

À LA RECHERCHE DE LA DANGÉROSITÉ « MENTALE »

Stratégies d'intervention et profils de populations
dans le contexte de l'implantation de la *Loi P-38.001* par l'UPS-J

Rapport de recherche présenté à

L'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

par

Marcelo OTERO, professeur, département de sociologie, UQÀM
Pierre LANDREVILLE, professeur, École de criminologie, U. de Montréal
Daphné MORIN, professionnelle de recherche, département de sociologie, UQÀM
Ghyslaine THOMAS, professionnelle de recherche, département de sociologie, UQÀM

Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale
(CRI)

Décembre 2005



Collectif
de recherche
sur l'itinérance,
la pauvreté et
l'exclusion sociale

À LA RECHERCHE DE LA DANGÉROSITÉ « MENTALE »

Stratégies d'intervention et profils de populations
dans le contexte de l'implantation de la *Loi P-38.001* par l'UPS-J

Rapport de recherche présenté à

L'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de Montréal

par

Marcelo OTERO, professeur, département de sociologie, UQÀM
Pierre LANDREVILLE, professeur, École de criminologie, U. de Montréal
Daphné MORIN, professionnelle de recherche, département de sociologie, UQÀM
Ghyslaine THOMAS, professionnelle de recherche, département de sociologie, UQÀM

Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale
(CRI)

Décembre 2005



Collectif
de recherche
sur l'itinérance,
la pauvreté et
l'exclusion sociale

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2005
ISBN 2-923229-03-7

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes ont collaboré à un titre ou un autre à la réalisation de la présente recherche et nous voulons les remercier sincèrement. D'abord, nous souhaitons remercier l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (au moment de la recherche, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre) de nous avoir confié la réalisation de cette recherche. Nous voulons souligner le soutien indéfectible de Madame Bibiane Dutil, conseillère aux services de santé mentale, pendant toute la durée des travaux. Sa profonde connaissance du dossier de la santé mentale à Montréal, son ouverture et son désir de faire avancer le dossier de l'implantation de la loi ont grandement facilité nos démarches aux différentes étapes et sur différents plans (cueillette de la littérature, participation aux instances, mise en contact, etc.).

Cette étude n'aurait pas été possible sans l'étroite collaboration du CLSC des Faubourgs, institution de rattachement de l'Urgence psychosociale-justice (UPS-J). Nous voulons d'abord exprimer notre gratitude à Madame Sylvie Simard, directrice des services professionnels et Madame Suzanne Carrière, cheffe de l'administration des programmes spécifiques, qui ont rendu possible l'accès au CLSC auprès de l'équipe de l'UPS-J ainsi que la consultation des banques de données dont nous avons besoin. Nous voulons aussi offrir nos remerciements à Madame Louise Riopel, cheffe d'équipe de l'UPS-J, qui s'est prêtée au travail de liaison entre l'équipe de l'UPS-J et l'équipe de recherche. Son expérience, sa connaissance du terrain, sa grande disponibilité et son intérêt soutenu pour la recherche ont participé à plus d'un titre à notre compréhension des logiques à l'œuvre dans les pratiques. Nous lui devons également la confiance avec laquelle nous avons pu naviguer dans les banques de données de l'UPS-J. Enfin, un grand merci à tous les intervenants de l'UPS-J qui nous ont chaleureusement accueillis à différentes occasions au cours de la recherche (réunions d'équipe, observation d'intervention *in situ*, etc.) et ont partagé avec nous leurs expériences dans ce champ particulier, exigeant et passionnant d'intervention.

Monsieur Jean-Claude Boivert, consultant engagé pour diriger le Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs, nous a fourni aimablement de nombreux documents nécessaires à la compréhension du développement des étapes de ce processus, nous voulons l'en remercier.

Cette recherche a aussi été réalisée grâce à la collaboration du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) qui nous a introduits au monde de l'intervention policière dans le champ de la santé mentale (observation participante). Nos remerciements s'adressent spécialement à Monsieur Claude Charlebois, commandant de l'intervention jeunesse et gang de rue secteur est et porteur du dossier santé mentale pour les cadres du SPVM, ainsi qu'à Monsieur Michael Arruda, responsable du dossier santé mentale, pour sa disponibilité, amabilité et grande compétence.

Pour répondre aux objectifs de la recherche, nous avons besoin de documenter les antécédents judiciaires des populations qui sont l'objet des interventions d'urgence ou de crise, de situations très diversifiées et difficilement définissables (itinérance, pauvreté, maladie mentale, détresse psychologique, criminalité, etc.). Nous avons pu compter sur la collaboration du ministère de la Sécurité publique du Québec qui a mis à notre disposition les ressources et les outils nécessaires à la réalisation de cette cueillette. Des services correctionnels du Québec, nos remerciements s'adressent à Monsieur Michel Chandonnet, directeur du développement et du conseil à l'organisation ainsi qu'à toute l'équipe : Madame Gisèle Lafond, agente de recherche, Monsieur Pierre Bérubé, responsable de l'informatique pour la base de données DACOR et Madame Marie-Andrée Bernier, conseillère, Direction générale des services correctionnels de Montréal.

Nous tenons également à souligner la collaboration de la Sûreté du Québec qui nous a soutenus dans les travaux de cueillette des antécédents judiciaires, en nous fournissant un accès à la base de données du Centre de renseignements policiers du Québec (CRPQ). Nos remerciements s'adressent à Monsieur Michel Gendron, coordonnateur, formation et soutien du service aux usagers du CRPQ, Me Luc Jolicoeur, coordonnateur de l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels, Monsieur Paul Fugère, informaticien.

Cette recherche a comporté une part très importante d'observation participante. Nous voulons remercier tous les membres des différents comités — Comité d'implantation (2003-2004) dirigé par le CLSC des Faubourgs, Consortium de l'UPS-J, Comité-outil, pour la confiance qu'ils nous ont témoignée en nous accueillant au sein de ces instances.

Plusieurs entrevues confidentielles ont aussi été réalisées dans le cadre de cette étude. À chacune des personnes qui a participé à ces échanges, nous voulons exprimer toute notre gratitude.

Enfin, Carolyne Grimard, Amélie Lavoie, Dahlia Namian et Jean Borduas, inscrits à la maîtrise en sociologie de l'UQÀM, ont collaboré à la réalisation de cette recherche par des travaux de collecte de données et de révision. Nous voulons les remercier sincèrement.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements.....	iii
Liste des tableaux.....	ix
Liste des abréviations, sigles et acronymes.....	xiii
Introduction.....	1
Chapitre 1.....	5
Le processus d’implantation du nouveau mandat de l’UPS-J.....	5
Quelques éléments de contexte.....	5
1.1 Désinstitutionnalisation psychiatrique et sectorisation des services en santé mentale.....	5
1.1.1 Le dispositif de rotation.....	6
1.2 Réforme du cadre légal dans le champ de la santé mentale.....	7
1.3 L’émergence d’une politique de « déjudiciarisation » de la maladie mentale.....	8
1.4 Un modèle de déjudiciarisation de la maladie mentale : l’UPS-J.....	10
1.5 La réforme de la santé et des services sociaux (la Loi 25).....	11
1.6 L.R.Q, chapitre P-38.001.....	12
1.6.1 L’article 8 de la Loi P-38.001.....	14
1.6.2 Quelques remarques.....	15
1.6.3 Quelques rappels des principaux avis juridiques sur la Loi P-38.001.....	16
Chapitre 2.....	21
Démarche méthodologique.....	21
2.1 L’analyse qualitative.....	21
2.1.1 Le matériel documentaire.....	21
2.1.2 Le point de vue des acteurs.....	23
2.1.3 Les observations.....	23
2.2 L’analyse quantitative.....	25
2.2.1 Le dossier de l’UPS-J.....	25
2.2.2 Autres sources de données quantitatives.....	27
2.3 Quelques éléments de contexte de la cueillette des données.....	27
2.4 Références.....	28
2.5 Anonymat et confidentialité.....	28
2.6. Les limites des données.....	28
Chapitre 3.....	30
Mise en application de l’article 8 de la loi P-38.001.....	30
Première partie :.....	30
De l’adoption de la loi à l’abandon du scénario de désignation des centres de crise.....	30
3.1 Première phase : le travail d’information du MSSS (juin 1998) et l’émission des directives du SPVM.....	31
3.1.1 L’émission des premières directives du MSSS aux Régies régionales de la santé et des services sociaux.....	31
3.1.2 La publicisation de la loi auprès des différents acteurs.....	32
3.1.3 L’émission des directives du SPCUM.....	32

3.2 Deuxième phase : la mise en place d'une première structure (juin 1998 à décembre 1998) — le comité régional d'implantation de la loi sous l'égide de la Régie régionale de Montréal-Centre.....	33
3.2.1 Les premières rencontres du comité régional d'implantation sous la direction de la Régie régionale.....	35
3.3 Troisième phase : la spécialisation des activités (janvier 1999 à mars 2001).....	36
3.3.1 Sous-comité sur la formation.....	38
3.3.2 Sous-comité sur les rôles et les responsabilités.....	40
3.3.3 Le modèle d'intervention de crise des CIC.....	40
3.3.4 Cheminement d'une intervention autour de la Loi P-38.001.....	41
3.4 Quatrième phase : l'abandon du scénario de désignation des CIC et l'élaboration d'un plan B (mars 2001 à juin 2001).....	43
3.4.1 L'élaboration d'un plan B : l'UPS-J.....	44
3.4.2 La contestation des CIC et la présentation d'une contre-proposition.....	47
3.4.3 La mise en place de conditions temporaires pour pallier l'échec de la désignation des CIC.....	48
3.5 Les autres événements.....	49
3.5.1 Colloque provincial de Trois-Rivières organisé par le Regroupement des CIC portant sur la Loi P-38.001 (octobre 2000).....	49
3.5.2 Publication du rapport d'enquête du coroner Andrée Kronström sur les causes et les circonstances du décès de Monsieur Brian Bédard survenu à Montréal, le 27 avril 2000 (13 mars 2001).....	50
3.5.3 Le Forum Action Autonomie — printemps 2001.....	52
3.5.4 La publication de l'avis du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) – juin 2001.....	54
3.6 Conclusion.....	56
Chapitre 4.....	58
Mise en application de l'article 8 — 2e partie :.....	58
De la désignation de l'UPS-J à la relance de la désignation d'autres acteurs.....	58
4.1 Première phase : l'acte de désignation — un processus d'entérinement de décisions par les instances et mise en place des conditions transitoires.....	59
4.2 Deuxième phase : le processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J... 62	
4.2.1 Le modèle de déploiement projeté.....	64
4.2.2 La formation.....	69
4.3 Troisième phase : le déploiement du mandat P-38.001 sur l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal.....	71
4.3.1 Les outils.....	71
4.3.2 Le recrutement et la réorganisation de l'équipe.....	72
4.3.3 La nature et l'ampleur des appels.....	73
4.3.4 Formation des policiers.....	73
4.3.5 Rencontres de partenaires.....	73
4.3.6 Le projet de recherche.....	74
4.3.7 Le programme de l'UPS-J : bilan de l'équipe.....	74

4.4 Quatrième phase : actualisation de la désignation du mandat « spécifique » — « clientèle connue et en présence ».....	78
4.4.1 Le concept de clientèle connue et en présence.....	80
4.4.2 La mise au point entre l'UPS-J et les CIC (13 janvier 2004).....	81
4.4.3 Le comité-outil : dangerosité, liaison (janvier 2004-mars 2005).....	82
4.5 Conclusion.....	93
Chapitre 5	99
Profil de la population d'étude	99
5.1 Première partie : le profil de la population d'étude, territoires et mandats confondus.....	100
5.1.1 Profil socio-démographique.....	100
5.1.2 Les antécédents psychiatriques.....	102
5.1.3 Les antécédents de toxicomanie.....	103
5.1.4 Présence combinée d'antécédents psychiatriques et de toxicomanie.....	104
5.2 Deuxième partie : profil de la population d'étude selon le territoire d'application des mandats de l'UPS-J.....	109
5.2.1 Les caractéristiques socio-démographiques.....	109
5.2.2 Les antécédents psychiatriques.....	115
5.2.3 Les antécédents de toxicomanie.....	117
5.2.4 Les antécédents judiciaires.....	119
5.3 Conclusion.....	122
Chapitre 6	125
La mise en application du nouveau mandat : analyse de la demande	125
6.1 Le volume.....	126
6.1.1 La prévision.....	126
6.1.2 Le volume d'appel pendant l'année de l'étude.....	128
6.2 Les « référants ».....	131
6.3 Le moment de l'appel.....	133
6.4 Le motif de la demande.....	135
6.5 La situation-problème.....	136
6.6 La condition de domiciliation.....	143
6.7 L'intoxication du « client » au moment de l'intervention.....	147
6.8 Conclusion.....	147
Chapitre 7	152
La mise en application du nouveau mandat : analyse de la réponse	152
7.1 La nature de l'action de l'UPS-J.....	153
7.2 Le déplacement.....	161
7.3 La dangerosité immédiate.....	165
7.4 La première orientation.....	167
7.5 « L'orientation » vers l'hôpital.....	168
7.6 La modalité de référence à l'hôpital.....	172
7.7 Conclusion.....	178

Chapitre 8	182
Le recours à l'UPS-J par la police : une analyse comparative	182
Selon le territoire d'application des mandats	182
8.1 Première partie : la demande.....	182
8.1.1 Le moment de l'appel.....	183
8.1.2 Le motif des appels.....	183
8.1.3 Situations-problèmes.....	184
8.1.4 La condition de la personne.....	185
8.2 Deuxième partie : la réponse.....	188
8.2.1 La nature de l'action de l'UPS-J.....	188
8.3 Conclusion.....	192
Conclusion.....	196
Liste des références.....	209
Comité d'implantation 2002-2003.....	215
Comité-outil.....	215

LISTE DES TABLEAUX

Tableaux	Page
5.1 L'âge selon le sexe de la population d'étude	99
5.2 Les antécédents psychiatriques selon le sexe	100
5.3 Les antécédents psychiatriques des hommes et des femmes selon le groupe d'âge	101
5.4 Les antécédents de toxicomanie des hommes selon le groupe d'âge	101
5.5 Les antécédents de toxicomanie des femmes selon le groupe d'âge	102
5.6 La présence d'antécédents psychiatriques et de toxicomanie des hommes et des femmes selon le groupe d'âge	103
5.7 Les antécédents de condamnation selon le sexe	104
5.8 La présence d'antécédents de condamnation des hommes et des femmes selon le groupe d'âge	105
5.9 Le sexe selon le territoire d'application des mandats	108
5.10 La langue selon le territoire d'application des mandats	109
5.11 Le statut civil selon le territoire d'application des mandats	110
5.12 L'âge de la population selon le territoire d'application des mandats	110
5.13 Les femmes selon l'âge et le territoire d'application des mandats	112
5.14 Les hommes selon l'âge et le territoire d'application des mandats	113
5.15 Les antécédents psychiatriques selon le territoire d'application des mandats	113
5.16 Les antécédents psychiatriques des hommes selon le territoire d'application des mandats	114
5.17 Les antécédents psychiatriques des femmes selon le territoire d'application des mandats	115
5.18 Les antécédents de toxicomanie selon le territoire d'application des mandats	115
5.19 Les antécédents de toxicomanie des hommes selon le territoire d'application des mandats	116
5.20 Les antécédents de toxicomanie des femmes selon le territoire d'application des mandats	116
5.21 Les antécédents psychiatriques et de toxicomanie des hommes selon le territoire d'application des mandats	116
5.22 Les antécédents psychiatriques et de toxicomanie des femmes selon le territoire d'application des mandats	116
5.23 Les antécédents de condamnation selon le territoire d'application des mandats	117
5.24 Les antécédents de condamnation des hommes selon le territoire d'application des mandats	118
5.25 Les antécédents de condamnation des femmes selon le territoire d'application des mandats	118
5.26 Les antécédents de condamnation selon l'âge et le territoire d'application des mandats	119

6.1	Répartition des demandes selon le territoire d'application des mandats de l'UPS-J	124
6.2	Répartition des appels à l'UPS-J par mois, territoires et mandats confondus	127
6.3	Répartition des appels à l'UPS-J par mois pour la période de l'étude (2003-2004)	127
6.4	Le « référant » à l'UPS-J selon le territoire d'application des mandats	130
6.5	Distribution des appels selon l'heure de la demande	131
6.6	Le motif de la demande selon le territoire d'application des mandats	132
6.7	La situation-problème selon le territoire d'application des mandats	134
6.8	La situation-problème sur le territoire initial selon le sexe	135
6.9	La situation-problème sur le territoire initial selon l'âge	136
6.10	La situation-problème sur le territoire initial selon les antécédents de toxicomanie	136
6.11	La situation-problème sur le territoire initial selon l'intoxication du « client » à l'intervention	137
6.12	La situation-problème sur le territoire initial selon les antécédents de condamnation	138
6.13	La situation-problème sur le territoire initial selon le « référant »	139
6.14	La condition de domiciliation selon le territoire d'application des mandats	142
6.15	La condition de domiciliation selon le sexe, territoires et mandats confondus	143
7.1	Nature de l'action de l'UPS-J selon les territoires d'application du mandat	151
7.2	La nature de l'action sur le territoire initial selon les antécédents de toxicomanie	152
7.3	La nature de l'action sur les nouveaux territoires selon les antécédents de toxicomanie	153
7.4	La nature de l'action sur le territoire initial selon la dangerosité immédiate	153
7.5	La nature de l'action sur les nouveaux territoires selon la dangerosité immédiate	154
7.6	La nature de l'action sur le territoire initial selon l'intoxication du « client » à l'intervention	154
7.7	La nature de l'action sur les nouveaux territoires selon l'intoxication du « client » à l'intervention	155
7.8	La nature de l'action sur le territoire initial selon le « référant »	156
7.9	La nature de l'action sur le territoire initial selon la situation-problème	157
7.10	La nature de l'action sur les nouveaux territoires selon la situation-problème	158
7.11	Le déplacement sur le territoire initial selon les antécédents psychiatriques	159
7.12	Le déplacement sur le territoire initial selon les antécédents psychiatriques	159

7.13	Le déplacement sur les nouveaux territoires selon les antécédents de toxicomanie	160
7.14	Le déplacement de l'UPS-J selon le « référent »	161
7.15	Le déplacement sur le territoire initial selon la situation-problème	162
7.16	Le déplacement sur les nouveaux territoires selon la situation-problème	162
7.17	La dangerosité immédiate selon le sexe, territoires et mandats confondus	163
7.18	La dangerosité immédiate selon les antécédents psychiatriques, territoires et mandats confondus	163
7.19	La dangerosité immédiate selon les antécédents de toxicomanie, territoires et mandats confondus	164
7.20	La dangerosité immédiate selon l'intoxication du « client » à l'intervention, territoires et mandats confondus	164
7.21	L'« orientation » vers l'hôpital selon le territoire d'application des mandats	166
7.22	L'« orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires selon la dangerosité immédiate	167
7.23	L'« orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires selon la situation-problème	167
7.24	L'« orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires selon le déplacement	168
7.25	L'« orientation » vers l'hôpital sur le territoire initial selon le déplacement	169
7.26	La modalité de référence à l'hôpital selon le territoire d'application des mandats	171
7.27	La modalité de référence à l'hôpital sur les nouveaux territoires selon le déplacement	172
7.28	La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial selon le déplacement	172
7.29	La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial selon l'évaluation de la dangerosité	173
7.30	La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial selon le déplacement	174
7.31	La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial selon la nature de l'action de l'UPS-J	175
8.1	La distribution des appels selon l'heure de la demande	181
8.2	Le motif des appels de la police selon le territoire d'application des mandats	181
8.3	La situation-problème dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	182
8.4	Le sexe dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	183
8.5	L'âge (quantiles) dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	184
8.6	La condition de domiciliation dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	185

8.7	La nature de l'action de l'UPS-J dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	186
8.8	Le déplacement dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	187
8.9	L'« orientation » vers l'hôpital dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	188
8.10	La modalité de référence à l'hôpital dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats	189

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AGIDD-SMQ	ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC
AHQ	ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC
AQPAMM	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES PARENTS ET AMIS DU MALADE MENTAL
CA	CONSEIL D'ADMINISTRATION
CH	CENTRE HOSPITALIER
CHSGS	CENTRE HOSPITALIER DE SOINS GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS
CHSP	CENTRE HOSPITALIER DE SOINS PSYCHIATRIQUES
CIC	CENTRE DE CRISE
CIPC	CENTRE D'INFORMATION DE LA POLICE CANADIENNE
CLSC	CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES
CO	CENTRE OPÉRATIONNEL
CPLM	CENTRE DE PSYCHIATRIE LÉGALE DE MONTRÉAL
CRPQ	CENTRE DE RENSEIGNEMENTS POLICIER DU QUÉBEC
COQ	COMMENT? OÙ? QUAND?
CSMQ	COMITÉ DE SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC
CSSS	CENTRE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DACOR	SYSTÈME INFORMATIQUE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE LA SQ
FFAPAMM	FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE
LPMM	LOI SUR LA PROTECTION DU MALADE MENTALE
MSP	MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
MSSS	MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
PDQ	POSTE DE QUARTIER
PROS	PLAN RÉGIONAL D'ORGANISATION DES SERVICES
RACOR	REGROUPEMENT ALTERNATIF COMMUNAUTAIRE DES ORGANISATIONS EN SANTÉ MENTALE
RRASMQ	REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC
RDP	(CENTRE DE DÉTENTION) RIVIÈRE-DES-PRAIRIES
SPCUM	SERVICE DE POLICE DE LA COMMUNAUTÉ URBAINE DE MONTRÉAL
SPVM	SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL
UPS-J	URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE

INTRODUCTION

Les interventions d'«urgence» dans des situations problématiques qui ont été définies, faute de mieux, en termes de problèmes de «santé mentale» ou problèmes «psychosociaux» se sont considérablement accrues au cours des trente dernières années en Amérique du Nord. L'importance croissante de ces stratégies d'intervention est étroitement liée à la profonde réorganisation intervenue au sein des agences gouvernementales en matière de santé, de services sociaux et de sécurité pendant cette période. Notamment en ce qui concerne les dispositifs de prise en charge des populations «vulnérables», les formes de gestion des «dysfonctionnements» sociaux urbains et les mécanismes de contrôle de certaines transgressions mineures de la loi. Cette réorganisation a eu des *effets considérables* non seulement sur *les groupes de personnes concernées* (pauvres, désaffiliées, vulnérables, itinérantes, malades, aux prises avec des problèmes de santé mentale, toxicomanes, chômeurs, contrevenants, clients des systèmes correctionnels, etc.) et *leur entourage* (famille, amis, voisins, etc.), davantage ou autrement sollicités, mais également sur les *stratégies d'intervention* (gouvernementales, paragouvernementales et communautaires) et les *intervenants* chargés de les mettre en oeuvre.

Dans ce contexte de profondes transformations institutionnelles, des populations (usagers, clients, personnes-cibles, etc.) ont été récatégorisées, des profils et des mandats des intervenants (professionnels, communautaires, etc.) ont été redéfinis, des expertises (scientifiques, informelles, etc.) ont été reformulées et des cadres prescriptifs (lois, règlements, protocoles d'intervention, etc.) ont été adaptés. Le tout pour répondre, dans le feu des transformations et de l'action, à de situations problématiques dont le statut, les causes et, si l'on peut dire, le pronostic ne sont pas clairement établis à l'avance, ou du moins, ne font pas l'unanimité des nombreux acteurs concernés dans le processus de leur définition. Ce remaniement institutionnel, socio-professionnel, scientifique et légal, a été parfois précédé, parfois accompagné et parfois suivi d'une modification profonde des représentations des problèmes sociaux, de santé mentale (mais aussi de la santé physique) et de certains conflits avec la loi. Quelles sont les frontières qui délimitent les univers de la santé mentale, du dysfonctionnement (et de la vulnérabilité) social et de la contravention aux lois et aux règlements ? Est-il possible de les délimiter clairement et, en outre, sous la pression d'une situation d'«urgence» ? Quelles sont les stratégies les plus adéquates, efficaces et légitimes pour intervenir sur ces problèmes dont le statut est aussi défini au cours même de l'intervention (mental, social, criminel, psychosocial, relationnel, etc.) ? Quand, de quelle façon et en fonction de quels critères (culturels, moraux, légaux, disciplinaires, etc.) faut-il intervenir ? Qui devrait intervenir ?

Les sociétés «libérales» dans lesquelles nous vivons, au moins dans l'un des sens possibles qu'on peut donner à ce terme, sont des sociétés où les conflits, les déviances, les dysfonctionnements, les inégalités, les vulnérabilités, voire les identités de leurs membres, sont contrôlés, régulés, gérés ou pris en charge par des dispositifs complexes qui, tout en instaurant des clivages entre les différentes catégories des personnes, font référence à des «valeurs positives» telles que la santé physique et mentale, le respect des normes communes, la protection de l'environnement, la croissance de l'économie et de l'emploi, etc. Depuis trois décennies au moins, la *référence à la*

santé mentale, au psychosocial et à la souffrance psychique, sans qu'on parvienne à définir clairement ces univers, *joue un rôle capital dans la gestion des conduites qui «posent problème»* ou qui sont reconnues, par les agences gouvernementales, par la communauté, voire par les personnes concernées elles-mêmes, comme «problématiques».

Les sociétés libérales sont également des sociétés de droit et leurs membres, qu'ils soient concernés ou non par des situations «problématiques», sont des sujets de droit, c'est-à-dire des citoyens. Pour cette raison, s'il est question d'intervenir (à titre d'expert et en s'appuyant sur l'autorité d'une discipline ou d'une expertise particulière) auprès d'un sujet parce que son état de santé ou son comportement sont jugés susceptibles d'engendrer des dommages graves pour la personne ou pour un tiers, il faut disposer soit de son consentement, soit de normes légales contemplant de telles situations. En contexte d'«urgence», la pertinence d'une intervention (faut-il intervenir, de quelle manière et pour quels motifs ?) et du droit d'intervenir (a-t-on le droit, voire l'obligation morale, de le faire?) se posent de manière encore plus délicate et complexe, car les variables risque, danger, temps, dommages potentiels ou réels pour la personne concernée ou pour autrui, jouent sur le registre de l'immédiateté (il faut agir dans l'ici et maintenant) et de l'incertitude (informations inexistantes, insuffisantes ou imprécises sur la personne, la situation-problème, etc.).

La disponibilité de la police comme service mobile d'urgence 24/7, ainsi que sa capacité légale d'agir (pouvoir de contraindre) ont largement favorisé son intervention dans des nombreuses situations d'«urgence» dont le statut (mental, social, criminel, psychosocial, relationnel, etc.) était mal défini. Dans un nombre de cas non négligeable, les interventions policières ont également favorisé, faute de stratégies d'intervention mieux adaptées, la judiciarisation de comportements et des populations, dont les caractéristiques relevaient davantage des domaines du social et de la santé mentale, et très souvent des deux, que du correctionnel et du pénal. Au Québec, un consensus s'est cependant établi pour contrecarrer l'usage de la police et du système pénal comme réponse à ce type de situations d'«urgence» dont le registre n'est pas clairement, voire nullement, celui du pénal. Une politique de *déjudiciarisation en santé mentale* s'est développée, entre autres, avec la mise en œuvre d'un programme d'intervention d'urgence, mobile et disponible 24/7 visant explicitement l'évitement du recours au pénal pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Le service mobile d'intervention d'urgence en santé mentale-justice (Urgence psychosociale-justice, UPS-J) a été implanté à Montréal en octobre 1996 pour desservir le territoire du CLSC des Faubourgs, son institution de rattachement. La population-cible de l'UPS-J a été définie à ce moment comme étant atteinte de problèmes de santé mentale graves et persistants, et impliquée dans des situations-problèmes susceptibles d'engendrer l'intervention de la police, la judiciarisation ou encore, l'incarcération. Dans son *mandat initial de déjudiciarisation*, l'UPS-J visait 1) l'évitement de la judiciarisation de ces personnes ou encore leur incarcération; 2) l'arrimage avec des ressources appropriées. En vertu de ce mandat, l'UPS-J dessert depuis lors le territoire de sept CLSC¹ et de huit postes de police de quartier².

¹ Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles; Des Faubourgs; Du Plateau Mont-Royal; Hochelaga-Maisonneuve; Metro; Saint-Louis du Parc; St-Henri.

² Les postes 18, 19, 20, 21, 22, 23, 37 et 38, désignations de poste qui correspondent à celles en vigueur avant la réforme de janvier 2004.

La politique de déjudiciarisation s'est accompagnée des réformes majeures des lois d'internement civil involontaire, marquées par une tendance à restreindre l'application de la loi civile au seul critère de dangerosité. *La Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (LRQc P-38.001), en vigueur depuis juin 1998, redéfinit les règles, les pouvoirs et la procédure du processus d'internement civil pour dangerosité au Québec. Parmi les modifications importantes apportées à la loi, celle jugée la plus novatrice et qui nous intéresse ici concerne l'article 8 qui met de l'avant une procédure de déjudiciarisation du processus à l'étape du renvoi initial. La loi autorise maintenant un agent de la paix, à amener contre son gré et *sans l'autorisation d'un tribunal*, une personne dans un établissement de santé (CLSC ou centre hospitalier) « 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 ». La mise en œuvre de cette nouvelle législation repose sur la réunion d'au moins deux conditions essentielles : 1) la disponibilité et la désignation officielle de services d'aide en situation de crise capables de procéder rapidement à l'estimation du danger grave et immédiat ; 2) la coordination entre les services de police et les services de santé mentale désignés pour effectuer l'estimation du danger grave et immédiat. À Montréal, la Régie régionale de la santé et des services sociaux³ a désigné l'UPS-J en juin 2001, à titre de service d'aide en situation de crise, pour réaliser ces estimations et ainsi, rendre effective la nouvelle législation⁴.

Ce nouveau mandat inscrit dans la *Loi P-38.001* comporte ainsi un volet d'assistance aux agents de la paix pour assurer une intervention d'estimation du danger en raison de l'état mental d'une personne. Mais le mandat ne se limite pas à cette seule dimension. En raison du caractère exceptionnel de la loi, on demande de plus de tenter de «désamorcer la crise», d'obtenir le consentement de la personne concernée et de l'orienter vers les services appropriés afin que le recours à la mesure de privation de liberté demeure le plus restreint possible. Alors qu'en théorie, la ligne de démarcation entre le mandat initial de déjudiciarisation et le nouveau mandat P-38 pour lequel l'UPS-J a été désignée apparaît plutôt claire, la mise en œuvre de ce dernier, dans le feu de l'action, dans le cadre des transformations organisationnelles dans le système de santé et dans le contexte des situations concrètes très variées et difficiles à définir, pourrait s'avérer plutôt complexe.

On offre à la police un service d'expertise en santé mentale qui se déplace sur les lieux des événements, on réduit les obstacles de nature bureaucratique (liés à l'obtention de l'ordonnance de cour), et plus encore, on enjoint les intervenants à trouver des solutions moins lourdes, du moins symboliquement (trouver une ressource, éviter la porte tournante dans les urgences psychiatriques, etc.). Mais les pratiques d'internement civil involontaire se réalisent dans des contextes souvent complexes et ambigus dans lesquels interagissent différentes catégories d'acteurs (police, ambulanciers, intervenants de crise, infirmières, médecins, psychiatres, avocats, proches de la personne et personne elle-même) et où se confrontent des interprétations de la réalité.

