur une base locale et à l'initiative des organismes et établissements en santé mentale de chaque MRC. Compte tenu de l'absence de services de crise, les ententes se font principalement avec les établissements désignés pour recevoir les personnes amenées par la police mais de façon informelle : « Ils sont capables de s'entendre au fur et à mesure sur une base verbale » (RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue).

Par ailleurs, des ententes provisoires entre services en santé mentale et services policiers se sont également développées dans deux MRC afin de les assister dans la prise de décision d'amener ou non une personne à l'hôpital. C'est ainsi que les policiers peuvent recourir au service de crise téléphonique 24/7 du centre hospitalier de la MRC d'Abitibi. Dans la MRC de Rouyn-Noranda, trois organismes ont mis sur pied un système coordonné de soutien téléphonique pour les policiers en fonction de leurs heures d'ouverture. Les policiers de la MRC peuvent ainsi contacter pendant le jour un CLSC et le soir, un groupe communautaire. De plus, les policiers peuvent rejoindre un interne en psychiatrie à certains moments (Groupe de défense des droits en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue).

➤ Une campagne d'information sur la loi C-75

Les premières activités qui ont eu lieu dans la région concernent l'organisation de sessions d'information sur les nouvelles dispositions de la loi. Ces sessions d'information se sont déroulées en deux temps.

Dans un premier temps, les établissements ont organisé, dès juin 1998, des séances d'information sur la loi C-75 s'adressant aux intervenants des CLSC et des centres hospitaliers de la région. C'est l'Association des hôpitaux du Québec qui a donné cette première série de rencontres.

La deuxième série s'est déroulée à partir de l'automne 1998 pour se terminer en mars 1999. Cette deuxième série de formation, aussi de nature informative, a été organisée et donnée en collaboration avec la Sûreté du Québec, un centre hospitalier et le Groupe régional de défense des droits en santé mentale. Deux des présentateurs avaient préalablement reçu une formation de Jean-Pierre Ménard.

Ces rencontres informatives sur la loi C-75, d'une durée de trois heures, ont eu lieu dans les cinq MRC. Elles visaient à rejoindre autant les intervenants en santé mentale que les policiers des quatre corps de police desservant la région. Environ 300 personnes ont été ainsi rejointes et plusieurs policiers ont participé à ces rencontres (Groupe de défense des droits en santé mentale).

### **3.9 La région de la Côte-Nord**

« Cela a pris 6 à 7 mois avant que l'on ne bouge par rapport à la Loi 39 » (RRSSS de la Côte-Nord). La région emboîte le pas en organisant d'abord une formation sur la loi C-75 et en formant ensuite deux comités intersectoriels sous-régionaux pour travailler à définir des modalités de fonctionnement avec les services policiers bien que la région n'ait pas encore défini son modèle de services de crise.

### **3.9.1 Un premier pas vers la définition de services de crise**

Parallèlement aux travaux menés par ces deux comités, un comité régional formé des CH, des CLSC et d'organismes communautaires est mis sur pied pour se pencher, plus spécifiquement, sur la définition d'un modèle d'organisation des services de crise. Les discussions sur ce plan tourneront autour de la possibilité d'allier à une même structure de services plusieurs missions dans le domaine de l'urgence psychosociale : « On ne peut pas avoir quatre structures pour répondre à l'urgence sociale, aux interventions de crise, à la prévention du suicide et à la loi 39 » (RRSSS de la Côte-Nord).

### **3.9.2 La loi C-75**

Deux sessions de formation ont eu lieu en janvier 1999 dans chacune des sous-régions. Elles portaient non « pas sur l'intervention de crise ni sur l'évaluation de la dangerosité mais sur les changements qu'apportait la loi 39 par rapport à l'ancienne loi » (RRSSS de la Côte-Nord). La formation visait à rejoindre tous les partenaires susceptibles d'être concernés par celle-ci. Ont participé aux formations, des policiers, le personnel des centres hospitaliers, les CLSC, des intervenants du centre de réadaptation et des organismes communautaires. Au cours de ces sessions de formation, les participants ont fait le constat « qu'il y avait des éléments d'organisation de services qui n'étaient pas en place et cela a suscité beaucoup de questions auxquelles on ne pouvait pas répondre » (RRSSS de la Côte-Nord). C'est au cours de ces rencontres sous-régionales que prend forme l'idée de mettre sur pied un comité pour travailler sur la question de la mise en place des conditions d'application de la loi.

### **Une concertation intersectorielle**

Au point de départ, l'intention était de former un comité par MRC (6) mais les partenaires ont suggéré qu'il serait plus stratégique de faire la démarche d'établir des protocoles sur les modalités de fonctionnement dans deux MRC à milieu urbain (Sept-Iles et Baie-Comeau) et de voir ensuite comment ils pourraient être adaptés aux autres MRC.

Les Comités intersectoriels dans chacune des sous-régions (2) regroupent des représentants de la Sûreté du Québec, de la Sécurité publique, des corps municipaux de police, des CH régionaux, des CLSC, des centres de santé, de l'association de parents et des regroupements d'organismes communautaires. Ces Comités ont établi un *Protocole d'intervention provisoire* concernant les rôles et responsabilités des acteurs impliqués et définissant des règles de procédure lorsqu'un policier achemine une personne, contre son gré, à un établissement en raison d'un danger grave et immédiat.

À partir des travaux de ces comités, chaque MRC a ensuite adapté les protocoles à ses localités, de sorte qu'en juin 1999 chacune des MRC avait un protocole similaire, mais dans lequel un aspect restait à préciser, celui des modalités d'accès aux intervenants en situation de crise. Pour finaliser les protocoles, le Comité régional, toujours en période de discussion à l'automne 1999, doit statuer sur le modèle d'organisation des services de crise : « On discute encore du modèle à retenir. On ne sait pas si on le donne à un organisme communautaire avec les intervenants terrain rattachés aux CLSC. On ne sait pas si on le donne à Info-Santé-Social. On en est là pour l'instant. J'ai l'impression que l'on n'aura pas de système avant un an » (RRSSS de la Côte-Nord).

Bien que les modalités de fonctionnement entre les services de santé et les services policiers de la région de la Côte-Nord dans le cadre de l'article 8 ne sont pas déterminées de façon définitive, les protocoles provisoires élaborés à ce chapitre en donnent tout de même un aperçu.

### **3.9.3 La gestion des situations relatives à l'article 8**

Les protocoles, rédigés dans la perspective de la présence de services de crise, envisagent le type de soutien que les services de crise pourraient apporter aux policiers, traitent des conditions d'acheminement des personnes aux établissements et des critères de prise en charge des personnes par les établissements.

➤ Critère de mise en contact entre les secteurs

Dans le cadre de l'application de l'article 8, lorsque les policiers de la Côte-Nord auront à répondre à une demande d'amener une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat à un établissement de santé, ils devront, en principe, contacter un intervenant en situation de crise dès qu'ils interviendront. Cependant, si la situation ne le permet pas, compte tenu de l'urgence d'agir, les policiers informeront « l'intervenant immédiatement après son intervention » (Protocole d'intervention provisoire, Côte-Nord).

➤ Soutien téléphonique 24/7 et intervention terrain partielle

Comme la région est vaste (1 300 km) et que dans certaines parties de celle-ci il n'y a pas d'infrastructure routière, les services de crise accompliront leur rôle de conseils, d'orientation et d'évaluation de la dangerosité en soutien à l'action policière le plus souvent possible par une intervention téléphonique à l'aide des informations que retransmettront les policiers. Toutefois, si le support téléphonique n'est pas suffisant et que les conditions le permettent, des intervenants pourront éventuellement se déplacer sur les lieux pour faire une évaluation face à face. Cette intervention face à face sera disponible exclusivement dans quatre des six MRC de la région : « Il y a deux MRC où c'est impossible d'avoir de l'intervention sur le terrain. Il n'y a pas de route pour s'y rendre. Il n'y a même pas de route qui relie les villages entre eux. Les déplacements ne se font que par avion. On ne peut pas se permettre de mettre un intervenant là. C'est trop loin et il n'y a pas assez de volume » (RRSSS de la Côte-Nord). Ainsi, les policiers de cette partie de la région de la Côte-Nord n'auront éventuellement accès qu'à un soutien téléphonique.

➤ Les conditions d'acheminement des personnes aux établissements de santé

Peu importe le moyen (auto-patrouille, ambulance) utilisé pour transporter la personne, le policier demeure responsable de celle-ci jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par un établissement. Si un véhicule de la police est utilisé, le policier doit « s'assurer que le

transport s'effectue de façon sécuritaire afin d'éviter tout risque de blessures pour le malade ». Lorsqu'un policier a recours à un service ambulancier, il assiste les ambulanciers et les accompagne jusqu'à l'établissement de santé. (Le protocole ne spécifie pas à qui le service ambulancier remettra la facture). La prise en charge est effective à partir du moment où « l'infirmier a recueilli les informations pertinentes auprès des policiers accompagnateurs » (Protocole d'intervention provisoire Côte-Nord, p. 4).

Le choix de l'établissement où est reconduit la personne nécessitant une hospitalisation en raison du danger qu'elle pose se fait à partir du critère de la proximité entre un établissement et l'intervention policière. Ainsi, dans la région de la Côte-Nord, il a été décidé que les policiers dirigeraient les personnes à l'établissement de santé (centre de santé, CLSC, CH) le plus près possible du lieu où ils sont intervenus, même si l'établissement n'a pas les aménagements nécessaires pour procéder à une garde préventive. Dans ces conditions, c'est l'établissement qui a la responsabilité de voir au transfert de la personne vers un des centres hospitaliers régionaux (Sept-Iles ou Baie-Comeau) et qui assumera les frais encourus par le transfert.

### **3.10 La région du Nord-du-Québec**

#### **3.10.1 Les services de crise**

En septembre 1999, la région du Nord-du-Québec n'a pas de services d'intervention de crise et la Régie ne s'est pas encore officiellement attablée avec les partenaires pour déterminer quels types de services pourraient être dispensés dans ce domaine d'intervention et la façon de les organiser. Ce qui est envisagé au niveau des services de crise, c'est de mettre éventuellement en place, sur une base volontaire, des équipes de crise formées d'un personnel de divers organismes.

#### **3.10.2 La loi C-75**

À l'automne 1999, la Régie régionale du Nord-du-Québec a à peine effleuré le dossier de la loi C-75, la région étant surchargée par la fusion des établissements ayant une mission

hospitalière, CLSC et Centre jeunesse : « Cela fait beaucoup de formation à faire pour que le personnel soit capable de donner des services d'un côté comme de l'autre. C'est pour cela que nous avons été obligés de mettre le dossier en attente » (RRSSS du Nord-du-Québec). La seule démarche entreprise par rapport à la loi C-75 a consisté à organiser une formation régionale.

### **Une formation régionale**

La formation a eu lieu en avril 1999. Elle s'adressait à tous les « intervenants interpellés en principe par la loi ». Les formateurs, messieurs Sénécal (avocat) et Trudeau (médecin), se sont adressés à une soixantaine de personnes incluant des gestionnaires, des intervenants du réseau public et du secteur communautaire, des médecins de même que des policiers.

### **Un comité régional**

La régie régionale entrevoyait, en octobre 1999, mettre sur pied un comité régional sur l'application de la loi C-75 et sur l'organisation des services de crise. Le comité devra en priorité se pencher sur l'établissement d'une procédure régionale portant sur les conditions d'acheminement et de réception des personnes amenées aux urgences par des policiers.

« Nous autres nous sommes en région éloignée donc, il y a un pouvoir de déléguer aux omnipraticiens et aux policiers [concernant la garde préventive en raison de dangerosité]. Alors nous, c'est ce qu'il faut organiser comme pratique » (RRSSS du Nord-du-Québec). Il s'agira alors, selon la responsable du dossier, de bien comprendre les droits et les responsabilités des omnipraticiens et des policiers, d'identifier les endroits où les policiers pourront amener des gens afin d'éviter que la personne ne soit ballottée d'un lieu à l'autre, les centres de santé n'étant pas tous équipés pour recevoir la clientèle. Il s'agira aussi d'établir des ententes « inter-références » pour diriger les personnes, non gardées en établissement, vers d'autres ressources existantes dans le milieu.

D'après la situation exposée par la répondante de la région régionale sur la disponibilité limitée (quantitativement) des services de santé et des services sociaux dans la région, du processus de transformation et de réorganisation des services dans lequel la région est engagée, de la multiplicité des programmes à laquelle le réseau doit répondre avec des ressources humaines très limitées, des caractéristiques géographiques et démographiques de la région, tout indique que l'application de l'article 8 relèvera fort probablement, dans cette région, strictement de la responsabilité de la police, jusqu'à ce que la personne soit amenée, s'il y a lieu, à un centre hospitalier et pris en charge par celui-ci.

### **3.11 La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, la région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine n'a pas de services de crise 24/7 : « Ce qui était donc le plus important, c'était de se doter d'un système de crise 24/7 afin de répondre de façon concrète aux exigences de la loi » (RRSSS de la Gaspésie et IDLM). De l'hiver 1999 jusqu'à l'automne 1999, le conseiller en santé mentale de la région régionale, en fonction depuis janvier seulement, mène une démarche de consultation, par MRC, concernant l'élaboration d'un modèle de services de crise. Parallèlement à cette démarche, et s'inscrivant en continuité avec celle-ci, il entreprend, en collaboration avec une avocate du Centre jeunesse, une tournée régionale de formation sur la loi C-75.

#### **3.11.1 Les services de crise**

Le modèle d'organisation des services de crise vers lequel s'oriente la région comprendra une équipe d'intervenants de divers établissements (Centre jeunesse, CLSC, CH) dans chaque MRC qui répondra aux urgences sociales et psychosociales. Les services de crise s'adresseront à toutes clientèles, peu importe le problème rencontré. Il est impensable de développer des centres de crise et des centres de prévention du suicide en Gaspésie : « Compte tenu du volume, on ne peut pas se payer le luxe d'un système basé sur une réponse [spécialisée pour chacune des problématiques]. En même temps, ça correspond à une réalité rurale » (RRSSS de la Gaspésie et IDLM).

Le modèle d'organisation des services de crise retenu offrira une ligne d'écoute régionale 24/7 en incorporant un volet Info-Social à Info-Santé. Pendant la nuit, un intervenant, probablement rattaché à la DPJ, répondra aux appels et assurera l'intervention téléphonique. L'objectif visé par le système d'écoute est de régler le plus possible les situations d'urgences psychosociales par téléphone afin de limiter les interventions de face à face. Le face à face devra ainsi se restreindre aux situations de crise qui requièrent un arrêt d'agir : « On veut minimiser les sorties, compte tenu de l'étendue de notre territoire et assurer une continuité entre le service téléphonique et nos services réguliers » (RRSSS de la Gaspésie et IDLM).

Si une intervention immédiate est nécessaire pendant la nuit, un intervenant de garde sera dépêché sur les lieux. Ce sont probablement les CLSC de chacune des MRC qui verront à constituer une banque d'intervenants pour assurer la garde le soir, la nuit et la fin de semaine.

Sur le plan de l'hébergement, la région a déjà un « bon réseau » tant au niveau des femmes victimes de violence qu'au niveau de l'hébergement multIClientèle. Il s'agira alors dans le plan de développement des services de crise de bonifier ce réseau d'hébergement maintenu par les organismes communautaires de la région.

### **3.11.2 La loi C-75 : « C'est une belle occasion pour se concerter »**

La région de la Gaspésie et des Îles-de-la-Madeleine est principalement desservie par les services policiers de la Sûreté du Québec. C'est cette dernière qui a pris l'initiative de contacter la région pour s'informer des avenues possibles de fonctionnement avec le secteur de la santé, compte tenu des exigences de la loi.

#### **Vers une entente de collaboration avec la police**

Comme la région n'a pas encore de services de crise, il fut convenu entre les partenaires qu'ils se contacteraient à nouveau pour élaborer un protocole d'entente type sur la façon de fonctionner entre services policiers et services d'intervention de crise, dès que le modèle

d'organisation des services de crise serait défini pour la région. Cette étape devait être finalisée en décembre 1999. Les MRC l'adapteront ensuite avec les postes de police en tenant compte des conditions d'organisation locale.