³ Depuis la réforme de 2004, l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

⁴ D'autres services ont également été désignés pour réaliser ces évaluations, mais uniquement pour leurs « clients connus » et lorsqu'ils sont en leur présence. Ces distinctions de désignation entre les services sont présentées plus en détail dans le rapport au chapitre 4.

Cette recherche vise à *documenter* le processus d'implantation du nouveau mandat attribué à l'UPS-J relatif à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* et à *mettre en évidence ses effets* tant sur *l'univers de l'intervention* (acteurs concernés et pratiques à l'œuvre) que sur *l'univers de populations-cibles* (redéfinition des profils, caractérisation des situations problématiques, etc.) à partir des méthodologies diverses et complémentaires. Le chapitre 1 décrit le contexte historique, institutionnel, politique et juridique du processus d'implantation de la *Loi P-38.001*. Le chapitre 2 explique et justifie la démarche méthodologique ainsi que ses limites. Les chapitres 3 et 4 sont consacrés à reconstruire et à documenter le processus d'implantation de la loi, notamment les enjeux principaux, les stratégies des acteurs, leurs alliances et conflits, leurs représentations concernant les modèles d'intervention les plus adéquats, leurs interprétations de la loi, etc. Le chapitre 5 analyse le profil de la population-cible rejointe par les deux mandats d'UPS-J et leurs territoires d'application, notamment leurs caractéristiques socio-démographiques, leurs antécédents psychiatriques, judiciaires et de toxicomanie. Le chapitre 6 étudie le volume de la demande d'intervention adressée à l'UPS-J, en mettant l'accent sur les prévisions avant l'entrée en vigueur de la loi, les «référants», le moment de l'appel, le motif de la demande, le type de situation-problèmes à l'origine des demandes, etc. Le chapitre 7 porte sur l'analyse de la réponse ou de l'action de l'UPS-J, à savoir : types de gestes posés, pertinence du déplacement des intervenants, estimation du danger, modalités d'orientation, etc. Enfin le chapitre 8 compare le recours à l'UPS-J par la police en fonction des territoires d'application des mandats.

CHAPITRE 1
LE PROCESSUS D'IMPLANTATION DU NOUVEAU MANDAT DE L'UPS-J.
QUELQUES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Afin de situer l'arrivée de la *Loi P-38.001* et sa mise en œuvre à travers le processus d'implantation du mandat régional attribué à l'UPS-J⁵, nous avons découpé le chapitre en deux parties. Dans la première partie du chapitre, nous rappellerons brièvement quelques éléments contextuels liés à l'intervention en santé mentale au Québec, à savoir : la politique de désinstitutionnalisation psychiatrique et la sectorisation des services, la réforme du cadre légal dans le champ de la santé mentale, l'émergence d'une politique de déjudiciarisation de la maladie mentale, la dernière réforme du système de santé (*Loi 25*). Dans la seconde partie, nous traçons les grandes lignes de la *Loi P-38.001* ainsi que les principaux avis légaux susceptibles d'orienter son application.

1.1 Désinstitutionnalisation psychiatrique et sectorisation des services en santé mentale

Au Québec, comme dans plusieurs sociétés occidentales, un vaste processus de désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques s'est enclenché au tournant des années soixante et a connu des moments marquants (émergence d'une psychiatrie moderne, déshospitalisation, virage ambulatoire, fermetures de lits, etc.). Ce mouvement reposait, entre autres, sur une nouvelle conception de la maladie mentale, une « maladie comme les autres », dont le traitement pouvait être offert dans le « milieu ». Cette vision de la maladie et du traitement approprié commandait des transformations majeures dans l'organisation et la dispensation des services. Or, la mise en œuvre de cette politique a produit plusieurs lacunes, résistances, difficultés (Dorvil, 1988; Boudreau, 1984; Guberman *et al.*, 1987; Doré, 1987; Cardinal, 1997). Les principales ont été le manque de services dans la communauté — puisque les budgets n'ont pas suivi les patients dans les milieux, le manque de concertation entre les services ce qui rendait difficile des interventions suivies et intégrées et, enfin, le manque de ressources de soutien pour les familles et les proches des malades, ce qui a favorisé ou provoqué un désengagement devant la lourdeur de la tâche.

Depuis le début des années soixante dix, les services psychiatriques de courte durée offerts aux adultes sont sectorisés dans l'ensemble du Québec comme dans la région de Montréal-Centre⁶. Ce modèle d'organisation des services vise à garantir l'accès à la gamme de services psychiatriques là où réside la personne en besoin. Il est fondé sur le présupposé selon lequel chaque individu est inscrit dans l'espace, rattaché, par son adresse, à un territoire donné. Dès la mise en œuvre de cette politique, on note des ratés, entre autres, les populations marginalisées qui ont difficilement accès à ces services. Ces populations mouvantes n'ont pas d'adresse fixe sur des périodes

⁵ Comme il s'agit pour l'UPS-J d'un second mandat, il a souvent été désigné comme le « nouveau » mandat de l'UPS-J.

⁶ Selon Boudreau (1984) la politique de sectorisation, tout comme l'établissement d'une structure psychiatrique décisionnelle, était réclamée par l'entrée en scène, au cours de la période 1971-1976, d'un nouveau groupe d'acteurs « les technocrates spécialisés en sciences sociales, politiques économiques promus au poste de législateurs ». On assiste alors à un bouleversement des relations de contrôle, des structures, à la promotion d'un système global, soit l'intégration des services de santé et des services sociaux au Québec.

suffisamment longues pour se qualifier auprès des dispensateurs de services. Les groupes vulnérables ciblés sont « les malades mentaux », les « itinérants », les « ex-détenus », les « toxicomanes », les « déficients intellectuels », les « mésadaptés socio-affectifs » (Amyot *et al.*, 1985). Cette politique est révisée à plusieurs reprises au cours de ces années, notamment en 1991, 1996, 2003, en raison, dira-t-on, de la fermeture d'hôpitaux ayant un département de psychiatrie, de l'évolution des besoins de la population et de la modification des ressources (CRSSSS, 1982, Amyot *et al.*, 1985; Guberman, 1987)⁷. Par ailleurs, au plan légal, le critère géographique sur lequel cette politique repose est contesté⁸.

1.1.1 Le dispositif de rotation

En 1991, suite aux multiples pressions, le Comité de coordination des urgences psychiatriques de la région de Montréal-Centre⁹ met en place un dispositif qui cible les populations vulnérables à la sectorisation des services psychiatriques : le système de rotation entre les centres hospitaliers psychiatriques ou ceux disposant d'un département de psychiatrie afin d'assurer les soins aux personnes itinérantes, toxicomanes, ex-détenus, qui n'ont pas de « secteur » d'appartenance. Ce dispositif définit un horaire sur une base annuelle où pendant une semaine, à tour de rôle, un hôpital sera responsable de la prise en charge des soins pour ces populations.

En avril 2003, la Régie régionale de Montréal-Centre revoit, encore une fois, les règles de sectorisation des services psychiatriques de courte durée pour adultes suite à de nombreuses plaintes d'usagers, de « référants » et de groupes de défense des droits en regard du non-respect du libre choix restreignant dans les faits, l'accès aux services¹⁰. Ce droit, inscrit dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, est de nouveau réaffirmé dans la politique de sectorisation. La Régie régionale propose un protocole d'accueil afin d'apporter les correctifs nécessaires. L'actualisation de ce protocole définira trois importants principes : accueillir une personne plutôt qu'un code postal, respecter le libre choix de la personne quant à l'établissement et au professionnel, l'informer afin qu'elle puisse exercer un choix libre et éclairé. Malgré la mise en place de dispositifs pour éviter les exclusions (révision des règles d'application, rappels à l'ordre de la Régie régionale auprès des centres hospitaliers ne se conformant pas aux nouvelles dispositions), les intervenants sur le terrain et des groupes de défense continuent de se plaindre des problèmes d'accès aux centres hospitaliers pour les personnes traditionnellement repoussées sur la base du « code postal »¹¹. Pendant les années d'application de cette politique, on a critiqué sa rigidité, ses effets pervers sur les équipes spécialisées, notamment les éternelles négociations

⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Dir. de la programmation et coordination. Services de santé mentale, *Responsabilité sectorielle des centres hospitaliers de la région de Montréal-Centre quant à la dispensation des services psychiatriques aux adultes. Révision 1996*. 14 mai 1996.

⁸ Jasmin C. Cité de la Santé, [1990] R.J.Q. 502, CS MTL (cité dans Ménard, 1998). Voir également sur cette question Molinari, *Le droit aux services de santé : de la rhétorique à la mise en œuvre judiciaire. Développement récents en droit de la santé*, Service de la formation permanente, Barreau du Québec, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1991. Voir aussi l'avis de Me Jean-Pierre Ménard sur le dossier de sectorisation dans le bulletin d'Action Autonomie, «La Renaissance», vol. 11, no 4, Janvier 2004.

⁹ Comité de coordination des urgences psychiatriques pour la région 6A, Protocole pour application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A. Montréal, Table des chefs, Départements de psychiatrie de la région 6A.

¹⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, *La sectorisation des services psychiatriques de courte durée pour adultes. Protocole d'accueil des usagers. Règles d'application*. avril 2003.

dans lesquelles doivent s'engager les intervenants (par exemple, ceux de l'UPS-J, de l'équipe Itinérance-*outreach* du CLSC des Faubourgs, des groupes de défense de droits), pour faire valoir le droit au soin des personnes qu'ils réfèrent et accompagnent à l'hôpital (Plante, 2004; Laberge et Morin, 1992¹²).

1.2 Réforme du cadre légal dans le champ de la santé mentale

Dans le champ de la santé mentale, un vaste mouvement de réforme des lois d'internement civil involontaire s'est opéré un peu partout dans le monde anglo-saxon au cours des trente dernières années. Le Québec ne fait pas exception et adopte, en 1972, la *Loi sur la protection du malade mental*. Ces réformes sont marquées par une tendance généralisée à restreindre l'application de la loi civile au seul critère de dangerosité (Barreau du Québec, 1998; Dallaire *et al.*, 2001; Hiday, 1988; Holstein, 1993; Robertson, 1987; Warren, 1982). En d'autres termes, en dehors de la présomption d'un crime, la privation de liberté est légitime que dans le cas où une personne présente une dangerosité pour elle-même ou pour autrui. La *Loi P-38.001*, entrée en vigueur 26 ans plus tard, ne constitue pas un renversement de tendance. La dangerosité est réaffirmée comme seul critère légitime d'exercice de la contrainte. Et comme dans plusieurs des législations d'autres pays, la définition de la dangerosité est absente, ou encore, les balises fournies sont vagues et limitées.

Dans les études sur les pratiques d'internement civil involontaire, on a maintes fois souligné les contextes ambigus et complexes de ces interventions dans lesquelles interagissent différentes catégories d'acteurs (médicaux, sociaux, judiciaires, proches de la personne et la personne elle-même) et où se confrontent plusieurs lectures de la réalité. Ces processus de renvois et de prises en charge institutionnels sont révélateurs de rapports de « savoir-pouvoir » qui s'affrontent, se renforcent, ou encore, se transforment au cours de ces interactions (Cohen *et al.*, 1998; Holstein, 1993; Pfohl, 1978). Si l'on arrive, en général, à s'entendre sur le fait qu'il y a « un problème », souvent qualifié de « problème de santé mentale », de « crise », la réponse peut varier selon les cadres interprétatifs (sens commun, savoirs disciplinaires, savoirs scientifiques) de chacun et des négociations qui s'engagent. Les nombreux travaux sur les pratiques d'intervention d'urgence en santé mentale l'ont d'ailleurs montré (Cardinal, 2001; Green, 1997; Patch et Arrigo, 1999; Teplin, 2001). On ne s'étonnera pas de constater que l'élément le plus controversé de ces pratiques concerne l'évaluation de la dangerosité. Cette notion comporte une référence implicite à la probabilité d'une « issue néfaste » et, par conséquent, à une capacité de prédiction de cet événement (Morin *et al.*, 1999). Or, les études sur l'usage de ce critère dans les pratiques d'internement civil involontaire, aussi bien au Québec (Bergeron, 1981; Clément, 2001; Cohen *et al.*, 1998; Morin *et al.*, 1999) qu'ailleurs en Amérique du Nord (Holstein, 1993; Robertson, 1987; Warren, 1982), tendent à montrer que la notion reste vague.

¹¹ Régie régionale de Montréal-Centre, Comité outil, notes d'observation, 9 février 2005, 15 mars 2005 ; entretiens informels avec des membres du comité. Voir aussi Action autonomie, dossier sectorisation «La Renaissance» qui dénonce les nouvelles règles qui violeraient plusieurs droits, notamment ceux de choisir l'établissement de son choix, de la confidentialité de son dossier et du consentement libre et éclairé.

¹² Critiques aussi relevées dans les entrevues et observations dans le cadre du présent projet.

1.3 L'émergence d'une politique de « déjudiciarisation » de la maladie mentale

Le mouvement de réforme dans le champ de la santé mentale n'est pas sans avoir eu des conséquences sur le travail de la police et du système judiciaire. Un peu partout en Amérique du Nord, on note, au cours de cette période, le rôle de plus en plus central que joue la police dans la gestion de situations-problèmes impliquant des individus présentant des troubles mentaux. (Abramson, 1972; Bittner, 1967; Borzecki et Wormith, 1985; Finn, 1989; Green, 1997; Menzies, 1987; Teplin, 1984, a), b)). Intervenants de première ligne, disponibles 24/7, les policiers sont interpellés dans une multitude d'appels d'urgence qu'ils règlent, dans une majorité de cas, sur une base informelle (la crise se résorbe, un proche assure l'encadrement, etc.) ou qu'ils réfèrent dans les urgences des hôpitaux. Mais pour un nombre limité de ces situations, la judiciarisation serait devenue une issue de « dernier recours », faute d'autres options jugées appropriées. Les indicateurs d'une pratique de judiciarisation de la maladie mentale ont été nombreux : arrestation d'ex-psychiatisés, poursuites judiciaires d'individus souffrant de troubles mentaux, usage élevé de la disposition de l'aptitude à comparaître au cours des poursuites judiciaires, présence élevée de prévenus et détenus en milieu carcéral ayant des problèmes de santé mentale, etc. (Arvanites, 1988; Brinded *et al.*, 1996; Davis, 1992; Hochstedler Steury, 1991; Lefebvre, 1985; Laberge et Morin, 1995; Menzies, 1987; Porporino et Motiuk, 1993; Wachholz et Mullary, 1993)

Au plan politique, les réactions vis-à-vis ce phénomène se manifestent. En 1975, la Commission de réforme du droit se penche sur le traitement des personnes atteintes de « désordre mental » dans le système pénal et critique les abus, iniquités et discriminations dont elles seraient victimes. Elle défend alors une politique de déjudiciarisation avec la mise en valeur du principe de modération. Ce principe fournit un premier argument pour légitimer, dans une défense de droit, les pratiques de « déjudiciarisation » de la maladie mentale.

[...] qu'avant de faire appel à cet instrument de contrôle social si brutal et si puissant qu'est le droit pénal, on s'interroge non seulement sur la possibilité mais aussi sur l'opportunité de faire une telle démarche. En effet, la plus élémentaire sagesse veut qu'avant de recourir au droit pénal, on fasse l'essai des techniques et procédures de rechange appropriées qui sont accessibles¹³.

Cette prise de position de la Commission donne le ton à la politique de déjudiciarisation. Pour la Commission, le recours au droit pénal dans le cas de troubles mentaux ne devrait survenir qu'en l'absence de solutions de rechange valables¹⁴. Outre le principe de modération¹⁵, la Commission fonde sa position sur le principe de responsabilité¹⁶ ainsi que sur des constats « scientifiques » : absence de lien de causalité entre « désordre mental » et criminalité et entre « désordre mental » et violence, incapacité de prédire et de traiter la dangerosité. Elle recommande alors l'adoption d'un ensemble de protections légales, présentées comme des restrictions aux pouvoirs

¹³ Commission de réforme du droit du Canada, *Processus pénal et désordre mental. Document de travail no 14*, Ottawa, Imprimerie de la Reine, 1975, p. 25.

¹⁴ *Idem*, p. 22.

¹⁵ Le principe de modération est aussi défini comme étant la pertinence du recours au droit pénal dans le cas de « désordre mental » — l'individu doit être « conscient » et « capable de participer au procès ». Ici, la Commission se rapporte aux objectifs fondamentaux du processus pénal et du rôle que peut y jouer le « désordre mental ».

¹⁶ C'est-à-dire une présomption à l'effet que l'individu contrôle sa conduite et doit être tenu responsable de ses actes.

d'intervention du système pénal, pour mettre en œuvre une logique de « déjudiciarisation » de la maladie mentale au nom d'une défense de droit. La Commission de réforme du droit a développé la réflexion en identifiant des « points d'ancrage » où pouvait s'exercer le principe de modération et donc être appliquée une déjudiciarisation des personnes atteintes de troubles mentaux : 1) « le tamisage par la police »; 2) la déjudiciarisation par la poursuite.

Au Québec, au tournant des années quatre-vingt, plusieurs intervenants se préoccupent aussi du sort des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale et qui se retrouvent de façon croissante dans le système de justice pénale. Ce problème inquiète les ministères de la Santé, de la Justice et de la Sécurité publique qui mettent sur pied une Table de concertation psychiatrie-justice. Au milieu de la décennie, une étude attire l'attention sur l'usage important d'une dangerosité psychiatrique attribuée à une population marginalisée, ballottée entre les circuits judiciaires et hospitaliers, en grande « détresse psychosociale » et incarcérée au centre de prévention de Montréal (Lefebvre, 1985). Cette étude a alimenté l'idée selon laquelle l'enfermement asilaire avait fait place à un enfermement carcéral pour certains sous-groupes de la population et ceci, par différents mécanismes institutionnels : sectorisation, standardisation des besoins, judiciarisation et attribution d'une étiquette de dangerosité. La « judiciarisation préventive » constituerait la :

consécration d'une invalidation du statut de « malade mental » et l'accentuation (souvent juridiquement non fondée) d'un statut de criminel dangereux . On passe ainsi d'une mesure qui se veut préventive à une mesure discriminante, arbitraire et chronicisante de l'identité de « fou dangereux » (Lefebvre, 1985).

C'est d'ailleurs à la suite de cette recherche que le projet *Diogène* s'élabore et se donne pour mission d'intervenir dans la communauté auprès de jeunes psychiatisés-judiciarisés (18-30 ans) et dont les objectifs visent la prévention de la judiciarisation et de l'hospitalisation inopportunes¹⁷.

En 1989, un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique reconnaît aux personnes aux prises avec le système de justice pénal le droit de recevoir les services sociaux et de santé appropriés à leurs besoins. Ce protocole énonce plusieurs principes dont l'un est similaire à celui déjà proposé par la Commission de réforme du droit en 1975, à savoir l'évitement de la judiciarisation pour les populations ayant davantage besoin de soins que de peine¹⁸.

En 1990, une étude est réalisée sur le traitement judiciaire des personnes présentant des problèmes de santé mentale à la Cour municipale de Montréal (Laberge *et al.*, 1991). Elle met en évidence un volume considérable d'affaires judiciaires mineures impliquant des individus isolés socialement, aux prises avec des problématiques multiples (troubles mentaux, toxicomanie,

¹⁷ Diogène, Bilan Diogène, 1 an plus tard, novembre 1989.

¹⁸ MSSS et MSP, *Protocole de partage des responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de la Sécurité publique concernant l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes*, Gouvernement du Québec, 1989. Le principe 4.8 : « Le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Santé et des Services sociaux doivent rendre accessibles les services de santé et les services sociaux afin que l'on évite que n'entrent dans le système judiciaire les personnes qui ont davantage besoin de services de santé et de services sociaux que de sanctions, et ce, tout en garantissant la protection des personnes contrevenantes adultes et de la société », p.4

itinérance) de même qu'un usage important du dispositif d'examen de l'aptitude à subir son procès pendant les procédures judiciaires¹⁹. Si plusieurs auteurs et intervenants du monde judiciaire ont vu dans ce dispositif, un peu partout dans le monde anglo-saxon, une voie pour obtenir des soins psychiatriques après la désinstitutionnalisation pour des groupes marginalisés, cette judiciarisation avait tendance à produire ou accentuer une identité de criminel, rendant notamment l'accès aux services encore plus difficile.

Dans la foulée de ces travaux, la Table de concertation « psychiatrie-justice » de Montréal veut mieux circonscrire les populations « psychiatrie-justice », leurs besoins et les modèles de services susceptibles d'y répondre. Le concept d'un service d'urgence psychosociale est mis de l'avant (Laberge et Morin, 1992) et soutenu par la Régie régionale. Elle crée un groupe de travail composé de différents partenaires (Urgences-Santé, Centres hospitaliers de St-Luc et de Notre-Dame, Institut P-Pinel, centre de crise Le Transit, organismes communautaires (Maison du Père, OBM, l'Accueil Bonneau), ministères de la Justice et de la Sécurité publique, SPCUM et représentants de la Cour municipale et provinciale afin de préciser le concept de service d'urgence psychosociale²⁰.

1.4 Un modèle de déjudiciarisation de la maladie mentale : l'UPS-J

Au cours des années 92-96 se développe le modèle de l'UPS-J et le mandat d'implantation est confié au CLSC des Faubourgs (à l'époque Centre-Ville) qui a développé une expertise reconnue dans la dispensation de services aux populations marginalisées du Centre-Ville (*Itinérance-outreach*). À compter du 15 octobre 1996, les services de l'UPS-J sont offerts auprès de personnes ayant une problématique de santé mentale et un comportement délictueux sur le territoire du CLSC des Faubourgs. À cette époque, le mandat initial de l'UPS-J poursuivait deux objectifs : 1) éviter ou réduire la judiciarisation et l'incarcération des personnes présentant des problèmes de santé mentale sévères et persistants et 2) favoriser et faciliter l'arrimage de ces personnes aux ressources appropriées. Pour la mise en œuvre de ces objectifs, l'UPS-J offre deux volets de services : l'intervention dans la communauté; l'intervention à la cour. À l'ouverture du service, l'UPS-J intervient dans la communauté et couvre quatre postes de police de quartier (PDQ) qui correspondent grosso modo au territoire du CLSC des Faubourgs. Dès mai 1998, le territoire est progressivement élargi à sept PDQ (les PDQ 18,19,20,21,22,23,37,38) et huit

¹⁹ Ce dispositif avait pour effet de conduire des prévenus dans les centres de détention provisoire sous ordonnance de détention à l'Institut Philippe Pinel de Montréal pour réaliser les expertises psychiatriques (plutôt que dans les départements de psychiatrie parce que, d'une part, la majorité était sans adresse au moment de la comparution et, d'autre part, parce que le milieu judiciaire connaissait la résistance des centres hospitaliers vis-à-vis de ces populations ainsi que la règle de sectorisation qu'ils invoquaient). Pendant la durée de l'ordonnance (variable mais en général de deux semaines), ces prévenus recevaient des soins de base et étaient mis sous médication. À leur retour au tribunal, ils étaient aptes à comparaître et ils pouvaient alors être traités pénalement. La majorité plaidait coupable.

²⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, *Groupe de travail multisectoriel pour la coordination du secteur des services de santé mentale*, Services d'urgence psychosociale. Clientèle santé mentale-justice. Concept de services, Montréal, 1994, 12 p.; Régie régionale de Montréal-Centre, *Groupe de travail clientèles santé mentale-justice*, Scénario de développement Service d'urgence psychosociale, Montréal, 1994, 43 p.; Régie régionale de Montréal-Centre, *Services d'urgence psychosociale. Clientèle santé mentale-justice*. Plan de démarrage, Montréal, 1996, 17 p.; voir aussi Santos, Pablo. 2003. *L'urgence psychosociale et le rôle de protection sociale envers les personnes présentant des problèmes de santé mentale*. p. 100-106.

territoires de CLSC (Faubourgs, Hochelaga-Maisonneuve, Métro, Plateau Mont-Royal, St-Louis du Parc, St-Henri, Verdun/Côte St-Paul et la Clinique communautaire Pointe St-Charles). Dans son volet d'intervention à la cour, qui couvre tout le territoire de la Ville de Montréal, l'UPS-J agit à la Cour municipale de Montréal et à la Cour du Québec, chambre criminelle et pénale.

En juin 2001, la Régie régionale confie à l'UPS-J un second mandat, celui d'appliquer l'article 8 de la *Loi P-38.001* sur le territoire de l'Île de Montréal. Dans le cadre de ce second mandat, les policiers doivent faire appel aux intervenants de l'UPS-J lorsqu'ils jugent, qu'en raison de l'état mental de la personne interpellée, ils ont besoin d'une « estimation » du danger grave et immédiat. Ce nouveau mandat nécessite une importante collaboration avec les agents de la paix pour assurer cette évaluation. Dans le cadre de cette intervention, on demande aussi aux intervenants de tenter de désamorcer la crise, d'obtenir le consentement de la personne visée et de l'orienter vers les services appropriés afin que la privation de liberté demeure la plus restreinte possible (Beaulieu, 1999; CSMQ, 2001; Fondaire et Cossette, 2001; Marsolais, 2001; Ménard, 1998; RRSSS, 2002).

Ainsi, sur le territoire initial délimité par les secteurs des huit CLSC, l'UPS-J exerce un double-mandat : 1) le mandat de déjudiciarisation; 2) le mandat P-38.001. Ses « référants » sont les intervenants judiciaires (police, avocats, agents de probation, agents correctionnels), les intervenants des ressources communautaires, ceux des ressources du réseau de la santé et des services sociaux. Sur les nouveaux territoires, i.e. tous les autres territoires de CLSC de l'Île de Montréal, l'UPS-J exerce le seul mandat lié à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*. Ses « référants » sont les policiers.

1.5 La réforme de la santé et des services sociaux (la Loi 25)

Avec l'arrivée au pouvoir du parti Libéral en 2003, la santé connaît une réforme majeure de son réseau de services. Le 31 janvier 2004, la Régie régionale de Montréal-Centre devient l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. Elle a jusqu'au 30 avril 2004 pour soumettre au MSSS un nouveau modèle d'organisation des services. Le ministère de la Santé et des Services sociaux crée, en juin 2004, douze réseaux locaux de services pour Montréal qui assureront la coordination des différents centres de santé et de services sociaux (CSSS) résultant de la fusion d'établissements déjà existants :

Chacun des réseaux gravitera autour d'un nouvel établissement local, le « centre de santé et de services sociaux », qui sera responsable des grandes missions de première ligne actuellement assumées par les établissements mentionnés plus haut : les soins hospitaliers de proximité (pour certains réseaux seulement), les services de CLSC, incluant la prévention et la promotion de la santé, ainsi que l'hébergement et les soins de longue durée. [...] Pour compléter son offre de services, chaque centre de santé et de services sociaux travaillera en réseau avec les autres partenaires du même territoire, c'est-à-dire les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les pharmaciens, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les différentes ressources privées du territoire, notamment celles qui offrent des services d'hébergement. Qu'il s'agisse de

première, de deuxième ou de troisième ligne, c'est à partir du centre de santé et de services sociaux que se coordonnera l'accès aux services²¹.

À travers cette réforme se profile une approche territorialisée de l'organisation et de la dispensation des services sur le modèle de la sectorisation en santé mentale. Cette approche dite populationnelle, présente certainement plusieurs avantages sur le plan de la gestion des services, mais elle risque de provoquer des effets similaires à ceux documentés dans le champs des services de santé mentale.

1.6 L.R.Q, chapitre P-38.001

La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* a d'abord été le projet de *Loi 39*. La loi a été adoptée le 18 décembre 1997 par l'Assemblée nationale (L.Q., 1997 c.75) et est entrée en vigueur le 1er juin 1998 (L.R.Q., c. P-38.001). Elle remplace la *Loi sur la protection du malade mental* (LPMM) (1972) et s'harmonise avec d'autres législations ou réformes importantes, notamment la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et la Charte canadienne des droits et libertés ainsi que le nouveau *Code civil* du Québec particulièrement quant aux dispositions en matière de garde en établissement et d'évaluation psychiatrique. Un point capital démarque cette réforme de la loi précédente et des autres législations : elle introduit un nouveau dispositif, défini à l'article 8, permettant de priver un citoyen de sa liberté sans qu'il n'ait commis d'acte criminel.

Cette réforme redéfinit les règles, les pouvoirs et la procédure du processus d'internement civil pour dangerosité au Québec. Alors qu'elle ne constitue pas un renversement de tendance de ce type de législation — la dangerosité demeure le seul critère autorisant l'internement, elle apporte d'importantes modifications susceptibles de redéfinir les pratiques dans des champs aux frontières plus ou moins rigides ou fluctuantes (psychiatrie, intervention de crise en santé mentale, sécurité publique, santé publique, intervention d'urgence).

Au plan de la terminologie, La *Loi P-38.001* utilise maintenant le terme d'« état mental » plutôt que celui de « malade mental », faisant dire à plusieurs que le législateur voulait corriger une association erronée, et trop longtemps véhiculée, entre dangerosité et maladie mentale²². Ainsi, une personne ne serait plus placée en cure fermée parce qu'elle est dangereuse envers elle-même ou autrui en raison d'une maladie mentale mais plutôt mise sous garde parce qu'elle représente un danger en raison de son état mental. La condition d'application de la loi ne serait plus une maladie, mais un état mental qu'il y ait ou non un diagnostic (Ménard, 1998). Par ce changement, la nouvelle terminologie pourrait signifier un élargissement de la portée de la loi, du moins au plan symbolique²³. La nouvelle loi abandonne la notion de « cure fermée » pour celle de « garde

²¹ MSSS, Cabinet du ministre, Communiqué, Les Ministres Philippe Couillard et Monique Jérôme-Forget annoncent la création de douze réseaux locaux de services à Montréal, 23 juin 2004.

²² Entrevues et observation participante.

²³ Par exemple, les états mentaux altérés ou perturbés suite à des maladies dégénératives, telles que la sénilité, la maladie d'Alzheimer, ou des accidents neurologiques (traumatismes crâniens,...) sont ceux qui sont identifiés comme les nouvelles occasions d'appliquer la loi, tout comme les états provoqués par des événements de la vie tels que le deuil. Or, tous se rapportent à des symptômes, sous-catégories du DSM IV. Ils ne sont donc pas nouveaux pour la psychiatrie puisqu'ils sont décrits dans cette importante nomenclature. On pourrait dire que c'est au plan des

en établissement » (garde préventive, provisoire, régulière), un choix qui se veut plus conforme aux droits fondamentaux énoncés dans les chartes qui mettent de l'avant le principe de l'inviolabilité de la personne et donc du consentement aux soins : la *Loi P-38.001* n'autorise pas le traitement involontaire, ce que pouvait laisser entendre la notion de « cure » fermée de la LPMM (Ménard, 1998; Migneault et O'Neil, 1988).

Sur la notion de dangerosité, c'est en regard du *Code civil* qu'il y a harmonisation; l'ancien terme du *Code civil* référait au danger « imminent » alors que maintenant, les deux législations ont adopté les mêmes termes. La loi retient deux notions, la dangerosité (que certains juristes ont qualifié de « régulière » (Ménard, 1998)), devant être constatée par deux médecins pour justifier une ordonnance de garde, et le danger grave et immédiat. Dans ce dernier cas, la loi ajoute une nouvelle disposition (l'article 8) qui permet de transporter une personne, contre son gré à l'hôpital, si l'on juge qu'elle représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Cette disposition correspond à un processus de déjudiciarisation de la procédure puisque, dans ces circonstances, définies comme exceptionnelles, elle permet d'éviter de se présenter devant un tribunal pour obtenir une ordonnance de garde en établissement afin que la personne visée y subisse un examen psychiatrique.