L'étape des ententes locales entre les services de santé et les postes de police devrait, selon la région, se dérouler assez rapidement compte tenu de la dynamique particulière entre les secteurs. D'abord, la négociation en milieu rural a l'avantage de se faire entre acteurs et non entre structures, ce qui accélère le processus. De plus, les policiers n'auraient pas de réticence à jouer un rôle dans les interventions psychosociales et à transporter les personnes nécessitant d'être reconduites à l'urgence ou dans un lieu d'hébergement (victime de violence conjugale). De fait, les policiers de la région suppléent, comme dans bien d'autres régions, à l'absence d'équipe mobile en santé mentale disponible à intervenir là où la personne en besoin se trouve (Cardinal, 2000). À ce titre, le milieu de la santé en général reconnaît l'apport du travail des policiers que l'on considère d'ailleurs de mieux en mieux formés, depuis quelques années, sur le plan des interventions psychosociales. La collaboration entre les centres hospitaliers et les services policiers serait ainsi déjà de tradition : « Lorsque le personnel voit un policier accompagner une personne à l'urgence, il se dépêche de prendre charge de la situation parce qu'il sait qu'il y a une bonne collaboration de leur part » (RRSSS de la Gaspésie et IDLM).

La collaboration sur le terrain que l'on envisage d'articuler en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine consistera d'abord à privilégier la résolution des problèmes à partir d'une intervention téléphonique. Le duo police et intervenant en santé sur les lieux des événements pourra être aussi actualisé lorsque les situations exigeront davantage d'investigation immédiate.

En attendant d'entreprendre des démarches concrètes pour officialiser la collaboration entre les deux secteurs, les policiers ont été conviés à participer aux sessions de formation sur la loi C-75.

## **Une formation régionale sur la loi C-75**

Dès l'automne 1998, des centres hospitaliers de la région organisent une formation sur la loi C-75. Ils se sont adressés à l'AHQ pour donner cette formation à Gaspé. La formation se voulait de portée régionale, mais le territoire étant vaste, les participants (environ 60) provenaient surtout de Gaspé et des environs. De plus, n'était présent que le réseau de la santé mentale. Compte tenu que le territoire n'avait pas été couvert dans son ensemble et que plusieurs partenaires concernés par la loi C-75 (DPJ, organismes communautaires, policiers) n'avaient pas été sensibilisés, le responsable du dossier à la régie entreprend à l'hiver 1999 d'organiser une formation pour chaque MRC.

La première formation a été donnée aux Îles-de-la-Madeleine par Jean-Pierre Ménard. Suite au constat des dépenses importantes déjà engagées dans la formation, soit 15 000 \$ au total, le responsable en santé mentale de la régie prend l'initiative d'élaborer une formation en collaboration avec une avocate de la DPJ. Ils feront eux-mêmes la tournée des MRC. Le contenu de la formation s'inspire des notes de formation de Ménard et du guide de formation développé dans la région de l'Outaouais par Trudeau et Sénécal : « C'était une question de moyens et je trouvais cela important aussi de développer une expertise locale par rapport à la loi C-75 » (RRSSS de la Gaspésie et des Iles-de-la-Madelaine). Ont participé aux formations des médecins, des psychiatres, des intervenants des CLSC, des groupes communautaires, des policiers et les Centres jeunesse.

Ce n'est qu'en décembre 1999 que les usagers commenceront à être sensibilisés à la nouvelle loi par un Groupe de défense des droits.

### **3.12 La région de Chaudière-Appalaches**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, la région de Chaudière-Appalaches est déjà pourvue de services de crise. La présence de tels services explique en bonne partie la rapidité à laquelle s'est enclenché, dans la région, le processus de mise en place des conditions relatives à l'application de l'article 8.

### 3.12.1 Les services de crise

Les services de crise dans la région de Chaudière-Appalaches sont en opération depuis trois ou quatre ans et couvrent l'ensemble du territoire. La population de chaque MRC (11) a accès à des services d'intervention de crise et d'hébergement de crise. La particularité du modèle des services de crise tient à la multiplicité des problématiques à laquelle répond le réseau public et communautaire. Leur modèle multiproblématique s'appuie sur une coordination étendue entre les établissements et les organismes en santé à un niveau local mais aussi d'un niveau à l'autre (régional, sous-régional et local).

Le système de services de crise dans la région repose sur une structure comprenant quatre paliers : une centrale téléphonique régionale de répartition des demandes; de l'écoute téléphonique; des équipes d'intervention dans le milieu pour les urgences psychosociales et autres mesures d'urgence; et de l'hébergement.

#### ► Une centrale téléphonique : Info-Santé

La région de Chaudière-Appalaches bénéficie d'une ligne téléphonique régionale, en dehors des heures d'ouverture des CLSC, pour répondre à toutes sortes de situations relevant du domaine de la santé et des services sociaux : « Info-Santé, c'est la porte d'accès à de l'information en santé, à des services de crise psychosociale, à la DPJ et à des mesures d'urgence » (RRSSS de Chaudière-Appalaches).

La centrale reçoit « plusieurs milliers d'appels concernant des situations psychosociales mais elle ne les traite pas toutes comme des urgences » (RRSSS de Chaudière-Appalaches). Ce sont des infirmières qui répondent aux appels et voient à la répartition des clientèles selon la nature des demandes, des besoins et de l'urgence ou non des situations. Un travailleur social de la Direction de la protection de la jeunesse est aussi présent à la centrale et dispose d'une ligne réservée pour répondre aux urgences sociales. Diverses options de mise en réseau sont possibles : de l'écoute téléphonique, de l'intervention face à face ou une référence aux services réguliers des CLSC.

➤ De l'écoute téléphonique

La centrale Info-Santé peut référer les appelants à l'un des trois organismes communautaires de la région qui offrent un service d'écoute téléphonique pour les personnes qui expriment le besoin d'échanger sur les situations difficiles qu'elles vivent. Il peut s'agir de situations d'angoisse, d'anxiété, de solitude et même de toxicomanie. En 1998, la centrale leur aurait référé environ 2 000 appels.

De leur côté, ces organismes communautaires disposent d'un code d'accès direct à la centrale pour signaler des cas de prévention du suicide. Leur signalement est automatiquement, via la centrale, acheminé à un intervenant d'urgence psychosociale de garde affilié à un des CLSC de la région.

La personne peut également être référée, pour des situations non urgentes, le lendemain matin à un service d'accueil d'un des CLSC qui voit à la contacter dans les 24 heures suivant la référence.

➤ De l'intervention dans le milieu

Dans la région de Chaudière-Appalaches, les 11 CLSC ont la responsabilité d'intervenir au niveau des urgences psychosociales et autres urgences. Les services s'adressent à une clientèle qui peut rencontrer divers problèmes (situation de crise psychosociale et psychiatrique, logement, toxicomanie, suicide). Pendant le jour, les équipes psychosociales des CLSC s'occupent des interventions d'urgence. Le soir et la nuit, de même que la fin de semaine, chaque CLSC a une banque de personnel de garde (travailleurs sociaux, psychologues, techniciens d'assistance sociale) qui assure le service.

Les intervenants de garde dans chacun des CLSC ont une pagette qui les relie à la centrale téléphonique. Info-Santé peut alors leur référer des cas en tout temps pour des situations qui demandent une intervention d'urgence. Les intervenants de garde font de l'intervention téléphonique mais aussi du face à face, peu importe l'heure, si la situation le

nécessite. Selon une entente avec les CLSC, il est également possible que le travailleur social de la DPJ sur les lieux de la centrale fasse de l'écoute téléphonique pour les crises psychosociales s'il n'est pas occupé par une urgence. Cette nouvelle mesure aurait eu comme avantage de diminuer les interventions sur le terrain des intervenants psychosociaux de garde.

Les interventions face à face peuvent avoir lieu soit au domicile de la personne et autres lieux privés ou publics soit, le plus souvent, dans un endroit sécuritaire (dans divers établissements ou organismes selon les ententes établies) où les intervenants de garde de chaque CLSC convoquent les gens pour une entrevue. Lorsque c'est évident qu'il n'y a pas de notion de dangerosité, les intervenants peuvent se déplacer sur les lieux mais : « On essaie de restreindre le plus possible le déplacement à domicile sans la protection policière » (RRSSS de Chaudière-Appalaches). Des ententes avec la police locale, dans deux MRC, ont été conclues à cet effet. Selon ces ententes, les policiers assurent avant tout la sécurité des intervenants de garde devant se déplacer dans un lieu où se déroule un événement. Pour rencontrer cet objectif, deux façons de procéder, selon les ententes conclues entre les CLSC (Saint-Georges et Thedford-Mines) et la police locale, ont été aménagées. Dans un des cas, l'intervenant monte dans un véhicule du service de police municipal et se rend avec les policiers sur les lieux. Les policiers interviennent d'abord, discutent avec les personnes présentes et voient à la sécurité des lieux. Une fois que la situation est stabilisée ou qu'elle ne comporte pas de risque pour l'intervenant, celui-ci intervient à son tour. Dans l'autre cas, les policiers, préalablement contactés par un intervenant, se rendent d'abord sur les lieux et font appel ensuite, une fois la situation contrôlée, à l'intervenant de garde qui les rejoint sur les lieux.

► De l'hébergement de crise

Dans chaque MRC, il y a de l'hébergement de crise. Chaque CLSC dispose d'un budget pour mettre en place un lit de crise. Certains CLSC ont accès à un lit de crise par le biais d'organismes communautaires, d'autres par le biais des familles d'accueil voire même dans l'une des MRC, dans une communauté religieuse.

### **3.12.2 La loi C-75 : « Ça pas été compliqué »**

À l'automne 1999, le réseau institutionnel et communautaire de la santé et des services sociaux de la région Chaudière-Appalaches est amplement engagé dans la mise en place des conditions relatives à l'application de l'article 8. Les organismes chargés de travailler conjointement sur le terrain avec les policiers ont été officiellement désignés. Ce sont les CLSC (11) qui en ont le mandat. De la formation sur la loi C-75 et sur l'intervention de crise a également eu lieu.

#### **Une formation régionale sur la loi C-75**

Divers groupes d'acteurs concernés par la loi ou intéressés par celle-ci ont été sensibilisés et informés, entre les mois de mai et octobre 1999, sur les nouvelles règles de même que sur les rôles et les responsabilités qu'elles impliquent dans la pratique pour les acteurs concernés par son application. C'est ainsi que des cadres des quatre urgences des CH, des gestionnaires des 11 CLSC de la région, des organismes communautaires, des policiers et des ambulanciers ont bénéficié de sessions d'information, données par Dominique Beaulieu et Gilles Marsolais, sur la loi C-75. L'AQPAMM s'est chargée de renseigner les parents sur les nouvelles dispositions et le groupe de défense des droits s'est occupé d'organiser pour les usagers des rencontres informatives sur la loi C-75.

Les intervenants (220) des services de crise désignés à agir dans le cadre de l'article 8 ont également reçu de la formation de M<sup>me</sup> Beaulieu et de M. Marsolais. Cette formation, d'une durée de deux jours, comprenait une partie informative sur les dispositions de la loi et leur portée quant aux rôles et responsabilités des acteurs concernés par son application. Une autre partie était consacrée à l'intervention en situation de crise et à l'évaluation de la dangerosité.

## **Une concertation sur la loi C-75**

En décembre 1999, la régie régionale envisageait d'organiser une nouvelle série de rencontres informatives, sous la supervision de Maître Beaulieu. Les rencontres auront pour objectifs d'expliquer, dans une perspective légale, les nouvelles règles de la loi, d'examiner en groupe la façon de procéder dans le cadre de l'organisation des services d'intervention de crise et de sonder quelle est la compréhension des rôles de chacun et leurs attentes quant à la façon de procéder. Seront convoqués à ces rencontres, le personnel des urgences des centres hospitaliers et des départements de psychiatrie, les intervenants des CLSC, les policiers des différents services municipaux de police et ceux de la Sûreté du Québec, les ambulanciers et des travailleurs sociaux de la Direction de la protection de la jeunesse.

### **3.12.3 La gestion des situations relatives à l'article 8**

Dans la région Chaudière-Appalaches, ce sont les onze CLSC offrant les services de crise qui sont mandatés pour estimer la dangerosité immédiate et évaluer s'il est nécessaire ou non que la personne soit amenée à une urgence d'un centre hospitalier. Une équipe de quatre intervenants en déficience intellectuelle a également été désignée pour remplir ce rôle auprès de la clientèle résidant en famille d'accueil (700).

Dans le cadre de son mandat, chaque CLSC a constitué formellement une liste de tous les intervenants de ses services d'urgence psychosociale et l'a fait parvenir aux corps de police desservant chacune des MRC : « Nous c'est clair, les policiers doivent appeler urgence psychosociale-CLSC lorsqu'ils ont une demande d'hospitalisation involontaire » et ils doivent assurer la sécurité des intervenants même dans les cas de suicide (RRSSS de Chaudière-Appalaches).

Chaque CLSC a la responsabilité de faire des ententes avec les services policiers de son territoire et avec les centres hospitaliers. Il s'agit de s'entendre sur une procédure avec les services policiers lorsque ceux-ci font appel aux intervenants de crise pour évaluer un cas de dangerosité afin que la sécurité des intervenants ne soit pas compromise. Les modalités

de fonctionnement peuvent être différentes d'une MRC à l'autre, mais il est probable qu'elles s'inscrivent dans l'une ou l'autre des procédures qu'ont développées les CLSC de Saint-Georges et de Thetford-Mines avec les services policiers (voir à ce sujet la section portant sur l'intervention dans le milieu).

Concernant les urgences des hôpitaux, des négociations sont aussi en cours pour permettre aux intervenants des services d'aide en situation de crise d'accompagner la personne envoyée volontairement ou non à l'hôpital, et même pour intervenir sur les lieux du centre hospitalier lorsque cela s'avère nécessaire. De plus, les CLSC devront aussi s'entendre avec les urgences des hôpitaux pour accélérer la mise en marche de l'évaluation de la personne par le médecin, lorsque cette personne est référée par un intervenant d'urgence psychosociale ou amenée par la police. Par exemple, le CLSC de Saint-Georges est parvenu à une entente qui fait en sorte que les intervenants n'attendraient plus désormais des heures avant que la personne soit vue par un médecin. L'attente se situerait autour de 20 minutes. Des liens doivent aussi être établis afin d'assurer un suivi si la personne n'est pas hospitalisée ou, si elle l'est, pour prévoir le suivi au moment de sa sortie.

### **3.13 La région de Laval**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, la région de Laval est en plein processus de définition de son modèle de services de crise et commence son implantation en janvier 1999. À l'automne, la région n'avait pas encore entrepris de démarches concernant le dossier de la loi C-75 : « On attendait que l'implantation des services de crise soit plus avancée pour s'y pencher » (RRSSS de Laval). Les projets seraient d'organiser une formation systématique pour rejoindre tous les partenaires des services de santé et des services sociaux et d'entamer éventuellement la concertation avec le service municipal de police à l'égard des modalités d'application de l'article 8<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> La répondante de la Régie de Laval ne pouvait prévoir quand tout cela se mettrait en marche compte tenu qu'elle changeait de fonction et ne pouvait pas se prononcer sur ce qui adviendrait dans le dossier.

Quelques intervenants auraient reçu de l'information sur la loi C-75 par l'Association des hôpitaux du Québec (CH) et l'Association des CLSC/CHSLD. L'Association des parents et amis de la personne de la région en aurait obtenue de son Association provinciale.

### **3.13.1 Les services de crise**

C'est à l'hiver 1999 que l'implantation des services de crise dans la région de Laval prend son envol. Le modèle d'organisation des services de crise s'apparente en partie au modèle psychosocial d'Info-Social-CLSC développé dans d'autres régions.

La mise en réseau se fait de jour par le biais des quatre CLSC de la région. Ceux-ci reçoivent les appels et s'il leur est impossible d'intervenir dans la situation de crise, ils réfèrent la personne à l'équipe régionale d'intervention de crise. Cette équipe fait de l'écoute téléphonique et de l'intervention dans le milieu 24/7. Elle s'adresse à toutes situations de crise psychosociale et problèmes de toxicomanie ou de violence. L'équipe est formée de huit intervenants en provenance de huit organismes différents, quatre CLSC et quatre organismes communautaires. Le soir et la fin de semaine, une bascule permet de mettre en contact les personnes requérantes avec la centrale d'Info-Santé qui voit à les mettre en communication avec l'un des intervenants de l'équipe régionale des services de crise si nécessaire. L'équipe régionale de crise disposerait, par ailleurs, de lits d'hébergement de crise.