Des règles plus précises sont imposées aux médecins chargés de procéder à l'examen psychiatrique pour déterminer si la personne, en raison de son état mental, présente une dangerosité et doit être placée sous garde. Notamment en ce qui a trait à l'émission d'un diagnostic même provisoire, d'une opinion sur la « gravité » de l'état mental et les conséquences probables, puis le signalement des motifs et faits sur lesquels il fonde son opinion et son diagnostic en spécifiant ceux qu'il a lui-même observés et ceux qui lui ont été rapportés. C'est en regard de ces nouvelles exigences apportées à l'examen psychiatrique que la loi, sans définir la notion de dangerosité, balise de manière plus stricte son application et restreint le spectre des interprétations possibles. Selon Ménard, « En pratique, il s'agit donc de rendre plus rigoureux l'examen clinique psychiatrique pour réduire la marge de subjectivité dans l'appréciation de la dangerosité » (1998).

Les types de garde et leur durée ont également été revus. Il existe aujourd'hui trois types de garde : la garde préventive, d'une durée d'au plus 72 heures²⁴, permet à un médecin de placer sous garde un individu contre son gré qu'il juge représenter un danger grave et immédiat pour lui-même ou pour les autres en raison de son état mental. La garde préventive peut s'appliquer sans qu'un examen psychiatrique n'ait été réalisé et sans le consentement de la personne. La garde provisoire, émise par un tribunal, autorise un établissement à ordonner ou à maintenir la garde sans le consentement de la personne pour qu'elle y subisse une évaluation psychiatrique (l'avis de deux médecins est obligatoire) pour déterminer si elle représente un danger pour elle-même ou pour autrui (*Code civil*, art. 27). L'ordonnance de garde provisoire ne peut durer plus de 48 heures à compter de l'ordonnance de garde provisoire, ou de 96 heures à compter de la prise en charge s'il n'y a pas eu de garde préventive (*Code civil*, art. 28). Dans le cas où les médecins sont d'avis que la personne représente un danger pour elle-même ou autrui, la garde peut être prolongée de 48 heures afin qu'une requête pour garde régulière soit présentée (*Code civil*, art.

représentations sociales que la loi aurait une portée plus grande puisqu'elle fait entrer dans son champ d'application des maladies, des événements (deuil) qui n'avaient pas l'habitude d'y être associés.

²⁴ Si cette période se termine un samedi ou un jour non juridique, la garde peut être prolongée jusqu'à l'expiration du prochain jour juridique.

28). La garde régulière, fixée par un tribunal, autorise le maintien des mesures de garde contre le consentement de la personne si elle présente un danger pour elle-même ou pour les autres en raison de son état mental. Il appartient au juge d'en fixer la durée mais la nécessité de la garde doit être révisée par des examens périodiques.

Au plan des droits des personnes visées, la loi énonce de nouvelles règles, notamment celles relatives aux droits d'être informées des mesures prises à son égard, des motifs qui les sous-tendent et du droit de communiquer avec ses proches et un avocat et ce, dès le début des procédures. Cette obligation d'informer la personne visée incombe à l'agent de la paix et à l'établissement qui la prend en charge. L'obligation d'informer se répète lorsque de nouvelles mesures de garde sont prises : la loi a prévu à cet effet un document (annexe de loi) à remettre à la personne visée par la mesure. Les restrictions ou interdictions de communiquer pendant les mesures de garde ont également été révisées. On y énonce le caractère temporaire de ces mesures et on indique le statut des interlocuteurs pour qui ces mesures de restriction ou d'interdiction ne peuvent s'appliquer (le représentant de la personne, la personne habilitée à consentir aux soins requis par son état de santé, un avocat, le curateur public ou le Tribunal administratif du Québec). Toute garde ou décision prise dans le cadre de cette loi peut être contestée.

Sans entreprendre une analyse exhaustive de la loi, nous attirons l'attention sur un de ses volets : l'article 8, notamment en lien avec la désignation de l'UPS-J par la Régie régionale pour mettre en application le mandat régional afin de desservir tout le territoire de l'Île de Montréal.

1.6.1 L'article 8 de la Loi P-38.001

Parmi les modifications importantes apportées à la loi, celle jugée la plus novatrice ou controversée concerne l'article 8 qui met de l'avant une procédure de déjudiciarisation du processus à l'étape du renvoi initial. En effet, la loi autorise maintenant un agent de la paix, à amener contre son gré et *sans l'autorisation d'un tribunal*, une personne dans un établissement de santé (CLSC ou centre hospitalier²⁵) « 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 ». On en parle en termes de procédures de déjudiciarisation étant donné qu'auparavant une ordonnance du tribunal était nécessaire pour soumettre un individu à l'évaluation psychiatrique. Cela dit, tous les acteurs du milieu savent que les policiers et les ambulanciers ont transporté régulièrement des individus à l'hôpital pour qu'ils y subissent des évaluations psychiatriques en ayant recours à d'autres législations (*common law* notamment), des pratiques plus ou moins contestées et que la nouvelle loi prétend encadrer.

L'article 8 de la *Loi P-38.001* s'énonce comme suit :

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

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;

²⁵ En général, un Centre hospitalier.

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

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

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

1.6.2 Quelques remarques

La lecture de cette nouvelle disposition mérite quelques remarques. D'abord, la loi introduit une nouvelle catégorie d'acteurs parmi ceux qui sont susceptibles d'appliquer la loi : les intervenants des services d'aide en situation de crise. S'il n'y a pas d'ambiguïté dans la loi à l'effet que cette catégorie existe déjà pour le MSSS (elle apparaît dans les Plans régionaux d'organisation des services — PROS), une ambiguïté persiste quant à la catégorie professionnelle que cette désignation recouvre (quels sont les prérequis pour exercer à ce titre ?). Deuxième remarque, sur le terrain, elle fait appel à deux catégories d'acteurs pour appliquer cette disposition, nommément la police et l'intervenant de services d'aide en situation de crise qui peuvent avoir, selon les circonstances, le même rôle à jouer.

Dans le cas de l'intervenant de crise, le rôle est relativement clair, il estime si la personne représente un danger grave et immédiat en raison de son état mental. Dans le cas de la police, la situation apparaît plus complexe. Son rôle peut comporter deux volets : 1) le transport de la personne dont on estime qu'en raison de son état mental, elle présente un danger grave et immédiat; 2) le jugement sur le danger grave et immédiat de la personne visée pour décider de la mesure à prendre si aucun intervenant d'un service d'aide en situation de crise n'est disponible en temps utile. Dans ce dernier cas, la prescription est à l'effet que les motifs du policier doivent être sérieux.

Par ailleurs, la loi ne fait nullement référence aux intervenants d'urgence (les ambulanciers/médecins sur la route d'Urgences-santé) alors que dans les faits, le système de gestion des appels d'urgence 911 fait régulièrement intervenir les deux services (police, Urgences santé) simultanément. Traditionnellement, la police et Urgences santé ont longtemps géré des situations sur le terrain en se partageant des rôles et des responsabilités, notamment celle confiée à la police d'assurer la sécurité des lieux et des personnes et celle, confiée aux ambulanciers/médecins, de prodiguer des soins et d'orienter vers les établissements appropriés²⁶. Pendant de nombreuses années, les ambulanciers/médecins et les policiers ont assumé ce travail d'évaluation des situations-problèmes sur le terrain et déterminé la réponse « la plus appropriée ». Aujourd'hui,

²⁶ Voir par exemple, Urgences-santé, Consignes opérationnelles, interventions — Police-1, Actes de violence, 23 avril 2001 et révisé 30 juillet 2003.

certaines protocoles sont déjà établis entre la police et Urgences-santé, notamment les conditions du transport sous contention, mais la loi ne fait pas référence à ces acteurs. On peut alors se demander si les organisations ou institutions qui doivent définir les rôles et responsabilités de ces différentes catégories d'acteurs pour la mise en application de la loi ont la légitimité pour le faire ? Selon différents avis légaux, ces intervenants doivent avoir recours à une diversité d'autres législations pour définir leur pratique.

Troisième remarque, l'application de l'article 8 suppose un travail de relais entre les intervenants sur le terrain (la police, l'intervenant des services d'aide en situation de crise) et l'établissement vers lequel la personne visée est dirigée. La loi stipule que la personne doit être prise en charge dès son arrivée à l'établissement. Or, ce relais, que plusieurs ont défini comme la prise en charge, n'est pas clairement défini dans la loi et pose des problèmes tels que l'immobilisation sur place des ressources (police et/ou intervenants des services d'aide en situation de crise).

Quatrième remarque, la mise en œuvre de cette nouvelle législation repose sur au moins deux conditions essentielles : 1) la désignation et la disponibilité de services d'aide en situation de crise capables de procéder à l'estimation du danger grave et immédiat, dans un laps de temps très court; 2) l'établissement d'une forme d'intervention dans des situations-problèmes qui fait appel à une nouvelle expertise dans le cadre du développement d'un partenariat entre les services de police et les services de santé mentale.

Cinquième remarque, la loi reste floue sur le partage de responsabilité entre la police et les services d'aide en situation de crise dans l'application de l'article 8. D'une part, la loi, telle qu'elle est énoncée, ne contraint pas le policier à avoir recours aux intervenants désignés. Cette décision est laissée à son propre jugement. À Montréal, on estime que, dans la majorité des cas, les policiers n'ont pas recours aux intervenants désignés²⁷. D'autre part, la loi laisse également un flou quant à la décision ultime du renvoi vers le centre hospitalier entre le policier et l'intervenant désigné puisque le texte indique que le policier peut transporter la personne contre son gré et non qu'il doit le faire.

1.6.3 Quelques rappels des principaux avis juridiques sur la Loi P-38.001

SPVM (auparavant SPCUM)

La police espérait obtenir une disposition lui permettant d'agir de son propre chef dans le cas où il y a des motifs sérieux de croire que la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui (Daigneault, 1998). Mais cela ne serait pas le cas. Pour le SPVM, la loi n'a pas clarifié la base du pouvoir d'intervention de la police dans les appels, jugés de plus en plus fréquents, pour des situations « délicates » qui sont des « soubresauts de la désinstitutionnalisation » et des transformations sociales récentes (familles en détresse, personnes disparues d'établissement alors qu'elles étaient en cure fermée, itinérants, jeunes en difficulté) (Daigneault, 1998). Pour légitimer

²⁷ Agence, Rapport du comité de travail sur le bilan d'implantation de la Loi P-38.001, 24 janvier 2005. Dans ce document, on estime à 80% des cas où le policier ne fait pas appel à l'intervenant désigné. Il s'agit d'une estimation très approximative. Entretien informel, services de santé mentale de l'Agence.

son action, la police devra continuer à recourir aux principes généraux du droit civil, constitutionnel et de *common law*.

À propos de l'introduction des « intervenants des services d'aide en situation de crise » (1^{er} alinéa de l'article 8), le statut de ces nouveaux acteurs inquiète. Puisqu'ils sont issus des PROS, i.e. qu'ils ne sont pas des « créatures législatives », ils n'ont aucune garantie juridique d'existence (Daigneault, 1998). On se demande alors si le MSSS ou les régies régionales pourraient les faire disparaître. Par ailleurs, en vertu de quelle autorité l'intervenant donnera des ordres à la police ? L'intention du législateur était-elle de subordonner l'action de la police à la demande d'un intervenant de crise ? Si tel est le cas, on prétend que cette exigence est inapplicable (Daigneault, 1998). À l'inverse, l'intention du législateur visait-elle à développer un travail de collaboration entre les acteurs du milieu de police et ceux de la santé et des services sociaux ? Le texte de la loi n'est pas suffisamment clair pour soutenir une telle vision (Daigneault, 1998).

On critique le fait que l'article 8 ne crée pas d'obligation légale d'assistance aux policiers dans ce type d'intervention de la part des intervenants du milieu de la santé — ambulanciers, psychiatres, hôpitaux, etc. (Daigneault, 1998). La question de la transmission d'information pose également problème pour la police. On attendait des clarifications et obligation de transmission d'information à la police (écrite ou orale) sur les problèmes ou troubles de comportement en cause.

Sur la notion de danger grave et immédiat, l'auteure soulignera l'urgence d'établir des barèmes puisqu'elle pourra faire l'objet d'interprétations multiples (Daigneault, 1998). Il en va de même de la notion de prise en charge qui n'est pas définie. Pour la police, elle signifie l'accueil par une infirmière, identifié par l'étape du « triage » et non l'examen par le médecin. « L'établissement devrait prendre en charge la personne avant de décider s'il doit y avoir un transfert ou s'il y a des cas plus urgents » (Daigneault, 1998). Enfin, pour atténuer les irritants avec les milieux hospitaliers, on voudrait qu'ils soient contraints d'exercer une surveillance de leurs patients dont le comportement représente un danger ou qui sont en garde.

En somme, on juge que ce projet de loi laisse sur les épaules des policiers la décision du transport et de l'intervention sans lui fournir les outils pour assumer ces responsabilités.

Urgences-santé

Les experts juridiques consultés par Urgences-santé partagent l'avis du SPVM à l'effet que si la loi subordonne l'action policière à la demande de l'intervenant en situation de crise, elle ne sera pas applicable puisqu'une telle approche ne tient pas compte de la réalité du terrain²⁸.

Les experts légaux élaborent quelques recommandations. D'abord celle de demander à la Régie régionale de désigner les ambulanciers comme intervenants en situation de crise. À défaut, les ambulanciers pourraient, à titre de citoyens ordinaires, faire appel aux policiers et agir en vertu des pouvoirs généraux (*common law*, *Loi de police*, *Loi de la CUM*) qui les autorisent à intervenir pour protéger la vie des personnes et porter secours à tout être en péril. On recommande

²⁸ Azancot et associé, Avocats et procureurs, *Loi sur la protection des personnes* (Projet de loi no 39, Loi du Québec, chapitre 75), correspondance à la Corporation d'Urgences-santé, 29 avril 1998.

également d'établir des protocoles d'entente entre la police et Urgences-santé et qu'à cet effet des négociations sont en cours.

Sur l'usage de la contention, il est recommandé que cette information soit transmise par l'ambulancier au répartiteur des appels, qu'elle soit notée au dossier et prise en compte dans le choix du centre hospitalier. On rappelle également les principes sur lesquels elle repose et qui ont donné lieu à une nouvelle disposition (article 118.1) de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. En résumé, les mesures de contention ne peuvent être utilisées que « pour l'empêcher [la personne] de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne ». Des obligations sont aussi faites aux établissements, et Urgences-santé pourrait y être soumis, lors de l'usage de la contention. Ainsi, chaque fois qu'une telle mesure aura été appliquée, un rapport devra être rédigé (moyens utilisés, description du comportement, motifs).

Des précisions sont fournies à Urgences-santé à l'effet que les médecins rattachés à l'organisation auraient le pouvoir d'effectuer les estimations du danger grave et immédiat lorsqu'ils sont présents sur les lieux des événements²⁹. Les experts légaux attirent l'attention sur le fait que le législateur n'a pas prévu établir la hiérarchie dans ce processus décisionnel qui pourrait impliquer policier, médecin « (même psychiatre) » et intervenant des services d'aide en situation de crise. « Cela étant dit, il nous semble clair que ceci est un oubli du législateur et que ce n'était pas l'intention de ce dernier de subordonner l'autorité médicale peu importe où elle se trouve à celle d'un intervenant en situation de crise »³⁰. En se référant à différents cadres juridiques, ils soutiennent également que les médecins « sur la route » d'Urgences-santé peuvent prendre des décisions « à distance » (diagnostic, ordonner un traitement médical). Ils recommandent à Urgences-santé d'établir un protocole d'entente avec la police afin de signifier qu'en cas de désaccord entre le policier et l'ambulancier, le médecin d'Urgences-santé tranche la question. Les experts concluent à l'effet que la loi est incomplète, notamment qu'elle n'a pas pris en compte la réalité de l'intervention pré-hospitalière d'urgence.

Association des CLSC et des CHSLD du Québec (avis juridique communiqué aux directrices et directeurs d'établissement, 2 avril 1998)

Pour l'Association des CLSC et CHSLD, la loi comble un vide juridique puisqu'aucune législation ne permettait d'agir, sans l'autorisation d'un tribunal, dans le cas où une personne présentait un danger grave et immédiat pour elle-même³¹. Auparavant, l'intervention de la police était légalement fondée sur des pouvoirs conférés en vertu du mandat général de protection du public, lorsque la personne représentait un danger envers autrui. Les intervenants des services d'aide en situation de crise, auxquels fait référence l'article 8, correspondent à ceux qui sont reconnus par la Régie régionale dans le cadre des PROS, ce qui peut inclure les intervenants de CLSC ou d'un organisme communautaire du domaine de la santé mentale. Dans cet avis, on

²⁹ *Idem*, 25 mai 1998.

³⁰ *Idem*, p.2.

³¹ Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Conseiller juridique, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Projet de loi 39), lettre aux directrices et directeurs généraux, 2 avril 1998.

prétend que la position du policier sur le danger grave et immédiat est subordonnée à celle de l'intervenant de crise.

L'agent de la paix ne peut pas substituer son opinion à celle de l'intervenant car la loi n'exige pas, dans un tel cas, que l'agent de la paix ait également des motifs sérieux de croire que l'état mental de la personne visée constitue un danger grave et immédiat.

Dans le cas où la demande provient d'un tiers plutôt que d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise, l'Association est d'avis que le policier doit faire tout en son pouvoir pour s'adjoindre l'aide d'un tel intervenant. « Nous sommes d'avis qu'il s'agit d'une condition préalable qui est essentielle et que l'agent de la paix doit prendre les moyens raisonnables pour rejoindre l'intervenant » (p.2). Sur la question du déplacement, on mentionnera que l'intervenant évalue la situation et, « au besoin », se rend sur les lieux. Selon cet avis, le policier ne peut agir contre l'opinion de l'intervenant sur le danger grave et immédiat.

Sur la notion de prise en charge par l'établissement, la position de l'Association diffère de celle de la police. On rappelle que l'obligation de prise en charge immédiate est atténuée par certaines circonstances, soit la nécessité de traiter des urgences médicales prioritaires. Dans ce cas, l'Association est d'avis que la personne reste sous la responsabilité du policier. Par ailleurs, si, en raison de son organisation et des ressources disponibles, l'établissement n'est pas en mesure de procéder à la prise en charge, la personne doit être dirigée vers un autre établissement (article 23 de la loi) et ce déplacement incombe alors à la police. L'argument de l'Association repose ici sur le fait, puisqu'il n'y a pas eu de prise en charge par l'établissement, qu'il ne s'agirait pas à proprement parler d'un transfert et ce faisant, le déplacement ne lui incombe pas.

L'Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

Pour l'Association des hôpitaux, le changement de titre de la loi ne devrait pas être interprété comme la transformation de son champ d'application³². Cette modification viserait plutôt à moderniser l'appellation pour mieux signifier la primauté des principes de droits et libertés.

En effet, la référence à la dangerosité d'une personne dans le titre même de la nouvelle loi expose encore plus clairement l'importance de retrouver cet élément afin de justifier la privation des droits d'une personne puisque, rappelons-le, tout comme c'était le cas sous l'ancienne loi, la maladie mentale ne peut, à elle seule, justifier l'atteinte à la liberté et à l'intégrité d'une personne : il faut, en plus, retrouver un élément de dangerosité.

Sur le rôle et responsabilités des établissements et de la police sur la prise en charge, l'Association des hôpitaux du Québec partage le point de vue de l'Association des CLSC et CHSLD du Québec. Elle est d'avis que si un établissement n'est pas en mesure de procéder à la prise en charge d'un individu amené par l'agent de la paix (en raison de son organisation ou de ses ressources, notamment), il incombe à ce dernier de diriger cet individu vers un autre établissement³³. L'AHQ spécifie que, dans le cas où une personne viendrait de son propre chef ou serait accompagnée par un membre de sa famille ou autre, l'établissement devrait assumer le

³² Association des hôpitaux, La garde en établissement. Guide d'application de la Loi sur la protection..., Document de référence no 6, juin 1998

³³ *Idem*, p. 4.

transfert vers un autre établissement. De plus, comme l'Association des CLSC et CHSLD, l'AHQ croit que le policier demeure responsable de la personne qu'il amène jusqu'à ce que cette dernière soit examinée par le médecin et que celui-ci émette son avis sur la nécessité de la garde préventive. On se rapporte au cas où, par exemple, la personne présenterait une dangerosité mais qui ne pourrait être associée à l'état mental. La présence policière serait alors souhaitable³⁴.

L'Association, note comme plusieurs autres groupes d'acteurs, que la loi tout comme le *Code civil* ne définissent pas la notion du danger grave et immédiat. Il appartient donc, de leur point de vue, au médecin « de juger de la gravité de la dangerosité que présente l'état mental d'une personne. » De plus, elle est d'avis que le médecin est tenu d'établir une association entre la dangerosité et l'état mental, comme c'était le cas dans l'ancienne législation, même si la loi actuelle a exclu le terme de « maladie mentale ». « Par exemple, le fait qu'une personne soit violente ne pourrait, à lui seul, justifier la garde; il faut aussi que la dangerosité soit secondaire à la maladie mentale³⁵. »

³⁴ *Idem*, p.9.

³⁵ *Idem*, p.7.

CHAPITRE 2

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Pour la réalisation de la recherche, nous avons privilégié une approche méthodologique mixte qui a permis de procéder à des analyses qualitatives et quantitatives. Différentes sources de données ont été utilisées : matériel documentaire (littérature grise), données quantitatives de différentes sources, entrevues pilotes avec des acteurs-clés, observations d'intervention (avec la police, avec l'UPS-J); observations de rencontres de différentes instances impliquées dans la mise en application de la loi (Consortium de l'UPS-J depuis 1996; comité d'implantation du CLSC des Faubourgs; comité « outil » chapeauté par la Régie régionale pour le développement d'outils uniformisés et standardisés — grille d'évaluation de la dangerosité, fiche de liaison, formation des intervenants désignés).

Ce choix méthodologique a donné lieu à une cueillette d'information d'une grande richesse, diversifiée, mais qui, dans le cadre de la présente étude, sera impossible d'exploiter dans sa totalité. Considérant le mandat qui nous a été confié, nous avons dû faire différents choix d'analyse. Dans ce rapport de recherche, nous avons privilégié d'une part, l'analyse du matériel documentaire (majoritairement composé d'une « littérature grise » et, l'analyse de la première année de déploiement de l'UPS-J sur les nouveaux territoires où s'exerce le seul mandat lié à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* (analyse quantitative à partir de la base de données informatisée de l'UPS-J), d'autre part.

2.1 L'analyse qualitative

2.1.1 Le matériel documentaire

Le matériel documentaire, appelé « littérature grise », est une donnée qualitative précieuse. Les documents captent, rapportent ou encore décrivent certains aspects d'événements, de processus ainsi que leur développement et leur transformation. Cette documentation provient de sources représentatives de divers organismes, institutions et établissements. Elle a été produite par des personnes qui occupent des positions stratégiques : décideurs, professionnels, experts, et qui ont joué un rôle dans la mise en œuvre de la *Loi P-38.001*. Ce matériel se compose de correspondance, textes légaux concernant la loi, avis circulant dans les différents organismes et établissements, notes de services internes, comptes-rendus, rapports, évaluations budgétaires et comptables, documents de travail, diverses versions de formulaires de programmes de formation, diverses interprétations de la loi, tableaux, compilations statistiques d'événements (interventions policières; ordonnances de garde en établissement), organigrammes, communiqués, etc. Bref, plus de 550 documents ont été repérés. Tous les doublons ont été enlevés et cette documentation a été saisie dans une base de données bibliographiques informatisées afin d'en faciliter le traitement (classification, indexation, etc.). Ce type de données, s'il est évidemment riche du point de vue de l'analyse sociologique, comporte son lot de difficultés auxquelles nous n'avons pas échappé. Par exemple, que faire avec tous les documents non-datés, non-signés, non-paginé ? Comment se retrouver dans les multiples versions d'un document de formation par exemple, lorsque qu'elles ne sont pas datées ? Cette recension, qui ne comprend pas toute la

documentation attribuée à cet événement, révèle l'énorme complexité de la logistique d'implantation pour l'application de cette loi.

L'analyse documentaire

L'analyse documentaire est particulièrement importante et appropriée lorsque l'historique des événements et des expériences est central pour la compréhension d'un phénomène quelconque. Elle peut aussi être nécessaire lorsque certains événements ne peuvent être investigués par l'observation ou par l'entrevue (Ritchie et Lewis, 2003).

Chaque document a été saisi sur support informatique et codé selon les informations suivantes : nom d'auteur, titre du document, date et mots-clés afférents au contenu du document par rapport à la problématique, provenance du document. L'ensemble forme une base de données bibliographiques dont les fonctions permettent un re-classement instantané du matériel documentaire selon l'un ou l'autre de ces critères. La documentation-papier est identifiée selon l'organisme qui nous l'a fournie.

Les organismes communautaires et les institutions suivants nous ont fourni de la documentation : Action Autonomie, Centre de crise Le Transit, Consortium de l'UPS-J, Cour du Québec à Montréal, Chambre civile, Diogène, Régie régionale de Montréal-Centre, Regroupement des CLSC, Services correctionnels du Québec, SPVM, UPS-J, Urgences-Santé. Plusieurs documents n'ont pas d'auteurs, ils sont donc classés sous « anonyme » selon un ordre chronologique lorsqu'ils sont datés.

Lecture flottante. Une première étape a consisté en une lecture flottante des documents afin de repérer des catégories pertinentes selon un objectif de description et d'analyse du processus de mise en application du nouveau mandat de l'UPS-J relatif à la *Loi P-38.001*. De cette première lecture émergent certains événements importants, tels que l'entrée en vigueur de la loi, la formation de comités, le processus de consultation, le processus menant à la désignation, les activités de concertation, l'élaboration des outils de travail, la demande de réforme de la loi. Cette première analyse a permis d'identifier les principaux acteurs ainsi que leur participation à différentes activités. De plus, quoiqu'il eût existence spécifique d'un comité d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J, la description du processus d'implantation concerne de façon qualitative à peu près toute la documentation existante, que ce soit des rapports de comités, des sessions de formation, des directives, des avis ou de la correspondance provenant de la Régie régionale, du ministère de la Santé et des Services sociaux, de l'UPS-J, du SPVM, des divers organismes, etc. Cette lecture flottante permet de rectifier la première entrée des données en y ajoutant des précisions, des mots-clés et parfois en y apportant certains correctifs.

Catégorisation, classement, description et structuration. Vu l'ampleur du matériel documentaire, le traitement des données a été fait en plusieurs étapes. Après la lecture flottante, le matériel a été catégorisé, classé, décrit. Dans une seconde étape, la description a porté sur les principaux événements, activités, éléments en respectant un ordre chronologique. Une troisième lecture a consisté à identifier les étapes charnières, les événements ou décisions-clés, l'arrivée ou le départ

de différents acteurs et la transformation des rôles nous permettant de structurer ou découper le processus d'implantation selon une lecture la plus exhaustive possible.

L'analyse de cette documentation ne consistait pas à évaluer la population desservie, ou l'efficacité du programme de l'UPS-J, ou l'accessibilité à des services, ou encore, de mesurer le degré d'atteinte des objectifs de la loi. Nous avons voulu procéder à une description « à plat » du processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J afin de montrer la manière dont une telle loi se met en place, les acteurs et institutions mobilisés ou interpellés et les effets dans les différents champs de pratique concernés.

2.1.2 Le point de vue des acteurs

Nous avons également réalisé quelques entrevues-pilotes auprès d'acteurs-clés dans le processus de mise en application du nouveau mandat de l'UPS-J. Notre objectif visait à recueillir leur point de vue sur cette importante législation, leur rôle, les difficultés ou défis associés à sa mise en application, etc. Dans une majorité de cas, il s'agissait d'entrevues individuelles quoique nous ayons aussi réalisé deux entrevues de groupes et que nous avons assisté à trois rencontres d'équipe de l'UPS-J. Le choix des personnes rencontrées en entrevue reposait sur deux principaux critères : le rôle qu'elles ont pu jouer dans le processus d'implantation du mandat P.38.001 attribué à l'UPS-J; le milieu qu'elles représentent étant associé à une institution ou un groupe social manifestant de l'intérêt dans ce dossier. Le nombre de personnes rencontrées est insuffisant pour prétendre avoir saisi le point de vue des principaux acteurs dans ce dossier. Cet exercice doit plutôt être compris comme une démarche pour prendre le pouls d'acteurs-clés à un moment donné du processus d'implantation et de voir émerger quelques thématiques récurrentes. Dans la suite des travaux autour de cette problématique, nous comptons réaliser plusieurs autres entrevues afin d'élargir le cercle des acteurs qui ont participé à ce processus.

Les milieux représentés

Les milieux représentés dans les entrevues-pilotes sont :

- CLSC des Faubourgs (cinq entrevues individuelles; trois rencontres d'équipe);
- SPVM (trois entrevues dont une informelle; une observation participante);
- Régie régionale de Montréal-Centre (deux entrevues individuelles);
- Urgences-santé (une entrevue individuelle; une entrevue de groupes);
- Action autonomie (une entrevue de groupe);
- Centre de crise (une entrevue individuelle);
- Regroupement des CLSC (une entrevue individuelle);
- Cour du Québec, Chambre civil (une entrevue individuelle).

2.1.3 Les observations

Enfin, nous avons réalisé des observations d'intervention (avec la police, avec l'UPS-J) et de rencontres (Consortium de l'UPS-J, comité d'implantation du CLSC des Faubourgs, comité «outil» chapeauté par la Régie régionale de Montréal-Centre) qui nous ont permis de recueillir un matériau extrêmement riche mais qui, dans le cadre de cette étude, n'a pu être exploité dans sa totalité. Des analyses plus systématiques seront nécessaires pour compléter le travail de mise en commun.

À la recherche de la dangerosité « mentale »

2.2 L'analyse quantitative

L'analyse de données quantitatives constitue le deuxième volet de l'étude. Elle porte sur l'usage de l'article 8 de la loi à l'occasion d'un recours à l'UPS-J, le service désigné par la Régie régionale de Montréal-Centre en juin 2001 pour mettre en œuvre cette section de la loi et ce, sur tout le territoire de l'Île de Montréal (volet B de la désignation ou volet général)³⁶.

2.2.1 Le dossier de l'UPS-J

Pour les fins de l'étude, une année complète d'intervention de l'UPS-J a été retenue pour l'analyse, dont le début a été fixé à la première journée de déploiement de leur nouveau mandat P-38.001 sur les territoires qui n'étaient pas encore desservis pour l'application de l'article 8 à Montréal. Ainsi, les données recueillies couvrent tous les recours à l'UPS-J à compter du 15 février 2003 jusqu'au 14 février 2004 à l'exception des demandes en provenance des tribunaux³⁷.

Le recours à l'UPS-J en vertu de l'article 8 de la *Loi P-38.001* est un processus décisionnel complexe, souvent marqué par l'incertitude, la transformation des situations dans le temps. Considérant la nature des mandats de l'UPS-J et leurs spécificités selon les territoires (territoire initial-double mandat; nouveaux territoires-mandat P-38.001), il nous est apparu beaucoup plus riche du point de vue de l'analyse de traiter l'ensemble des données. En d'autres termes, les analyses ne portent pas exclusivement sur les données des nouveaux territoires où l'UPS-J exerce le seul mandat P-38.001 mais traitent, dans une perspective comparative, les données issues du territoire initial où elle exerce un double mandat depuis 2001. Enfin, puisque nous avons déjà produit des analyses sur la première cohorte de l'UPS-J (1996-1999), nous avons aussi intégré ces données aux présentes analyses. Cette approche comparative permet de mettre en lumière des profils (population, demandes, types d'événements, orientations, etc.) et des dynamiques entre les acteurs impliqués qu'il aurait été impossible de voir autrement. Elle offre aussi l'avantage de mieux circonscrire les effets possibles de cette loi dans l'action.

Nous avons utilisé le logiciel d'analyse statistiques SPSS et le logiciel de données relationnelles FilemakerPro pour réaliser ces analyses.

La démarche comparative, qui visait à découper les données selon les territoires—territoire initial (double mandat), nouveaux territoires (mandat P-38.001), a produit des sous-groupes (individus; recours) de volumes inégaux; par exemple, la population du territoire initial compte 933 personnes et celle des nouveaux territoires en compte 150 pour l'année de référence de l'étude. Dans des analyses statistiques, les cas atypiques de petits échantillons sont plus susceptibles de produire de la variation que dans un gros échantillon. Cette étude présente exactement cette caractéristique, ce qui appelle à l'extrême prudence dans l'interprétation des données.

La cueillette d'information dans les bases de données de l'UPS-J

³⁶ Il faut noter que dans la région de Montréal, d'autres intervenants ont également été désignés pour appliquer l'article 8 mais uniquement dans le cas de leur clientèle « connue et en présence » (volet A de la désignation) (voir chapitre 4).

³⁷ Les données concernant les personnes dont les demandes d'intervention provenaient des cours de justice ont été exclues de l'étude en raison des particularités de ces demandes qui devraient faire l'objet d'autres types d'analyse.

La double entrée : client; intervention. Pour les fins de cette étude, nous avons eu accès au dossier de l'UPS-J dont une partie importante est informatisée dans une base de données relationnelles (FilemakerPro) comportant deux fichiers : le fichier « client » comprenant les données relatives à l'individu (sexe, âge, langue, antécédents psychiatriques, antécédents médicaux, etc.); et le fichier « intervention », celles relatives aux demandes (les appels) des « référants » et aux interventions de l'équipe. Cette conception de la base de données nous a permis de traiter les données à partir d'une double entrée : celle où l'unité d'analyse est un individu, i.e. chaque personne qui est l'objet de la demande d'intervention à l'UPS-J; une seconde, où l'unité d'analyse est un « recours » à l'UPS-J, i.e. chaque demande d'intervention à l'UPS-J. Les analyses selon ces deux entrées sont importantes puisqu'elles permettent de mieux documenter un phénomène de « retours multiples », i.e. de la circulation des individus dans les services ou institutions du système de santé, du réseau des ressources communautaires en itinérance et du système pénal.

La base de données de l'UPS-J comprend des champs fermés comportant des catégories prédéfinies comme le sexe, la langue, le statut civil, etc., et des champs ouverts, permettant de recueillir de l'information qualitative comme la description de l'événement. Dans le volet de l'analyse quantitative, nous avons surtout utilisé les champs fermés, mais nous avons aussi eu recours à des champs ouverts pour lesquels nous avons créé de nouvelles rubriques avec des catégories fermées pour les fins du traitement statistique. C'est le cas, notamment de la rubrique « situation-problème » que nous avons revue complètement pour en faire une catégorie fermée.

Traitement des données

D'entrée de jeu, il est important de souligner que l'étude a été réalisée dans une conjoncture où l'UPS-J était en processus de changement de plate-forme informatique, entraînant une révision en profondeur de la grille de cueillette utilisée pour la saisie des informations relatives à toutes les demandes adressées à son service. Il s'est agi d'une modification majeure d'un des principaux outils de travail et ayant occupé l'équipe avec plus ou moins d'intensité pendant une année avant son implantation. Pour notre part, nous avons dû utiliser la base de données de l'ancienne plate-forme et, dans bon nombre de cas, répéter des corrections qui avaient été apportées à la nouvelle plate-forme. Ainsi, nous avons revu la catégorisation de certaines rubriques, compléter certaines d'entre-elles, procédé à des ajouts, etc., avant que la banque ne puisse être traitée avec SPSS. Considérant le nombre de cas (1263 appels ou demandes dans le fichier « intervention »), on comprendra que l'ajout d'une seule rubrique peut représenter un travail laborieux.

En effet, dans le fichier « intervention », les rubriques suivantes ont dû être ajoutées : la période de l'étude; le territoire d'application des mandats (pour procéder aux analyses comparatives selon le territoire d'application des mandats); « orientation » vers l'hôpital; la modalité de référence à l'hôpital; le déplacement de l'équipe de l'UPS-J sur les lieux. D'autres ont été révisées : les catégories d'âge, la situation-problème³⁸; le « référant » (l'ajout de trois nouvelles valeurs — réseau institutionnel de la santé, autre réseau institutionnel, réseau des proches, ceci afin de distinguer les ressources communautaires des services du réseau de la santé); la première

³⁸ Nous sommes revenus à la catégorisation adoptée pour l'étude de la période de rodage en 1996-1997, ce qui a demandé une lecture des 1263 événements.

orientation (passant de 21 à trois valeurs mutuellement exclusives); enfin, certaines rubriques ont dû être complétées (des champs vides ont été remplacés par le code de la valeur « inconnu »). Des fiches ont été détruites pour différents motifs : la demande est survenue après la période de l'étude (6 fiches); la fiche est complètement vierge (8 fiches); la fiche a été effacée par erreur (une fiche).

Dans le fichier « client », le même type d'opérations a été effectué et trois nouvelles rubriques ont été créées : la période de l'étude (pour sélectionner les seuls individus ayant fait l'objet d'une intervention au cours de la période de l'étude); le territoire d'application des mandats (pour procéder aux analyses comparatives selon le territoire d'application des mandats et le lieu de « résidence » des individus qui sont l'objet des interventions); le « référant » policier (pour sélectionner et comparer les individus ayant fait l'objet d'au moins une demande d'intervention de la part des services policiers au cours de la période de l'étude).

2.2.2 Autres sources de données quantitatives

Nous avons utilisé deux autres sources de données pour obtenir des informations sur les antécédents judiciaires de la population à l'étude; données non-disponibles dans le dossier de l'UPS-J mais essentielles à la présente étude. Ainsi, nous avons obtenu l'autorisation de consulter la base de données des services correctionnels du Québec (DACOR) ainsi que celle du Centre de renseignements policiers du Québec (CRPQ) qui est en lien avec la banque du Centre d'information de la police canadienne (CIPC) de la Gendarmerie royale du Canada. Cette cueillette nécessite un important travail de compilation, entre autres, parce que les deux banques de données sont conçues pour des fins administratives différentes. Si parfois elles recoupent certaines informations, c'est loin d'être toujours le cas. L'utilisation des deux sources s'avère donc essentielle pour dégager un portrait plus juste de la réalité. Dans le cas de DACOR, la banque recense chaque entrée dans le système correctionnel québécois (détention; probation), faisant en sorte par exemple, qu'une personne condamnée à une amende pourrait ne pas y figurer. Dans le cas du CIPC, il faut surtout retenir qu'on recense les condamnations ayant donné lieu à une prise d'empreintes digitales, ce qui correspond en principe à celles pour des actes criminels (en opposition aux infractions punissables sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire).

2.3 Quelques éléments de contexte de la cueillette des données

Alors qu'une importante restructuration survient au SPVM au cours de la période à l'étude³⁹, elle ne sera pas prise en compte dans la cueillette et l'analyse des données. L'analyse des données sera effectuée en tenant compte de la situation d'avant la restructuration d'une part, parce qu'elle survient à quelques semaines avant la fin de la période de l'étude et, d'autre part, parce que nous n'avons repéré aucun cas répertorié après le 11 janvier 2004 qui devrait être recatégorisé en tenant compte de la nouvelle répartition des postes de police. Au total, on dénombre 47 appels de policiers après le 11 janvier 2004, mais ils proviennent tous de PDQ non touchés par la restructuration.

³⁹ On passe notamment de 49 à 39 postes de quartier.

2.4 Références

Étant donné la multitude des réformes et changements survenus dans les organisations pendant la période de l'étude, nous avons fait le choix de respecter le nom de l'organisation en vigueur selon la période à laquelle nous nous rapportions. Ainsi, pour la police, nous faisons référence à la désignation SPCUM de 1998 à 2001, puis nous avons adopté la nouvelle désignation, SPVM, à compter de 2001. Nous avons adopté la même approche avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux. À compter de janvier 2004, nous nous référons à l'Agence. Pour plus de détails, voir la liste des abréviations.

2.5 Anonymat et confidentialité

Toutes les références aux fonctions des personnes ayant participé à l'implantation de la nouvelle loi (dont le nom apparaît dans la littérature grise, ou celles qui ont participé aux entrevues-pilotes, ou encore, dont nous avons pu observer le travail) ont été mises au masculin pour protéger l'anonymat et garantir la confidentialité. Seule la référence à la sous-ministre de la santé et des services sociaux ne répond pas à cette règle.

2.6. Les limites des données

Nous voulons attirer l'attention sur quelques limites importantes liées aux données utilisées. Une première concerne le contexte spécifique de la recherche et la portée des analyses. L'étude a été réalisée dans un contexte de déploiement de nouvelles activités de l'UPS-J sur des territoires non desservis jusque-là par l'organisme et avec des partenaires dont les habitudes de travail sur le terrain sont à construire. En général, ce contexte particulier d'activités marqué par des essais, des ajustements, des évaluations susceptibles de mener à des changements de pratique à l'issue d'une période plus ou moins longue d'expérimentation. À la fin de la période de l'étude, l'UPS-J n'était pas encore déployée sur l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal.

La seconde remarque a déjà été portée à l'attention des intéressés au moment de l'évaluation de la période de rodage de l'UPS-J en 1996-1997 et est toujours pertinente aujourd'hui. Elle a trait à la quantité d'information recueillie dans la banque de données de l'UPS-J. Malgré l'existence et la quantité appréciable de champs prédéfinis pour saisir de l'information sur les actions menées et les populations touchées, plusieurs données sont manquantes pour un certain nombre de rubriques. Différents facteurs peuvent expliquer cette situation : l'information n'est tout simplement pas disponible au moment de l'intervention, l'information n'est pas jugée importante et n'est donc pas colligée, l'information a déjà été recueillie dans un dossier clinique mais non retranscrite dans le dossier informatisé, la source de données n'est pas suffisamment fiable pour que l'information soit recueillie, etc.

La troisième remarque concerne la nature de l'information recueillie et se rapporte à l'action codifiée dans le dossier de l'UPS-J : de qui relève-t-elle ? Est-ce qu'on codifie l'action en regard de la trajectoire de la personne qui est l'objet d'un recours à l'UPS-J ou si l'on codifie l'action en regard de la trajectoire d'intervention de l'UPS-J. Or, les pratiques de codification à l'UPS-J se situent tantôt dans un registre, tantôt dans l'autre et ce faisant, elles sont une source importante de

confusion sur les réponses apportées par les uns et les autres (hôpitaux, UPS-J, police, groupes communautaires, etc.). Par exemple, lorsque l'UPS-J accompagne une personne à l'urgence hospitalière en vertu de l'article 8 de la *Loi P-38.001*, l'orientation de son intervention sera l'hôpital; lorsque l'UPS-J recommande, par téléphone, à un policier d'amener un individu à l'hôpital, l'orientation de son intervention sera également l'hôpital. Or, la nature de l'action de l'UPS-J n'est pas la même. Dans le premier cas, nous sommes en présence d'une intervention en face à face et l'accompagnement offre une plus forte garantie quant à cette orientation; dans le second cas, nous n'avons souvent aucune information pour valider l'issue de cette intervention « conseil-référence ». Cette pratique de codification pourrait avoir pour effet de surestimer les références réelles d'individus à l'hôpital en vertu ou non de l'article 8 par exemple. Cette remarque doit rappeler que les analyses portent sur des données issues du dossier de l'UPS-J et que les ressources disponibles pour réaliser cette étude ne permettaient pas d'aller vers d'autres institutions recueillir des informations qui auraient permis de produire un portrait plus complet de la réalité.

CHAPITRE 3
MISE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 8 DE LA LOI P-38.001
PREMIÈRE PARTIE :
DE L'ADOPTION DE LA LOI À L'ABANDON DU SCÉNARIO DE DÉSIGNATION DES CENTRES DE CRISE

De l'entrée en vigueur de la *Loi P-38.001* le 1^{er} juin 1998 à l'abandon du scénario de désignation des CIC au printemps 2001, on assiste à une première étape du processus d'implantation de la loi à Montréal. Cette période correspond à la phase de mise en forme de dispositifs constitutifs de la réforme. Elle est marquée par le déploiement de nombreuses activités : désignation d'acteurs, délégation de responsabilités à des organismes et à des personnes, consultations, mise en place de structures (comité régional d'implantation, comités *ad hoc*), élaboration de principes, développement de collaborations et d'ententes de partenariat, création d'outils, etc. Pour bien saisir le processus en cours, nous avons opté pour une analyse descriptive en respectant une certaine chronologie des événements. Ce choix méthodologique permet de mettre à plat ces événements dans leur déroulement et d'identifier l'incidence ou l'importance des uns par rapport aux autres.

Ainsi, nous avons distingué quatre phases au cours de cette étape :

- 1) le travail d'information du MSSS (juin 1998) : l'émission des directives aux Régies régionales et la publicisation de la loi; l'émission des directives du SPVM;
- 2) la mise en place d'une première structure (juin 1998 à décembre 1998) : la création du comité régional d'implantation sous l'égide de la Régie régionale de Montréal-Centre;
- 3) la spécialisation des activités (janvier 1999) : création des comités *ad hoc* (sous-comité sur les rôles et responsabilités; sous-comité sur la formation), élaboration d'un modèle d'intervention (mai 1999) et développement de l'outil d'estimation de la dangerosité;
- 4) l'abandon du scénario de désignation des CIC, l'élaboration d'un plan B et la dissolution du comité régional d'implantation.

Parallèlement à ces activités d'implantation à Montréal, différents événements sont survenus au cours de cette première étape. Ces événements ont laissé leurs traces dans la documentation de différents acteurs participant à cet exercice à savoir : la publication des guides d'application de la nouvelle loi de l'Association des hôpitaux du Québec (juin 1998); la mise sur pied d'un comité aviseur par l'Association des hôpitaux du Québec pour la mise en application de la *Loi P-38.001* (juin 1998); la publication des guides d'application de la nouvelle loi du Regroupement des CLSC et CHSLD du Québec (1998); la rencontre du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec sur la nouvelle loi (27 janvier 1999); la tenue du Colloque provincial de Trois-Rivières organisé par le Regroupement des CIC portant sur la *Loi P-38.001* (octobre 2000); la distribution du rapport du Comité de la santé mentale du Québec (La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*) au Colloque provincial de Trois-Rivières sur la *Loi P-38.001* (sept. 2000); la publication du rapport d'enquête du coroner Andrée Kronström sur les causes et les circonstances du décès de Monsieur Brian Bédard survenu au Centre de détention provisoire de Rivière-des-Prairies à Montréal, le 27 avril 2000 (13 mars 2001); le dépôt de l'avis du Comité de la santé mentale du Québec (juin 2001); la tenue du Forum régional d'Action autonomie sur la garde en établissement (11 mai 2001); la publication d'un premier bilan national sur l'application de la *Loi* par l'AGIDD-SMQ (mai 2001).

Nous décrivons, dans un premier temps, les phases autour desquelles il s'est structuré et présentons, dans un second temps, quelques éléments liés aux événements régionaux ou provinciaux associés directement ou indirectement à la loi.

3.1 Première phase : le travail d'information du MSSS (juin 1998) et l'émission des directives du SPVM

Pour être en application, une loi doit bien sûr passer le cap de la sanction de l'Assemblée nationale, mais elle mobilise l'appareil étatique, dont différents ministères, bien avant cette sanction et bien après. Nous nous attardons à la période débutant par son entrée en vigueur en juin 1998. Alors que P-38.001 repose sur un travail de collaboration entre différents acteurs (policiers, ambulanciers, professionnels de la santé, etc.), c'est le ministre de la Santé et des Services sociaux qui est responsable de sa mise en application (article 24).

3.1.1 L'émission des premières directives du MSSS aux Régies régionales de la santé et des services sociaux

Avant l'entrée en vigueur de la loi, le MSSS faisait parvenir aux régies régionales de la santé et des services sociaux ses premières directives pour sa mise en application. Ainsi, le 26 mai 1998, la sous-ministre du MSSS mandate les régies régionales pour désigner, en fonction de leurs plans régionaux d'organisation de services en santé mentale (PROS), les services de crise qui appliqueront la *Loi P-38.001*⁴⁰. Elle rappelle que les modifications apportées visent un meilleur équilibre entre le respect des droits individuels et l'assurance d'une sécurité individuelle, de même que celle d'autrui. Elle résume sa vision de la réforme en mettant l'accent sur plusieurs points : une notion de dangerosité plus « exigeante », un processus décisionnel mieux encadré et une disponibilité complète de l'information quant aux mesures prises pour les personnes visées et ce, à chaque étape du « traitement ».

Dans le cadre de l'adoption de la loi, la sous-ministre prévoit un accroissement du rôle des services de crise en santé mentale, notamment la disponibilité 24h/jour et 7jours/semaine de concert avec le 911 et les services policiers. Elle situe la consolidation et le développement de ces services dans les priorités d'action inscrites dans le cadre des orientations pour la transformation du réseau en santé mentale publié en avril 1997. Dans la missive, les services de crise sont définis comme devant constituer le premier recours, celui qui permettrait d'éviter de devoir utiliser la loi d'exception, i.e. « forcer la personne à être amenée, avec ou sans l'aide d'un agent de la paix, dans un établissement pour y subir un examen psychiatrique ». Caractérisés par leur proximité avec les milieux de vie des personnes, accessibles, coordonnés et adaptés, les services de crise ainsi définis seraient garants d'une intervention rapide et efficace, pouvant être suffisante pour « désamorcer la crise » et éviter le dernier recours.

Dans le cas où il sera nécessaire d'appliquer la loi, des ententes entre agents de la paix et services de crise seraient à développer. Ces protocoles baliseraient une intervention conjointe et complémentaire qui passe par une « compréhension commune des modes de pratique et du rôle dévolu à chacun », précisant que le rôle des agents de la paix doit être complémentaire à celui des intervenants de crise de même qu'un dernier recours. La sous-ministre fixe un délai d'au plus

⁴⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Cabinet de la sous-ministre, correspondance aux directrices générales et directeurs généraux des régies régionales de la santé et des services sociaux, 26 mai 1998, 3 p.

trois ans pour mettre en œuvre ces protocoles d'entente dans les régions où ils n'existent pas encore. Le ministère s'engage alors à mettre à jour un document de formation en « droit et recours en santé mentale ». De plus, il fournira la documentation ministérielle afférente (normes, règles, formation) sur les droits et recours en santé mentale pour les usagers, les intervenants, les cadres et les gestionnaires du réseau. Les familles, les proches et les personnes directement concernés seront informés par le document *Droits et recours des personnes mises sous garde*. Afin d'assurer un suivi de l'application de cette loi, un processus d'évaluation sur l'atteinte des objectifs impliquera tous ceux qui sont concernés, notamment les régies régionales mais aussi les représentants des établissements, des organismes communautaires, des familles et des usagers.

3.1.2 La publicisation de la loi auprès des différents acteurs

Le 26 mai 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux émet un dépliant sur les droits et recours des personnes mises sous garde en établissement en vue d'informer et de sensibiliser les usagers, les familles, les proches, les intervenants institutionnels et communautaires, les administrateurs et gestionnaires à la nouvelle loi⁴¹. Il s'agit d'un dépliant explicatif qui ne se substitue pas à l'annexe de la loi, annexe que les établissements ont l'obligation de donner à toute personne sous garde selon l'article 16 de celle-ci. Essentiellement, le dépliant explique les principaux éléments des processus décisionnels rattachés aux trois types de garde (régulière, préventive ou provisoire), à leur durée et à l'évaluation psychiatrique. Il présente sommairement les droits et recours des personnes mises sous garde, notamment le droit d'être informé des mesures prises à leur égard et le moment où cette information doit être transmise, le droit de refuser examen, soin ou traitement sauf les examens psychiatriques ordonnés par la Cour. On y précise les circonstances pouvant justifier une restriction au droit de communiquer, le statut des personnes visées par les limites à ce droit, le caractère temporaire de ces limites ainsi que les conditions auxquelles doit se soumettre le médecin pour imposer une telle mesure. On indique que la personne peut demander un transfert d'établissement, tout comme le médecin peut le faire (avec règles et procédures précises à savoir : décision motivée, inscrite au dossier, et transmise à la personne). Puisque toute décision ou mesure peut être contestée, le dépliant comprend les procédures à suivre dans de telles circonstances. Elles impliquent notamment le dépôt d'une requête écrite devant le Tribunal administratif du Québec. Le dépliant énumère la liste des situations qui conduisent immédiatement à la fin de la mise sous garde. Enfin, il fait état du soutien dont peuvent bénéficier les personnes soumises à cette loi, entre autres, l'existence d'organismes de défense de droits qui peuvent les aider, les accompagner dans leurs démarches ainsi que l'obligation faite, d'abord aux régies régionales d'informer les établissements de l'existence de ces groupes puis ensuite, aux établissements de fournir les informations et coordonnées de ces organismes.

3.1.3 L'émission des directives du SPCUM

Dès l'entrée en vigueur de la loi, la division des affaires juridiques du SPCUM (maintenant SPVM) informe tous les commandants d'unités et leur transmet les dispositions qui ont un impact sur les interventions policières⁴². D'entrée de jeu, on indique que la loi « ne clarifie qu'en partie le rôle du policier lorsqu'il doit faire une intervention dans ce domaine ». À propos de

⁴¹ MSSS, *Droits et recours des personnes mises sous garde, Loi sur la protection...*, Québec. Dépliant non-daté.

l'article 8, on spécifie que sur le territoire de la CUM, six organismes ont le statut de « services d'aide en situation de crise » ou qui se le verront attribuer sous peu. Des ententes avec ces organismes sont à prévoir. On constate ainsi que pour le SPCUM, dès l'entrée en vigueur de la loi, on s'attendait à ce que ce soit les CIC qui soient désignés. On spécifie également que les policiers conservent leurs pouvoirs d'intervention en vertu des principes de *common law*. Sur la notion de danger grave et immédiat, il est précisé que la tâche du policier n'est pas d'évaluer « si la personne est dérangée mentalement mais bien si elle présente un danger grave et immédiat »⁴³. On indique que l'intervenant devrait transmettre au policier les raisons (verbalement sur les lieux ou par écrit) qui lui font croire que la personne représente un danger grave et immédiat; les policiers devant être très prudents, notamment lorsqu'il s'agit de forcer l'accès à un domicile. Sur la question du qui a le pouvoir en dernière instance de décider de priver un individu de ses droits, on indiquera : « Il est à noter que dans les cas « douteux » et où aucun médecin ne serait disponible, c'est au policier que revient la décision finale qu'il y a danger grave et immédiat et donc que la personne doit être transportée en établissement »⁴⁴. On fait remarquer que la notion de prise en charge par l'établissement n'est définie « nulle part », i.e. ni dans la loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ni dans ses règlements. Dans ce document, on affirme que la prise en charge correspond à l'accueil par l'infirmière à l'urgence (i.e. triage) et non à l'étape de l'examen par le médecin.

Quelques jours plus tard, cette même division envoie un nouveau message aux mêmes destinataires qui fait état des directives relatives à la *Loi P-38.001*. Puisque les « nouveaux services d'intervention de crise » ne sont pas disponibles, on demande aux policiers de faire comme avant⁴⁵. On s'attend alors à ce que les services soient disponibles à l'automne 1998.

3.2 Deuxième phase : la mise en place d'une première structure (juin 1998 à décembre 1998) — le comité régional d'implantation de la loi sous l'égide de la Régie régionale de Montréal-Centre

La deuxième phase identifiée se structure autour des événements suivants : une première consultation de « partenaires », l'annonce formelle du mandat de la Régie régionale de Montréal-Centre à « tous les partenaires en santé mentale de la région de Montréal-Centre », la mise en forme d'une première structure qu'on nommera le « comité régional » dirigé par la Régie régionale et les premières rencontres de travail de ce comité. Cette phase se situe entre le début juin 1998 et décembre 1998.

Dès le 5 juin 1998, la Régie régionale de Montréal-Centre convoque certains intervenants-clés susceptibles d'être impliqués dans l'application de la *Loi P-38.001*. Il s'agit d'une rencontre de consultation dont l'objectif est d'identifier les intervenants susceptibles d'intervenir à court

⁴² SPCUM, Division des Affaires juridiques, Assistant-directeur, Message important à tous les commandants d'unités, Entrée en vigueur du projet de loi 39..., 4 juin 1998.

⁴³ *Idem*, p.2

⁴⁴ Dans les formations aux intervenants désignés offerts par la Régie régionale en 2005, on indique que les médecins et psychiatres n'ont pas été désignés pour appliquer l'article 8 de la loi. Cette précision est apportée dans le contexte où il arrive qu'un médecin veule faire venir son patient en clinique ou à l'hôpital parce qu'il craint que ce dernier présente un danger grave et immédiat. La limite selon les formateurs est à l'effet qu'il ne l'a pas vu depuis quelques jours ou quelques semaines, nécessitant, de leur point de vue, une estimation du danger grave et immédiat.

⁴⁵ SPCUM, Division des Affaires juridiques, Message important à tous les commandants d'unités – Projet de loi 39 : Modalités d'application, 18 juin 1998.

terme, i.e. durant l'été 1998. On planifie de discuter de la compréhension du rôle de chacun, du service temporaire pour l'été et de la planification à plus long terme. Outre deux membres représentant des services de santé mentale de la Régie régionale, on retrouve quatre représentants de regroupements ou ressources communautaires (Action autonomie, RACOR, RAPSIM, Regroupement des centres de crise), deux représentants du SPCUM (développement opérationnel, traitement des appels) un représentant des services d'urgence 911, un représentant du Regroupement des CLSC, un représentant de l'Assemblée des chefs de départements de psychiatrie et un représentant de la Corporation d'Urgences-santé⁴⁶. Ces représentants occupent des postes de direction ou de conseil au sein de leur organisation. Cette rencontre sera identifiée par la suite comme ayant été la première du comité régional d'implantation⁴⁷.

Dès ce moment, la question du volume d'appels est posée. Urgences-santé confirme l'estimé de 8 000 à 10 000 appels par an pour intervenir auprès « d'usagers présentant des problèmes psychiatriques »⁴⁸. En juillet, Urgences-santé fournit, cette fois, à la Régie régionale de Montréal-Centre, des données plus détaillées comprenant une liste, par catégorie, des appels « santé mentale » (carte Clawson # 25 – Problèmes psychiatriques / Tentative de suicide) pour l'année 1997-1998⁴⁹. On dénombre ainsi 12 622 appels « santé mentale » pour cette période, auxquels on retranche les appels « omega », soit 1 929 appels, étant donné qu'ils ne donnent pas lieu à des affectations de ressources. Il reste ainsi 10 693 appels répartis dans les catégories suivantes (par ordre d'importance) : 1) violentes avec un passage à l'acte ou potentiel élevé (3 759), 2) suicidaires (idées et intentions suicidaires imminentes, témoin ou non, refus de transport) (3 317), 3) symptômes inconnus (tierce personne) (intoxiqué, suicidaire, violent, hémorragie ? pas de renseignement) (1 441), 4) non suicidaires sans vérification auprès du patient (alerte et éveillé) (problème de comportement, pas suicidaire, témoin, intervention + ou – 1 heure) (1160), 5) non alerte (610), 6) suicidaire (non menaçant) sans vérification auprès du patient (alerte et éveillé) (143), 7) pendaison (140), 8) hémorragie grave (103), 9) strangulation (10).

La première consultation est rapidement suivie d'une annonce officielle du mandat de la Régie régionale en regard de la nouvelle législation. Le 25 juin 1998, le chef des services de santé mentale de la Régie régionale de Montréal-Centre avisait tous les partenaires régionaux en santé mentale de sa mission de planifier la consolidation et le développement des services en spécifiant, comme la sous-ministre l'avait fait avant lui, que les services devront être disponibles 24/7 à l'ensemble de la population⁵⁰. Dans cette correspondance, le chef de services annonce que, pour la période de l'été, le SPCUM et Urgences-santé vont maintenir leur rôle d'évaluation des situations de danger immédiat nécessitant un transport hospitalier pour fins d'examen psychiatrique, le *Code civil* les autorisant de toutes manières à procéder à ce transport involontaire lorsque requis. La Régie propose pour septembre 1998 des rencontres de travail pour

⁴⁶Régie régionale de Montréal-Centre, Projet de loi no 39, Application à court terme pour la région de Montréal-Centre, 5 juin 1998.

⁴⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, *Loi...*, Application pour la région de Montréal-Centre, Réunion du comité régionale, 6 novembre 1998.

⁴⁸ Urgences-santé, Appels pour problèmes psychiatriques, correspondance au Centre de crise Le Transit, 17 juin 1998.

⁴⁹ Urgences-santé, correspondance à la Régie régionale de Montréal-Centre, services de santé mentale, 14 juillet 1998.

⁵⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Chef des services de santé mentale, correspondance du 25 juin 1998, 1 p.

conclure les ententes entre les divers partenaires, lesquelles préciseront les rôles et responsabilités que leur confère la loi. Ceux qui sont identifiés dans la missive sont : les services de crise, les centres hospitaliers, les CLSC, la Corporation Urgences-santé, le SPCUM et la Régie régionale. Enfin, à partir de la loi, des indications ministérielles et de la mission des organismes, la Régie doit distribuer les responsabilités entre les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, des services de police, des services d'aide en situation de crise, des services d'Urgences-santé et des Services 911.

On remarque que les trois premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la loi semble avoir permis d'identifier et de mobiliser différents acteurs. Ils proviennent des services communautaires (défense de droits, intervention de crise, itinérance), des services policiers (protection civile), des services psychiatriques (santé mentale) et des services d'Urgences-santé. D'abord sur une base consultative, ces partenaires sont invités à participer à une instance plus formelle qui se mettra en place dès l'automne et qui visera à mieux définir les rôles et responsabilités de chacun. Au cours de ces trois premiers mois, on s'est assuré que la police et Urgences-santé poursuivent leur intervention, comme ils avaient l'habitude de le faire au cours de la période précédant l'entrée en vigueur de la loi. Enfin, le MSSS et la Régie régionale tentent d'intégrer la nouvelle loi dans l'actualisation des mandats (PROS) en santé mentale.

3.2.1 Les premières rencontres du comité régional d'implantation sous la direction de la Régie régionale

C'est en septembre 1998 qu'a lieu la première rencontre du comité régional en vue de la planification du travail pour l'application de la loi. Dans la convocation, quatre nouveaux représentants d'organismes s'ajoutent à la liste d'invités — un représentant de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, un de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM), un des urgences hospitalières, un du CLSC des Faubourgs (UPS-J), en plus d'un représentant additionnel de la Régie régionale rattaché au service évaluation et formation. À cette occasion, la mission de la Régie régionale est clairement énoncée : planifier et consolider les services de crise en santé mentale en concertation avec les services 911 et la police; développer des protocoles d'ententes entre les agents de la paix et les services de crise dans un délai de trois ans; collaborer au processus d'évaluation ministériel; élaborer les responsabilités entre divers établissements et services (ceux du réseau de la santé et des services sociaux, services de police, services d'aide en situation de crises, services d'Urgences santé, 911, centres de crise)⁵¹. Il s'agit essentiellement du mandat inscrit dans la missive de la sous-ministre aux directions de régies régionales en juin 1998.