À l'automne 1999, les partenaires des services de crise et la région sont en période de négociation avec la municipalité de Laval et son service de police. La municipalité supporte une équipe d'Urgence sociale affiliée au Service de la protection des citoyens de Laval. L'objet de la négociation porte sur l'arrimage des services de crise du réseau de la santé avec cette équipe rattachée du service de police de Laval. Ce service d'urgence sociale se compose de quatre personnes, surtout des travailleuses sociales, qui peuvent accompagner les policiers dans leurs interventions lorsqu'il y a violence conjugale ou être dépêchées, à leur place, sur les lieux pour intervenir dans d'autres situations notamment celles qui concernent des personnes connues du service comme ayant des problèmes psychiatriques et qui sont en situation de crise.

### **3.13.2 La loi C-75**

La régie va essayer de régler d'abord la question des arrimages entre l'Urgence sociale et les services de crise et verra possiblement ensuite à aborder le dossier de loi C-75 :

On est encore à parler de l'arrimage. On n'est pas allé plus loin. C'est déjà complexe et délicat. On marche sur des œufs déjà dans nos arrimages vu que le service d'Urgence sociale relève de la police. C'est clair que la mission de la police n'est pas la même que celle des services sociaux. Quand on aborde un client en situation de crise, on n'a pas le même objectif. C'est délicat de faire arrimer tout ça (RRSSS de Laval).

Depuis que la loi C-75 est entrée en vigueur, l'application de l'article 8 relève, dans la région de Laval, de la discrétion policière. Il est fort probable que cette situation soit la même en l'an 2000. On peut toutefois supposer que les policiers lavallois aient parfois recours, dans certains cas, à leur équipe d'Urgence sociale pour appuyer leur décision et les assister dans leur intervention.

### **3.14 La région de Lanaudière**

« Le ministère nous a donné trois ans pour mettre en place des services d'aide en situation de crise et articuler leur arrimage avec les services policiers dans le cadre de l'application de l'article 8. Mais la loi n'attend pas trois ans, elle est en vigueur » (RRSSS de Lanaudière).

#### **3.14.1 Les services de crise**

Au moment où la loi C-75 entre en vigueur, la région de Lanaudière a des services de crise mais leurs activités ne couvrent pas une plage horaire de 24/7. Les CLSC et un organisme communautaire assurent ces services. Les CLSC offrent en semaine, de 8h30 à 16h30, une réponse téléphonique pour la crise. Les intervenants de jour peuvent, le cas échéant, se déplacer dans le milieu. Le soir, l'infirmière de la ligne téléphonique Info-Santé « peut donner une réponse téléphonique minimale ou contacter un travailleur social de garde »

(RRSSS de Lanaudière). Il n'y a pas de déplacements en dehors des heures d'ouverture des CLSC. Par ailleurs, un organisme d'aide en situation de crise fait de l'écoute téléphonique de 17 heures à 5 heures tous les jours de la semaine. Il ne fait pas d'intervention dans le milieu.

### **3.14.2 La loi C-75**

Dès l'été 1998, la régie régionale s'engage activement dans le dossier de la loi C-75. Celle-ci fait parvenir une lettre à tous les corps policiers de la région les informant qu'ils pourront, conformément à l'article 8, recevoir éventuellement du soutien du réseau des services de santé et des services sociaux, mais que des ajustements dans l'organisation des services en santé mentale devaient être préalablement faits. De plus, une consultation devait être engagée auprès des partenaires du réseau afin de désigner le ou les mandataires des services d'aide en situation de crise avant d'entreprendre des démarches formelles, avec tous les partenaires impliqués dont les policiers, pour établir des protocoles d'entente sur les modalités de fonctionnement concernant l'application de la loi C-75.

La régie informait par ailleurs ses partenaires de la possibilité qu'ils s'adressent, en attendant la mise en place de mesures officielles, aux CLSC et à l'organisme des Services de crise de Lanaudière pour obtenir du soutien s'ils le désiraient.

### **Une concertation régionale**

À l'automne 1998, un Comité intersectoriel sur la loi C-75 se forme et les membres se rencontrent, la première fois, le 26 janvier 1999. Le mandat du Comité consiste à articuler des services concernant l'application de l'article 8. Il doit aussi « évaluer l'importance de la formation sur la Loi 39; établir une procédure pour estimer la dangerosité grave et immédiate, identifier les services d'aide en situation de crise et développer des protocoles entre ces services et les agents de la paix » (Compte rendu du Groupe de travail sur la Loi 39, 29 mars 1999). Le Comité se compose de représentants du Groupe de promotion et de défense des droits, des usagers, du service de crise, des CH, des CLSC, d'un groupe d'entraide pour les proches, de policiers et de la régie.

Le Groupe s'est rencontré à deux ou trois reprises après janvier, mais a cessé ses activités suite au départ de la personne chargée du dossier de la loi C-75 à la régie régionale<sup>18</sup>. Depuis, le dossier n'avance guère. En octobre 1999, les services de crise ne sont pas encore désignés officiellement et le soutien que peuvent offrir les services de crise en place semble s'effectuer selon les mêmes conditions qu'à la période estivale de 1998 (Compte rendu du Comité MSSS-Régies du 12-10-1999).

Par ailleurs, l'informateur clé de la régie confiait qu'il ne serait pas possible que des intervenants, dans chacun des territoires de CLSC, assurent une garde de soir et de nuit pour intervenir sur les lieux afin d'évaluer la dangerosité et désamorcer la crise. Tout ce qui pouvait être éventuellement envisagé, du moins avec l'insuffisance de budget à cet effet, était qu'un seul intervenant de garde couvre l'ensemble de la région. Par conséquent, les temps de déplacement, avant que l'intervenant soit sur les lieux, pourraient varier entre 1h30 et 3 heures. Cela pose, poursuit l'interlocuteur, des problèmes d'attente importants pour les policiers mais aussi pour la personne qui se retrouve entre les mains d'agents non formés à intervenir pour désamorcer la crise et mécontents de jouer un rôle dans le cadre de l'application de l'article 8. Dans ces conditions, explique-t-il, il serait peut-être mieux pour la personne que les policiers l'amènent directement à l'hôpital que d'attendre : « C'est pour ça qu'il y a de bonnes chances qu'une bonne partie de l'intervention se fasse par téléphone » (RRSSS de Lanaudière).

### **Une formation sur la loi C-75**

Il n'y a pas eu dans la région de Lanaudière de formation organisée de façon systématique. Les CLSC, à l'été 1998, et les CH ont offert à leur personnel une formation de base et les usagers ont été sensibilisés par Pleins Droits de Lanaudière. Dès que les orientations régionales seront adoptées, une formation sera dispensée afin de rejoindre toutes les personnes concernées et une formation plus poussée sera également offerte aux intervenants qui agiront dans le cadre des services d'aide en situation de crise.

---

<sup>18</sup> La personne en charge du dossier est partie en congé de maladie en mai 1999 et avait modéré beaucoup ses activités dès février 1999. Celle-ci n'était toujours pas remplacée en octobre 1999.

L'un des CLSC, celui du territoire de Montcalm, a organisé une rencontre conjointe avec le corps de police de la MRC afin de le sensibiliser à la nouvelle loi. De plus, une entente informelle a été établie sur la façon de procéder lorsque les policiers ont à intervenir dans le cadre de la loi C-75 : « Je sais qu'ils sont intervenus sur place à quelques reprises pour des situations liées à la loi 39 » (RRSSS de Lanaudière).

### **3.15 La région des Laurentides**

Lorsque la loi C-75 entre en vigueur, la région des Laurentides n'est pas tout à fait dépourvue de services de crise, mais ils sont développés de façon embryonnaire. Dans les parties sud (urbain) et centre (mi-rural, mi-urbain), les CLSC font de l'intervention de crise, mais les services offerts ne couvrent pas 24 heures. Dans la partie nord, rurale (MRC d'Antoine-Labelle), il n'y a aucun service de crise. À l'automne 1999, tout le réseau des services de santé et des services sociaux s'anime pour consolider les services de crises là où ils sont présents et pourvoir la partie nord de la région de tels services.

#### **3.15.1 Les services de crise**

Ce sont les CLSC (7) de la région qui ont le mandat d'assurer les services d'intervention de crise. Ce sont également les intervenants de ces établissements qui sont officiellement désignés pour collaborer avec les policiers dans le cadre de l'application de l'article 8.

À l'automne 1999, quatre territoires de CLSC font de l'intervention de crise. Ces services sont situés dans les parties sud et centre qui regroupent 80% de la population des Laurentides. L'intervention téléphonique et l'intervention dans le milieu sont disponibles de 8h30 à 20h30 en semaine et de 8h30 à 16h30 la fin de semaine et les jours fériés. Dans les trois autres CLSC où les services de crise sont à mettre en place, ceux-ci seront possiblement offerts selon la même grille horaire.

Pour combler les heures où la population n'a accès à aucun service d'intervention de crise, outre le Centre de prévention du suicide qui fait de l'écoute téléphonique 24/7, on prévoit

implanter une garde téléphonique de nuit avec Info-Santé. Cependant, il ne sera pas possible, compte tenu des ressources limitées, que des intervenants soient disponibles pour intervenir sur les lieux de la crise, en soirée et de nuit.

Un des établissements du sud de la région, offrant des services de réadaptation en santé mentale, a mis en place de l'hébergement de crise. Pour la partie nord, l'endroit où des lits de crise seront disponibles reste à déterminer.

### **3.15.2 La loi C-75**

Parallèlement à ces travaux, la régie régionale orchestre aussi le dossier de la loi C-75. Une formation régionale est organisée dans chacun des territoires de CLSC (7). De premiers contacts entre les divers services de police et la régie sont également amorcés au printemps 1999.

Avant la période estivale de 1999, Dominique Beaulieu et Gilles Marsolais ont, par territoire de CLSC, donné des sessions de formation sur la loi C-75<sup>19</sup>. Les policiers ont été

invités à y participer et à chaque session, on pouvait noter la présence de quelques policiers parmi les participants. Environ 225 intervenants et gestionnaires ont été rencontrés. Les familles et les proches ont également reçu de l'information sur la loi par ces mêmes formateurs et les usagers devaient, au cours de l'automne 1999, en recevoir du Groupe de promotion et de défense des droits. Certains centres hospitaliers ont aussi eu recours à l'AHQ pour former leurs intervenants. De plus, les intervenants jouant un rôle dans les interventions de crise ont bénéficié d'une formation supplémentaire, supervisée par M. Marsolais et portant plus spécifiquement sur les aspects cliniques de l'intervention.

#### **Des contacts et des ententes locales provisoires**

Dès le lendemain de l'entrée en vigueur de la loi C-75, les policiers de la région auraient aimé que les services de santé et les services sociaux aient les ressources à leur disposition

---

<sup>19</sup> Nous n'avons pas l'information quant à la période exacte à laquelle ces formations ont été données.

pour les soutenir dans le cadre de l'application de l'article 8 :

Quand nous avons rencontré les policiers, ils avaient de grandes attentes par rapport au soutien qu'ils pourraient obtenir du réseau de la santé et des services sociaux. Ils étaient déçus de voir que l'on fonctionnerait à partir de ce que l'on avait en place (RRSSS des Laurentides).

Deux points majeurs font partie de cette déception. Le premier concerne la non disponibilité d'équipes mobiles pour intervenir le soir et la nuit sur les lieux où se déroule la crise. Par conséquent, les policiers n'auront pas d'appui sur le terrain, à un moment où ils risquent d'être le plus mobilisés pour intervenir. Le second point concerne l'absence d'équipe de suivi intensif dans la région pour la clientèle qui a des troubles mentaux graves. Lorsque l'on fait une intervention pour désamorcer la crise mais qu'il n'y a pas de suite à cette intervention, explique la répondante de la région, la personne va à nouveau se retrouver en crise et rappliquer au CLSC ou encore à la police. Lorsque cela arrive, les policiers conduisent les personnes aux urgences, celles-ci les libèrent quelques heures après et elles sont retournées dans la communauté sans aucun suivi alors « qu'elles bénéficieraient de ce type de service ». Sans suivi à long terme et intensif, les personnes retombent en crise, les policiers les ramassent à nouveau et c'est le cycle qui recommence : « Cela engendre des frustrations chez les policiers et pourrait aussi en engendrer chez les aidants des services de crise » (RRSSS des Laurentides). Les policiers considèrent ainsi que la présence d'une équipe de suivi intensif les libérerait d'une partie des interventions qu'ils doivent faire auprès de la clientèle.

Lors de ces rencontres (en mai et juin 1999) où les échanges ont porté sur les attentes des uns et les limites des autres à pouvoir y répondre, il fut convenu de former un Comité régional, d'abord prévu pour novembre et reporté ensuite en janvier, où des représentants des services de police, des urgences, des CLSC, du Centre de prévention du suicide et des services d'hébergement de crise établiraient des modalités de fonctionnement et des protocoles d'entente.

En attendant que le processus de concertation se formalise, des liens entre les deux secteurs se tissent localement et des ententes temporaires entre CLSC pourvus de services de crise

et les corps de police municipaux se mettent en place peu à peu au cours de l'automne 99. Les policiers dans certaines parties du territoire feraient appel aux services de crise, lorsque disponibles, pour les soutenir dans leur intervention auprès de personnes présentant des problèmes de santé mentale.

### **3.16 La région de la Montérégie**

Bien que la Montérégie soit reconnue comme l'une des régions les plus déficitaires sur le plan des ressources humaines et financières en santé mentale, celle-ci offre déjà, à l'entrée en vigueur de la loi C-75 des services d'intervention au niveau de la crise et du suicide. C'est en 1986 que débute l'implantation progressive de quatre centres d'intervention de crise auxquels viendront se joindre, par la suite, deux centres de prévention du suicide. Mais le réseau en 1999 demeure encore rudimentaire n'opérant qu'avec des budgets restreints qui ne suffisent pas à répondre aux demandes et aux besoins. Si bien que, si le réseau est appelé à jouer un rôle supplémentaire par rapport à l'article 8, il ne pourra le faire que s'il y a de nouveaux budgets octroyés à cet effet (RRSSS de la Montérégie). Selon le responsable du dossier de la loi C-75, aucun centre de crise n'accepterait, dans les conditions financières actuelles, de jouer un tel rôle.

#### **3.16.1 La loi C-75**

À la fin de la période estivale de 1999, la régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie n'avait pas encore amorcé le dossier de la loi C-75, même sur le plan de la formation.

#### **Une formation dans le milieu hospitalier**

La régie régionale avait envisagé d'organiser une formation sur la loi mais celle-ci, pour des raisons inconnues, n'a pas eu lieu. Si bien qu'à l'automne 1999, seuls les intervenants des centres hospitaliers de la Montérégie ont reçu de l'information par l'AHQ sur la loi C-75. Les familles et les usagers ont aussi été informés. Le Groupe de défense des droits des personnes de la Montérégie a par ailleurs organisé, le 3 juin 1999, un colloque régional

*(L'intervention dans la communauté et l'internement involontaire)* qui s'adressait tout particulièrement à la question de la loi C-75.

### **Comité régional sur la loi C-75**

En septembre 1999, un comité de la régie sur la loi C-75 est formé et regroupe l'ensemble des acteurs du réseau public et communautaire en santé mentale. Ce comité discute des différentes possibilités d'actualiser la loi, des arrimages qu'elle nécessite et des façons de procéder quant au rôle qu'octroie l'article 8 aux intervenants des services de crise.

Sur le plan de la consolidation des services d'intervention de crise et du soutien éventuel à l'intervention policière, on prévoit mettre en place une ligne téléphonique régionale 24/7 pour le suicide, la crise et la clientèle psychiatrique en situation de désorganisation. Dans chacune des sous-régions (7), il y aura un centre de crise et une équipe mobile d'intervenants affiliés aux CLSC qui assurera l'intervention sur le terrain. Des arrimages entre les CLSC et les centres de crise de même qu'avec les urgences seront également à développer. Ce sont probablement les centres de crise qui seront désignés pour remplir le mandat de l'article 8 de la loi C-75 (Compte rendu MSSS-Régies, 12-10-99).