Dès la rencontre préparatoire du 5 juin 1998, des interrogations et des thématiques avaient été soulevées et sont présentées au comité régional de septembre. Y aura-t-il implication de Suicide-Action ? Qu'en est-il de la confidentialité lors d'une intervention impliquant différents partenaires (policiers, médecins et autres partenaires) ? Les intervenants des CLSC et des Centre hospitaliers (CH) peuvent-ils être identifiés comme intervenants de crise ? Le choix du centre hospitalier lors d'un transport est-il décidé selon la sectorisation en santé mentale ? Le dispositif de rotation entre les urgences pour les personnes sans adresse s'applique-t-il ? Combien d'appels seront générés

⁵¹ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, *Loi...*, Application pour la région de Montréal, Comité régional, 11 septembre 1998.

par l'application de la loi ? Comment seront les principes de leur répartition (type d'intervention requis, situation géographique, heure) et ce, pour les différents services (CIC, Urgences-santé et SPCUM) ? Comment prévoir les besoins de transfert institutionnel (partage de responsabilités) entre l'urgence hospitalière et la police lorsque l'« acte criminel est commis autrement que sous l'emprise d'un trouble mental »⁵²? Quelle est la signification précise du concept de « danger grave et immédiat »? Enfin, on s'entend pour développer des protocoles de collaboration pré et post intervention entre centres de crise, CLSC et CH.

La deuxième rencontre du comité régional se tient le 6 novembre 1998. La convocation s'adresse aux mêmes représentants qu'à la rencontre de septembre. À l'ordre du jour, on veut planifier l'organisation régionale des services, examiner la question du volume et de la répartition des appels du SPCUM et d'Urgences-santé et discuter de la formation⁵³. Lors de cette rencontre, le comité se donne un plan d'action régional pour l'organisation des services⁵⁴. Le plan se découpe en quatre parties : les éléments du plan, les moyens pour les mettre en œuvre, les discussions et ententes ainsi que les échéances. Les éléments de ce premier plan d'action sont : l'identification des services d'aide en situation de crise; la désignation d'un établissement pour intervenir auprès des moins de 18 ans; la répartition des types d'urgence en santé mentale; la formation; les rôles et responsabilités; la protection et l'échange d'information nominative; la définition de la prise en charge hospitalière; la destination des usagers transportés; la formation sur les droits et recours; le suivi de l'application de la loi; la concertation inter-régions régionales. De façon générale, ces éléments reprennent d'une manière plus formalisée les questions soulevées lors de la rencontre de consultation en juin 1998.

C'est lors de cette rencontre de novembre que sont soumises au comité régional les estimations du SPCUM et d'Urgences-santé sur leur volume d'appels en santé mentale selon une catégorisation propre à chaque institution. Ainsi, pour le SPCUM, on dénombre 3 249 appels « santé mentale » en 1997 dont la majorité se retrouve dans deux catégories : personnes violentes en crise (1 186) et personnes disparus (975)⁵⁵. Pour Urgences-santé, on dénombre, comme nous l'avons mentionné auparavant, 12 622 appels « santé mentale » pour la période 1997-1998 desquels on en retranche 1 929 qui n'ont donné lieu à aucune affectation de ressources.

3.3 Troisième phase : la spécialisation des activités (janvier 1999 à mars 2001)

Cette phase du processus d'application de l'article 8 se caractérise par la spécialisation des activités. On voit se créer des comités de travail *ad hoc* (sous-comité sur les rôles et responsabilités; sous-comité sur la formation) issus du comité régional. Un modèle d'intervention

⁵² Cette question ne relève-t-elle pas l'inquiétude des milieux hospitaliers et de la psychiatrie en particulier face à une pratique de déjudiciarisation de la maladie mentale ? (Voir les commentaires de l'Assemblée des Chefs de départements de psychiatrie suite à la consultation du Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs dans le chapitre suivant ; voir également la position de psychiatres sur la judiciarisation comme outil thérapeutique : Laberge *et al.*, *Maladie mentale et délinquance : deux figures de la déviance devant la justice pénale*, P.U.M., 1995).

⁵³ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, *Loi...*, Application pour la région de Montréal, Comité régional du 6 novembre 1998, ordre du jour.

⁵⁴ *Idem*, Plan d'action régional pour l'organisation des services, document de travail.

⁵⁵ Une partie de ces données sont les mêmes que celles remises au représentant du Regroupement des centres de crise le 24 septembre 1998 par le SPCUM (SPCUM, Inspecteur-chef, Direction de la Gendarmerie, développement opérationnel).

de crise pour l'application de la loi est présenté en mai 1999 et on travaille au développement d'un outil d'estimation de la dangerosité⁵⁶. Deux projets-pilotes sont montés et expérimentés.

Dès le début de 1999, le comité régional établissait de manière plus précise les rôles et responsabilités des établissements et des organismes pour l'application de la *Loi P-38.001*⁵⁷. On décortique la loi en 21 « actions posées à l'égard de la personne ou de la situation » qui correspondent au processus à l'œuvre dans l'application de la loi, notamment en regard des interventions menées, des nœuds décisionnels, des acteurs en cause (par exemple : l'estimation, la prise en charge). Pour chacune des actions, on identifie le but, les responsables, les collaborateurs principaux et la description plus détaillée de la manière dont on s'y prendra pour mener ces actions. Cette façon de saisir la loi que s'est donné le comité régional est conservée pendant toute sa période d'existence. Ainsi, au fil du temps et des rencontres du comité, des précisions sont apportées, des échéanciers transformés mais la base de discussion reste la même, i.e. ces 21 activités⁵⁸.

Il serait ici trop long de décrire chacune de ces activités et l'évolution des discussions s'y rapportant. Cependant, deux aspects attirent notre attention : 1) les CIC sont identifiés tout comme les CH, CLSC et UPS-J comme des services d'aide en situation de crise pour appliquer l'article 8; 2) on prévoit devoir préparer une demande de financement pour les CIC soit par la réallocation des budgets en santé mentale ou par une demande au ministère; l'échéance étant fixée au mois de février 1999. Cette question de financement deviendra centrale à l'issue du délai d'implantation fixé par le MSSS au 1^{er} juin 2001. La réallocation n'a pas été une option retenue pour les CIC et le MSSS n'a pas fourni d'argent « neuf ».

Dans la documentation du comité d'implantation dirigé par la Régie régionale, le scénario de désignation des CIC pour appliquer l'article 8 apparaît tout à fait consensuel. Or, au sein du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), ce mandat soulève de nombreuses questions et fait l'objet d'hésitations. En effet, à la rencontre des groupes d'intervention de crise du RRASMQ du 27 janvier 1999 qui portait spécifiquement sur la loi, on rappelle, d'abord aux groupes-membres, la recommandation du congrès d'orientation : « s'abstenir de négocier des ententes avec leur régie dans le cadre de l'application de l'article de la *Loi 39* », tout en spécifiant l'urgence de fournir des indications claires aux membres pour éviter d'être placés devant des faits accomplis⁵⁹. On énumère les arguments en faveur d'ententes : « offrir aux personnes en crise l'opportunité d'alternatives à l'hospitalisation, humaniser l'intervention de crise en donnant l'autorité à des intervenants 'civils' plutôt que policiers, reconnaissance de l'expertise communautaire et négociation de protocoles respectueux des gens et des ressources, vigilance contre les abus policiers », puis des arguments contre une entente : « négation du principe de rapport 'volontaire' entre les ressources alternatives et les usager-ère-s, menace au lien de confiance (puisqu'on se permettrait en certaines circonstances de devenir contraignant), danger de « routiniser » une intervention de dernier recours, pas d'argent associé

⁵⁶ Pour une analyse plus complète du processus d'implantation, des travaux supplémentaires devront être menés ultérieurement.

⁵⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, *Loi...*, Rôles et responsabilités des établissements et des organismes, document de travail, 21 janvier 1999.

⁵⁸ Ces documents feront l'objet d'analyse détaillée ultérieurement.

⁵⁹ Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, Compte-rendu de la rencontre des groupes d'intervention de crise du RRASMQ, 27 janvier 1999.

au nouveau mandat, d'où risque de rogner sur d'autres ressources, institutionnaliser le communautaire en lui permettant de prendre un mandat « d'en haut », c'est-à-dire de l'État plutôt que « d'en bas » dans sa communauté ». Les représentants de chacune des régions font un état de la situation qui illustre d'importantes disparités dans le processus de mise en application de la loi entre les régions ainsi qu'une variété de positions des différents groupes d'acteurs. La situation qu'on trace de Montréal est la suivante. On retient de l'approche de la Régie qu'elle privilégie la professionnalisation (formation, grille d'évaluation). À cet égard, une mise en garde est avancée, à savoir que l'article 8 est une estimation de la dangerosité « imminente » et non une évaluation psychiatrique. La Régie découperait le mandat en deux : les « clientèles non-connues » relèveraient du mandat des CIC alors que les autres de celui des CLSC déjà dans leur « caseload ». Les CIC seraient prêts à accepter le mandat « dans un esprit d'expérimentation et de négociation », l'obstacle majeur étant le financement estimé à \$ 200 000/an de plus par CIC. Ils voudraient le service de ligne Info-santé mentale. Pour certains, malgré les réserves, notamment celles relatives à la menace du « rapport volontaire », le choix des CIC se présente comme un « moindre mal » par rapport à celui des centres hospitaliers. Des observations générales sont formulées et se rapportent aux éléments suivants : les abus possibles dans l'application de la loi; les divergences d'avis sur le rôle du policier et de l'intervenant de crise (qui a force de loi pour prendre la décision ?) et sur le moment de la prise en charge à l'hôpital; la loi comme mesure de dernier recours, le statut public du mandat qui pourrait signifier que l'accréditation du mandat est revendiquée par les syndicats des établissements. Les groupes d'intervention de crise du RRASMQ s'entendent pour recommander de formuler un guide pour « préparer ses groupes à intervenir dans les pourparlers menant à l'implantation de la *Loi 39* ».

Pour l'Association québécoise des parents et amis du malade mental inc., le mandat relatif à l'application de l'article 8 doit être attribué aux « six » CIC. Elle soumet donc son appui au Regroupement des centres de crise de Montréal en précisant le budget nécessaire à sa réalisation, soit un financement récurrent de \$ 512 000 par CIC, pour un total de \$ 3 126 000⁶⁰.

3.3.1 Sous-comité sur la formation

Dix mois après avoir été mandatée par le MSSS pour mettre *la Loi P-38.001* en application, la Régie régionale, par le biais du comité régional d'implantation, crée en janvier 1999, un comité *ad hoc* « formation »⁶¹. Ce comité est composé de représentants de plusieurs organismes ou institutions dont certains participaient déjà au comité régional⁶². Quatre tâches sont définies : information au réseau; définition du danger grave et immédiat; élaboration d'une grille d'évaluation; organisation de la formation. Nous avons peu de traces des activités de ce sous-comité sous forme de compte-rendu de réunions mais les différentes versions de projets de formation aux intervenants, de documents de travail et de projets de sensibilisation des

⁶⁰ Association québécoise des parents et amis du malade mental inc., Lettre d'appui au Regroupement des centres de crise..., correspondance au Regroupement..., 5 octobre 1999.

⁶¹ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, *Loi...*, Plan d'action régional pour l'organisation des services, document de travail, 21 janvier 1999.

⁶² Action Autonomie (deux représentants); Centre de crise Le Transit; Centre de crise Le Tracom; RACOR; Suicide Action Montréal. Les autres représentants provenaient des institutions suivantes : CLSC Métro; CLSC Le Plateau; Régie régionale (deux représentants); SPCUM; Urgences-santé; UPS-J; Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM); Urgences hospitalières.

gestionnaires témoignent d'importants travaux au cours de cette période (janvier 1999 – mai 2001).

Ainsi, on fait appel à une avocate qui prépare un document synthèse de présentation de la loi⁶³. En octobre 1999, on retrace également un document de travail sur l'outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence⁶⁴. Il est le fruit d'un groupe composé de deux représentants de la Régie régionale, d'un consultant engagé par la Régie régionale et impliqué jusqu'à la fin dans le projet-pilote, et de quatre représentants des ressources du milieu : le centre de crise Le Transit, Suicide action, UPS-J, CPLM-Pinel. Ce document semble à l'origine du document guide pour le projet-pilote de formation qui sera utilisé un an plus tard. On retrace aussi des activités de consultations d'experts. Le 20 septembre 1999 est planifiée une consultation de médecins sur l'outil d'estimation de la dangerosité élaboré par ce groupe de travail rattaché au sous-comité sur la formation⁶⁵. En vue de cette rencontre, les membres du groupe de travail ont soumis à l'avance les questions qui les interpellaient. Ainsi, considérant la distinction des tâches entre l'intervenant en situation de crise et le médecin à l'urgence (l'un estime, l'autre évalue), l'outil (dont les renseignements pertinents seront transmis par fiche de liaison) sera-t-il utile pour le médecin ? Quels éléments de formation pourraient enrichir l'expertise des intervenants d'aide en situation de crise ? Quelles difficultés seront rencontrées lors de l'estimation du danger et lors de la nécessaire collaboration entre le communautaire et l'hôpital ? Quelles données seraient susceptibles d'améliorer le service et la collaboration entre ces partenaires ?

Ces travaux donneront lieu à l'élaboration de deux projets-pilotes : l'un de sensibilisation des gestionnaires; l'autre de formation des intervenants et partenaires visant l'expérimentation de l'outil d'estimation de la dangerosité et d'évaluation de l'urgence développé pour appliquer la loi. Le projet-pilote de sensibilisation à la nouvelle loi vise les gestionnaires⁶⁶. Ce sont les mêmes personnes impliquées dans l'élaboration du document guide du projet-pilote de formation des intervenants et partenaires à l'outil d'estimation de la dangerosité qui s'en chargent. La session a lieu le 13 juin 2000.

Pour le projet-pilote de formation à l'outil, une sous-région a été ciblée pour participer au projet, celle du centre-est de Montréal, de même qu'un public, « les intervenants des établissements et des organismes désignés du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, CH, CIC, UPS-J) et leurs principaux partenaires œuvrant dans les services de première ligne (Urgences-santé, SPCUM) »⁶⁷. On demande, aux gestionnaires des établissements et des organismes, d'inscrire un intervenant de leur organisation qui travaille déjà dans ce champ⁶⁸. La formation est offerte à

⁶³ Beaulieu, D., Document de référence relatif à l'application régionale de la *Loi* sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui LQ, 1997, C75, septembre 1999, 13 p.

⁶⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence, Document de travail, 6 octobre 1999, 19 p.

⁶⁵ Régie régionale de Montréal-Centre, Consultation de médecins sur l'outil pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence dans le cadre de l'application de la *Loi* C 75. Note de service, 2 septembre 1999.

⁶⁶ Régie régionale de Montréal-Centre, Session de sensibilisation des gestionnaires sur l'application de la *Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Projet-pilote, 13 juin 2000.

⁶⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Direction des ressources humaines, Service d'évaluation et de formation, Invitation au projet-pilote..., août 2000.

⁶⁸ Régie régionale de Montréal-Centre, Direction des ressources humaines, Service d'évaluation et de formation, Correspondance aux gestionnaires des établissements et des organismes œuvrant dans le réseau de la santé,

l'automne 2000 et à l'hiver 2001. Cinq personnes sont associées à la préparation du document guide ayant servi à la formation : deux à la coordination du contenu de la Régie régionale, le consultant pour la Régie régionale à l'animation et à la rédaction, et deux formateurs-experts directeurs de Centres de crise⁶⁹. Vingt-trois personnes, rattachées à des centres de crise, CH, CLSC, organismes communautaires d'entraide et de suivi, SPCUM, Association de parents et amis, organisme de défense des droits, ont participé à ce projet-pilote⁷⁰. Dans l'évaluation qui a été faite de la formation, on identifie trois points faibles : l'explication du rôle de l'ambulancier, l'utilisation de l'outil d'estimation de la dangerosité, l'identification des actions qui facilitent une pratique réseau et intersectorielle.

3.3.2 Sous-comité sur les rôles et les responsabilités

Ce sous-comité se donne comme mandat « d'élaborer un modèle régional à partir des rôles et responsabilités inscrites dans la loi ». Il est composé de deux directeurs d'un centre de crise; du président de coordination des urgences de la région métropolitaine, du représentant du Regroupement des CLSC et du directeur de Suicide action. C'est lors des rencontres du comité régional qu'on fait le « bilan » des activités des « sous-comités »⁷¹.

3.3.3 Le modèle d'intervention de crise des CIC

La proposition d'un modèle d'intervention de crise par le Regroupement des centres de crise de Montréal-Centre est datée de février 1999⁷². D'entrée de jeu, les CIC se qualifient comme catégorie d'intervenants « désignables » au sens de la loi en se rapportant à l'article 8 qui signale que dans les plans d'organisation de services des régies régionales (PROS 1990-1995), les CIC sont identifiés comme des services d'intervention en situation de crise. Sur la question des rôles entre l'agent de la paix et l'intervenant de crise, ils retiennent une interprétation de l'article 8 où la décision finale quant au danger grave et immédiat relève des intervenants de crise. Ainsi, ils défendent le développement d'un modèle 24/7, déjà prévu dans le PROS, tout comme dans le mandat initial des CIC. Ce modèle devrait aussi comprendre le service de ligne Info-santé mentale 24/7 puisque les CIC offrent déjà l'intervention téléphonique de crise 24/7. Ils proposent que le développement des services se fasse sur une base sous-régionale. Le budget demandé est de 3 millions et serait distribué en tenant compte de la population de chaque sous-région et de son degré de détresse psychologique. Des fonds supplémentaires sont réclamés pour des rénovations, des frais d'immobilisation, des structures d'accueil pour faire face à l'augmentation du volume, etc. Ils proposent également de récupérer le budget de la ligne Info-santé mentale de \$ 975 000. Il semble avoir des tergiversations sur les sommes demandées par le Regroupement des centres de

Formation...projet-pilote..., 25 août 2000.

⁶⁹ Régie régionale de Montréal-Centre, Formation des intervenants sur l'outil d'estimation de la dangerosité (projet-pilote), août 2000, 72 p. Dans une version plus courte du document datée de septembre 2000, le nom d'une autre personne associée au projet-pilote ayant participé à la production du guide apparaît parmi les formateurs-experts, il s'agit d'un avocat en droit de la santé.

⁷⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Formation pour estimer la dangerosité et évaluer l'urgence. Évaluation, non-daté et incomplet.

⁷¹ Comme le sous-comité sur la formation, nous n'avons pas traces de compte-rendu des rencontres.

⁷² Regroupement des centres de crise de Montréal-Centre, Projet d'intervention de crise 24/7. Proposition présentée dans le cadre de l'application de la loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, février 1999.

crise, les CIC diront qu'ils comprennent mal les hésitations de la Régie à consolider leurs services⁷³, alors que celle-ci leur demandera de mieux étayer leur estimé budgétaire⁷⁴. De plus, on leur demandera de présenter leur proposition au « comité de travail » « afin de nous assurer qu'elle s'inscrive dans la vision d'ensemble de l'organisation des services souhaités ». Quant au développement d'une ligne Info-santé mentale, on les renvoie au Plan régional d'organisation des services (1998-2002) et les informe qu'un comité de travail sera formé pour définir ce concept de service et notamment identifier ceux qui auront à le dispenser. À la fin mars, un budget préliminaire est élaboré auquel sont annexées certaines précisions quant aux services offerts⁷⁵. Ainsi, les CIC recevraient entre 2000 et 5000 appels de détresse par année. Ils accepteraient entre 600 et 2000 demandes de services/an. Entre 200 et 500 personnes seraient hébergées alors qu'entre 400 et 700 recevraient des services sur une base externe. Deux autres documents plaident en faveur de la proposition des CIC : l'un, daté de mars 2001, est davantage un document de promotion⁷⁶; l'autre, daté de mai 2001, serait une version remaniée de la proposition de février 1999, comprenant un budget détaillé⁷⁷.

Le 21 mai 1999, le comité régional d'implantation se réunit pour faire le point sur les travaux des deux sous-comités *ad hoc* et pour définir un plan d'action 1999-2000. On veut faire le point sur le plan général de formation, la définition du danger grave et immédiat, le document d'information et de référence pour l'application de la loi, les rôles et les responsabilités des différents acteurs, les cheminements de la personne selon les situations, la demande de financement des CIC auprès du MSSS et déposée en mars 1999, et le projet de plan d'action régional 1999-2000⁷⁸. Lors de cette rencontre, de nouveaux représentants sont présents : Curateur public, AQPAMM, Centre de recherche Douglas, Suicide action, LHL. Sur le point formation, la responsabilité est partagée selon les différents publics. Dans le cas des usagers, la responsabilité incombe au groupe Action autonomie. Dans le cas des intervenants, elle revient à la Régie régionale. Enfin, pour les familles et proches, le MSSS doit s'en charger, (usagers — Action autonomie; intervenants institutionnels et communautaires et gestionnaires — Régie régionale; familles et proches — MSSS).

3.3.4 Cheminement d'une intervention autour de la *Loi P-38.001*

À la réunion du comité régional du 21 mai 1999, le Regroupement des centres de crise et la Régie régionale présentent le projet : *Organisation des services et cheminement d'une intervention autour de la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-*

⁷³ Regroupement des centres de crise, Demande de budget pour la mise en place de l'organisation des services reliés à l'application de la *Loi 39* (chapitre 75) et du mandat 24/7 des centres de crise, correspondance au responsable de secteur santé mentale de la Régie régionale de Montréal-Centre, 11 février 1999. Dans cette lettre, le représentant du Regroupement joint une copie des pages du PROS 1990-1995 où sont définis les priorités adoptées par le CA de l'époque et qui font spécifiquement référence au rôle des CIC dans l'organisation des services en santé mentale.

⁷⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Votre demande de budget..., correspondance avec le Regroupement des centres de crise, Montréal, 5 mars 1999.

⁷⁵ Regroupement des centres de crise de Montréal, Utilisation des budgets des centres de crise de Montréal, Budget préliminaire demandé dans le cadre de l'application de la *Loi 39* par les centres de crise, 29 mars 1999.

⁷⁶ Regroupement des centres de crise de Montréal-Centre, L'intervention de crise 24/7 dans le contexte de l'application de la *Loi*..., mars 2001.

⁷⁷ *Idem*, mai 2001.

⁷⁸ Régie régionale de Montréal-Centre, Coordonnateur du dossier psychiatrie-justice, convocation à une rencontre du comité régional, 30 mars 1999.

*mêmes ou pour autrui*⁷⁹. On établit une typologie des personnes selon le consentement à l'intervention et la dangerosité qui sera déterminante dans les cheminements possibles, à savoir : consentantes et non-dangereuses; consentantes et dangereuses; non consentantes et dangereuses. On définit également ce que l'on entend par personnes connues : celles qui proviennent des CLSC (accueil et soins à domicile), des centres hospitaliers (soins ambulatoires et équipe dans le milieu), des centres d'intervention de crise (hébergement, intervention dans le milieu). Essentiellement, il s'agit d'établir différents cheminements selon les lieux et la typologie dégagée quant au consentement et à la dangerosité. L'idée de « clientèle connue » sera au cœur du processus de relance du volet A de la désignation (ou mandat spécifique), pour toutes les institutions ou organisations qui seront autorisées à appliquer la loi autre que l'UPS-J (voir chapitre suivant).

Quelques jours plus tard c'est au tour de la Régie régionale de faire une rétrospective sur les buts poursuivis et le rôle attendu des Régies régionales pour sa mise en application. On attire l'attention sur le fait que même si la responsabilité de la mise en application de la loi incombe aux services de santé mentale, on réalise que plusieurs autres services sont touchés « soit en raison de la clientèle visée qui n'est plus seulement constituée des personnes ayant un diagnostic psychiatrique, soit en raison du fait du dispensateur de services interpellé »⁸⁰. À l'ordre du jour, les questions suivantes sont discutées : l'accès à un centre de désintoxication, l'évaluation du danger grave et immédiat par le médecin de l'urgence hospitalière et, enfin, l'intervention auprès des personnes âgées dont l'état mental présente un danger grave et immédiat en raison de complication gériatrique. Lors de la réunion, le responsable du service de santé mentale fait une présentation sur l'état de la situation pour l'application de la loi⁸¹. Pour la Régie, les buts que poursuit cette loi sont d'assurer un juste équilibre entre les droits individuels des personnes, leur propre sécurité et celle d'autrui, un meilleur accès aux services (de crise et autres) et le rôle accru des services de crise en santé mentale avec le SPCUM et l'Urgences-santé. Le rôle attendu des Régies régionales vise donc à consolider et développer les services de crise en santé mentale, assurer une réponse 24/7, instaurer les services près des milieux de vie comme mesure de premier recours, formuler les ententes entre différents partenaires (SPCUM, Urgences-santé, 911, centres de crise, Suicide action Montréal, lignes d'écoute), offrir la formation requise, respecter un échéancier de trois ans et collaborer au processus d'évaluation ministériel.

En août 2000, le comité régional se réunit et le plan d'action est de nouveau à l'ordre du jour. Des protocoles d'ententes sont à venir qui établiront les rôles et responsabilités des différents acteurs dans le modèle d'application de l'article 8 à Montréal. On rappelle le rôle supplétif joué par les policiers « jusqu'à ce que les centres d'intervention de crise disposent des moyens financiers pour mettre en place le service selon les indications de la sous-ministre »⁸². Sur la question de la demande (« type d'urgence en santé mentale »), le comité considère le travail complété depuis février 1999 avec les estimés fournis par la police, Urgences santé et les CIC. Dans le dossier sur

⁷⁹ Regroupement des CIC de Montréal-Centre et Régie régional de Montréal-Centre, Projet Organisation des services et cheminement d'une intervention autour de la *Loi* de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, présenté au comité régional, mai 1999.

⁸⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, Note de service, 25 mai 1999.

⁸¹ Régie régional de Montréal-Centre, Réunion interne des services concernés par l'application de la *Loi C 75*, 17 juin 1999.

⁸² Régie régionale de Montréal-Centre, Plan d'action régional pour l'organisation des services, *Loi...*, 8 août 2000.

la formation, les travaux du sous-comité suit son cours. Sur la protection et l'échange d'information nominative, on se rapporte à la *Loi 65* et au texte d'un juriste pour établir les balises et voir l'évolution du dossier ministériel. On discute également de l'orientation des personnes transportées (choix du centre hospitalier) dont les règles sont définies dans deux dispositifs distincts, la sectorisation en santé mentale et le dispositif de rotation pour les personnes itinérantes, et qui sont, l'un comme l'autre, remis en cause ou en processus de révision. Pour la prise en charge hospitalière, on retient la décision du comité régional d'implantation du 6 novembre 1998 d'appliquer le principe inscrit dans le guide d'application de l'AHQ qui correspond au moment du triage. Pour ce qui est de la formation sur les droits et les recours, le matériel élaboré doit être adapté selon les publics-cibles puisque les responsabilités étaient partagées. Un travail d'intégration au plan général de formation est à faire. Le suivi de l'application de la loi devrait être fait selon un processus déterminé par le MSSS. On prévoit alors le début des activités de suivi à l'été ou à l'automne 1999. Quant à la notion de « danger grave et immédiat », une concertation inter-régions régionales doit être mise en place dans un souci d'adoption d'une définition commune et d'uniformisation des pratiques pour l'ensemble des régions administratives du Québec.

Au cours de cette troisième phase, d'importantes activités sont menées. Au plan local, les travaux du comité régional d'implantation et de ses sous-comités se poursuivent pour l'élaboration d'un modèle d'intervention (la proposition des CIC). Deux projets-pilotes sont élaborés (formation des intervenants et partenaires; sensibilisation des gestionnaires). Des travaux sur une grille d'estimation de la dangerosité sont réalisés et intégrés aux projets-pilotes de formation. Un forum se tient à Montréal pour traiter de la loi du point de vue de ceux qui sont susceptibles de faire l'objet de garde en établissement. Au plan national, le Comité de la santé mentale du Québec prépare un avis sur l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*. Un colloque national, regroupant de très nombreux participants et les principaux acteurs dans le dossier de l'application de la réforme, se tient à Trois-Rivières.

On constate que ce sont les mêmes questions qui reviennent de façon récurrente : confidentialité, critères standardisés d'estimation de la dangerosité, modalités de prise en charge, orientation des personnes, harmonisation des pratiques des différents acteurs, intervention auprès des populations multiproblématiques, formation des différents acteurs et publics.

3.4 Quatrième phase : l'abandon du scénario de désignation des CIC et l'élaboration d'un plan B (mars 2001 à juin 2001)

En mars 2001, on entre dans la quatrième phase de cette première étape de mise en place des dispositifs. Elle est marquée par l'abandon du scénario de désignation des CIC et l'élaboration d'un plan B par la Régie régionale de Montréal-Centre au cœur duquel sera placée l'UPS-J, la soumission d'une contre-proposition par les CIC et la dissolution du Comité régional.

En mars 2001, la Régie régional de Montréal-Centre apprend que le MSSS ne fournira pas d'argent neuf pour le projet de désignation des CIC alors que tous les travaux du comité régional d'implantation semble reposer sur ce scénario depuis ses débuts⁸³. Par ailleurs, l'échéance

⁸³ Régie régionale de Montréal-Centre, Désignation des services en situation de crise (art. 8, *Loi 38.001*), Note de service, 18 avril 2001.

imposée aux régies régionales par la sous-ministre pour la mise en application de la loi reste fixée au 1^{er} juin 2001. À cette date, chaque régie doit avoir informé le MSSS de la désignation officielle pour l'application de l'article 8. À ce propos, le 28 mai 2001, le MSSS fait parvenir aux régies un questionnaire pour faire le bilan de la mise en application de la loi partout dans la province.

3.4.1 L'élaboration d'un plan B : l'UPS-J

La proposition des CIC reposait sur l'obtention d'un budget de 3 millions, fonds que le comité régional a tenté d'obtenir par une demande de financement par réallocation des budgets en santé mentale, ou par une demande spécifique au MSSS⁸⁴. En fait, selon les différents témoignages, la Régie régionale s'était engagée vis-à-vis les CLSC, dans son plan d'organisation des services en santé mentale, d'utiliser des fonds récupérés de la fermeture de services dans les trois hôpitaux psychiatriques de l'Île Montréal; les sommes disponibles étaient de l'ordre de 3 millions. Face au refus du MSSS d'injecter de nouveaux crédits pour les services de santé mentale à Montréal, l'attribution du mandat à l'UPS-J, un service rattaché à un CLSC (des Faubourgs) du réseau, permettait de respecter un engagement antérieur de la Régie régionale de distribuer les fonds aux CLSC.

Ainsi, entre les mois de mars et mai, la Régie régionale procède à des consultations à l'interne et à l'externe pour élaborer une nouvelle proposition de désignation. En avril 2001, le chef des services en santé mentale de la Régie régionale adresse une note de service à l'interne au conseiller en santé mentale pour lui soumettre une « proposition du plan B » qui repose essentiellement sur la désignation de l'UPS-J avec « confirmation d'un mandat régional » et d'un modèle « d'organisation décentralisé » à partir du noyau central actuel (le CLSC des Faubourgs), i.e. la mise en place de trois nouveaux points de services (nord, est et ouest) rattachés à des CLSC⁸⁵ ». Cette proposition attire l'attention sur une confusion déjà observée au plan des clientèles ciblées par la loi et des clientèles ciblées par la consolidation et le développement des services en santé mentale :

Il est intéressant ici de noter qu'il revient à la Régie de planifier le développement des services de crise en santé mentale alors que la loi parle plutôt, d'une façon plus large, d'une clientèle dont l'état mental présente un danger. Dans son application, les problématiques vont déborder la santé mentale. Elles toucheront, entre autres, les problématiques d'adaptation sociale, telles la toxicomanie et l'itinérance. Il faudrait évaluer quel pourrait être l'apport de ce service dans la démarche⁸⁶.