#### **3.16.2 Ça bouge dans la Haute-Yamaska!**

« Dans le secteur de la Haute-Yamaska, il y a un partenariat très intéressant qui s'est développé par rapport à la loi C-75 » (RRSSS de la Montérégie).

Dès l'automne 1998, divers partenaires de la Haute-Yamaska participent à des rencontres avec l'objectif d'établir une procédure de fonctionnement répondant aux exigences de la loi C-75. Participent à ces rencontres, des organismes communautaires, le CLSC de la Haute-Yamaska, le Centre hospitalier de Granby, l'Association des parents et amis du malade mental de Granby, le Collectif de défense des droits de la Montérégie et des services de police de la région. Deux réunions auront suffi aux divers partenaires pour

s'entendre sur une marche à suivre concernant l'application de l'article 8<sup>20</sup>. Le CLSC de la Haute-Yamaska est désigné pour travailler conjointement avec les policiers dans le cadre de leur intervention concernant la loi C-75.

Le service psychosocial du CLSC opère en collaboration avec les policiers depuis le début avril 1999 et le CLSC répond à toutes les problématiques pour lesquelles les policiers ont à intervenir (Colloque *L'intervention dans la communauté et l'internement involontaire*, 3 juin 99). Selon ce qu'il fut convenu, les policiers s'adressent le jour au CLSC lorsqu'ils ont besoin de conseils, d'information ou s'ils ont besoin d'une assistance sur place. Le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés, les policiers ont accès à une ligne directe, pour éviter les attentes, à la centrale d'Info-Santé où il est possible d'entrer en contact avec un travailleur social. Parfois, « en parlant simplement au téléphone, cela règle l'affaire, mais s'ils ont besoin d'être accompagnés, l'intervenant de la centrale contacte l'intervenant de garde » disponible pour se rendre sur les lieux (CLSC Haute-Yamaska).

L'intervention dans le milieu en dehors des heures régulières du CLSC est assurée par une équipe de six intervenants qui sont là depuis le début de l'implantation du projet : « Ce sont six intervenants de secteurs très différents qui ont pris cela comme un défi » (CLSC Haute-Yamaska). Pour mettre en place un système de garde et d'intervention dans le milieu en dehors des heures régulières, il a fallu un investissement d'environ 15 000 \$ à 16 000 \$ pour une période d'un an.

La fréquence à laquelle les policiers ont recours au service, qu'il s'agisse de l'article 8 ou pour toute autre situation, varie selon les périodes :

« Des demandes d'intervention de la police, il n'y en a pas eu des tonnes depuis que c'est opérationnel. Ce n'est même pas à toutes les semaines, quoique dans la même semaine, il peut y en avoir 2 à 3. C'est variable. Il y a des périodes où il y en a plus. L'été passé, il y en a eu plus, après cela, c'est tombé tranquille mais là depuis les fêtes on en a presque à toutes les semaines » (CLSC Haute-Yamaska).

---

<sup>20</sup> Il n'y a pas de protocole d'entente.

Le temps de déplacement requis pour intervenir sur le terrain est fonction du lieu de résidence de l'intervenant de garde (ou encore de l'emplacement du CLSC pendant le jour) et du lieu où la situation se passe, mais le délai n'excéderait jamais plus d'une heure. Les intervenants de garde se rendraient généralement sur place en deçà de 35 minutes.

Lorsqu'une personne nécessite d'être acheminée vers une urgence, les conditions dans lesquelles le transport s'effectue varient selon l'état de la personne et selon qu'elle accepte ou non d'y être reconduite. Ainsi lorsque les conditions s'y prêtent, l'intervenant de garde peut, avec son propre véhicule, amener la personne à l'hôpital. Dans d'autres conditions, la personne est transportée par des policiers ou par des ambulanciers<sup>21</sup>. La prise en charge par l'établissement hospitalier de la personne accompagnée de policiers serait effective à partir du moment où le personnel infirmier au triage a terminé son évaluation et a transféré le dossier à un préposé (Compte rendu loi 39, 29 octobre 1998).

Sans qu'il y ait eu d'évaluation systématique quant au projet de collaboration avec la police ou sur le service en général<sup>22</sup>, il ne semble pas y avoir eu de difficultés jusqu'à maintenant.

---

<sup>21</sup> Nous ne savons pas dans les cas où la personne est transportée en ambulance si les policiers accompagnent nécessairement les ambulanciers ou s'il y a des exceptions, l'informateur clé ne pouvant nous renseigner à ce sujet. De plus, il ne sait pas non plus s'il y a eu des ententes entre le service ambulancier et les policiers quant au paiement de la facture lorsqu'il y a appel à un service d'ambulance.

<sup>22</sup> Le service psychosocial du CLSC n'est pas strictement réservé aux policiers. Il est accessible à toute personne ayant besoin de services psychosociaux.

## **CHAPITRE 4 : LA MISE EN ŒUVRE DES CONDITIONS D'APPLICATION DE L'ARTICLE 8**

La refonte de la *Loi sur la protection du malade mental* a apporté des changements importants pour ce qui est des règles relatives à la garde en établissement pour raison de dangerosité. La nouvelle loi confie aussi de nouvelles responsabilités et de nouveaux rôles à des acteurs qui jusque là n'étaient pas impliqués aussi explicitement dans la gestion de situations devant justifier une garde préventive. Toutes ces transformations ont suscité chez les acteurs concernés par son application, et tout autant pour les personnes susceptibles d'en faire l'objet, plusieurs questions et l'intérêt à prendre connaissance de ce qu'autorise et n'autorise pas la loi, des rôles, responsabilités et droits de chacun<sup>23</sup> : « Les gens me disaient, entre autres les CLSC, qu'ils avaient besoin de formation sur la loi. On leur a dit oui, on vous le concède. On va organiser quelque chose » (RRSSS Côte-Nord).

La formation a donc constitué une activité centrale dans la mise en œuvre de la nouvelle loi. En ce qui concerne plus strictement l'application de l'article 8, l'arrimage avec les services policiers et la mise en place ou la consolidation des services de crise représentent des points d'ancrage essentiels. Ce chapitre porte successivement sur la formation, puis sur l'arrimage entre les services de santé (principalement les services d'intervention de crise) et les services policiers, incluant la présentation de quelques modèles d'arrimage et une discussion quant aux difficultés et aux enjeux reliés à cet arrimage. La question des services de crise dépassant le cadre de ce mandat, on n'en traitera pas directement, bien qu'il faille garder à l'esprit son importance stratégique en tant que condition préalable.

---

<sup>23</sup> Il faut souligner que l'application d'une loi dépend d'abord de l'interprétation qu'en font les acteurs chargés de son application. Il y a toujours un écart entre le dire du droit et le droit en action. Cet écart ne résulte pas strictement de l'interprétation des acteurs ; il tient aussi à des facteurs organisationnels, procéduraux, contextuels et informationnels qui influencent les prises de décision des acteurs en action.

## **4.1 Profil de la formation sur la loi C-75**

L'organisation de formations<sup>24</sup> sur la loi C-75 a constitué une démarche commune à toutes les régions au cours de la période considérée dans cette étude, soit du 1<sup>er</sup> juin 1998 au 30 septembre 1999. La formation a débuté dès l'année 1998 au Saguenay-LSJ, en Mauricie-CDQ, en Estrie, en Abitibi-Témiscamingue, en Gaspésie-IDLM et dans la région de Lanaudière. En 1999, le Bas-Saint-Laurent, l'Outaouais, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec et la région de Chaudière-Appalaches ont commencé leurs activités de formation<sup>25</sup>.

Les formations visaient généralement à informer les acteurs des nouvelles dispositions de la loi, à leur donner une base quant à la compréhension des rôles et responsabilités de chacun et à les sensibiliser au respect des droits des personnes visées par la loi : « Quand on apporte des changements à une loi, la formation vient démystifier beaucoup de choses et amoindrir les craintes » (RRSSS Outaouais).

### **4.1.1 Les formateurs**

Trois principaux groupes d'animateurs ont donné les formations (Tableau 4.1) : l'Association des hôpitaux du Québec; Dominique Beaulieu (avocate) en collaboration avec Gilles Marsolais (agent de formation en santé mentale); et le duo Jean-Bernard Trudeau (médecin) et Louis Sénécal (avocat). Jean-Pierre Ménard, avocat, a également donné quelques sessions de formation au Bas-Saint-Laurent et aux Îles-de-la-Madeleine.

---

<sup>24</sup> Il faut prendre note que les données sur la formation ne sont pas exhaustives. Cela tient principalement au fait que nous ne disposons pas de données officiellement colligées à cet effet et que les répondants des régions n'ont pas été impliqués dans toutes les activités de formation offertes. Pour un aperçu détaillé du profil de la formation dans chacune des régions, les lecteurs et lectrices peuvent se référer à l'annexe II.

<sup>25</sup> Dans cinq autres régions, nous savons qu'il y a eu des formations mais les dates ne peuvent être précisées du fait qu'elles furent organisées par des établissements.

**Tableau 4.1**  
**Formateurs dans les diverses régions**

AHQ (N=7)	Beaulieu et Marsolais (N=4)	Trudeau et Sénécal (N=2)	Autres formateurs (N=5)
Québec	Bas-St-Laurent	Outaouais	Saguenay-LSJ
Montréal-C.	Estrie	Nord du Québec	Mauricie-CDQ
Abitibi-T.	Chaudière-App.		Abitibi-T.
Gaspésie-IDLM			Gaspésie-IDLM
Laval			Bas-St-Laurent
Laurentides	Laurentides		
Montérégie			

Données manquantes : Côte-Nord, Lanaudière.

C'est l'Association des Hôpitaux du Québec qui a le plus sillonné de régions (7) suivie de Beaulieu et Marsolais, lesquels ont donné de la formation dans quatre régions<sup>26</sup>. Deux autres régions ont eu pour formateurs le duo Trudeau et Sénécal, soit l'Outaouais et le Nord-du-Québec. Quant aux régions du Saguenay-LSJ, de la Mauricie-CDQ, de la Gaspésie-IDLM et de l'Abitibi-Témiscamigue, elles ont eu recours à des formateurs autres que ceux préalablement identifiés.

Par ailleurs, les usagers ont été sensibilisés dans huit régions, entre la période estivale de 1998 et octobre 1999, principalement par le biais des Groupes de promotion et de défense des droits en santé mentale. Pendant la même période, les familles ont bénéficié d'informations sur la loi dans au moins six régions, par différents intervenants, dont l'AQPAMM.

#### **4.1.2 Les organisateurs des formations et les acteurs formés**

Dans la majorité des régions (11), les régions régionales ont vu à ce qu'il y ait de la

<sup>26</sup> Une région peut avoir eu recours à plus d'un formateur.

formation ou ont pris activement part à la planification de celle-ci (Tableau 4.2). Dans les autres régions, les formations ont été organisées strictement par des établissements, surtout par des centres hospitaliers et occasionnellement par des CLSC. Il s'agit des régions de Québec, Montréal, Laval, Lanaudière et de la Montérégie.

Dans les régions où les régies régionales ont participé à l'organisation des formations, celles-ci s'adressaient dans tous les cas au réseau de la santé et aux organismes communautaires (valeurs 3 et 4). De plus, dans la majorité de ces régions (8), la formation touchait aussi des acteurs hors secteur de la santé mentale (valeur 4) dont, sans aucune exception, ceux du secteur policier.

**Tableau 4.2**  
**Acteurs formés selon les organisateurs de la formation et la région**

Régions	Régie régionale	Établissement
Bas-St-Laurent	3	
Saguenay-LSJ	3	9
Québec		2
Mauricie-CQ	3	
Estrie	4	
Montréal-C		1
Outaouais	4	
Abitibi-T.	4	1
Côte-Nord	4	
Nord-du-Québec	4	
Gaspésie	4	
Chaudière-App.	4	
Laval		2
Lanaudière		2
Laurentides	4	1
Montérégie		1

**Légende :**

- 1= Centre hospitalier
- 2= Réseau santé
- 3= Réseau santé et organismes communautaires
- 4= 3 et autres secteurs
- 9= Donnée manquante

Lorsque les formations étaient offertes sur l'initiative des associations d'établissements, elles ne s'adressaient qu'au réseau de la santé mentale et tout particulièrement aux centres hospitaliers.

#### **4.1.3 Quelques constats sur les activités de formation**

La majorité des régions ont opté de mobiliser les ressources humaines par zone de MRC (7) ou par sous région (1). Ce mode de diffusion facilite la mise en contact des intervenants et des ressources d'un même milieu, celui-ci étant plus restreint, et constitue un meilleur contexte pour favoriser la concertation. De plus, les chances que les personnes concernées par la loi participent aux rencontres de formation sont accrues :

Il y a d'abord eu une formation régionale qui s'est déroulée à Gaspé. La participation à la formation montrait que ce sont principalement les gens de Gaspé qui ont participé et très peu de gens des autres points de notre territoire. En plus, il n'y avait que des gens du réseau en santé mentale. Il y avait certainement un manque. On a repris la formation par MRC, même à Gaspé, en invitant tous les partenaires concernés par la loi. Par exemple, aux Îles, il y a eu une soixantaine de personnes qui ont participé, médecins, policiers, cadres, intervenants, etc. Cela a créé une dynamique plus intéressante, parce qu'il y a des interactions entre les acteurs. Ce fût une belle occasion pour se concerter localement (RRSSS Gaspésie et IDLM).

Les formations intersectorielles organisées par les régions ont favorisé la rencontre des acteurs des différents secteurs concernés par la loi et furent l'occasion de discuter et d'échanger entre partenaires. Elles ont donc constitué un moment privilégié pour prendre connaissance de la perception qu'ont les uns et les autres des rôles et responsabilités de chacun et de constater, de part et d'autre, que plusieurs aspects d'organisation et de coordination de services étaient à mettre en place afin de répondre adéquatement aux exigences de la loi.

Dans les régions où les formations ont été organisées seulement sur l'initiative des établissements, elles s'adressaient uniquement au réseau de la santé mentale et ont eu tendance à se restreindre au personnel des centres hospitaliers. Ce qui atteste certainement

d'un manque important quant à la diversité des acteurs formés et susceptibles d'être impliqués par l'application de la loi C-75.

Là où on a eu recours à divers formateurs, on a constaté une disparité quant aux connaissances acquises, chaque formateur divulguant des interprétations différentes de la façon dont la loi s'applique. Par conséquent, sur le plan des interventions, celles-ci risquent d'être inconsistantes d'une sous-région à l'autre, d'un service à l'autre, ou d'un groupe d'acteurs à l'autre, chacun se référant à l'interprétation fournie lors de la formation. On peut donc s'attendre à des problèmes pratiques et à des frictions entre les différents groupes d'acteurs. Il serait donc fort indiqué, pour éviter cette situation, d'envisager une formation commune à tous les acteurs d'un même territoire, afin qu'ils aient une même compréhension des prescriptions de la loi.

On a aussi constaté que ce sont surtout les cadres et les gestionnaires du milieu de la santé mentale qui ont participé aux sessions de formation. De même, dans le secteur policier, ce sont principalement les chefs des services de police qui ont reçu la formation et l'information n'a pas été retransmise aux policiers sur le terrain. Ainsi, les acteurs de l'un et l'autre secteur appelés à agir sur le terrain n'ont pas été formés autant qu'il aurait été nécessaire. De sorte que des formations à l'intention des intervenants terrain de ces deux secteurs s'imposeraient.

#### **4.2 L'arrimage des services de santé et des services policiers**

Dans le cadre de l'implantation des conditions supportant l'application de l'article 8, les régies régionales avaient la responsabilité d'entreprendre des démarches auprès des différents partenaires interpellés par la Loi afin d'actualiser l'arrimage entre les services de santé (services de crise et services devant recevoir les personnes) et les services de police. Le tableau 4.3 fait le point sur ces contacts entre les deux secteurs, leur arrimage et la répartition des responsabilités. La 4<sup>e</sup> colonne relève plus particulièrement les différentes activités reliées à ces contacts. Au chapitre des contacts avec le secteur policier, trois types d'activités ont été recensés : 1) la formation intersectorielle ; 2) des rencontres entre les

deux secteurs qui visaient généralement à établir un premier contact et à faire le point quant au soutien que pouvaient offrir les services de santé aux policiers en attendant que l'arrimage entre les secteurs soit effectif ; 3) la mise en marche d'une concertation formelle entre les deux secteurs dans l'objectif de parvenir à des ententes de fonctionnement pour respecter les conditions d'application de l'article 8.