En mars 2001, l'absence de financement pour la désignation des CIC se confirme. On apprend qu'il y a eu dépôt puis retrait en mars 2001 par les CIC d'un projet-pilote pour l'expérimentation de l'outil d'intervention, décision associée à ce problème de financement. Les CIC réclament une alternative à la désignation. La Régie régionale développe des arguments pour soutenir le choix de l'UPS-J, dont les suivants : proximité du mandat P-38.001 avec le mandat initial de l'UPS-J :

⁸⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Plan d'action..., Comité régional, 21 janvier. 1999.

⁸⁵ Régie régionale de Montréal-Centre, Désignation..., 18 avril 2001

⁸⁶ *Idem*, p.1.

« Nous avons sur notre territoire une équipe spécialisée qui remplit, à quelques nuances près, le mandat tel que prescrit dans l'article 8 de la *Loi 38.001*. », un travail déjà établi avec la police, une disponibilité 24/7 sur les lieux dans sept territoires de CLSC, les appels avec déplacements « se comparent aux situations décrites dans l'article 8 », une équipe qui fait l'unanimité, particulièrement au sein de la police. Les conditions préalables à la proposition sont énoncées et les impacts prévisibles alignés.

La Régie régionale présente au comité régional en mai⁸⁷ un argumentaire pour soutenir la nouvelle proposition. Premièrement, on situe le dossier dans un contexte historique : on rappelle la responsabilité de la Régie de « désigner » des services d'aide en situation de crise conformément au PROS en santé mentale, les moyens qu'elle s'est donnée (comité régional d'implantation et plan d'action adopté par ses membres), la progression des travaux au plan de la formation, de la conception d'un outil uniformisé d'évaluation de la dangerosité, l'identification du rôle et des responsabilités des partenaires. Un point demeure et c'est le principal : l'identification et la désignation des services d'aide en situation de crise. On rappelle la position initiale de la Régie qui voyait dans les CIC, les services tout désignés pour remplir ce mandat. On souligne qu'ils se sont impliqués dans ce projet, projet vis-à-vis lequel ils posaient une condition : un financement de 3 millions récurrent. « Les centres de crise ont lié, dès le début du processus, l'acceptation de la désignation à l'obtention d'un financement récurrent de 3 millions. Le comité régional et la Régie ont supporté cette demande »⁸⁸.

On constate ici que la Régie régionale se dégage de la responsabilité de l'échec du plan des CIC avec, en sous-entendu, le fait que la position ferme des CIC sur le financement a fait basculer le dossier. Deuxièmement, on souligne que d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux (CLSC, cliniques externes, centres hospitaliers, Institut Philippe Pinel de Montréal, Centres jeunesse de Montréal) ont aussi demandé à être désignés pour leur clientèle « connue ». Cette désignation est dite « limitée ». Troisièmement, la non-obtention du financement supplémentaire explique la position de la Régie de devoir présenter un nouveau scénario dans le contexte du délai de juin imposé par la sous-ministre. Quatrièmement, la désignation, que ce soit dans son volet régional (UPS-J) ou spécifique (autres établissements ou services pour clientèle connue), s'inscrit, selon le nouveau scénario, dans le plan de consolidation et de développement des services de base en CLSC tel qu'il avait été élaboré dans le PROS de 1990, et tel qu'on espère qu'ils évolueront. « De plus, le rôle d'accueil des CLSC est appelé à évoluer vers une notion enrichie de la conception des services de base, ce qui implique d'aller davantage vers la communauté »⁸⁹.

Le document développe ensuite le nouveau concept retenu : un service de base en psychiatrie-justice dans le réseau public dont le mandat est : 1) « estimer si l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat »; 2) « offrir une réponse rapide et efficace à la personne en besoin de services de façon à permettre de désamorcer la crise »; 3) « chercher le consentement de la personne et sa collaboration pour l'orienter vers une ressource appropriée ». Dans ce nouveau concept, la question de l'imputabilité occupe une place centrale. Ainsi :

⁸⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, Direction de la programmation et coordination, Désignation en fonction de l'article 8, *Loi 38.001*, document de travail, 14 mai 2001.

⁸⁸ *Idem*, p.2.

⁸⁹ *Idem*, p.2

Il s'agit d'un nouveau mandat public qui répond à des exigences légales obligeant à travailler en intersectorialité avec les agents de la paix, en fonction d'une compréhension commune des modes de pratique et du rôle dévolu à chacun, le tout défini dans un protocole d'entente signé par les deux parties. [...] La responsabilité légale de ce mandat et la reddition de compte par rapport à la *Loi 38.001* sont les éléments de base retenus pour développer ce service dans le réseau public⁹⁰.

Le document présente ensuite en bref l'UPS-J et le modèle organisationnel prévu pour appliquer le mandat sur tout le territoire de l'Île de Montréal avec un budget de \$ 700 000. Un échéancier d'implantation est défini dans lequel on prévoit un déploiement progressif sur une période de deux ans débutant à l'été 2001 pour l'UPS-J. Dans ce modèle organisationnel, les autres établissements ou services ci-haut mentionnés sont désignés (désignation limitée) pour leur clientèle « connue ». Par ailleurs, la réussite du modèle repose sur les liens de collaboration de tous ces partenaires. À cet égard, les CIC sont interpellés « à jouer un rôle complémentaire à l'intervention d'urgence en autant que la personne demeure volontaire à une prise en charge par leurs services et ce, conformément à leur philosophie de base »⁹¹.

Un second document de travail de la Régie régionale reprend les éléments du 14 mai 2001 où l'argumentaire pour défendre le nouveau scénario est éliminé. Il s'agit du « Projet de désignation pour le Conseil d'administration »⁹². Deux recommandations sont formulées :

- 1) « Que la Régie régionale désigne les CLSC, les Centres hospitaliers offrant des services de psychiatrie, les centres jeunesse, les centres de crise, comme services d'intervention en situation de crise pour intervenir selon les pouvoirs qui leurs sont confiés par la loi lorsque les situations de crise se déroulent dans leurs locaux ou chez la clientèle connue de ces établissements alors qu'un membre du personnel dûment identifié est présent; »
- 2) « Que la Régie régionale désigne l'équipe d'urgence psychosociale (UPS-J) attachée au CLSC des Faubougs pour traiter toutes les autres situations en fonction des pouvoirs qui leurs sont confiés par la loi ».

Deux remarques peuvent être faites. D'abord les CIC font partie des organismes désignés pour les clientèles connues et ils sont aussi ciblés comme partenaires pour « jouer un rôle complémentaire à l'intervention d'urgence en autant que la personne demeure volontaire et prise en charge par leurs services »⁹³. Autrement dit, on compte sur leur collaboration pour offrir des réponses alternatives dans le contexte de l'intervention d'urgence. Ensuite, on voit dans ces premières recommandations le début d'élaboration de la définition des « clientèles connues » qui sera encore au cœur des débats dans ce dossier à l'automne 2003 et à l'hiver 2004, au moment de la relance de la désignation des établissements dans le cadre du mandat spécifique. Après cette décision de la Régie en mai 2001, le comité régional est dissout.

Les commentaires et positions des différents organismes consultés sur le nouveau contexte dans le dossier de la désignation sont regroupés dans un document synthèse de la Régie⁹⁴. Pour les CIC, attribuer au réseau public le mandat constitue le choix de la Régie plutôt qu'une prescription

⁹⁰ *Idem*, p.3.

⁹¹ *Idem*, p.4.

⁹² Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, Projet de désignation pour CA, 4 juin 2001, 3 p.

⁹³ *Idem*, p.2

légale. Ils se montrent en désaccord avec le choix de désigner l'UPS-J dont l'approche serait mal adaptée à la « clientèle santé mentale ». Ils veulent évaluer la possibilité d'offrir le service en tenant compte de la nouvelle donne financière et pour ce faire, ils demandent un délai. Le Regroupement alternatif et communautaire des organismes en santé mentale (RACOR) est déçu du revirement de situation concernant les CIC. Ils craignent l'hospitalisation à outrance ou encore la judiciarisation. La police voit un atout dans le projet de désignation de l'UPS-J dont l'avantage principal tient à sa « capacité à comprendre la culture policière ». Ce programme est perçu comme offrant un « support à la décision » policière dans les « cas nébuleux où il n'est pas évident d'évaluer les facteurs de désorganisation ». Dans le cas où l'urgence est évidente, la police spécifie qu'elle n'a pas besoin d'aide pour évaluer. Enfin, elle préférerait devoir établir des protocoles d'entente avec la Régie régionale plutôt qu'avec tous les partenaires du réseau de la santé. Les CLSC ne sont pas en désaccord avec la désignation de l'UPS-J. Ils veulent que leurs intervenants de première ligne reçoivent la formation pour appliquer la loi, notamment pour ne pas devoir recourir à d'autres intervenants pour évaluer des personnes qu'ils connaissent déjà. Pour l'organisme de défense des droits Action autonomie, on craint que tout le travail de réflexion mené depuis le début du processus soit perdu. De plus, on craint que l'UPS-J perde de vue la prescription à l'effet d'éviter l'hospitalisation. Enfin, les commentaires et critiques du Comité régional d'implantation sont présentés, mais en tenant compte des groupes qui les expriment. Ainsi, les CLSC et CIC rappellent qu'en fonction de l'indice de richesse, il est bien connu que Montréal ne peut obtenir de nouveaux fonds pour des services en santé mentale et qu'à ce titre, l'attitude de la Régie régionale de se tourner vers le MSSS est critiquable. On craint un glissement de clientèle et la démobilisation des CIC dans l'actuel contexte. On souligne l'importance de définir un modèle d'intervention de crise adapté à la réalité montréalaise. L'Association de parents se dit débordée par le nombre de demandes de support à la rédaction de requête psychiatrique et note que les CLSC leur en réfèrent beaucoup. Le service 911 souligne l'urgence de définir les rôles et responsabilités entre la police et Urgences-santé ainsi que ceux de l'UPS-J et la portée de leur décision. Si la situation devient connue des médias, on signale que les appels seront retournés à la Régie qui est responsable du dossier de la désignation.

3.4.2 La contestation des CIC et la présentation d'une contre-proposition

La proposition de la Régie régionale de désigner l'UPS-J est contestée par les CIC qui doutent de la capacité de l'UPS-J à mettre la loi en application avec le budget octroyé. Ils s'inquiètent notamment des délais d'implantation de ce nouveau mandat et de la capacité de répondre dans le délai de vingt minutes. Enfin, ils soulèvent les risques de glissement entre les deux mandats de l'UPS-J⁹⁵. Ainsi, le 11 juin 2001, le Regroupement des CIC fait parvenir une lettre de protestation et une nouvelle proposition au Conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre et au directeur général⁹⁶. On rappelle que leur direction des services de santé mentale a rejeté leur proposition et accordé un budget supplémentaire à l'UPS-J pour l'application de la loi alors que

⁹⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, Synthèse des rencontres pour nouvelle désignation, 17 mai 2001.

⁹⁵ Consortium de l'UPS-J, rencontre du 20 juin 2001, notes d'observation.

⁹⁶ Regroupement des CIC de Montréal-Centre, *Loi...*, Correspondance au CA de la Régie régionale et au Directeur général, 11 juin 2001, 4 p. En entrevue, certains ont souligné que les CIC ont fait cavalier seul dans leur contre-proposition, n'ayant pas cherché l'appui des membres du comité régional. Dans cette correspondance, le regroupement soutient avoir reçu l'appui de groupes de parents et amis, des organismes communautaires en santé mentale via le RACOR et de groupes de défense de droit, p.4

l'UPS-J n'ait jamais soumis de demande pour l'octroi de ce mandat. Ce faisant, on reproche à la Régie de changer la vocation du comité régional. Comme dans leur modèle d'intervention pour l'application de la loi, les CIC soulignent qu'ils se qualifient au sens de la loi comme « services d'aide en situation de crise » étant inscrits dans le PROS de Montréal-Centre depuis 1990. Des arguments avancés par la Régie pour justifier le rejet de leur proposition initiale sont repris et remis en question, notamment ceux relatifs au budget demandé, au pouvoir de la Régie d'opérer des transferts des fonds « réseau » vers les organismes communautaires et à l'imputabilité des organismes communautaires⁹⁷. Cette lettre est envoyée en copie conforme au ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, au président du Comité de santé mentale du Québec, au directeur du RACOR et aux membres du C.A. de la Régie régionale.

3.4.3 La mise en place de conditions temporaires pour pallier l'échec de la désignation des CIC

Dans le contexte où la Régie régionale n'est pas en mesure de garantir l'application de la loi aux termes imposés par le MSSS, elle doit mettre en place certaines mesures afin de respecter ses responsabilités. La Régie demande une prolongation de l'entente de service avec la police concernant l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*⁹⁸, qui sera acceptée par la police et annoncée à « tous les partenaires en santé mentale de la région de Montréal-Centre »⁹⁹. Annonçant son projet d'aller de l'avant avec la désignation de l'UPS-J, elle veut compter sur la collaboration de la police pendant la période d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J. Au cours de cette période, la Régie veut s'assurer que la police continuera d'agir comme elle l'a fait depuis l'entrée en vigueur de la loi en 1998. Elle resitue cette intervention sur la base du principe de « common law » utilisé par les policiers dans les situations d'urgence où « les policiers sont investis du pouvoir nécessaire de protection de la vie et de la sécurité du public ». Elle précise enfin qu'il ne s'agit nullement pour le policier d'évaluer si la personne est dérangée mentalement mais bien si elle présente un danger grave et immédiat.

Le 18 juin 2001, le directeur de la Régie régionale accuse réception de la nouvelle proposition du Regroupement des CIC¹⁰⁰. Il fait un constat d'échec des démarches de financement pour la désignation des CIC. Il trace les grandes lignes du modèle d'intervention de crise, pour l'application de la loi, sur lequel réfléchit la Régie. Ce modèle devrait tenir compte :

⁹⁷ Les raisons évoquées par la Régie pour justifier le refus et apparaissant dans la lettre du Regroupement des CIC sont : le budget de développement des services de base accordé aux CLSC à partir de fonds des CH (à dép. psychiatrique) doit rester dans les CLSC et ne peut être accordé aux CIC ; la Régie serait tenue au respect de l'entente avec les Centres hospitaliers à vocation psychiatrique pour l'attribution des fonds vers les CLSC ; l'incapacité pour la Régie de diriger les sommes originalement dévolues aux hôpitaux vers des services communautaires ; le MSSS devrait déboursier pour la mise en application de la loi ; les organismes communautaires ne sont pas imputables auprès de leur clientèle ; un organisme communautaire ne peut assumer le rôle dévolu à l'intervenant en situation de crise tel que défini par l'article 8 ; la situation du centre de crise IRIS (qui est en grève) affaiblit leur position ; certaines sous-régions auront un achalandage plus grand que d'autres quoique le budget soit le même pour toutes.

⁹⁸ Régie régionale de Montréal-Centre, projet de lettre datée du 12 juin 2001 adressée à un inspecteur de la Direction de la gendarmerie du SPCUM.

⁹⁹ Régie régionale de Montréal-Centre, Directeur de la programmation et coordination, Désignation des services d'intervention de crise dans le cadre de l'article 8 de la *Loi 38.001*, correspondance, 18 juin 2001.

¹⁰⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Désignation dans le cadre de la *Loi 38.001*, Correspondance au Directeur du centre de crise Le Tracom, 18 juin 2001.

[...] d'une dynamique régionale qui nous est propre, particulièrement en regard de la densité de la population, de l'étendue de notre territoire, des caractéristiques de la clientèle, des aspects légaux, de l'imputabilité du service dans un réseau intégré, et ce, sans ajout de ressources financières additionnelles.

Et enfin, il annonce que les travaux de conceptualisation du modèle optimal devraient être terminés à l'automne et qu'il est prématuré de répondre à leur proposition amendée.

3.5 Les autres événements

Au cours de cette étape de mise en application de l'article 8, plusieurs événements d'importances surviennent dans le dossier de la *Loi P-38.001* au plan régional ou provincial. Certains événements seront brièvement examinés parce qu'ils permettent de donner sens à la façon dont s'est mené le travail à Montréal. Ces événements sont : la rencontre du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec sur la nouvelle loi (27 janvier 1999); la publication du rapport du Comité de la santé mentale du Québec sur l'application de l'article 8 de la loi; le Colloque provincial de Trois-Rivières organisé par le Regroupement des CIC portant sur la *Loi P-38.001* (octobre 2000); la publication du rapport d'enquête du coroner Andrée Kronström sur les causes et les circonstances du décès de Monsieur Brian Bédard survenu à Montréal, le 27 avril 2000 (13 mars 2001); le Forum régional d'Action autonomie sur la garde en établissement (11 mai 2001); le dépôt de l'avis du Comité de la santé mentale du Québec sur la *Loi P-38.001* (juin 2001).

3.5.1 Colloque provincial de Trois-Rivières organisé par le Regroupement des CIC portant sur la *Loi P-38.001* (octobre 2000)

En octobre 2000, se tient à Trois-Rivières une première rencontre. Elle rassemble environ 450 participants en provenance de différents milieux : policiers, ambulanciers, avocats, professionnels (médecins, infirmières, travailleurs sociaux), usagers, membres de familles de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, intervenants d'organismes communautaires en santé mentale et intervenants de centres d'intervention de crise. Initié par le Regroupement des centres de crise de Montréal, les objectifs du colloque sont :

[...] informer les personnes des dispositions de la loi; établir un dialogue au plan national entre les services policiers, juridiques, d'urgence, de psychiatrie, d'ambulance et d'intervention de crise; favoriser le partage entre les régions; promouvoir la diffusion d'outils d'intervention (fiches de liaison, grille pour estimer la dangerosité, outil pour la recherche de consentement, méthodes d'intervention sécuritaires pour les intervenants); susciter une organisation de services qui continue à respecter les droits des citoyens.¹⁰¹

Ces objectifs sont marqués par un intérêt pour un travail en partenariat entre diverses institutions, organismes et régions, de même qu'entre différents secteurs : santé, justice, sécurité publique. La provenance des participants et des conférenciers souligne que cette loi interpelle toutes les régions du Québec et toutes les catégories d'acteurs. Des représentants d'un CIC de Montréal ont

¹⁰¹ Regroupement des CIC de Montréal, *Colloque national. L'intervention de crise dans le contexte de la Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.Q. 1997, c.75) Ancien projet de Loi 39*. Trois-Rivières, 10 octobre 2000, Pamphlet.

publié un compte-rendu de ce colloque dans lequel des enjeux majeurs sont ciblés (Fondaire, M. et Cossette, D., 2001): recherche du consentement, nature de l'intervention dans le contexte de l'application de l'article 8 axé sur un effort pour désamorcer la crise (être en présence, tenter de créer un lien, tenter de faire baisser la tension, rechercher des solutions possibles et alternatives, estimer le danger, prendre le temps voulu, être présent auprès de la personne dans les jours qui suivent). Ils identifient des conditions pour appliquer ces principes d'intervention, notamment un lieu sécuritaire favorisant l'écoute et l'empathie, le besoin d'une formation de base pour appliquer la loi et d'une formation continue, le besoin d'outils, un travail de collaboration entre différents partenaires. Ils font d'ailleurs de ce dernier point un impératif : «Soulignons ici le rôle crucial du dialogue, obligatoire, et sans cesse à rechercher entre partenaires».

Sur la notion du danger grave, on se rapporte à trois principaux éléments qui seront plus tard résumés comme étant le risque homicidaire, d'agression et de menace à l'intégrité¹⁰². Sur la notion de l'immédiat, on se réfère aux cas où les passages à l'acte sont récents, i.e. quelques heures, ou encore ils risquent de survenir dans l'instant ou dans quelques heures. On insiste sur le fait que l'intervention consiste à estimer le danger et non à évaluer une personne. Sur le plan éthique, les questions soulevées se rapportent à la confidentialité des informations recueillies et partagées, le devoir de préserver les droits de la personne. Les obstacles suivants sont identifiés pour la mise en place des services : le manque d'informations, de ressources, de services disponibles et accessibles; le manque de communication entre les services, la difficulté à définir le rôle de chacun, et le choc des cultures entre les partenaires. Enfin, les auteurs attirent l'attention sur la notion centrale du temps dans l'application de l'article 8, notamment par rapport au délai d'intervention (qui doit être court), à l'intervention (qui demande du temps pour désamorcer la crise et estimer le danger grave et immédiat, i.e. peut être long), au consentement (qui peut être variable au cours de l'intervention), immédiateté du danger (variable selon le lieu de la crise), aux groupes d'acteurs impliqués (notion de temps variable), prise en charge (variable entre CH et d'un cas à l'autre).

3.5.2 Publication du rapport d'enquête du coroner Andrée Kronström sur les causes et les circonstances du décès de Monsieur Brian Bédard survenu à Montréal, le 27 avril 2000 (13 mars 2001)

Certains événements dramatiques sont souvent des révélateurs de pratiques inadéquates, insuffisantes, dommageables, voire dangereuses pour la vie et la sécurité des individus. On les invoque pour tenter de transformer certaines pratiques et analyser les tensions, conflits et chevauchements entre les interventions de différents services. Le cas de Monsieur B. Bédard appartient à cette catégorie d'événements. Le rapport du coroner met en cause les problèmes d'application de la *Loi P-38.001* et les pratiques d'intervention à la frontière entre la maladie mentale et la justice.

Monsieur Bédard, un jeune homme de 33 ans, est mort au cours d'une incarcération au Centre de détention préventive de Rivières-des-Prairies suite à une altercation avec les agents des services

¹⁰² 1) risque de mettre un terme prématurément à une vie ; 2) risque d'infliger des blessures pouvant compromettre sérieusement la sécurité ou la santé ; 3) risque d'exposer, intentionnellement ou non, à un danger qui présente une menace à la vie ou à la santé (inspirés d'une définition de M. Diotte in Fondaire et Cossette 2001, p. 12).

correctionnels (tentative de mise sous contention). Il y séjournait suite à une ordonnance du tribunal afin de subir une expertise sur son aptitude à comparaître. Une accusation mineure avait été portée contre lui (« introduction de nuit ») pour s'être retrouvé dans une propriété privée. M. Bédard était suivi en psychiatrie depuis longtemps et avait un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Quelques jours avant les événements de RDP, son état se serait détérioré (cessation de sa médication). Une intervention d'urgence est survenue au cours de laquelle il a été transporté dans un centre hospitalier de la métropole (il sent de la fumée dans son appartement, croit s'être fait voler et fait ensuite des incantations dans la rue), puis transféré vers l'hôpital où il était suivi en psychiatrie. À l'urgence, il est alors examiné par un médecin qui demande une évaluation psychiatrique. Le psychiatre qui le voit voudrait l'hospitaliser mais juge qu'il ne présente pas de danger en raison de son état mental. Vis-à-vis le refus de soins, Monsieur Bédard reçoit son congé sur le champ. Dans cette enquête, des experts ont soutenu que M. Bédard représentait un danger en raison de son état mental et qu'il aurait dû être placé sous garde.

D'entrée de jeu, la coroner adopte une posture qui donne le ton :

J'ai dû m'interroger sur les causes profondes qui ont conduit monsieur Bédard à RDP, alors que la place d'une personne atteinte de schizophrénie en état de crise n'est pas dans un établissement de détention¹⁰³.

Ainsi, dès le départ, se pose pour elle le problème de la judiciarisation des événements. Essentiellement, elle identifie « trois niveaux d'intervention où la prise en charge n'a pas été efficace : 1) la mise en application de la *Loi P-38.001*, 2) les ordonnances d'expertise des tribunaux relatives aux troubles mentaux (C.Cr. 672.11 (a) et 672.13) et 3) l'organisation des soins de santé en établissement de détention »¹⁰⁴. Dans ses principales recommandations, la coroner interpelle les ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Sécurité publique et de la Justice afin que la *Loi P-38.001* soit mise en application (désignation des CIC opérationnels 24/7) pour empêcher notamment la judiciarisation des « actes et comportements des personnes atteintes de maladies mentales dont la schizophrénie » (p. iii). Elle recommande que la définition du « danger grave et immédiat » soit précisée. Elle rappelle aux intervenants du milieu judiciaire de mettre en application *l'Arrêté ministériel* pour éviter que tous les prévenus sous ordonnance d'expertise psychiatrique pendant les procédures judiciaires se retrouvent à RDP, mais puissent aussi être orientés vers l'un ou l'autre des hôpitaux désignés. Enfin, la coroner recommande la révision et la mise en application du protocole interministériel de 1989 sur les services de santé et les services sociaux pour les personnes contrevenantes.

Mais ce rapport nous intéresse plus spécifiquement en raison du rôle qu'il joue dans le processus d'application de l'article 8 à Montréal. Dans ce rapport, la coroner recommandait l'accroissement des activités de l'UPS-J au Palais de justice de Montréal « afin que ce dernier prenne en charge les dossiers des prévenus visés par une ordonnance d'évaluation en vertu de l'article 672.11 (a) *c.cr.* »¹⁰⁵. S'il faut bien comprendre qu'il s'agit du volet d'intervention de l'UPS-J à la cour, dans la suite des événements, cet aspect limité du mandat n'est pas repris. On se réfère plutôt à la recommandation du coroner d'élargir le territoire d'application du mandat initial de l'UPS-J. Si

¹⁰³ Bureau du coroner, Rapport d'enquête du coroner sur les causes et circonstances du décès de M. Brian Bédard survenu à Montréal, le 27 avril 2000, dossier 105909, p.ii

¹⁰⁴ *Idem*

¹⁰⁵ *Idem*, p.33.

cette idée d'extension semble vite avoir été reprise par le milieu pénal montréalais (judiciaire, correctionnel et policier), elle a d'abord été rejetée par la Régie régionale¹⁰⁶. Pour son représentant au Consortium, aussi responsable du Comité régional d'implantation de la *Loi P-38.001*, l'objectif de la Régie n'était pas d'élargir le territoire de l'UPS-J mais de « consolider l'UPS-J telle qu'elle existe actuellement, puis d'actualiser l'application de la *Loi C-75*¹⁰⁷ par un financement adéquat des centres de crise »¹⁰⁸.

Le représentant du SPVM ne partage pas cette position. Il souligne qu'on doit avoir une approche « proactive » avec la « clientèle psychiatrie-justice » qui ne sera pas desservie par les CIC. On voit sans doute ici se profiler une position plus nettement en faveur de l'UPS-J de la part de la police dans le dossier de la désignation. On doit rappeler qu'en décembre 2000, la Régie régionale défend toujours l'hypothèse de la désignation des CIC alors que la police montre, ici, des réserves. Il faut aussi observer que les représentants au Consortium sont, pour plusieurs, parmi les mêmes que ceux au Comité régional d'implantation. Ce ne sera qu'au printemps 2001 que l'idée de l'extension sera défendue par l'UPS-J et la Régie régionale¹⁰⁹. À cette rencontre d'avril 2001 du Consortium, les suites à donner aux recommandations du coroner sont à l'ordre du jour¹¹⁰. On énonce des conditions, notamment l'allocation d'un budget récurrent et l'implication de tous les partenaires. Le CLSC des Faubourgs avec la Régie régionale prépare alors une recommandation conjointe pour l'élargissement du territoire de l'UPS-J à l'ensemble de l'Île de Montréal qui s'appuie sur les conclusions de ce rapport du coroner. À cette date, on connaît la position du MSSS à l'effet qu'il n'y aura pas de budget pour le projet de désignation des CIC. Le CLSC espère donner suite à la recommandation du coroner. Toutefois, on en parle en termes d'« accroissement des activités de l'UPS-J ou son élargissement géographique à des secteurs de l'Île non encore desservis », soulignant du même souffle qu'il supposera un accroissement des budgets de la part de la Régie régionale¹¹¹. À ce moment, le plan B de la désignation est en route depuis un moment, mais comporte, pour l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal, un financement pour le seul mandat rattaché à l'application de l'article 8 de la loi et non pour l'application du mandat initial tel que semblait le souhaiter le CLSC des Faubourgs. En somme, le rapport semble avoir contribué à consolider les souhaits de trois acteurs institutionnels : 1) la police, pour mettre de l'avant sa préférence envers UPS-J dans le dossier de désignation; 2) le CLSC, pour tenter d'étendre son mandat initial à toute l'Île de Montréal et ainsi consolider son service; 3) la Régie régionale, pour soumettre une demande de financement de l'UPS-J et défendre son plan B de désignation.

3.5.3 Le Forum Action Autonomie — printemps 2001

Au printemps 2001, un Forum sur la garde en établissement est organisé par Action Autonomie, le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, pour faire le point sur la

¹⁰⁶ Consortium de l'UPS-J, Compte rendu de la 27e réunion, 13 décembre 2000, p.2

¹⁰⁷ Référence au numéro du projet de loi.

¹⁰⁸ Consortium de l'UPS-J, *Compte rendu...*, p.2

¹⁰⁹ Consortium de l'UPS-J, Compte rendu de la 28e réunion, 18 avril 2001.

¹¹⁰ *Idem*

¹¹¹ CLSC des Faubourgs, Directeur général, Correspondance au Coroner en chef, 17 mai 2001, recommandation 2.2 de la page 33.

mise en application de la loi depuis son entrée en vigueur et pour dégager des pistes d'action¹¹². Pour ce faire, l'organisme a réalisé une étude en différents volets (recensement des ordonnances de garde émises en 1999, tournée des cafés-rencontres et des ressources alternatives en santé mentale pour prendre le pouls du milieu, entrevue avec des personnes mises sous garde entre le 1^{er} juin 1998 et avril 2001). Selon la recherche effectuée au Palais de Justice de Montréal par Action autonomie, on chiffre à 1 619 le nombre de requête pour garde en établissement (provisoire, autorisée, renouvellement) dont 1 522 ont été accordées pour l'année 1999 réparties comme suit : 269 gardes provisoires pour évaluation psychiatrique, 1 085 gardes autorisées et 168 renouvellements de garde; ce qui n'inclut pas le nombre de gardes préventives puisque les données n'ont pas été accessibles¹¹³. Pour l'organisme, considérant l'intention du législateur, le nombre de gardes aurait dû être moins élevé comparativement aux données de l'étude de 1996. On énonce donc un constat d'échec dans l'application de la nouvelle loi. Sur la dangerosité, on dira : « Le contrôle des personnes psychiatisées semble plus souvent qu'autrement être la raison pour laquelle les personnes sont mises sous garde ». Le bilan du Forum fait également état de non-respect du délai de 72 heures, entre le moment de l'arrivée à l'hôpital et l'ordonnance de garde d'un tribunal. Sur le rapport avec la police, on dénonce la brutalité dont les personnes seraient victimes et le non-respect de leur droit d'être informées. D'autres aspects de la loi ne seraient pas appliqués dont l'obligation de signifier aux personnes qu'un juge va rendre une décision les concernant. On signale également des problèmes relatifs à la transmission de la preuve, au délai accordé à la personne pour préparer la contestation, trouver un avocat, etc. Peu d'individus contesteraient leur mise sous garde (244/1 619 en 1999). La durée des auditions serait en moyenne de 5,7 minutes.