**Tableau 4.3**  
**L'arrimage des secteurs**

Régions	Contacts avec le secteur policier		Arrimage		Acteurs dont relève l'application de l'article 8
	Période	Activités	Étape aut. 99	Automne 99	
01 BSL	N				Police
03 Q	N				
04 M-CQ	N				Police
16 Mon	N				Police H-Yamaska: CLSC/Police (opérationnel prin. 99). Police (urgence sociale)
13 Laval	N				
10 N-Q	O	Hiv. 99	Formation		Police
11 G	O	Hiv. 99	Formation		Police
08 A-T	O	Aut. 98 Aut. 98	Formation Rencontres		Police 2 MRC : Police/serv. santé (Soutien tél.)
15 Lau	O	Prin. 99	Formation Rencontres		Police Local : Police/CLSC (soutien télé.)
05 Estrie	O	Aut. 98 Aut. 98	Formation Concertation	Opérationnel (aut. 98)	Urg.-Dét.(CLSC)/police
12 C-A	O	Prin. 99 -1999-	Formation Concertation	Opérationnel (aut. 99)	CLSC/Police
07 Out.	O	Hiv. 99 Hiv. 99	Formation Concertation	Opérationnel (aut. 99)	CIC/Police (Urbain)/opér. CLSC-CHSLD/Police (Rur) (partiellement opérationnel)
09 C-N	O	Hiv. 99 Hiv. 99	Formation Concertation	Travaux en cours	Police
02 S-LSJ	O	Aut. 98	Concertation	Travaux en cours	Police Police/Info-Social (Tél).
14 Lan	O	Hiv. 99	Concertation	Arrêt des travaux (mai 1999)	Police
06 M-C	O	Aut. 98	Concertation	Arrêt des travaux (Oct. 99)	

On note d'abord qu'à l'automne 1999, cinq régies régionales n'avaient pas entrepris de démarches pour mettre en relation les secteurs de la police et de la santé mentale (Bas-Saint-Laurent, Québec, Mauricie, Montérégie et Laval). Cette mise en relation des secteurs avait eu cours dans onze régions, tout particulièrement dans le cadre d'activités de formation. Cependant, seulement six régions avaient amorcé, sous la coordination des régies régionales, au cours de l'année 1998-1999, une concertation concernant l'arrimage et la définition de modalités de fonctionnement<sup>27</sup>.

Trois raisons, non exclusives, expliquent cette absence de démarches de concertation formelles visant l'arrimage des secteurs. Deux d'entre elles sont circonstancielles, mais l'autre est déterminante et s'applique de façon prépondérante dans la majorité des cas.

L'une des raisons circonstancielles tient à l'absence ou au manque, au cours de l'année 1998-1999, de ressources humaines affectées au programme de santé mentale dans les régies régionales. C'est le cas par exemple à la Régie régionale de l'Estrie où personne n'a été affecté au programme de santé mentale de juillet 1998 à la fin septembre 1999.

D'autres régies régionales ont aussi été touchées par le roulement du personnel dans leur programme de santé mentale : en Mauricie-CDQ, en Gaspésie-IDLM et dans la région de Québec, les personnes responsables du dossier de la loi C-75 ne sont entrées en fonction qu'au cours de l'année 1999. La Régie régionale de Lanaudière a aussi suspendu ses travaux de concertation en mai 1999, suite au départ de la personne responsable du dossier<sup>28</sup>. Ces départs, roulements et dans certains cas des vacances ou des congés prolongés n'ont certes pas favorisé l'activation ou la poursuite des démarches concernant la loi C-75. L'autre raison circonstancielle tient au traitement prioritaire d'autres dossiers,

---

<sup>27</sup> Nous n'avons pas considéré ici le cas de l'Estrie compte tenu que ce sont les régies régionales qui devaient voir à initier ce processus et que dans cette région, même s'il y a amorcé d'un tel processus dès l'automne 98, il s'est effectué sans que la régie régionale ne soit impliquée. L'actualisation de l'arrimage des secteurs en Estrie tient en grande partie au fait que les services de crise étaient opérationnels depuis septembre 1995 et qu'il y avait, dans plusieurs localités de la région, déjà des ententes établies entre les services de crise et les services policiers.

<sup>28</sup> Ce poste n'était toujours pas comblé en octobre 1999.

dont certains devaient être finalisés avant d'entreprendre des démarches concernant l'application de l'article 8.

Cependant, l'absence de concertation sur les conditions d'application de l'article 8 est surtout liée à l'état de développement des services d'intervention de crise. L'article 8 suppose en effet une infrastructure qui n'était pas en place, dans plusieurs régions, lorsque la Loi est entrée en vigueur. Ainsi, parmi les dix régions où il n'y a eu aucune concertation orchestrée par les régies régionales, seules celles de Québec et de l'Estrie avaient des services de crise. Parmi les huit autres, six n'avaient pas de services de crise. À l'été 1998, ces régions amorçaient soit l'implantation de services de crise (Bas-St-Laurent), soit la définition en concertation d'un modèle d'organisation de services de crise (Mauricie-CDQ, Laval, Abitibi-Témiscamingue) ou n'avaient pas encore abordé la question du développement de ces services (Nord du Québec, Gaspésie-IDLM). En Montérégie et dans les Laurentides, les services de crise étaient en fonction dans quelques localités seulement ou n'étaient que partiellement opérationnels. Ces régies régionales ont donc opté pour la stratégie de mettre en place des services de crise ou de consolider leur réseau avant d'entreprendre des démarches de concertation avec le secteur policier.

De fait, la présence de services de crise constitue le préalable incontournable des conditions respectives à l'application de l'article 8. Celui-ci a, par cette prescription, en quelque sorte obligé le réseau de la santé mentale des diverses régions à accélérer le processus de mise en place de ces services ou à les consolider<sup>29</sup>. À l'automne 1999, plusieurs régions sont engagées dans un tel processus. Les régies régionales, en concertation avec les partenaires du réseau public et communautaire, visent, en général, à structurer les services de crise autour de deux principes organisationnels et à y intégrer deux types d'intervention. Les principes sont : 1) des services disponibles en tout temps, 24 heures par jour et 7 jours par semaine ; 2) des services accessibles localement. Les

---

<sup>29</sup> Rappelons que déjà dans la Politique de santé mentale (1989), le développement d'une gamme de services de crise était identifié comme une mesure incontournable à la poursuite de la désinstitutionnalisation et comme facteur contributif de son succès. Ce développement de services de crise constitue aussi l'une des orientations réitérées par le MSSS dans son Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale (1998).

interventions ciblées consistent à mettre en place un service d'écoute téléphonique et à constituer, pour des cas d'urgence, des équipes mobiles pour intervenir dans le milieu où se déroule la crise.

L'implantation de tels services en fonction des orientations considérées comme essentielles (24/7 ; accessibilité géographique ; écoute téléphonique ; équipe mobile), rencontre, diverses contraintes d'ordre structurel, organisationnel, financier, géographique de même qu'elle peut donner lieu à des résistances du milieu de la santé mentale. Ces contraintes entravent la mise en place de ces services et limitent, dans certains cas, la portée des interventions de base que l'on désirerait rendre disponibles afin de désamorcer les situations de crise et offrir aux personnes des alternatives à l'hospitalisation.

Ces difficultés ont retardé, et retardent encore, la mise en place d'une concertation avec le secteur policier. À l'automne 1999, l'arrimage entre le secteur policier et celui de la santé mentale, tant sur le plan des démarches de concertation que sur le plan de leur mise en pratique, est fort peu avancé dans la majorité des régions : neuf régions n'avaient pas encore amorcé de démarches de concertation; les régions de Lanaudière et Montréal<sup>30</sup> avaient quant à elles suspendu leurs travaux sur cette question, en mai et en octobre 1999 respectivement; des travaux étaient en cours dans deux régions, la Côte-Nord et le Saguenay-Lac-St-Jean.

Par conséquent, seize mois après l'entrée en vigueur de la loi C-75, l'application de l'article 8 relève principalement de la discrétion policière dans la plupart des régions. Dans trois régions seulement (Estrie, Chaudière-Appalaches, Outaouais) et un territoire de CLSC (Haute-Yamaska en Montérégie), l'arrimage entre les deux secteurs est effectif. En attendant la mise en place d'une structure et de procédures officielles pour gérer les situations relevant de l'article 8, des collaborations entre les deux secteurs ont cependant été développées dans quelques localités des régions suivantes : Abitibi-Témiscamingue, Laurentides et Saguenay-Lac-St-Jean. Ces ententes entre un organisme en santé et le poste

---

<sup>30</sup> La suspension des travaux de concertation à Montréal ne tient qu'à une seule raison : la région attend l'octroi d'un budget pour rendre opérationnel son modèle de fonctionnement entre les deux secteurs.

de police consistent à mettre à la disposition des policiers un service de consultation téléphonique pendant les heures d'ouverture des organismes de santé participants, afin de leur apporter un appui dans la prise de décision d'acheminer ou non la personne à un établissement de santé.

### **4.3 Quelques modèles d'arrimage**

Quatre modèles d'arrimage (au sens large de modalités d'organisation) entre le secteur de la santé et le secteur policier concernant l'application de l'article 8 ont été observés sur le terrain<sup>31</sup>. Ces modèles sont schématisés au tableau 4.4. Trois de ces modèles sont opérationnels depuis quelques mois et ont pour particularité d'avoir été expérimentés avant même que des protocoles d'entente soient formellement établis entre les secteurs. Ces trois modèles sont celui de l'Outaouais, de l'Estrie et de la Haute-Yamaska où l'on procède à des ajustements à partir des expériences sur le terrain. Le quatrième modèle est celui qu'a développé la région de Montréal-Centre. Dans cette région, l'arrimage entre les secteurs concernant l'application de l'article 8 n'est pas en opération, mais en attente de financement.

Les principales modalités de l'arrimage des secteurs comportent seulement quelques variantes d'un modèle à l'autre. Deux des modèles reposent prioritairement sur l'articulation des services de crise sous mission des CLSC (Estrie et Haute-Yamaska) alors que les deux autres s'articulent principalement sur la coordination entre centres d'intervention de crise (CIC) et services policiers (Outaouais<sup>32</sup> et Montréal-C). On remarque par ailleurs que, dans les trois modèles opérationnels, les services policiers ont accès aux services d'intervention de crise mandatés pour collaborer sur le terrain avec les policiers au moyen d'une ligne réservée.

---

<sup>31</sup> Pour une description détaillée des modèles, se reporter à la région correspondante au chapitre 3.

<sup>32</sup> En ce qui concerne l'Outaouais, l'arrimage des services de police et des services de santé dans le milieu rural repose sur l'articulation avec le CLSC-CHLSD. Au moment de l'enquête, cet arrimage n'était que partiellement en implantation et plusieurs composantes restaient à déterminer.

**Tableau 4.3**  
**Modèles d'arrimage**

<b>Modalités</b>	<b>Outaouais (Opérationnel)</b>	<b>Estrie (Opérationnel)</b>	<b>Granby (Opérationnel)</b>	<b>Montréal (Envisagé)</b>
<b>Services pouvant Appeler police</b>	CIC/CLSC/médecin	Urgence-Détresse/ Psy. du CUSE	CLSC Haute Yamaska	CIC/UPS-J /CLSC/ Départ. psy.
<b>Services desservant police</b>	CIC (urb) CLSC-CHSLD (rur)	Urgence-Détresse	CLSC Haute Yamaska	CIC / UPS-J
<b>Méc. de liaison</b>	Ligne réservée CIC	Ligne réservée	Ligne réservée	D.M.
<b>Critères Appels</b>	Dangerosité	Toutes situations pour lesquelles les policiers demandent une assistance	Toutes situations pour lesquelles les policiers demandent une assistance	Dangerosité
<b>Évaluation</b>				
– <b>Procédé</b>	Face à face	Face à face/télep.	Face à face/télep.	Face à face
– <b>Endroit</b>	Lieu de la situation (2 int. Poste/garde)	Lieu de la situation	Lieu de la situation	Lieu de la situation
<b>Temps de Déplacement</b>	30 à 60 min.	15 à 45 min.	30 à 60 min.	15 à 20 min.
<b>Outils</b>	Grille évaluation dangerosité (police. et Int. Sm) Form. de Transmis. Information	Pas de grille	Pas de grille	Estimation de la dangerosité  Fiche de liaison
<b>Droits et recours</b>				
<b>Moment mention</b>	Avant transport pers	D. M.	D. M.	Avant transport pers.
<b>Transport</b>	Respons. Police	Respon. Police	Respons. Police	Respon. Police
– <b>Moyen</b>	Ambulance/police Auto police	Ambulance/Police	Ambulance/police	Ambulance/police Auto police
<b>Lieux d'acheminement</b>	Urgences CH.	Urgences CH	Urgences CH	Urgences CH .
<b>Prise en charge</b>				
– <b>Critère</b>	En principe :Tri Form. retransmis	En principe : Tri	En principe : Tri	Tri Transmis.fiche et grille
<b>Accompagnement</b>	Intervenant terrain	Non	Non	Inter. Terrain
<b>Mécanis. Suivi Pas garde</b>	Peut faire relance	D. M.	D.M.	Réf. Accompagneur Si pers. accepte

Les critères permettant aux policiers de recourir aux services d'intervention de crise varient selon les modèles d'arrimage CLSC/police ou CIC/police. Dans le modèle CLSC-police, le critère d'appel-réponse est défini de façon large. On répond à toutes les demandes en provenance des policiers peu importe la situation<sup>33</sup>. Dans le modèle CIC/police, le critère sur lequel se fondent les requêtes policières est délimité plus étroitement, en relation avec la dangerosité.

Des outils spécifiques pour gérer les situations relevant de l'article 8 ont été développés seulement dans les modèles CIC/police. Deux types d'outil ont été conçus : une grille d'évaluation ou d'estimation de la dangerosité et une fiche de transmission d'information afin d'assurer une continuité dans les interventions des services agissant auprès d'une même personne en situation de crise. Dans le modèle de l'Outaouais, les policiers sont aussi appelés à se servir de ces outils.

Tous les modèles privilégient une méthode d'évaluation de la dangerosité où l'intervenant est en présence de la personne. À l'exception du modèle montréalais où le temps de déplacement moyen de l'intervenant terrain visé est de 15 à 20 minutes, le temps de déplacement dans les autres modèles a tendance à être de 30 minutes et plus.

Dans tous les modèles d'arrimage, le transport de la personne se fait prioritairement par ambulance et les policiers accompagnent les services ambulanciers jusqu'aux urgences des centres hospitaliers équipés pour des gardes préventives.

Seuls les modèles CIC/police prévoient que l'intervenant terrain accompagne la personne à l'hôpital, même si celle-ci s'y rend contre sa volonté. De plus, il est aussi possible, dans ces deux modèles, que l'accompagnateur puisse poursuivre son intervention auprès de la personne, si celle-ci accepte, qu'il y ait ou non une garde préventive.

---

<sup>33</sup> Ceci n'implique pas nécessairement qu'un intervenant sera dépêché sur les lieux où se trouve la personne.

#### **4.4 Difficultés et enjeux liés à l'arrimage des secteurs**

Les difficultés et enjeux identifiés au cours de l'étude se rapportent à deux thèmes principaux : la mobilisation des ressources humaines appelées à jouer un rôle dans l'application de l'article 8 et la mobilisation du temps de la police.

##### **4.4.1 La mobilisation des ressources humaines**

L'article 8 interpelle des acteurs de différentes professions pour jouer des rôles et suivre des procédures spécifiques dans son application de même que pour travailler conjointement dans des situations de crise. Pour que les conditions relatives à l'application de l'article 8 soient remplies et que des collaborations s'établissent entre les secteurs, il faut au préalable que les acteurs chargés de son application se sentent concernés par celle-ci et acceptent d'en assumer le mandat. Cette mobilisation des ressources humaines et organisationnelles n'est pas sans comporter certains problèmes dans l'un comme dans l'autre secteur.