On recommande que la loi soit utilisée comme exception seulement et que le *malade soit protégé contre la psychiatrie*. On souhaite que se vivent les moments de crise sans perte de liberté, sans violence et dans la dignité. Les principales critiques formulées quant à la notion de dangerosité demeurent le questionnement face à la fonction de cette loi, un objet de contrôle social ou un objet de protection et de réponse aux besoins de ces personnes :

Enfin, les questions relatives à la dangerosité demeurent entières. [...] nous avons la même interrogation qu'en 1996 à savoir si l'objet de cette loi est vraiment la protection des personnes dites dangereuses ou bien un outil de contrôle social à l'intérieur d'un

¹¹² Action Autonomie, Le Collectif pour la défense des droits en santé mentale de Montréal, Des citoyennes et citoyens à part entière : pour la dignité et le respect des droits en santé mentale, Bilan du forum régional sur la garde en établissement, 11 mai 2001.

¹¹³ Les données de cette étude sont présentées de façon plus détaillée dans le document : Action autonomie, *Pour la santé mentale. Une loi de contrôle social. Constat de l'application de la Loi...*, Loi c-75., sans date, non paginé, de même que dans le document Action autonomie, *Quand la liberté ne tient qu'à... Loi...*, Étude de l'application de la Loi. Région de Montréal 1999, avril 2001, 44 p. Les données que nous avons obtenues de la Cour du Québec, Chambre civile ne concordent pas avec celles présentées dans l'étude d'Action autonomie. Dans le rapport que l'organisme vient de publier pour l'année 2004, *Des libertés bien fragiles. Étude sur l'application de la Loi P-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes et pour autrui*, District de Montréal 2004, mai 2005, on avance deux explications possibles des variations dans le nombre de requêtes : p. 15. En résumé, les données que nous avons obtenues de la Cour du Québec, Chambre civile pour les années 1997 à 2003, sont : total de requêtes pour examen psychiatrie, de garde pour « cure fermée » et de renouvellement de garde pour l'année 1997, **1722**; 1998, **1775**; 1999, **1709**; 2000, **1848**; 2001, **2057**; 2002, **2136**; 2003, **2212**. Alors que plusieurs inconnus demeurent, on peut observer un accroissement en nombre absolu de requêtes depuis 1997 à Montréal. La tendance semble être la même pour l'ensemble de la province : 1997, **3896**; 1998, **3914**; 1999, **4056**; 2000, **4504**; 2001, **4785**; 2002, **5006**; 2003, **5086**.

système de santé où les ressources se font rares et où les façons de faire, entre autres celles de la psychiatrie, ne répondent pas aux besoins des personnes¹¹⁴.

3.5.4 La publication de l'avis du Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ)¹¹⁵ –juin 2001

En juin 2001, le CSMQ publie un *Avis* sur l'article 8 de la loi et signale plusieurs difficultés d'application dans les différentes régions du Québec. Le constat majeur est à l'effet que les conditions préalables à l'application de la loi ne sont toujours pas actualisées, à savoir l'organisation des services d'intervention de crise et le développement d'un réseau intégré de services incluant l'arrimage avec les policiers. Le manque de ressources financières et humaines a constitué un obstacle important à la mise en application de la loi. Dans certaines régions, les services d'intervention de crise sont inexistantes ou peu développés. Plusieurs régions régionales n'ont pas les budgets suffisants pour développer ou soutenir la consolidation des services de crise (recrutement de personnel, conditions de travail acceptables, réaménagement des services, formation, etc.) avec pour conséquence des désignations qui n'ont pas encore eu lieu. L'organisation des services de crise pose également des difficultés liées au fait de rendre les services opérationnels 24/7 (horaires de travail, disponibilité, liste de rappel, etc.). Les modèles d'arrimage entre la police et les services d'intervention d'urgence présentent plusieurs difficultés (interprétations variables de la loi, modes de fonctionnement de la police sont peu connus des intervenants et des personnes qui sont l'objet de ces mesures, ce qui rend difficile un travail de mise en commun, etc.). Par exemple, le Comité rapporte la position du SPVM (à l'époque SPCUM) sur l'article 8 à l'effet que le policier a le mandat de transporter la personne avec ou sans la collaboration des services d'intervention en situation de crise. Le rapport au temps qui diffère entre l'intervention psychosociale et policière génère des tensions entre les deux groupes d'intervenants. Pour les uns, le face-à-face pour tenter de désamorcer la crise, rechercher la collaboration et prévenir le recours à l'hospitalisation involontaire nécessite du temps pour l'écoute, la conciliation, etc; pour les autres, il faut limiter le temps d'intervention pour reprendre rapidement sa disponibilité et assurer ses fonctions de maintien de l'ordre. Le Comité identifie quatre moments où la dimension temporelle joue de façon spécifique dans l'application de l'article 8 : 1) la mise en contact et le déplacement des intervenants sur les lieux de la crise, 2) l'évaluation et l'intervention de crise, 3) l'acheminement de la personne vers un centre hospitalier, 4) la prise en charge de la personne par l'établissement. Sur la notion de prise en charge, des interprétations différentes de la loi par la police et le milieu hospitalier est source de conflit. Selon le texte de la loi, l'établissement est tenu de procéder à la prise en charge de la personne dès son arrivée, ce qui correspondrait au moment du triage. Or, la norme serait davantage celle du « diagnostic » du médecin, ce qui aurait pour conséquence d'allonger considérablement l'intervention policière dans l'application de l'article 8. Sur la formation, les principales remarques du comité sont à l'effet que 1) des interprétations différentes de la loi ont pu circuler puisque les sessions de formation ont été offertes par une diversité de formateurs; 2) les professionnels de terrain ne sont pas toujours ceux qui ont bénéficié de la formation.

¹¹⁴ Action Autonomie, *Quand la liberté ne tient qu'à... Loi..., Étude de l'application de la Loi. Région de Montréal 1999*, avril 2001, p. 37.

¹¹⁵ Comité de la santé mentale du Québec, *Avis concernant l'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*, Québec, juin 2001.

Quelques enjeux sont identifiés, soit : la disponibilité d'équipes compétentes en intervention de crise, le temps de mobilisation des policiers, et le déplacement des intervenants sur les lieux. Par ailleurs, le comité souligne deux impacts possibles de l'incapacité du milieu de la santé à répondre rapidement aux situations de crise : c'est-à-dire la demande d'évaluations téléphoniques par les policiers; et l'arrestation de la personne.

Le CSMQ formule plusieurs recommandations. D'abord, que le MSSS et les Régies régionales fassent les efforts qui s'imposent pour compléter et consolider les services d'intervention de crise. Pour ce faire, la question du financement de l'application de la loi est centrale. L'injonction de fonds devra notamment « offrir à une main d'œuvre qualifiée des conditions salariales et de travail qui correspondent à son niveau d'expertise et au caractère particulier de ses conditions de travail [...] » (p. 11). Concernant le travail de collaboration entre la police et les intervenants des services de crise, le Comité recommande l'élaboration d'un code de conduite dans lequel les rôles et les responsabilités des uns et des autres sont clairs et respectent la dignité et de la réputation des personnes. « Pour réduire le temps de mobilisation des policiers », le Comité recommande, entre autres, de s'assurer qu'un nombre suffisant d'intervenants de crise soit disponible, d'appliquer strictement les modalités de prise en charge formulées dans le texte de loi lors d'une orientation vers l'hôpital, l'établissement des protocoles d'ententes claires à ce sujet entre ces partenaires étant un moyen d'y parvenir. Sur le plan de la formation, des principes organisateurs sont énoncés dont : l'offre de sessions de formation distinctes concernant respectivement la *L.R.Q.c.P-38.001* et l'intervention de crise; l'organisation des formations sur une base locale et pour l'ensemble des acteurs des différents secteurs, santé et policiers, public et communautaire. Plus spécialement, le Comité recommande au MSSS et au MSP d'élaborer une formation conjointe pour les intervenants plus directement impliqués dans l'application de l'article 8 (patrouilleurs, intervenants des services de crise, conseillers en défense de droits, médecins, urgentologues). Le souci de favoriser une vision commune constitue un objectif important. Enfin, considérant l'importance des problèmes identifiés et des enjeux associés à sa mise en application, le Comité formule des recommandations spécifiques sur le suivi de l'application de la loi, notamment la mise sur pied du Comité de suivi de la loi ainsi qu'un rapport distinct du Protecteur des usagers du MSSS sur l'état d'application de la loi.

Par rapport aux recommandations du CSMQ à Montréal, nous pouvons dégager les observations suivantes. Les formations n'ont pas été élaborées selon les recommandations de l'avis. L'UPS-J a élaboré une formation pour la police alors que le comité outil en a élaboré une autre pour les intervenants désignés. Ces formations n'ont pas prévu l'intégration des médecins et conseillers en défense des droits. Des ententes entre police et UPS-J existent, mais non entre la police et les nouveaux intervenants désignés (volet A de la désignation). Ceci dit, des différends existent toujours entre la police et l'UPS-J, notamment sur l'interprétation de l'article 8 : les policiers peuvent-ils ou doivent-ils avoir recours aux intervenants désignés (UPS-J) et de qui relève la décision ? Le problème des prises en charge à l'urgence perdure et constitue un des aspects figurant sur la demande de réforme de la loi du « comité du bilan de l'application de la loi à Montréal » en préparation depuis janvier 2005. Sur la réduction du temps d'attente des policiers sur le terrain, il s'agit d'un problème non résolu. Ceci dit, les analyses quantitatives tendent à montrer qu'il y a peu de déplacements de l'UPS-J. Finalement, il n'y a pas eu nommément de comité de suivi de l'application de la loi mis en place à Montréal au cours de la période de la recherche, dont les observations se sont terminées en mars 2005, quoique le comité outil jouait en partie ce rôle.

3.6 Conclusion

Au cours de ces trois premières années, quelques constats peuvent être énoncés. On voit se mettre en place une manière de travailler, caractérisée par la participation des nombreux acteurs du milieu dans le processus d'échanges pour la mise en place des dispositifs concernant l'application de la loi. Dans ce processus, la Régie régionale de Montréal-Centre joue un rôle de leader. On s'engage dans des efforts de définition des rôles, d'identification des difficultés anticipées, des ententes à développer. On constate également un travail de spécialisation au fur et à mesure de l'avancement du processus, notamment autour du travail des sous-comités. À travers les efforts d'élaboration de formations, de certains outils (grille d'évaluation de la dangerosité, fiche de liaison), d'une stratégie d'intervention commune, de la recherche d'un langage commun, etc., se profile le besoin continuellement réaffirmé d'uniformisation, de standardisation des pratiques et ce, même si on reconnaît la nécessité d'adapter la formation aux différents publics par exemple (policiers, intervenants désignés).

Sur la question de la désignation comme telle, on peut sans doute voir se mettre en place deux lectures de la loi fondées sur des priorités différentes, l'une plus « restrictive » et qui sera davantage élaborée dans la seconde partie du processus d'implantation de l'article 8 (le projet de l'UPS-J dans le chapitre suivant) et l'autre plus « globale », correspondant davantage au projet des CIC. En effet, le projet proposé par les CIC est fondé sur les priorités du MSSS inscrites dans les PROS de développer et consolider les services de crise en santé mentale, priorités qui ont été réaffirmées dans la Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998¹¹⁶. Dans ce projet des CIC, la référence continue aux objectifs de développement et de consolidation des services de crise en santé mentale de même que le budget demandé souligne que ce projet s'inscrivait dans une conception large de la *Loi P-38.001*. Et cette posture sera d'ailleurs invoquée par la Régie régionale pour justifier plus ou moins ouvertement l'abandon du scénario des CIC, en laissant entendre que le budget soumis dépassait le besoin. C'est en juin 2001 que le Regroupement des CIC réfute les arguments de la Régie pour justifier l'abandon du projet, notamment celui sur la rigidité des CIC quant au budget demandé. Dans ses effets, la *Loi P-38.001* constitue une occasion d'alliances (qui se font et se défont) entre les ressources communautaires et la Régie régionale pour accroître la reconnaissance des premières (à travers l'attribution du mandat P-38.001) et la réalisation des priorités de la seconde, en principe à moindres coûts¹¹⁷.

La lettre de la sous-ministre de la Santé et des Services sociaux du 26 mai 1998 constitue le point d'entrée pour comprendre le travail effectué au cours de ces trois premières années de mise en place des dispositifs, notamment l'élaboration du scénario désignant les centres de crise pour assumer le mandat régional (ou général, selon les documents). En effet, la sous-ministre situait, dès le début du processus, les services de crise au cœur de l'application de la *Loi* en rappelant que leur développement et leur consolidation étaient déjà ciblés comme une priorité ministérielle¹¹⁸. L'entrée en vigueur de la loi apparaît comme une impulsion supplémentaire pour concrétiser ces

¹¹⁶ MSSS, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998*, Québec, 46 p. Dans ce plan, l'intervention en situation de crise disponible en tout temps représente un des huit types de services identifiés pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves et persistants, (voir p.20).

¹¹⁷ Malgré le budget de 3 millions des CIC, le même projet dans le réseau institutionnel coûterait certainement beaucoup plus cher.

priorités. Le fait que nous n'ayons pas retrouvé trace de débat sur qui devait être désigné à Montréal, sauf à compter d'avril 2001 lorsqu'il est devenu clair que l'argent ne serait pas au rendez-vous pour consolider les services de crise, pourrait signifier que cette hypothèse de travail allait de soi ou encore qu'elle n'a pas été remise en cause publiquement¹¹⁹. Par ailleurs, cette association faite par la direction du MSSS entre l'application de la *Loi P-38.001* et le développement et la consolidation des services de santé mentale pourrait être à l'origine de ce qui est apparu à plusieurs comme une confusion dans les travaux devant mener à l'application de la loi. Par exemple, qu'il y avait des points de jonction certes entre la *Loi P-38.001* et les services de santé mentale, mais qu'il y avait aussi d'autres points de jonction avec d'autres services qui devaient être interpellés tels que ceux qui s'occupent des problématiques d'adaptation sociale, de la toxicomanie, de l'itinérance et du vieillissement de la population.

Si la *Loi P-38.001* et plus spécifiquement l'article 8 ne crée pas, à proprement parler, de nouvelles catégories d'intervenants — la Politique de santé mentale se réfère aux « services d'intervention en situation de crise »¹²⁰, c'est plutôt un nouveau champ d'action qu'elle délimite et organise en prescrivant à différents acteurs de travailler en collaboration d'une part, et en définissant des activités qui devront être menées, d'autre part. Or, parmi ces activités, certaines sont familières à la pratique des intervenants de services d'aide en situation de crise, d'autres, moins (l'estimation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental). À la différence de la police où la question de la désignation d'agents ne s'est pas posée¹²¹, dans le cas des services de santé mentale, cette question a été au cœur du processus d'application de la *Loi P-38.001* : l'application de l'article 8 pour le milieu de la santé mentale a été définie comme une intervention « spécialisée ».¹²² Cet aspect du processus tend certainement à démontrer que ce champ d'action, du moins pour le volet du travail des intervenants de crise, est conçu comme un champ de pratique restreint. Est-ce parce qu'on suppose une expertise particulière que tous les intervenants en situation de crise ne peuvent acquérir ? est-ce le volume qui ne nécessite pas qu'on forme tout le monde ? est-ce une question de financement de la formation ? est-ce le caractère limite de la loi qui commande cette restriction pour éviter les bavures ?

¹¹⁸ Dans le plan d'action de 1998, les services de crise sont identifiés comme services devant appuyer l'application de la *Loi P-38.001*. MSSS, *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale, Gouvernement du Québec*, p.20. Il en est de même dans le document de consultation de 1997 « L'accès à un service de crise doit être assuré dans chaque région du Québec vingt-quatre heures par jour et sept jours par semaine. Ces services sont essentiels pour que les mesures d'exception prévues dans la loi sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale ne soient effectivement utilisées que dans des cas d'exception. » MSSS, *Orientation pour la transformation des services de santé mentale. Document de consultation. Gouvernement du Québec, avril 1997*, p. 24.

¹¹⁹ À Montréal, on a vu que les groupes d'intervention de crise du RRASMQ préféraient obtenir le mandat, malgré d'importantes réserves, plutôt que de voir les centres hospitaliers en hériter. Compte-rendu de la rencontre du 27 janvier 1999.

¹²⁰ MSSS, *Politique de santé mentale, Gouvernement du Québec*, 1989, p.42

¹²¹ Seule la question de la formation d'agent-pivot pour soutenir les collègues est survenue (entrevue avec des représentants du SPVM, observation de la formation d'agents du SPVM à la *Loi P-38.001*).

¹²² Régie régionale de Montréal-Centre, Chef des services de santé mentale et déficience intellectuelle, Mandat de désignation pour l'application de l'article 8 de la *Loi 38.001*, correspondance aux directeurs et directrices des CHSGS ayant un département de psychiatrie et des CHSP, CLSC, centres de crise, Centre Dollard-Cormier, 30 décembre 2003.

CHAPITRE 4
MISE EN APPLICATION DE L'ARTICLE 8 — 2^E PARTIE :
DE LA DÉSIGNATION DE L'UPS-J À LA RELANCE DE LA DÉSIGNATION D'AUTRES ACTEURS

Après l'abandon du projet de désignation des CIC au printemps 2001, le processus de mise en application de la loi entre dans une nouvelle phase. Il mobilise, une fois de plus, plusieurs acteurs-clés du milieu autour d'activités similaires à l'étape précédente : élaboration d'un modèle d'intervention (cette fois-ci celui de l'UPS-J), relance du processus de désignation pour les « clientèles connues et en présence », formation des intervenants désignés et de la police, élaboration d'outils (grille d'évaluation de la dangerosité, fiche de liaison, etc.), etc. Au cours de cette étape, la mobilisation s'organise également autour d'activités nouvelles liées spécifiquement au déploiement (l'offre de service) du nouveau mandat de l'UPS-J sur les territoires non-couverts jusqu'à ce jour par ce service.

Dans la description du processus d'application de la loi, il est important de savoir que depuis son adoption, l'identification et la désignation des intervenants de services d'aide en situation de crise ont toujours comporté à Montréal plus ou moins clairement deux volets : 1) l'un pour les clientèles « connues et en présence » qu'on a appelé « volet A », « volet ou mandat spécifique » ou encore « volet limité » et qui ciblait des intervenants des services du réseau de la santé (CH, CLSC, Institut Philippe-Pinel, Centre Dollard-Cormier); 2) l'autre pour tous les autres types de situations, qu'on a désigné par « volet B », « volet ou mandat général », ou encore « mandat régional » (celui pour lequel l'UPS-J a été mandatée)¹²³.

L'un et l'autre de ces volets n'ont pas la même importance au fil des événements et, ce qui les distingue n'est pas toujours clair. Pendant l'étape précédente, le découpage mandat spécifique/mandat général était peu présent. Par exemple, il n'était pas question de cette distinction dans le projet-pilote de formation, laissant supposer que la même formation était nécessaire pour les uns et pour les autres. Ce découpage apparaît plus nettement à certains moments : l'élaboration d'un plan B de désignation après l'abandon du projet des CIC, l'officialisation de la désignation de l'UPS-J par la Régie régionale, la relance du processus de la désignation du mandat spécifique à l'automne 2003 et les travaux du comité-outil débutant en février 2004.

Cette phase survient dans un contexte marqué par des changements majeurs des porteurs de dossier : arrivée en poste d'un nouveau responsable des programmes spécifiques au CLSC des Faubourgs dont celui de l'UPS-J en avril 2001; arrivée en poste d'un nouveau conseiller dans le dossier santé mentale à la Régie régionale au moment où le MSSS annonçait qu'il ne fournirait pas de fonds supplémentaires à la région de Montréal-Centre. Au MSSS, une nouvelle figure hérite également du dossier de la mise en application de la *Loi P-38.001*¹²⁴. En mars 2003, le chef des services de santé mentale est remplacé. À l'UPS-J, un intervenant-clé impliqué dans la révision de la nouvelle plate-forme informatique, dans l'élaboration de la formation pour les

¹²³ Pour faciliter la compréhension du texte, nous utiliserons les termes « mandat spécifique » et « mandat général ».

¹²⁴ Consortium de l'UPS-J, réunion du 13 novembre 2001, notes d'observation.

policiers et dans le comité interne de l'UPS-J sur l'élaboration d'une grille de dangerosité, quitte également en janvier 2004¹²⁵.

Cette étape suit l'abandon du 1^{er} scénario de l'application de l'article 8 à Montréal. Elle est marquée par plusieurs activités et travaux. Nous les avons découpés en quatre phases:

- 1) l'acte de désignation officielle du CLSC des Faubourgs et de son équipe de l'UPS-J dans le cadre du mandat général (avec l'entérinement des décisions par les CA du CLSC et de la Régie) et qui désigne simultanément les autres établissements ou organismes du réseau de la santé¹²⁶;
- 2) le processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J (comité d'implantation, élaboration d'un cadre de référence, activités de formation — formation sur mesure pour les policiers du SPVM; recrutement, changement de plate forme informatique, etc.);
- 3) le déploiement du mandat P-38.001 sur l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal;
- 4) la réactivation de la désignation d'intervenants pour le mandat spécifique avec la mise sur pied du comité-outil pour l'élaboration d'une grille d'estimation de la dangerosité, d'une fiche de liaison, d'une formation standardisée des intervenants désignés — mandat spécifique.

4.1 Première phase : l'acte de désignation — un processus d'entérinement de décisions par les instances et mise en place des conditions transitoires

La désignation des intervenants des services d'aide en situation de crise est une obligation confiée aux régies régionales par le MSSS. La désignation revêt donc un caractère légal. Après l'abandon du scénario de la désignation des CIC, l'imputabilité du service désigné et les dimensions légales associées au mandat sont plus présentes dans la littérature.

Le 14 juin 2001¹²⁷, la Régie régionale désigne le CLSC des Faubourgs pour offrir les services en situation d'urgence dans le cadre de l'article 8 de la *Loi* P-38.001. Suite à l'entrée en vigueur de la loi le 1^{er} juin 1998, elle en souligne le caractère exceptionnel, soit que c'est la seule qui prive une personne de sa liberté sans qu'elle n'ait commis d'infraction. L'article 8 de la loi « crée une nouvelle catégorie d'intervenants » appelés à travailler en collaboration avec les agents de la paix pour l'estimation de la dangerosité, désamorcer la crise et décider de l'orientation de la personne. Le service d'intervention de crise doit fournir une disponibilité de 24 h/jour, 7 jours/semaine et assurer une présence sur les lieux de l'événement en moins de 20 minutes. Pour se conformer à la loi, la désignation est définie comme une prescription légale, impliquant l'imputabilité du service et son arrimage avec le réseau.

Dans cette missive, on souligne l'expertise du CLSC des Faubourg et de son équipe de l'UPS-J en psychiatrie-justice. On y définit aussi certains aspects de l'implantation. Elle sera progressive et s'étalera sur une période de deux ans. Les conditions préalables pour réaliser cette désignation sont les suivantes : 1) budget de consolidation de l'actuelle équipe, 2) budget de développement pour couvrir l'ensemble de l'île de Montréal, 3) accord des membres du comité d'implantation, 4) reconnaissance des autres partenaires en santé mentale, 5) adhésion des agents de la paix au

¹²⁵ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la rencontre du 20 janvier 2004.

¹²⁶ Mais dans leur cas, sans qu'il y ait entérinement à cette étape.

¹²⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Désignation dans le cadre de l'article 8 de la *Loi* 38.001, correspondance au Président du C.A. du CLSC des Faubourgs, 14 juin 2001.

projet, 6) modalités d'élargissement à définir avec l'UPS-J. Au plan du budget, sur un total de \$ 700 000, on établit les nécessités suivantes : salaire de sept postes temps complet, \$ 595 000, fonctionnement, \$ 105 000. Le financement devra s'effectuer à partir des sommes disponibles pour les services de base en CLSC. On note que la première phase pourrait être mise en place de façon rapide puisqu'elle s'inscrit en continuum avec le service actuel de l'UPS-J (mandat initial de la déjudiciarisation en santé mentale). Elle élargit l'équipe actuelle de façon à couvrir les territoires CLSC Petite Patrie, Parc extension, Côte des Neiges, Verdun, Montréal ouest, René Cassin et LaSalle¹²⁸.

Cette décision, d'abord transmise au CLSC des Faubourgs, est officialisée dans une lettre de la Régie régionale à « tous les partenaires en santé mentale de la région de Montréal-Centre¹²⁹ ».

Au Consortium de l'UPS-J du 20 juin 2001, la proposition de désignation de l'UPS-J est discutée. Le représentant de la Régie la présente comme une « alternative » au premier plan de désignation en raison de problème de budget. Il justifie également cette décision par l'imputabilité du service mandaté¹³⁰. L'UPS-J accepterait le mandat à condition que les membres du Consortium adhèrent au projet, que le budget soit récurrent, que les autres CLSC consentent puisque le financement du projet se ferait à même des fonds qui leur étaient destinés pour les services en santé mentale. À cette rencontre, les CIC, par la voie de leur représentant, expriment leur désaccord vis-à-vis de la décision de la Régie régionale¹³¹ : ils sont irrités par l'attitude de la haute direction de la Régie régionale et se sentent trahis. Ils reprochent notamment le fait que la Régie ait écarté du processus le comité régional d'implantation. De leur point de vue, par la désignation de l'UPS-J, la Régie favorise une approche réseau, « la machine », plutôt qu'une approche communautaire en intervention de crise. Ils soulignent que leur contre-proposition comportait un budget équivalent à celui calculé pour l'UPS-J et que l'UPS-J n'a pas travaillé à l'élaboration d'un modèle de service. Enfin, leur représentant rappelle l'intention du législateur de mettre l'accent sur la recherche du consentement, i.e. trouver d'autres options que la mesure d'exception. Faut-il comprendre dans son propos que cette approche ne serait pas favorisée par la désignation de l'UPS-J ou que les intervenants de ce service n'auraient pas les compétences requises ?

Le 26 juin 2001, le C.A. du CLSC des Faubourgs a donné son accord de principe pour le développement de services attendus par la Régie régionale en lien avec l'article 8 de la *Loi P-38.001* et a mandaté la direction générale pour travailler avec la Régie régionale sur les modalités d'implantation et la stabilisation du projet¹³². La Régie régionale renouvelle sa demande aux services de police de continuer à intervenir en vertu de leur pouvoir de maintien de la paix en

¹²⁸ *Idem*

¹²⁹ Régie régionale de Montréal-Centre, Directeur de la programmation et coordination, Désignation des services d'intervention de crise dans le cadre de l'article 8 de la *Loi 38.001*, correspondance à tous les partenaires en santé mentale de la région de Montréal-Centre, 18 juin 2001.

¹³⁰ Consortium de l'UPS-J, Compte-rendu de la réunion du 20 juin 2001. Le compte-rendu ne fait pas mention des critiques du représentant des CIC mais indique trois points sur lesquels il a émis des commentaires : le travail des CIC sur le projet de mise en œuvre de la loi depuis 1998, le choix « réseau » de la Régie et le dépôt d'une nouvelle proposition des CIC à la Régie régionale.

¹³¹ Consortium de l'UPS-J, réunion du 20 juin 2001, notes d'observation.

¹³² CLSC des Faubourgs, extrait du procès-verbal de la réunion régulière du CA tenue le 26 juin 2001, 28 juin 2001.

attendant que l'UPS-J soit pleinement opérationnelle¹³³, une demande acceptée par le SPVM en juin 2001¹³⁴. Le déclenchement des activités pour la mise en œuvre du nouveau mandat de l'UPS-J ou mandat général semble avoir été retardé par la lenteur d'une entente « tripartite » à survenir, responsable du déblocage des fonds¹³⁵.

C'est finalement en février 2002 que le CA de la Régie régionale de Montréal-Centre accepte la proposition de désignation du CLSC des Faubourgs et son équipe de l'UPS-J pour la mise en œuvre du mandat général¹³⁶. Les services attendus sont d'estimer le danger grave et immédiat, de désamorcer la crise et de tenter d'obtenir le consentement afin d'orienter la personne vers la ressource appropriée, (en cas contraire, de l'accompagner à l'urgence). On a estimé à 2 000 appels par année les situations d'intervention rattachées à l'article 8 pour l'UPS-J dans les divers territoires (Sud-ouest, Centre Ouest et Centre Est pour les territoires déjà actifs et certains dans les territoires est et nord ouest et très peu dans les territoires de l'Ouest et du nord-est). Des précisions quant à la provenance des fonds sont fournies : il s'agit de réallocation de ressources financières provenant des Centres hospitaliers de soins psychiatriques (Douglas et Louis-H Lafontaine) et qui seront engagées pour le développement des services de base en santé mentale en CLSC, tel que le prévoyait le « Plan d'amélioration des services de santé mentale et des services sociaux 1998-2002, Le défi de l'accès », en juin 1998. Le nouveau mandat général de l'UPS-J peut y être associé et les objectifs poursuivis sont compatibles. Ainsi, les sommes disponibles sont de \$ 2 969 500, dont \$ 700 000 seront investies dans le projet de désignation de l'UPS-J, le reste des fonds allant aux autres CLSC. De plus, on ajoute un montant de \$ 120 000 récurrent, pour régler un problème de financement depuis l'ouverture du service. Le budget de l'UPS-J couvre les frais de déplacement, les frais administratifs et l'ajout de neuf postes de professionnels. La désignation comporte également un volet « évaluation ».

Dans cette proposition adoptée, on évoque le fait que d'autres services sont désignés pour mettre l'article 8 en application (volet A, mandat spécifique). Ce sont les CLSC, les hôpitaux ayant un département de psychiatrie, les Centres jeunesse, les centres en toxicomanie (à l'étude), les Centres de crise en santé mentale (à l'étude) qui sont désignés pour intervenir selon les pouvoirs confiés par la loi « lorsque les situations de crise se déroulent dans leurs locaux ou chez la clientèle connue d'eux »¹³⁷.

Le 27 mai 2002, le CLSC des Faubourgs obtient la confirmation de l'octroi des fonds suite à l'entente tripartite entre le MSSS, la Régie régionale de Montréal-Centre et les hôpitaux psychiatriques Douglas et Louis-H. Lafontaine, permettant une réallocation de fonds pour les

¹³³ Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, Prolongation de l'entente de service concernant l'application de l'article 8 de la Loi 38.001, projet de correspondance à la Direction de la gendarmerie, 12 juin 2001.

¹³⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Direction de la programmation et coordination, Désignation des services d'intervention de crise dans le cadre de l'article 8 de la loi 38.001, correspondance « à tous les partenaires en santé mentale de la région de Montréal-Centre », 18 juin 2001.

¹³⁵ Consortium de l'UPS-J, réunion du 13 novembre 2001, notes d'observation.

¹³⁶ Régie régionale Montréal-Centre, Le défi de l'accès 1998-2002. Continuum de services en santé mentale. Développement des services de base en santé mentale dans les CLSC de Montréal-Centre, adopté par le CA, 21 février 2002.

¹³⁷ *Idem*, p.12

services de base en CLSC¹³⁸. Entre la désignation de l'UPS-J en juin 2001, l'entérinement des décisions par les CA des institutions et l'obtention des octrois, il aura fallu une année complète.