##### **Du côté du secteur policier**

L'un des facteurs déterminants de la mobilisation des effectifs policiers est lié à leurs réactions au fait d'être investis de responsabilités dans la gestion de situations pouvant entraîner des gardes préventives. D'après les quelques commentaires émis à cet effet, la réaction du milieu policier à l'égard de l'octroi de telles responsabilités semble se partager entre deux positions : une position de retrait qui traduit un fort mécontentement et une position plus ouverte devant la perspective d'être un des acteurs désignés par l'article 8. Ces divergences, dans le milieu policier, se constatent d'une région à l'autre mais aussi entre services de police d'une même région:

Au début, il y avait beaucoup de policiers qui ne voulaient pas appliquer la loi. Plusieurs nous ont dit qu'il n'était pas question qu'ils se chargent de telles situations que pour eux leur priorité, la nuit, ce sont les accidents d'automobile et qu'il n'était pas question qu'ils soient considérés comme des chauffeurs de taxi, qu'ils avaient d'autres choses bien plus importantes à faire (RRSSS Chaudière-Appalaches).

Il y a eu une rencontre avec les policiers au mois de juin pour évaluer les arrimages à faire et on s'est rendu compte lors de cette réunion que les policiers étaient

totallement contre cette Loi. Ils considèrent que cela les met dans une drôle de situation, que cela les force à faire quelque chose pour lequel ils n'ont pas nécessairement l'habileté, l'expertise et la disponibilité. Après notre départ, on nous a rapporté que cela avait vraiment bardé, que les policiers avaient manifesté une insatisfaction importante quant à devoir jouer un rôle quelconque dans l'application de l'article 8 (RRSSS de Lanaudière).

Nous, cela ne crée pas de problèmes. On le faisait auparavant reconduire des gens à l'urgence de l'hôpital pour des cas de suicide ou des cas où la personne avait besoin de soin. Mais la Sûreté du Québec, qui dessert d'autres municipalités dans la région, elle, elle n'est pas très contente (Corps de police municipal de Rimouski).

Nous avons une bonne collaboration avec les policiers, surtout ceux de Hull. Cela fait 12 ans que nous travaillons avec eux. Pour ce qui est des policiers de Gatineau et ceux de la Sûreté du Québec, les relations demandent à ce qu'elles soient travaillées, davantage négociées. C'est un processus complexe qui exige de changer des façons de faire, des mentalités et des pratiques de tellement d'années (CIC Outaouais).

Moi cela me semble être pareil à ce que l'on faisait avant. S'il y a un danger pour la personne, on l'amenait qu'il y ait une ordonnance ou pas, qu'il y ait une demande d'une tierce personne ou pas. [...] Lorsque les organismes seront prêts à nous recevoir et à venir nous aider, c'est sûr moi je vais faire affaire avec eux. Je n'ai aucune réticence par rapport à ça. Mais si l'intervenant vient juste dans deux heures, c'est sûr je n'attendrai pas. Je vais prendre ma décision. Dans le fond, on le fait avec UPS. Je n'ai aucun problème à faire ça avec un autre organisme (Patrouilleur SPCUM, Cardinal 1998-2000).

Comme l'indiquent ces quelques extraits, il semble que l'ouverture des policiers s'explique en partie par le fait que ceux-ci, avant l'entrée en vigueur de la loi, avaient déjà intégré dans leur pratique d'intervention la possibilité de référer des personnes à des établissements de santé, en les reconduisant eux-mêmes, en les acheminant par ambulance ou encore en faisant intervenir des intervenants en santé mentale dans la situation. Cette pratique policière d'envoyer ou non des personnes aux services de santé dépend de plusieurs considérants dont l'interprétation que font les policiers de la situation rencontrée,

l'interprétation des pouvoirs dont ils disposent pour régler des problèmes<sup>34</sup>, leur idéologie professionnelle, l'organisation de leur travail, la proximité des ressources en santé mentale, les relations inter-organisationnelles établies entre les secteurs par rapport aux échanges de prise en charge de la clientèle, la façon dont les organismes de santé accueillent les références policières et répondent aux personnes référées.

Dans les endroits où les services policiers manifestent un fort mécontentement, il est probable que la collaboration soit conditionnelle à leur niveau de satisfaction quant aux modalités de fonctionnement établies.

### **Du côté du secteur de la santé**

Le secteur de la santé mentale rencontre aussi des difficultés à mobiliser les ressources humaines et organisationnelles pour actualiser les services d'intervention de crise et pour jouer un rôle dans l'application de l'article 8. Bien qu'il y ait consensus quant à la nécessité d'implanter des services de crise ou de les consolider au besoin, l'engagement des organismes et des intervenants à en assumer le mandat rencontre quelques résistances. Les principales s'articulent autour du type d'intervention et des conditions de travail d'une part, et des ressources financières insuffisantes ou non disponibles pour développer ces services, d'autre part.

Ainsi, certains intervenants se disent psychologiquement incapables de faire des interventions en situation de crise. D'autres mentionnent qu'ils ont fait le choix de travailler le jour, question de préserver une qualité de vie. Les organismes soulèvent quant à eux le problème du financement de ces services, que les montants prévus par les régies régionales, voire même l'absence de budget prévu à cet effet, ne peuvent, de façon réaliste, couvrir les frais qu'entraînent leur mise en place et leur maintien, tout en parvenant à un

---

<sup>34</sup> Les services de police n'avaient pas, avant l'entrée en vigueur de la Loi, tous la même opinion quant à leur pouvoir d'amener une personne contre son gré à un établissement de santé (voir entre autres à ce sujet les débats de la Commission parlementaire sur le Projet de loi 39 notamment ceux avec le SPCUM). Lorsque les policiers considèrent qu'ils ne détiennent pas un tel pouvoir, deux réponses types sont possibles lorsqu'ils interviennent dans un événement impliquant une personne avec des problèmes de santé mentale : mention à une tierce personne (parent ou intervenant) d'effectuer une requête au tribunal pour une ordonnance d'évaluation psychiatrique ou arrestation de la personne.

minimum de qualité dans les services dispensés. De plus, certains intervenants considèrent que l'application de la loi C-75 ne les concerne pas, qu'elle relève de la responsabilité des policiers et des médecins.

Les régions où l'organisation des services de crise repose sur le modèle CLSC/équipe mobile de garde, éprouvent des difficultés de recrutement de personnel et de maintien dans leur fonction. Dans ces régions, certains CLSC ne réussissent pas à combler leur liste de garde, le personnel refusant catégoriquement de faire partie d'une équipe mobile d'intervention de crise (RRSSS Chaudière-Appalaches; RRSSS Bas-St-Laurent). Quant aux CLSC qui réussissent à rassembler les effectifs de garde, ils font face à un roulement important de personnel (RRSSS Estrie; CLSC Sherbrooke; RRSSS Chaudière-Appalaches). Ces problèmes de recrutement et de roulement s'expliqueraient en partie par le type de situations que doivent gérer les intervenants, lesquelles leur demandent des compétences et des habiletés particulières, mais aussi et surtout, par les conditions de travail peu satisfaisantes :

Un des problèmes se situe au niveau des ressources humaines parce qu'il y a des gens qui sont plus aptes que d'autres à faire de l'intervention de crise. Cela prend des intervenants qui ne sont pas stressés, qui ne se laissent pas trop impressionner par le spectaculaire. Il y a des gens que cela rend malade de faire de l'intervention de crise. Mais le problème majeur, c'est la non-reconnaissance financière. C'est pas payant. Cela donne 11.60\$ pour une garde de 8 heures. Si cela était plus payant, il y aurait plus de monde intéressé à faire de la garde (RRSS Chaudière-Appalaches).

Ce roulement important du personnel et le manque d'intérêt des intervenants à faire de l'intervention de crise, le soir, la nuit et les fins de semaine, ont des incidences sur la qualité des interventions en général et sur celles menées conjointement avec les policiers. Le manque d'intérêt, voire le refus catégorique de faire de l'intervention de crise, fait en sorte que ce sont les personnes les moins expérimentées, en début de carrière, qui se retrouvent sur les listes de garde pour traiter des cas complexes et difficiles. De plus, le roulement du personnel ne favorise pas l'accumulation du savoir pratique alors que le changement fréquent d'intervenant ne constitue pas un contexte favorable à l'établissement d'une bonne collaboration entre les partenaires agissant sur le terrain :

Un intervenant qui commence à Urgence-Détresse est plus ou moins en confiance dans ces situations-là parce qu'il n'en a pas beaucoup vécu. L'intervenant, par exemple, va peut-être moins prendre en charge la situation comme un intervenant, qui en fait depuis 20 ans, pourrait le faire. Ce genre de situation peut amener certaines tensions au niveau des partenaires et créer des ambiguïtés au niveau des rôles respectifs. De plus, les intervenants qui ont vécu des situations avec les policiers comprennent mieux leurs limites. Lorsque ce sont des personnes toujours différentes, l'arrimage, des mises à jour et des ajustements sont toujours à refaire. Il faut redire les choses, réexpliquer, reprendre les situations qui ne se sont pas parfaitement déroulées et s'en servir pour donner de la formation aux gens (Urgence-Détresse CLSC Sherbrooke).

À cause de ce roulement important du personnel, il est nécessaire de planifier continuellement des formations en intervention de crise, en évaluation de la dangerosité et de diffuser de façon récurrente de l'information sur les rôles et responsabilités des partenaires dans le cadre de l'application de la loi C-75, de même que sur la façon de procéder avec les policiers. Ce qui exige un suivi étroit de ce qui se passe quotidiennement sur le terrain afin de procéder, le plus rapidement possible, à des ajustements. La bonification des conditions salariales du système de garde pourrait éventuellement réduire le roulement du personnel et atténuer ses conséquences.

Dans les régions où existent des centres d'intervention de crise, gérés généralement par des organismes communautaires, leur implication dans la gestion des situations concernant l'article 8 fait aussi problème. En Montérégie comme à Montréal-Centre, les CIC n'assureront le mandat que leur octroie l'article 8 qu'à la seule condition de disposer de fonds supplémentaires pour amortir les coûts d'opération qu'entraînera leur participation : hausse des demandes, intervention terrain 24/7, déplacements, formation, besoin accru de suivi de crise et d'hébergement de crise. Seul le CIC de l'Outaouais s'est engagé dans le processus. On reconnaît cependant l'urgence de doter le centre de ressources financières supplémentaires pour qu'il puisse répondre de façon adéquate aux situations concernant l'article 8 mais aussi aux autres demandes (8000 appels par année) auxquelles le centre, faute de moyens adéquats et de ressources suffisantes, peut difficilement répondre ou ne pas répondre du tout :

Il y a des impacts financiers pour les organismes qui jouent un rôle dans l'application de la loi C-75. Le Centre d'aide 24/7 a hésité pendant deux mois avant d'être officiellement nommé à cause des coûts d'opération. Il y a eu beaucoup d'échanges et de discussions à ce niveau-là. On a identifié des montants et des demandes sont officiellement adressées à la régie (RRSSS Outaouais).

On nous empile des responsabilités et on les prend parce que nous considérons que cela est important pour les personnes mais il va falloir bonifier tout cela. Cela prend au moins 50 000\$ pour pouvoir assumer les coûts par rapport à l'article 8 mais aussi les demandes pour lesquelles nous ne parvenons pas à répondre. Cela demande du personnel supplémentaire pour pouvoir faire du bon travail. C'est évident qu'il y a des demandes de faites à la régie régionale par rapport à ça (CIC Outaouais).

#### **4.4.2 La mobilisation du temps de la police : un enjeu fondamental**

Les services de police doivent garantir une réponse aux appels des citoyens en tout temps. Les policiers, surtout ceux en première ligne (patrouilleurs), subissent des pressions internes et externes pour répondre le plus rapidement possible à ces appels et trouver une solution aux événements problèmes qui leur sont signalés (Normandeau, 1998). Des études sur des projets intersectoriels réunissant le secteur policier et le secteur de la santé aux États-Unis ont signalé l'importance de considérer le temps pendant lequel les policiers étaient mobilisés dans le traitement des situations impliquant des personnes ayant des problèmes de santé mentale. La satisfaction des services policiers sur ce plan peut réduire la probabilité que l'agent de la paix ne fasse pas appel aux équipes mobiles en santé et utilise l'arrestation comme avenue de solution au problème (Borum et al., 1998 ; Gillig et al., 1990 ; Hanewicz et al., 1982).

Or les conditions d'application contenues à l'article 8, de même que l'esprit dans lequel cet article doit être appliqué, questionnent directement le temps pendant lequel les policiers seront mobilisés dans les situations, avant qu'elles ne trouvent une issue. Quatre procédures découlant des conditions d'application de l'article 8 concernent le temps de mobilisation de la police : la mise en contact et le temps de déplacement des intervenants-terrain sur les lieux de la crise; l'intervention en situation de crise sur place ;

l'acheminement de la personne à un établissement de santé; et la prise en charge de la personne par les établissements de santé.

Chacune de ces procédures comporte ses enjeux, présente des problèmes spécifiques pour les services policiers et les services d'intervention de crise, mais aussi quelques avenues de solution.

### **La mise en contact et le déplacement des intervenants sur les lieux de la crise**

Les policiers doivent, dans le cadre de l'article 8, contacter un intervenant des services d'intervention de crise pour évaluer la dangerosité que représente l'état mental de la personne et juger de la nécessité ou non de son envoi à un établissement de santé. Pour faciliter l'accès aux services et assurer la rapidité de contact avec les intervenants, deux mesures ont été prévues : les policiers accèdent aux services de crise en composant, en tout temps, un numéro unique et la communication s'établit au moyen d'une ligne qui leur est réservée. La première de ces mesures permet d'éviter que les policiers aient à faire une multitude de démarches avant d'entrer en contact avec le bon service et la bonne personne. La seconde minimise les attentes d'entrée en contact avec les intervenants, attentes occasionnées par l'encombrement des lignes téléphoniques en raison du type de services offerts par les organismes (mise en réseau, écoute téléphonique, évaluation, conseils ou autres activités).

Dans la plupart des régions, l'évaluation de la dangerosité par l'intervenant de crise se fait ou se fera de façon privilégiée en présence de la personne. Il y va de la qualité professionnelle des services dispensés, mais aussi de l'atteinte de l'objectif visé par une intervention directe auprès de la personne, soit éviter le recours à l'article 8. Cette procédure demande donc que les intervenants, sur appel des policiers, se rendent sur les lieux où se trouve la personne. Des études américaines rapportent que les policiers se montrent plutôt favorables à faire appel à de tels intervenants, mais à la condition qu'ils puissent garantir qu'ils seront sur les lieux en deçà de 15 minutes. Au Québec, deux projets intersectoriels visant la déjudiciarisation des personnes ayant des problèmes de

santé mentale, supportés par UPS-Justice à Montréal et PECH à Québec, font également état de l'importance du temps de déplacement des intervenants pour obtenir la collaboration des policiers et la maintenir. Ces deux services ont misé sur des temps de déplacement qui avoisinent les 20 minutes. Une évaluation sur la période de rodage des activités d'UPS-J rapporte à cet effet que les intervenants répondent aux demandes d'intervention sur place dans un laps de temps qui se situe en moyenne à 21.2 minutes (Laberge et al., 1997).

Ainsi, pour que les projets intersectoriels relatifs à l'application de l'article 8 présentent, au point de départ, une certaine chance de succès, les services mandatés à travailler conjointement sur les lieux avec la police devraient miser sur des temps de déplacement requérant moins de 30 minutes et se situant idéalement autour de 20 minutes. Or, il semble que l'organisation actuelle des interventions dans le milieu, les ressources et moyens disponibles ne permettent pas ou ne permettront pas, dans bien des cas, de rencontrer cette norme pour plusieurs raisons, dont en premier lieu, les distances que doivent parcourir les intervenants avant d'arriver sur les lieux. Ces distances, plus ou moins longues, sont en partie déterminées par le nombre d'équipes mobiles réparties dans une région, l'étendue du territoire, la répartition et la densité de la population sur ce territoire. De sorte que là où il y a peu d'équipes mobiles, et d'autant plus si le territoire est étendu, le temps de déplacement minimum des intervenants se situerait davantage entre 45 et 60 minutes pouvant même atteindre 90 minutes et plus.

Les délais d'intervention sur place peuvent aussi s'expliquer par la rapidité à laquelle les intervenants peuvent se déplacer. Les intervenants répondant aux demandes d'intervention dans le milieu ne disposent pas d'équipements, ni de moyens légaux qui leur permettraient de se rendre sur les lieux aussi rapidement que peuvent le faire par exemple les policiers et les ambulanciers. Pour augmenter la rapidité de déplacement des intervenants, on a envisagé dans certaines régions la possibilité que ceux-ci soient transportés sur les lieux par les policiers. Toutefois, il semble que cette stratégie ne soit pas possible pour des raisons de sécurité, d'assurance ou d'autres motifs non mentionnés par les services policiers. Une autre avenue qui pourrait être envisagée serait d'équiper les services

d'intervention de crise d'un véhicule muni d'un gyrophare et d'une sirène et autoriser les utilisateurs à enfreindre le code routier (excéder la vitesse permise, passer sur les feux rouges) tout en ayant la priorité de circulation au même titre que les ambulanciers.

Enfin, les délais d'intervention peuvent également tenir au fait qu'au moment où une demande est logée, les intervenants terrain sont occupés par une autre intervention. Lorsque cela survient, l'arrivée des intervenants sur place peut représenter des temps de réponse d'une heure et plus. On touche ici la question des effectifs dont les organismes disposent pour faire de l'intervention dans le milieu, en relation avec le nombre de demandes qu'ils reçoivent.

Des délais d'intervention dans le milieu excédant 30 minutes, voire même 20 minutes, constituent des irritants pour les policiers. L'incapacité du milieu de la santé à répondre rapidement aux situations de crise a des impacts sur la façon dont ces situations sont traitées. Deux principaux impacts ont été relevés. Dans le cas du premier, les policiers font des pressions pour que l'évaluation de la situation s'effectue au téléphone, alors que l'approche que l'on privilégie consiste à procéder en face à face :

Nous voulons nous déplacer à chaque fois pour évaluer la situation sur place, pour voir la personne et les policiers eux veulent que nous fassions cela au téléphone compte tenu que nos déplacements ne sont pas assez rapides (CIC Outaouais).

L'autre conséquence de ces délais d'intervention fait en sorte que des policiers, au lieu de recourir aux services d'intervention de crise, appliquent leurs propres solutions dont l'une est de résoudre le problème en procédant à l'arrestation de la personne.

Il va sans dire que la mise en place de conditions limitant les délais de déplacement des intervenants s'avère primordiale si l'on veut que les policiers sollicitent les intervenants à intervenir sur place et éviter que la collaboration recherchée dévie vers d'autres options non souhaitables.

## **Le temps d'intervention sur place**

Le fait de privilégier la présence de l'intervenant sur les lieux pour apprécier la situation permet du même coup de profiter de cette rencontre pour essayer de désamorcer la crise, proposer des alternatives visant la résolution de la crise et le cas échéant, obtenir le consentement de la personne si son état nécessite qu'elle reçoive des soins d'urgence. Ce type d'approche demande en soi du temps aux intervenants. Ce temps d'intervention requis sur place peut occasionner des conflits entre les acteurs, compte tenu que la pratique policière consiste davantage à régler les problèmes rapidement :

Les intervenants tentent de dénouer la crise sur place pour éviter le recours à l'article 8. Mais il faut comprendre que cela demande du temps à l'intervenant. Les policiers montrent parfois de l'impatience et il y a certaines tensions qui se manifestent sur le terrain. C'est que les policiers ont une compréhension différente du problème, une approche de résolution de problème différente. Les policiers ont tendance à être plus drastiques, à vouloir régler le cas au plus vite en amenant la personne à l'hôpital (RRSSS Estrie).

Pour amoindrir ces situations de conflit, il est nécessaire de changer les mentalités, les pratiques et les approches des policiers. Ce qui demande du temps, mais aussi de l'investissement dans la diffusion de programmes de sensibilisation du milieu policier. Cette sensibilisation devrait viser à ce que les policiers comprennent mieux l'approche et puissent en reconnaître les bénéfices, pour eux, aussi bien que pour la personne auprès de laquelle une intervention en situation de crise est menée. En effet une intervention de crise bien menée devrait entre autres limiter les probabilités que les policiers soient appelés à court terme à intervenir à nouveau auprès des mêmes personnes.

## **Le temps d'acheminement des personnes vers les établissements de santé**

Si une personne doit être amenée à un établissement de santé, suite à l'avis d'un intervenant en situation de crise, le policier devient l'agent responsable de la personne jusqu'à ce qu'elle soit prise en charge par un établissement. Or, dans certaines régions, les établissements de santé désignés pour recevoir ces personnes se limitent à deux ou trois centres hospitaliers. Pour les services policiers qui se trouvent éloignés de ces centres, cela

peut constituer un problème assez important. En effet, on estime que, dans ces circonstances, les policiers devront compter d'une heure à deux heures avant d'arriver à ces établissements. Ce qui représente une mobilisation importante du temps d'un policier en fonction, d'autant qu'il faut aussi tenir compte du temps de son retour au poste de police. De plus, plusieurs postes de police dans les régions à population dispersée ou situés dans de petites municipalités (villages) ont des effectifs très restreints pour assurer leurs mandats. Par conséquent, si l'un des policiers en fonction doit prendre de deux à quatre heures seulement pour transporter la personne, le service policier se trouve amputé de façon non négligeable de son personnel pour assurer ses autres responsabilités.

On peut alors comprendre que certains services de police aient manifesté un fort mécontentement lorsque ils ont été confrontés à ces situations. Il y aurait certes lieu de réfléchir à des alternatives. Par exemple, dans la région de la Côte-Nord où ce problème se pose avec acuité, les partenaires ont convenu que les policiers dirigeraient les personnes à l'établissement de santé (centre de santé, CLSC, CH) le plus près du lieu où ils sont intervenus, même si l'établissement n'a pas les aménagements nécessaires pour procéder à une garde préventive. Ce sont les établissements qui verront à ce que la personne soit amenée à l'endroit approprié.

Par ailleurs, l'utilisation de services ambulanciers pour transporter les personnes à un établissement de santé engendre des coûts. Lorsque la personne transportée bénéficie de l'aide sociale, les frais de transport ambulancier sont couverts par ce programme de soutien minimum au revenu. Mais lorsque les personnes transportées ne sont pas des bénéficiaires de l'aide sociale et qu'elles contestent le paiement de la facture en raison du fait qu'elles n'en ont pas requis les services et qu'elles furent contraintes à monter dans ce véhicule, les services ambulanciers ne savent plus à qui adresser la note. À la police ? Aux services d'intervention de crise ? À la régie régionale ? Il faudrait prévoir pour de tels cas une mesure sociale de recouvrement des frais de services ambulanciers. Cela s'impose d'autant qu'en fin de processus, le diagnostic posé peut en être un de non-dangerosité grave et immédiate, ou qu'il peut y avoir en cours de procédures des erreurs de jugement voire même des abus à recourir à cette mesure. Toutes ces circonstances posent un

problème éthique important : on prive une personne de sa liberté alors qu'une telle action n'était pas justifiée et on lui demande en plus d'en assumer les frais.

### **La prise en charge de la personne par les établissements de santé**

Lors des débats de la Commission parlementaire des Affaires sociales sur le projet de loi 39, le SPCUM, seul participant représentant la police, avait requis qu'il soit prévu à l'article 8 que l'on statue quant à la prise en charge ou non de la personne à partir du tri, au moment où le personnel au tri prend connaissance de la situation. Mais d'autres groupes d'intérêts, notamment la profession médicale en milieu hospitalier, n'étaient pas de cet avis. Selon eux, le transfert de responsabilité de la personne, de la police au système de santé, devait s'effectuer après que le médecin, seul professionnel ayant l'expertise pour prendre une telle décision, ait vu la personne et posé son diagnostic sur l'état mental en lien avec la dangerosité :

Nous tenons à ce que le projet de loi spécifie que c'est vraiment le médecin qui pose le diagnostic et nous insistons également pour que le policier ne pense pas parce qu'il a amené le patient à l'urgence, que le patient est automatiquement pris en charge par le médecin. Il faut qu'il attende le diagnostic du médecin, qui va établir effectivement que la dangerosité du patient est liée à son état mental (AHQ, Débats de la CAS, 18 février 1997).

Or, bien que l'article 8 de la loi C-75 stipule qu'une personne amenée sous garde policière doit être prise en charge par l'établissement dès son arrivée et qu'il y a un consensus dans le milieu de la santé (à l'exception des centres hospitaliers en général) à l'effet que le transfert soit effectif au moment du tri, il semble que ce soit en pratique davantage le critère du diagnostic du médecin qui tienne lieu de norme. Par conséquent, on a constaté des temps d'attente excessifs pour les policiers amenant les personnes aux urgences des hôpitaux, ceux-ci devant régulièrement passer de deux à trois heures avant que la décision du médecin ne leur soit transmise :

L'autre problématique que l'on a, c'est la prise en charge de la personne par les hôpitaux. La loi est très claire là-dessus, mais dans la réalité cela ne se passe pas comme cela devrait se passer. Nous sommes des intervenants en situation de crise, nous ne passerons pas huit heures à attendre à l'urgence. Nous avons fait cela par le passé, mais nous aussi, comme les policiers, nous avons d'autres choses à faire. Les policiers devraient déposer la personne, qu'elle soit prise en charge par le

personnel au tri pour qu'ils puissent aller faire leur métier, leur job. C'est ce qu'ils déplorent les policiers et nous aussi des centres hospitaliers. Il y a un comité qui travaille à régler ce problème (CIC Outaouais).

Plusieurs difficultés et obstacles entravent donc à la fois la mise en place des conditions d'application de l'article 8 et leur opérationnalisation. Il y a certes de part et d'autre des pratiques et des mentalités à changer. Mais il faut aussi tenir compte de certains préalables pour garantir le succès des actions intersectorielles devant être menées dans le cadre de l'application de l'article 8. L'un des enjeux importants à cet égard est que le système de santé mentale puisse réduire le temps de mobilisation de la police dans le traitement des situations. Si ce temps ne peut être diminué en principe au niveau de l'intervention face à face, il faut voir comment celui-ci pourrait être limité aux autres étapes du processus.

## CONCLUSION

L'article 8 sous-tend deux logiques d'application. L'une est explicite, l'autre implicite et cette dernière s'applique par défaut de la première. La logique explicite pose au point de départ qu'une personne présentant un danger grave et immédiat en raison de son état mental peut être amenée, contre son gré, par un agent de la paix à un établissement de santé, à la demande d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise ou à la demande d'une des personnes citées au deuxième alinéa de l'article 8.

Elle suppose aussi qu'en amont de ce processus, soit le fait d'amener une personne à un établissement de santé contre son gré, la situation a préalablement fait l'objet d'une évaluation par un intervenant d'un service de crise. Ainsi si un agent de la paix, entrant en contact avec une personne dont la situation est perçue comme comportant un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental, il doit faire appel à un intervenant d'un service de crise pour estimer s'il est nécessaire que la personne soit amenée à un établissement de santé. L'article 8 précise bien que l'intervenant qualifié pour intervenir doit être affilié à un « service destiné à intervenir dans les situations de crise suivant les plans d'organisation des services en santé mentale prévus par les lois sur les services de santé et les services sociaux ». La logique explicite de l'application de l'article 8 fait donc appel à une infrastructure spécifique de l'organisation des services en santé mentale.

La logique implicite prévoit qu'en l'absence de cette infrastructure, l'application de l'article 8 relève de la responsabilité de la police. L'agent de la paix fonde alors sa décision sur 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 ».

L'enquête menée auprès d'acteurs clés des régions régionales aura d'abord permis de constater l'inexistence ou la précarité de cette infrastructure de services d'intervention de crise dans plusieurs régions, au moment où entre en vigueur la loi C-75 (juin 1998). Souvent, l'organisation de services de crise n'est que partiellement développée : services de crise dont la couverture territoriale est limitée; non accessibilité 24/7; interventions

axées principalement sur de l'écoute téléphonique; ressources de suivi d'intervention de crise et d'hébergement-dépannage très limitées ou inexistantes. Un an plus tard, la situation quant à la concrétisation de cette infrastructure n'a guère changé dans l'ensemble des régions.

Les services de crise étant le préalable sur lequel se fonde la logique première d'application de l'article 8, on comprend que l'arrimage avec le secteur policier restera hypothétique, tant et aussi longtemps que cette infrastructure ne sera pas parachevée dans les régions. En attendant que cela se réalise, le processus est affecté par diverses difficultés structurelles, organisationnelles, financières, géographiques, et de mobilisation de ressources pour assumer les mandats. Ces contraintes entravent à la fois la mise en place des services d'intervention de crise et la mise en œuvre des interventions prévues aux termes de la loi. Dans ces conditions, l'application de l'article 8 relève de la discrétion policière dans la majorité des régions du Québec.

L'analyse des conditions prévalant d'une région à l'autre a permis de faire un inventaire des difficultés liées à l'arrimage avec les corps de police, tant sur le plan de la concertation que sur le plan de sa mise en pratique et d'entrevoir certaines avenues de solution. Trois points majeurs en ressortent.

Premièrement, l'article 8 suppose un arrimage entre deux systèmes dont les missions et les cultures organisationnelles diffèrent. Des différences fondamentales existent entre ces deux secteurs pour ce qui est des intérêts, des valeurs, des schèmes d'action. Chaque groupe a son point de vue sur la façon de fonctionner pour gérer les situations relevant de l'article 8, ce qui peut poser des problèmes pour la mise en commun d'une approche acceptable pour chacun (une des conditions de succès d'actions intersectorielles). De plus, le caractère obligé de l'arrimage ajoute à la complexité d'établir et d'entretenir des relations de collaboration entre les secteurs.

En deuxième lieu, une injection de ressources monétaires s'avère fondamentale pour développer des services de crise et assurer une qualité dans la prestation de ces services.

Cette qualité dépend en partie de la possibilité de maintenir le savoir pratique et l'expertise des intervenants déjà en place dans ces fonctions. Cela demande que des intentions politiques, à divers échelons, se manifestent clairement à cet effet.

Troisièmement, il faut aussi réfléchir à des avenues de fonctionnement et à des moyens pour régler la question des « rapports au temps » différents chez les policiers et les intervenants. Pour les équipes mobiles en santé mentale, la mission, en intervenant sur place, consiste à désamorcer la crise et à prévenir le recours à une hospitalisation involontaire en ayant recours à d'autres ressources disponibles dans la communauté. Cette intervention réclame du temps pour écouter, concilier, rassurer, convaincre. Les policiers sont eux formés à intervenir rapidement, sur le mode de l'urgence, de l'imprévu. Ils doivent être disponibles sur-le-champ, en tout temps. Chez les uns et les autres, la temporalité se vit de façon différente, presque antinomique. Il faut donc trouver, inventer des modalités de fonctionnement pour limiter le temps d'intervention de la police dans les situations reliées à l'application de l'article 8. Cette condition est primordiale dans l'établissement et le maintien de la collaboration avec les intervenants de crise.

Dans toutes les régions, on « travaille fort » à l'implantation de services d'intervention de crise et à la réalisation de l'arrimage avec le secteur policier. Les préoccupations et les efforts en ce sens sont partout manifestes; des succès sont enregistrés, des initiatives novatrices portent fruit. Ces expériences méritent d'être connues et leur diffusion doit être encouragée. Il faut donc soutenir les modalités de mise en commun déjà amorcées et en susciter de nouvelles. Il faut aussi procéder à une réflexion pour l'amélioration des arrimages intersectoriels. Les instances qui pourraient contribuer à cette réflexion doivent rapidement être mobilisées à cet effet : le Comité de la santé mentale du Québec, le Groupe d'appui à la transformation des services en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (en particulier la Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale) et le ministère de la Sécurité publique. Cette réflexion ne saurait se faire sans les groupes de défense des droits et les comités d'usagers et usagères.

## RÉFÉRENCES

- ABRAMSON, M., (1972). «The criminalization of mentally disordered behavior : possible side effect of a new health law», *Hospital an Community Psychiatry*, 23, 4, 101-105.
- ASSELIN, D., (1998). *Entrée en vigueur du projet de loi 39 : Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Montréal, Division des affaires juridiques du SPCUM (Document ronéotypé remis aux commandants d'unités du SPCUM le 4 juin 1998).
- BACHRACH, L., (1993). « La qualité des services aux malades mentaux : implications et politiques », *Santé mentale au Québec*, 18, 2, 21-31.
- BARRATA, A., (1991). « Les fonctions instrumentales et les fonctions symboliques du droit pénal », *Déviance et Société*, 15, 1, 1-25.
- BITTNER, E., (1967). « Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons », *Social Problems*, 14, 278-292.
- BORUM , R., DEANE, M.W., STEADMAN, H.J. et J. Morrissey, (1998). «Police perspectives on responding to mentally ill people in crisis : perceptions of program effectiveness», *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 393-405.
- BORZECKI, M. A. et J. S. WORMITH, (1985). «The criminalization of psychiatrically ill people : a review with a Canadian perspective», *The Psychiatric Journal of The University of Ottawa*, 10, 4, 421-247.
- BOUDREAU, F., (1984). *De l'asile à la santé mentale*, Montréal, Éditions St-Martin.
- CARDINAL, C., (2000). « La police, un intervenant de première ligne dans le réseau de la santé mentale : les renvois de la police aux services de santé et services sociaux dans la communauté de Verdun », in *Problèmes sociaux. Nouvelles configuration et intervention*, Sous la dir. R. Mayer et H. Dorvil, à paraître.
- CARDINAL, C., (1998-2000). *La circulation des personnes ayant des problèmes de santé mentale entre la police et les services de santé mentale. Étude de cas dans le Sud-ouest de Montréal*, Programme postdoctoral, CQRS.
- CARDINAL, C. sous la dir. H. DORVIL et H. GUTTMAN, (1997). « 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996 », in CSMQ, *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 105-173.

- CARDINAL, C., (1995). *La construction des identités d'infracteur et de malade mental à travers le processus pénal*, Thèse de doctorat, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- CARDINAL, C. et D. LABERGE, (1999). « Le système policier et les services de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, 24, 1, 199-220.
- CASTEL, R., (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit.
- CELLARD, A. et N. NADON, (1986). « Ordre et désordre : le Montreal Lunatic Asylum et la naissance de l'asile au Québec », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, 39, 3, 345-368.
- CHEVALLIER, J., (1983). « L'ordre juridique » In *Le droit en procès*, sous la dir. de C.U.R.A.P.P., Paris, Presses universitaires de France, 7-49.
- DALLAIRE, B., MORIN, P. et M. MCCUBBIN, (1999). *Traitement et contrôle à la jonction des systèmes judiciaire et psychiatrique. Le passage des principes à la pratique dans l'application de la notion de dangerosité civile*, Document 23, Travaux en cours, Montréal, GRASP, Université de Montréal.
- DORÉ, M., (1987). « La désinstitutionnalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, 12, 2, 144-157.
- FINN, P., (1989). «Coordinating services for the mentally ill misdemeanor offender», *Social Service Review*, 3,1, 127-141.
- FOUCAULT, M., (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard.
- GILLIG, P., DUMAINE, M., WIDISH, S., HILLARD, J.R., et P. GRUBB, (1990). «What do police officers really want from the mental health system ?», *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 6, 663-665.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1997). *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1996). *Projet de loi 39. Loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1989). *La politique de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Les Publications du Québec.

- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1972). *Loi sur la protection du malade mentale*, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- GREEN, T., (1997). « Police as frontline mental health workers. The decision to arrest or refer to mental health agencies », *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 4, 469-486.
- HANEWICZ, W.B., FRANSWAY, L.M. et M.W. O'NEIL, (1982). « Improving the linkages between community mental health and the police », ? ? ? 10, 2, 218-223.
- LABERGE, D., LANDREVILLE, P., MORIN, D. et L. CASAVANT, (1997). *L'urgence psychosociale. Évaluation de la période de rodage*, Montréal, École de criminologie de l'Université de Montréal et Département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal.
- LABERGE, D. et D. MORIN, (1995). «The Overuse of criminal justice dispositions. Failure of diversionary policies in the management of mental health disposition», *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 4, 389-414.
- LABERGE, D. et D. MORIN, (1992). *Les clientèles « psychiatrie-justice » ; problèmes de prise en charge et d'intervention*, Montréal, Les Cahiers du G.R.A.P.P.P..
- MANNING, P. K., (1997). *Police work. The social organization of policing*, Prospective Heights, Illinois, Waveland Press Inc.
- MEEHAN, A. J., (1995). «From conversion to coercion : the police role in medication compliance», *Psychiatric Quarterly*, 66, 2, 163-184.
- MÉNARD, J. P., (1998a). « Les grands principes de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui », in Barreau du Québec, Éd., *Les développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 1-19.
- MÉNARD, J. P., (1998b). « La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui » in *Congrès du Barreau du Québec*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc., 427-495.
- MENZIES, R. J., (1987). «Psychiatrist in blue : police apprehension of mental disorder and dangerousness», *Criminology, An Interdisciplinary Journal*, 25, 429-453.
- MCCUBBIN, M. et D. COHEN, (1998). « Les droits des usagers de services en santé mentale : Le nœud étroit du pouvoir, de la loi et de l'éthique », *Santé mentale au Québec*, 23, 2, 212-224.
- MICHEL, F., (1993). « Modalités d'observation du changement social et d'analyse de ses significations : quelques études de cas », *Sociologie et Sociétés*, 25, 2, 53-67.

- MORIN, D., (1996). « Les troubles mentaux dans le Code criminel : une extension de l'interface entre le système pénal et le système psychiatrique ? », *Revue canadienne de criminologie*, Avril, 129-154.
- NORMANDEAU, A., (1998). « La police professionnelle de type communautaire (PPC) : une définition en bref et un panorama », in « Une police professionnelle de type communautaire. Tome I », sous la dir. A. Normandeau, Montréal, Méridien, 14-40.
- PECH express, (1998). *Alternative à l'incarcération de la clientèle santé mentale-justice à la cour municipale de Québec*, Québec, PECH.
- MSSS (1997). *Le bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ROCHER, G., (1996). *Études de sociologie du droit et de l'éthique*, Montréal, Les Éditions Thémis.
- ROGERS, A., (1993). « Police and psychiatrists : A case of professional dominance ? », *Social Policy and Administration*, 27, 1, 33-44.
- SÉNÉCAL, L., (1998). « Le cadre procédurale : la requête pour garde en établissement et la requête pour évaluation psychiatrique », in Barreau du Québec, Éd., *Les développements récents en droit de la santé mentale*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais inc., 277-299.
- TEPLIN, L. A., (1984). « Managing disorder. Police handling of the mentally ill », in Teplin, L. A., éd., *Mental Health and Criminal Justice*, Sage, Beverly Hills, 157-175.
- TEPLIN, L. A. et N.S. PRUETT, (1992). « Police as streetcorner psychiatrist: managing the mentally ill », *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 139-156.
- VAN DE KERCHOVE, M., (1990). « Droit pénal et santé mentale », *Déviance et Société*, 14, 2, 199-206.
- WACHHOLZ, S. et R. MULLALY, (1993). « Policing the deinstitutionalized mentally ill : toward an understanding of its function », *Crime, Law and Social Change*, 19, 281-300.

# **ANNEXE I**

## ENTREVUES FORMELLES (F) ET INFORMELLES (I)

Régions	Organismes	Date entrevue	Durée	Types de transcription
<b>Abitibi (08)</b>	RRSSS (F)	17-9-99	26 min.	Verbatim
	Gr. de défense des droits (F)	04-11-99	85 min	Verbatim
<b>Nord-du-Québec (10)</b>	RRSSS (F)	17-09-99	12 min.	Verbatim
<b>Bas-St-Laurent (01)</b>	RRSSS (F)	02-09-99	20 min.	Verbatim
	S.M. de Police Rimouski (F)	06-03-00	20 min.	Résumé*
<b>Chaudière-App. (12)</b>	RRSSS (F)	05-11-99	56 min.	Verbatim
	RRSSS (I)	29-02-00	10 min.	Résumé
<b>Côte-Nord</b>	RRSSS (F)	08-10-99	20 min.	Verbatim
<b>Estrie</b>	RRSSS (F)	12-11-99	40 min.	Verbatim
	Urgence détresse Sherbrooke	19-04-00	37 min.	Verbatim
<b>Gaspésie (11)</b>	RRSSS (I)	18-05-99	10 min.	Résumé
	RRSSS (F)	02-11-99	80 min.	Verbatim
<b>Lanaudière</b>	RRSSS (F)	22-07-99	35 min.	Verbatim
<b>Laurentides</b>	RRSSS (F)	15-11-99	25 min.	Verbatim
<b>Laval</b>	RRSSS (F)	21-09-99	19 min.	Verbatim
<b>Mauricie</b>	RRSSS (F)	08-09-99	20 min.	Verbatim
<b>Montérégie</b>	RRSSS (F)	21-07-99	35 min.	Verbatim
	CLSC Haute-Yamaska (F)	13-03-00	22 min.	Verbatim
	Urgences Santé (I)	09-12-98	D.M.	Résumé
<b>Montréal-Centre</b>	Transit (I)	19-05-99	D.M.	Résumé
	RSSSS (I)	20-05-99	D.M.	Résumé
	RRSSS (F)	15-09-99	36 min.	Verbatim
<b>Outaouais</b>	RRSSS (F)	15-09-99	36 min.	Verbatim
	Centre d'aide 24-(F)	05-04-00	50 min.	Verbatim
<b>Québec</b>	RRSSS (I)	05-09-99	5 min.	Résumé
<b>Saguenay</b>	RRSSS (F)	03-09-99	43 min.	Verbatim

Les entrevues formelles sont enregistrées. Les entrevues informelles ne le sont pas mais elles ont été résumées immédiatement après le contact téléphonique.

\*Dans le cas de cette entrevue formelle, c'est un problème technique d'enregistrement qui a fait en sorte que nous avons résumé l'entrevue, immédiatement après la communication.

## **ANNEXE II**

## LES MODÈLES DES SERVICES DE CRISE

Régions	Étapes		Composantes des modèles			
	1998 juin	1999 sept.	Mise en réseau	Écoute téléphonique	Équipe mobile locale	Hébergement
<b>01 Bas-St.-L.</b>	I.	O. P.	Rég (24/7): CPS-CIC	CPS-CIC c/s	CLSC (8) c/s	CIC (2) Ss-rég.
<b>02 Saguenay</b>	I.	O.	Loc (j) CLSC Rég (n) Info-soc	CLSC-Info-soc/ multi CPS s	CLSC (6)c/s	Volet non complété
<b>03 Québec</b>	O.	O.	D.M	D.M.	D.M.	D.M.
<b>04 Mauricie</b>	D.	C.A.	Loc (j) : CLSC Rég (n) : Info-soc	CLSC-Info-soc / c CPS (5)/ s	CLSC (12)c/s	Organismes comm.
<b>05 Estrie</b>		O. Co.	Loc (j) : CLSC Rég (n) Info-Santé/UD	CLSC-Info-Santé/m.	Ss-région (3) CLSC	Consolidation Décentralisée
<b>06 Montréal</b>	O.	O.	Organismes	CIC (6) CPS-Rég.	UPS-J	CIC(6)
<b>07 Outaouais</b>	O.	O.	Loc (24/7) CIC-CPS Loc : CLSC/CHLSD	CIC-CPS c/s CLSC/CHLSD c/s	CIC-CPS c/s CLSC/CHLSD c/s	CIC/CPS
<b>08 Abitibi</b>	D.	D.	Pas défini	Pas défini	Pas défini	Pas défini
<b>09 Côte-Nord</b>	Nil	D.	Org. comm. Ou CLSC/Info-Social	Pas défini	CLSC (4/6) c/s	Pas défini
<b>10 Nord-du-Q.</b>	Nil	Nil	Pas défini	Pas défini	Pas défini	Pas défini
<b>11 Gaspésie</b>	D.M.	D.	Loc (j) :CLSC Rég (n) Info-soc	CLSC- Info-Soc/multi DPJ ligne réservée I-S	CLSC multi	Org. comm.
<b>12 C-App.</b>	O.	O.	Loc (j) CLSC Rég (n) Info-Santé	Org. comm.(3) DPJ ligne réservée I-S c/s	CLSC (11) multi CLSC (1) Int-justice c/s	CLSC (11) 1 lit local/ contrat
<b>13 Laval</b>	D.	I.	Loc (j) CLSC Rég (n) Info-Santé	Équipe régionale c/s CLSC; Org. com.	Équipe régionale c/s	Hébergement (type D.M.)
<b>14 Lanaudière</b>	O. P.	O.P.	Loc (j) CLSC Rég (n) Info-Santé	Info-Santé	CLSC (j)	D. M.
<b>15 Laurentides</b>	O P	O P. Co.	Loc (j) CLSC Rég.(n) Info-Santé (É)	Loc : (j) CLSC/c Rég : (n) garde Info-S Rég : CPS/ s	(J) : CLSC/ c/s	C. réadaptation Ss-régi (2)
<b>16 Montérégie</b>	O. P.	O. P. Co.	Rég (24/7)	CPS (2) CIC (4) P : 3 CIC +	CLSC (7) projeté Granby : CLSC/ opère print. 99	CIC Org. Comm. /Halte crise

### Légende :

C.A. : conseil d'administration; C : problématique crise; Co : consolidation; D. : définition; D.M. : donnée manquante; I : Implantation; I-S : Info-Social; Multi : multiproblématique; Nil : dossier non abordé; O : opérationnel; P : partiellement  
R : révision; S : problématique Suicide

## LA FORMATION SUR LA LOI C75

JUIN 1998 À OCTOBRE 1999

Régions	Mode Diffus.	Formateurs	Acteurs formés	Période
<b>01 Bas-St-Laurent</b>	MRC	Beaulieu et Marsolais; Ménard;	R. santé; Org. com.	Aut. 99
		Gr. de défense des droits	Usager	
<b>02 Saguenay-LSJ</b>	Rég. Établis.	À partir du guide de l'AHQ Divers formateurs	R. santé; Org. com. D.M.	Été 98 Aut. 98
		Gr. de défense des droits	Usager	
<b>03 Québec</b>	Établis.	AHQ D.M.	Centre hospitalier CLSC	D. M.
		Gr. de défense des droits La Boussole	Usager Famille	
<b>04 Mauricie C.Q.</b>	MRC	Dr. Lavertue	R. santé; Org. com.	Aut. 98-Hiv. 99
<b>05 Estrie</b>	MRC	Beaulieu et Marsolais	R. santé; Org. com.; DPJ; Police Usager	Aut. 98
		Gr. de défense des droits		
<b>06 Montréal-C</b>	Établis.	AHQ et autres formateurs	CH et D.M.	D.M.
		Beaulieu et Marsolais	Famille	
<b>07 Outaouais</b>	D.M.	Trudeau et Sénécal	R. santé; Org. com. Police; Usager; Fam.	Hiv-été 99
<b>08 Abitibi-T.</b>	MRC	Trio :Ch, Gr. de D., police	R. santé; Org. com.; Police Centre hospitalier	Aut. 98
	Établis.	AHQ		Été 98
<b>09 Côte-Nord</b>	Ss-rég.	D.M.	R. santé; Org. com.; Police	Jan. 99
<b>10 Nord du Québec</b>	Rég.	Trudeau et Sénécal	R. santé; Org. com.; Police	Avr. 99
<b>11 Gaspésie</b>	Rég. MRC	AHQ Régie R. et DPJ	R. santé R. santé; Org. com.; DPJ; Police	Aut. 98 Hiv. 99
<b>12 Chaudière-App.</b>	MRC	Beaulieu et Marsolais Féd. des familles Gr. de défense des droits	R. santé; Org. Com.; Police; Ambulancier Famille Usager	Print.-Aut. 99
<b>13 Laval</b>	Établis.	AHQ/CLSC-CHLSD	R. santé	D.M.
		Féd. des familles	Famille	
<b>14 Lanaudière</b>	Établis.	D.M.	R. santé	Été 98
		Gr. de défense des droits	Usager	
<b>15 Laurentides</b>	MRC Établis.	Beaulieu et Marsolais AHQ	R. santé; Police; fam Centre hospitalier	Avant été 99
		Gr. de défense des droits	Usager	
<b>16 Montérégie</b>	Établis.	AHQ D.M.	Centre hospitalier Famille; Usager	D.M.