4.2 Deuxième phase : le processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J

La désignation officielle de l'UPS-J (février 2002) déclenche le processus de mise en œuvre d'un plan d'implantation comportant une série d'activités. Pour l'UPS-J, les mois de mars, avril et mai 2002 sont intenses au plan des activités de « relance » auprès de leurs partenaires : environ 40 organismes communautaires sont visités ainsi que huit PDQ, ce qui, en raison des différents quarts de travail, représente une quarantaine de rencontres¹³⁹. En mai, l'argent est versé au CLSC des Faubourgs pour le mandat P-38.001 et la consolidation du service¹⁴⁰. À l'été 2002¹⁴¹, on fixe les étapes du plan selon les activités associées, les échéances et les responsabilités : contacts individuels préliminaires (Régie, CLSC), implication de l'équipe actuelle d'intervenants au départ de l'opération, élaboration d'un cheminement critique définitif pour l'implantation des activités, contacts préliminaires avec les partenaires, constitution d'un comité d'implantation, collecte d'information préalable, rencontres régulières du comité d'implantation, conception d'un modèle de services, consultation et information sur le modèle retenu, adoption du modèle de service, élaboration et adoption des prévisions budgétaires, adoption des protocoles avec les instances et organismes appropriés, embauche du personnel supplémentaire, formation du personnel, confection des unités de mesure et collecte de données, établissement du lien avec l'activité d'évaluation souhaitée par la Régie régionale, évaluation de l'implantation du projet par le consultant.

À cette étape du processus, on prévoit la mise en marche du service sur les nouveaux territoires en mars 2003. Les DG de tous les CLSC sont invités à collaborer avec l'UPS-J¹⁴². En date du 1^{er} octobre 2002, les étapes suivantes ont été franchies¹⁴³. Un consultant engagé par le CLSC des Faubourgs est en poste et est chargé du processus d'implantation depuis mai 2002¹⁴⁴. Deux personnes ont été consultées individuellement pour le démarrage du processus : un représentant des services de santé mentale de la Régie régionale de même qu'un représentant des CLSC. Différents acteurs ont été invités à participer à un comité d'implantation présidé par le responsable du programme de l'UPS-J et secondé par le consultant. Treize personnes ont accepté

¹³⁸ Régie régionale de Montréal-Centre, Directeur des immobilisations et finances, Services de base en santé mentale - budget de développement..., correspondance au DG du CLSC des Faubourgs, 27 mars 2002.

¹³⁹ Consortium de l'UPS-J, réunion du 21 mai 2002, notes d'observation. À cette occasion, on souligne que les policiers des PDQ visités sont très jeunes, i.e. moins de 5 ans d'expérience.

¹⁴⁰ *Idem*

¹⁴¹ Nous avons retracé trois versions du plan d'implantation : CLSC des Faubourgs, Le plan d'action pour la mise en place des nouvelles fonctions de l'UPS-J relatives à la Loi 38.001. Les activités à planifier, juin 2002, 7 p.; Le plan d'action pour la mise en place des nouvelles fonctions de l'UPS-J relatives à la Loi 38.001. Cheminement critique. Les activités, les responsabilités et les échéances, juin 2002, 9 p.; Le plan d'action pour la mise en place des nouvelles fonctions de l'UPS-J relatives à la Loi 38.001. Cheminement critique. Les activités, les responsabilités et les échéances, juillet 2002, 9 p.

¹⁴² CLSC des Faubourgs, Chef de l'administration des programmes spécifiques, Élargissement du mandat de l'équipe UPS-J, correspondance aux DG des CLSC de la région de Montréal, 17 juillet 2002.

¹⁴³ Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs, La mise en place des nouvelles fonctions de l'UPS-J relatives à la Loi 38.001, Les étapes franchies au 1er octobre 2002 et les échéances-clé, 25 septembre. 2002.

¹⁴⁴ Le consultant fera le lien entre le comité d'implantation, l'équipe d'intervenants de l'UPS-J et le Consortium (présence à la rencontre du 18 novembre 2002).

d’y participer¹⁴⁵ : sept représentants du secteur de la santé physique et mentale (1 corporation d’urgence, 2 CLSC, 1 hôpital, 2 de UPS-J, 1 Régie régionale); trois représentants du secteur communautaire d’intervention (2 centres de crise, 1 organisme de défense des droits); deux représentants du secteur académique pour la recherche (Université de Montréal et UQAM); un représentant de la police.

Le comité d’implantation a pour mandat de « conseiller les responsables du CLSC des Faubourgs tout au long du processus de mise en œuvre de ces nouvelles fonctions »¹⁴⁶. De façon plus spécifique, les membres du comité sont invités à se prononcer sur plusieurs éléments de mise en place de ces nouvelles fonctions. Mais essentiellement, il s’agit d’un rôle « conseil » qui est attendu du comité. Ainsi, on attend leurs commentaires et suggestions sur le plan d’implantation, le modèle de services et les modalités organisationnelles, la stratégie d’une implantation, les activités prioritaires des premiers mois, la collaboration à établir avec les tables de concertation en santé mentale et autres interlocuteurs concernés, la diffusion de l’information concernant le nouveau mandat de l’UPS-J et le niveau de formation à prévoir. Enfin, on attend leur participation à l’évaluation du processus d’implantation. Au total, le comité d’implantation du CLSC des Faubourgs s’est réuni à trois reprises : le 2 octobre 2002, le 24 octobre 2002 et le 7 janvier 2003. Parallèlement au comité d’implantation du CLSC des Faubourgs, le Consortium de l’UPS-J a continué à se réunir et à être informé des travaux d’implantation. Après la demande de dissolution du comité d’implantation par Action autonomie et le représentant des CLSC, ce sera le Consortium qui fera le suivi du dossier.

La première rencontre du comité d’implantation visait à mettre en place un plan d’action et soumettre un cadre de référence qui intègre les nouvelles fonctions de l’UPS-J. Comme l’avaient fait les CIC, l’UPS-J veut développer un modèle qui intègre tous ses mandats, ce qui ne sera pas sans générer de la confusion au cours du processus ou susciter des occasions pour revoir ou contester certains aspects des mandats. C’est, par exemple, l’occasion pour les représentants des psychiatres de mettre en cause le mandat initial de l’UPS-J souvent nommé « déjudiciarisation en santé mentale », ou encore pour les CIC de cibler la faiblesse du modèle au plan du transfert du lien de confiance ou de la question des suivis. On s’entend pour solliciter l’avis de différents acteurs du milieu concernés pour l’application de la loi sur le modèle retenu : les responsables de la Régie régionale, l’équipe de l’UPS-J, les équipes de CLSC (santé mentale et itinérance), les participants au Consortium de l’UPS-J, les tables de concertation territoriale, les dirigeants des centres de crise. Les principales et les premières limites de l’intervention identifiées à cette occasion portent sur 1) l’accompagnement des personnes dans les ressources; 2) le suivi assuré dans les heures et jours qui suivent l’intervention; 3) le filet de sécurité pour la personne lorsqu’il y a constat de non-dangerosité et que cette dernière ne s’implique pas pour la recherche d’un service; 4) la prise en charge (à court et moyen terme); 5) la façon d’intervenir lors de la présence des membres de la famille; 6) la connaissance et la reconnaissance des partenaires et la possibilité de tisser des alliances au-delà d’une référence ponctuelle. On souhaite aussi une approche de co-intervention. Au plan des échéances, la prévision pour la mise en marche des activités est passée au mois d’avril 2003.

¹⁴⁵ Corporation d’Urgences-santé, centres de crise L’Appoint et Le Transit, Police de la Ville de Montréal, Régie régionale, UPS-J, CLSC Métro et des Faubourgs, Universités de Montréal et UQAM, table des chefs du département de psychiatrie, Action autonomie et un consultant engagé par le CLSC des Faubourgs.

¹⁴⁶ Comité d’implantation du CLSC des Faubourgs, La mise en place des nouvelles fonctions de l’UPS-J relatives à la Loi 38.00-1, Mandat du comité d’implantation, 25 septembre 2002.

Dès la première rencontre, à part les tensions entre certains acteurs déjà énumérées, plusieurs malaises sont exprimés : confusion des mandats entre le CLSC des Faubourgs et la Régie régionale de Montréal-Centre; sentiment de plusieurs à l'effet qu'on fait table rase sur le processus de mise en place des dispositifs de la période précédente (outils, formations, débats, modèle, etc.) et qu'on recommence à zéro; sentiment d'impuissance exprimé par Urgence-santé vis-à-vis le phénomène des portes-tournantes ou de la non-prise en charge par l'hôpital; décalage significatif entre l'augmentation absolue du nombre de cas de garde en établissement entre 1999 et 2001 alors que la loi visait une restriction de la mesure¹⁴⁷; réserve du représentant de la Table des chefs de départements de psychiatrie sur le mandat de déjudiciarisation de l'UPS-J. Ces malaises sont repris dans la plupart des entrevues et on les rapporte à l'abandon du scénario des CIC. Le CLSC des Faubourgs met alors en place une structure de consultation afin d'associer les autres acteurs à son projet.

4.2.1 Le modèle de déploiement projeté

Lors de la deuxième rencontre du Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs tenue le 24 octobre 2002, on revient sur le cadre de référence à partir d'une nouvelle version revue et corrigée¹⁴⁸ qui servira de base à une consultation plus large de représentants de différents milieux¹⁴⁹. Dans la discussion, la question de la référence refait surface dans le cas où l'estimation du danger grave et immédiat est négative mais on note la nécessité d'une intervention. Il s'agit d'une zone d'ombre dans les rôles de chacun que provoque la loi autour des questions d'accompagnement et de suivi des plans d'intervention¹⁵⁰. On fixe aussi les modalités du déploiement du nouveau mandat de l'UPS-J : critères de dangerosité; territoires prioritaires, méthode d'implantation.

On annonce la relance des travaux sur les critères de dangerosité par des représentants de l'équipe de l'UPS-J et des CIC à partir des documents de la période antérieure. Sur le plan du déploiement, on réutilise les données du SPVM de l'année 2001 pour faire une analyse des appels « mm »¹⁵¹ par PDQ et déterminer l'ordre de priorité du déploiement (1933 appels dont 617 « mm »). Alors que certains soulèvent des questions ou posent les limites à propos de ces données, on opte finalement pour la voie progressive ciblant d'abord l'est, le nord puis l'ouest de l'Île de Montréal en soulignant le fait que l'implantation doit survenir sur tout le territoire dans un court délai, ce qui réduit la portée de cet enjeu. Les données d'Urgences-santé ne sont plus évoquées. Pour chaque territoire, l'UPS-J doit tenir compte des caractéristiques socio-économiques, démographiques et linguistiques de la population, de la dynamique culturelle et religieuse des communautés, de la nature des ressources présentes sur le territoire et de l'état des collaborations existantes. Quatre étapes stratégiques sont nécessaires pour l'implantation :

¹⁴⁷ Action autonomie a noté, dans son étude des données de 1999, l'importance des ordonnances de garde en établissement alors que la *Loi* visait à les réduire (Quand la liberté ne tient qu'à..., avril 2001).

¹⁴⁸ CLSC des Faubourgs, L'UPS-J et la *Loi* 38.001, Document de travail, 2e version, 22 octobre 2002, 14 p.

¹⁴⁹ Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs, Compte-rendu de la rencontre du 24 octobre 2002.

¹⁵⁰ Cette question interpelle surtout les CIC qui insistent pour obtenir des précisions pour que l'information diffusée au moment de l'implantation soit claire. (Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs, Compte-rendu de la rencontre du 24 octobre 2002).

¹⁵¹ « mm » code pour maladie mentale dans la base de données du SPVM.

information, contact, rencontres, journées de formation et de concertation. Avec l'aide du consultant, l'équipe cherche des informations auprès des organismes et instances appropriés sur les caractéristiques du territoire.

On recense des établissements, organismes communautaires et autres ressources pertinentes afin d'obtenir des informations sur les services offerts ainsi que sur leurs critères d'accessibilité. Il y a transmission de la documentation sur l'UPS-J et ses modalités d'intervention de même qu'une invitation à une journée de travail. Une rencontre avec les dirigeants locaux du SPVM et des équipes de postes de quartier est organisée pour compléter l'information sur l'intervention projetée et pour développer des liens fonctionnels avec les services existants. Suite à la rencontre, une journée d'information est organisée pour poursuivre les buts suivants : faire connaissance et rencontrer les membres de l'équipe de l'UPS-J de leur territoire, arriver à une appropriation commune de la *Loi P-38.001* et des responsabilités de chaque partenaire, présenter le rôle d'UPS-J et ses modalités d'intervention, donner une formation conjointe sur les outils et les mécanismes utilisés dans le cours des interventions de l'équipe de l'UPS-J, partager les préoccupations des partenaires sur les liens de collaboration à assurer pour réussir l'arrimage des nouvelles fonctions de l'UPS-J dans ce territoire.

La consultation des partenaires sur les modalités de mise en œuvre de nouvelles fonctions de l'UPS-J (cadre de référence)

Un processus de consultation est engagé au cours de l'automne 2002. À la seconde rencontre du Comité d'implantation, la plupart des partenaires sont identifiés et des rencontres sont prévues¹⁵². Les éléments qu'on veut soumettre à la discussion sont les mêmes que ceux identifiés dans le mandat du Comité d'implantation. À la fin de l'année 2002, l'exercice de consultation est clos. Plusieurs commentaires, critiques, observations et bilans furent recueillis¹⁵³. Ces commentaires et critiques ou questionnements sont présentés de manière plus détaillée puisqu'ils permettent de situer d'importants enjeux dans ce dossier.

Tables de concertation en santé mentale. Les commentaires des tables de concertation concernent l'arrimage avec les ressources, l'accompagnement, les différences d'interprétation de la dangerosité selon divers champs disciplinaires qui seraient susceptibles de provoquer des litiges. Les lacunes des réseaux des autres territoires, leur rôle et le besoin de plus d'information par territoire local de CLSC sont aussi mentionnés. On constate une nécessité de baliser l'activité de l'accompagnement dans les ressources afin d'éviter les dédoublements et aussi parce que les partenaires attendent beaucoup de cette activité. On mentionne le besoin de connaître les ressources locales et leurs critères d'accessibilité pour éviter les problèmes d'arrimage. Enfin, on suggère une implantation graduelle et adaptée selon le territoire.

¹⁵² Aux partenaires déjà ciblés dans le document préparatoire de la rencontre du comité d'implantation du 2 octobre. — Regroupement des CIC, Tables de concertation territoriale en santé mentale, Regroupement des CLSC de Montréal-Centre, Hôpitaux psychiatriques et psychiatres, SPVM, Urgences santé, s'ajouteront à titre de suggestions — Association des hôpitaux, l'Assemblée des chefs de départements de psychiatrie, Table des chefs des urgences, Comité de liaison en itinérance, Regroupement des organismes alternatifs en santé mentale, Action autonomie.

¹⁵³ CLSC des Faubourgs, L'UPS-J et la *Loi 38.001*, Le résultat des consultations, 29 décembre 2002. Les partenaires consultés ont été : Tables de concertation en santé mentale (2), Regroupement des CLSC, Regroupement des CIC, Table des chefs de départements de psychiatrie, équipe UPS-J.

Centres de crise. Les commentaires de ces derniers portent sur leur limite d'accueil en raison des horaires, de la pression et de la charge de travail (nombre d'intervenants, de résidents etc.). On relève la difficulté voire l'impossibilité de transférer une collaboration déjà établie avec un client de l'UPS-J vers un centre de crise. Les centres de crise ont besoin que l'UPS-J demeure en arrière-plan en cas de désorganisation de la situation. Les centres de crise ne veulent pas être limités au seul accueil des personnes référées par l'UPS-J, ils s'attendent à une réciprocité dans le cas des situations difficiles. Les CIC rappellent la nécessité du respect de la personne lors de l'intervention et de l'accompagnement. Ils souhaitent influencer le contenu de la formation. Ils doutent de la capacité de l'UPS-J de remplir son mandat à cause d'une possible augmentation du volume des demandes, du court délai d'intervention (20 minutes pour couvrir l'Île de Montréal) et de la simultanéité des appels. Tout comme les membres des Tables de concertation, ils observent la nécessité de favoriser une compréhension commune de la notion de dangerosité. Ils rappellent la distinction des rôles entre l'intervenant de l'UPS-J et le policier soulignant que les premiers assument la décision finale quant au danger grave et immédiat. Ils se questionnent sur la distinction des rôles entre un intervenant d'un CIC et de l'UPS-J dans le cas d'évaluation de la dangerosité dans le contexte d'une référence par l'UPS-J. Le problème réside donc dans les diverses interprétations d'un état mental dangereux. Les CIC situent la prise en charge de l'UPS-J dans un contexte psychosocial, ce qui sous-tend une intervention clinique qui doit se traduire dans les modalités organisationnelles et professionnelles.

CLSC. Les CLSC se perçoivent comme des acteurs mineurs dans le dossier de l'application de la *Loi P-38.001*, notamment en raison du fait qu'ils ne seront pas directement contactés par les agents de la paix. Ils demandent que leur mandat auprès de la clientèle soit clarifié car ils sont conscients qu'ils ne pourront pas palier au manque de ressources. Ils proposent que l'implantation tienne compte de la spécificité de chaque territoire. Ils rappellent que le CLSC des Faubourgs n'a pas le mandat de coordonner les services en santé mentale de la région, car il s'agit de la responsabilité de la Régie régionale. Les autres CLSC veulent s'entendre avec l'UPS-J concernant les attentes de celui-ci envers les autres CLSC, sur les mécanismes de liaison et les répondants, sur la collecte d'information et les références éventuelles. On rapporte le problème de l'accès à l'information pour la clientèle connue du CLSC. Les informations qui les intéressent et qu'ils veulent connaître sont la situation des relations passées entre le CLSC et l'UPS-J ainsi que les données relatant les événements ayant nécessité une intervention policière pour des personnes en situation de crise par territoire et sous-territoire ainsi que l'identification des services offerts dans chaque CLSC. Ils mentionnent aussi cette nécessité de faire connaître le fonctionnement de l'UPS-J aux intervenants des autres territoires visés par le nouveau mandat.

Table des chefs de départements de psychiatrie. Les commentaires des milieux psychiatriques portent sur les aspects suivants : les renvois vers les urgences hospitalières, l'information, des objectifs d'intervention, des précisions de notions utilisées, la sectorisation des soins et le besoin de formalisation de certaines activités. Au point de départ, ils éprouvent, devant cette nouvelle loi, la crainte d'une arrivée massive de patients à l'urgence hospitalière. Ils énoncent la nécessité d'une transmission d'information plus complète sur le programme de l'UPS-J aux chefs des urgences hospitalières et, par exemple, une large distribution d'un dépliant sur les fonctions d'UPS-J en regard de la *Loi P-38.001*. Ils recommandent de baliser l'échange d'information à l'urgence avec une fiche standardisée et d'établir les bases légales de cet échange, surtout si

l'équipe veut connaître la suite de l'intervention hospitalière. En lien avec le mandat initial de l'UPS-J de « déjudiciarisation », les milieux psychiatriques demandent d'ajouter, parmi les objectifs à poursuivre, que l'intervention doit aussi viser à responsabiliser la personne face aux événements. Ils suggèrent des modifications dans les façons de nommer les activités ou de désigner les populations-cibles qui, il faut bien le noter, sont toutes en lien avec le mandat initial de l'UPS-J, i.e. celui de la déjudiciarisation, plutôt qu'avec celui de la *Loi P-38.001*. Ainsi, ils proposent d'ajouter à l'objectif d'*éviter la judiciarisation* la précision suivante, « lorsqu'indiqué » afin d'éviter une trop grande généralisation de la mesure. Concernant l'objectif d'*éviter l'incarcération*, ils suggèrent de le remplacer par *détention préventive*, ce qui modifie le mandat initial de l'UPS-J défini en 1996 et en réduit la portée. Dans une autre remarque, ils suggèrent de faire une meilleure description de la clientèle visée; la désignation en termes de *troubles sévères et persistants* semble trop restrictive alors que celle des *troubles de la personnalité* semble trop large. Les psychiatres souhaitent que tous respectent la sectorisation des soins en santé mentale dans le choix de l'hôpital¹⁵⁴.

L'UPS-J. Les points d'intérêt de l'UPS-J portent sur la notion de dangerosité, le partenariat (fonctions, rôles, activités), et l'intervention (limites et organisation). Le travail de formation sur la notion de dangerosité doit être élargi et un matériel pédagogique serait approprié pour aider à son implantation dans les nouveaux territoires. Sur le plan du partenariat, on propose l'organisation d'une rencontre avec les représentants du SPVM et d'Urgences-santé pour articuler les rôles et les responsabilités de chacun vis-à-vis la décision relative à la dangerosité, l'accompagnement et le transport dans un objectif d'utiliser l'expertise de chacun. On propose aussi d'établir des ententes sur certains aspects par exemple, la question de l'accompagnement en ambulance de policiers armés. Pour l'équipe de l'UPS-J, on vise à assurer un équilibre entre la déconcentration (son déploiement dans d'autres points de services) et le maintien de l'expertise. On rappelle l'importance de limiter l'intervention de l'UPS-J dans le cas des personnes non-dangereuses des territoires non couverts par le double mandat. On considère important de repérer les modalités organisationnelles appropriées pour le lieu des opérations et les critères à utiliser pour respecter le délai de 20 minutes dans l'offre de service.

En résumé, les grandes préoccupations portent sur la poursuite et le partage du travail sur la notion de dangerosité avec les CIC, les milieux psychiatriques et les tables de concertation en santé mentale. On se soucie de produire un matériel d'information afin de faciliter et aider l'implantation de l'UPS-J sur les nouveaux territoires. Sur la collaboration entre le SPVM et Urgences santé surtout, on considère important d'articuler le rôle et les responsabilités de chacun (décision, accompagnement et transport) en vue d'optimiser les différentes expertises. Sur le développement de l'UPS-J, on vise à maintenir une expertise commune malgré l'ouverture de nouveaux sites ainsi qu'une reconfiguration de l'équipe (ajouts de personnel, pairage d'anciens avec des nouveaux, etc.). À propos des limites de l'intervention de l'UPS-J dans les cas de non-dangerosité, on stipule que cette intervention va au-delà de l'évaluation de la dangerosité et qu'elle demande un respect de l'éthique professionnelle, de la personne et des attentes des autres intervenants en termes de suivis minimaux. Quant à l'expertise de l'UPS-J, on prend note qu'elle ne doit pas entrer dans le champ des responsabilités des autres et devenir l'urgence psychosociale du tout Montréal, toutes problématiques confondues. L'arrivée de l'UPS-J dans les nouveaux

¹⁵⁴ En principe, la gestion du choix de l'hôpital dans l'application la sectorisation relève d'Urgences-santé; dans le cas des personnes sans-abri, la Régie régionale établit le calendrier des tours de garde entre les établissements mais il appartient à l'Urgences-santé de l'appliquer.

territoires met en lumière les lacunes dans le réseau local de ressources et soulève la question du rôle de chacun.

La troisième et dernière rencontre du comité d'implantation du CLSC des Faubourgs a lieu le 7 janvier 2003. On fait le point sur le plan de déploiement de l'UPS-J sur les nouveaux territoires. On dépose un plan de communication¹⁵⁵. Ce plan comporte des rencontres personnalisées de chacun des PDQ, CLSC, CIC, urgences hospitalières et propose une journée d'étude au cours de l'implantation avec les partenaires. Une nouvelle version du « cadre de référence » de l'UPS-J est présentée au comité avec des amendements suite aux consultations. Lors de cette rencontre, les discussions sont animées, notamment sur le rôle de la Régie régionale dans le processus de mise en œuvre de la loi. On évoque les journées d'étude que proposait l'UPS-J ainsi que les travaux d'uniformisation et de standardisation des outils (grille d'évaluation de la dangerosité, formation, etc.).

Si l'UPS-J doit se doter d'outils de travail pour remplir son mandat, il ne lui appartient pas de le faire pour tous les établissements et organismes ayant des intervenants désignés. Des confusions quant aux rôles des uns et des autres dans l'application de la loi sont encore nommées, notamment entre la police et l'intervenant désigné (avis légaux contradictoires), entre les CIC, la police et l'UPS-J, entre le psychiatre et le policier. Urgences-santé exprime un besoin de concertation entre l'UPS-J, la police et Urgences-santé. Enfin, on ne cesse de mettre l'UPS-J en garde : le réseau de ressources et de services en santé mentale est plein de « trous », l'UPS-J ne pourra tout régler. À cet effet, le représentant des CIC mentionne, par exemple, le problème de renvoi de l'UPS-J vers les CIC de 21h00 à 9h00 (sauf au Transit et à l'Appoint) puisqu'il n'y a pas de référence qui couvre cette plage. Le comité est dissous à la fin de cette rencontre.

Les mois qui ont précédé le déploiement de l'UPS-J en février 2003 ont été marqués par plusieurs activités préparatoires et intensives : examen des dossiers des appels à l'UPS-J en lien avec l'application de l'article 8 de la loi survenus sur le territoire initial où le service exerce depuis la désignation de juin 2001 un double mandat¹⁵⁶; révision de la grille de cueillette informatisée débutant en décembre 2002 où tous les membres de l'équipe sont invités à participer¹⁵⁷; enclenchement du changement de plate-forme informatique¹⁵⁸; ouverture de postes et embauche de personnels¹⁵⁹; mise sur pied du comité d'implantation dirigé par le CLSC des Faubourgs, élaboration de programmes de formation; recherche de locaux pour installer les intervenants dans de nouveaux points de services.

¹⁵⁵ Comité d'implantation, Consultant, La mise en place des nouvelles fonctions de l'UPS-J relatives à la *Loi 38.001.*, Le plan de communication lors de l'implantation dans les nouveaux territoires, 7 janvier. 2003, 2 p.

¹⁵⁶ Consortium de l'UPS-J, réunion du 13 novembre 2001, notes d'observation; voir également le document de présentation au Consortium de l'UPS-J : CLSC des Faubourgs, UPS-J, H. Brouillet et L. Riopel, Profil des interventions, où le recours à la *Loi 38.001* a été nécessaire, Période du 1er janvier 2001 au 8 novembre 2001, 13 novembre 2001.

¹⁵⁷ En collaboration avec un membre de l'équipe de recherche dans le cadre de la soumission d'une demande de subvention au FRSQ à l'automne 2002 portant sur l'application de la *Loi P-38.001*.

¹⁵⁸ Le CLSC des Faubourgs est passé par des appels d'offres dont le délai de soumission était fixé au 28 mars 2003. Consortium de l'UPS-J, réunion du 24 mars 2003, notes d'observation.

¹⁵⁹ À la rencontre du Consortium de l'UPS-J du 20 janvier 2003, le chef du programme informe les membres que l'embauche de nouveau personnel représente un véritable défi et que cette difficulté pourrait retarder le déploiement. On compte tout de même pouvoir se déployer dans les quatre premiers nouveaux PDQ en janvier (12, 15, 16 et 17).

4.2.2 La formation

Quelques mois après la désignation de l'UPS-J, un consultant-formateur est engagé par la Régie régionale pour préparer et offrir une formation sur la loi P-38.001 à l'intention du personnel du CLSC des Faubourgs¹⁶⁰.

Formation des policiers sur l'intervention en santé mentale

Au cours de cette période, trois membres du Consortium de l'UPS-J (Régie régionale, SPVM et UPS-J) mettent de l'avant l'idée d'une formation sur l'intervention en santé mentale visant les policiers. Ce projet fait suite au voyage à Memphis d'une délégation de membres du Consortium pour visiter la « Crisis Intervention Team »¹⁶¹. Ces membres font des démarches auprès des associations de parents du malade mental pour les associer au projet¹⁶². Ainsi, à la demande du SPVM, un projet-pilote impliquant quatre PDQ est élaboré par deux intervenants de l'UPS-J et les séances de formation débutent le 16 septembre 2002¹⁶³. En octobre 2002, dans le rapport d'évaluation des activités de cette formation, on rapporte les commentaires et critiques exprimés par les policiers¹⁶⁴. Ils se plaignaient de l'imprécision des milieux hospitaliers quant à l'urgence d'intervenir dans les signalements de disparition. Ils se plaignent aussi du fait que les gens qu'ils conduisent à l'hôpital ne sont pas pris en charge et obtiennent leur congé trop rapidement. Les policiers sont mal à l'aise face aux individus qui expriment des menaces de suicide. Ils ont tendance à les amener systématiquement à l'hôpital sans nécessairement tenir compte de l'urgence suicidaire, expliquant, selon les formateurs, pour une part du moins, le fait qu'un certain nombre d'entre eux reçoivent rapidement leur congé. Les policiers ne savent pas comment réagir lorsqu'un hôpital porte plainte contre un patient, alors que pour les formateurs, cette judiciarisation peut s'inscrire dans le plan d'intervention du milieu médical.

Face aux ressources communautaires, les policiers estiment qu'elles ont davantage de critères d'exclusion que d'inclusion et les formateurs constatent que ces ressources sont peu connues des policiers. Par rapport à leur propre organisation (SPVM), les policiers ne connaissent pas suffisamment leur rôle dans la continuité des services et sont peu sensibilisés à l'importance de leur rôle d'intervenants de première ligne. Sur la loi comme telle, des lacunes sont également notées par les formateurs qui souhaitent des rencontres avec des responsables du SPVM pour apporter des clarifications. Enfin, dans les situations comportant une composante « santé mentale », les policiers demeurent craintifs, se questionnent sur leurs responsabilités et leur marge de manœuvre qu'ils associent aux possibles conséquences administratives et médiatiques

¹⁶⁰ Marsolais, G., Formation sur la Loi P-38 et sur l'estimation de la dangerosité, *La Loi de protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, À l'intention du personnel du CLSC des Faubourgs, Copie des acétates, décembre 2001. Une avocate a également travaillé à la préparation de la formation, plus spécifiquement sur les aspects légaux. Consortium de l'UPS-J, compte-rendu de la réunion du 13 novembre 2001.

¹⁶¹ Consortium de l'UPS-J, réunion du 13 novembre 2001, notes d'observation.

¹⁶² Les membres de la délégation avaient constaté au cours du voyage à Memphis la grande implication des associations de parents dans le projet du CIT. Consortium de l'UPS-J, réunion du 13 novembre 2001, notes d'observation; Présentation du CIT Memphis, Tennessee préparée par L. Riopel, novembre 2001.

¹⁶³ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la réunion du 17 septembre 2002.

¹⁶⁴ CLSC des Faubourgs, UPS-J, Brouillet, H. et Bilodeau, M., *Intervenir en santé mentale, Rapport d'évaluation de l'activité formative dispensée au SPVM*, octobre 2002.

de leur intervention si des conséquences dramatiques venaient à survenir. L'usage de la force physique de même que le caractère imprévisible propre à certaines de ces situations sont des éléments qui les rendent méfiants et insécures.

Si, au départ, le programme de formation du projet-pilote ne visait pas spécifiquement l'intervention dans le cadre de la *Loi P-38.001*¹⁶⁵, l'équipe de l'UPS-J propose d'utiliser ce programme pour la formation des policiers dans le cadre de l'implantation de son nouveau mandat. Le représentant de la police au Consortium de l'UPS-J souligne que la formation a été très appréciée des agents qui ont noté la connaissance de la réalité du travail policier par les formateurs¹⁶⁶. L'UPS-J adapte une nouvelle formation pour les policiers, plus spécifiquement orientée vers l'application de la *Loi P-38.001*. La loi, à travers la désignation officielle de l'UPS-J, semble avoir ici pour effet de renforcer le lien entre l'UPS-J et la police puisque c'est de nouveau l'UPS-J qui s'engage dans ce projet¹⁶⁷.

Parallèlement à ces activités de formation caractérisées par des partenariats entre la Régie régionale (financement des activités de formation), les CIC (représentants responsables de l'élaboration de la formation aux intervenants désignés et à l'UPS-J), l'UPS-J (qui offre la formation à la police), d'autres organisations forment leur personnel ou encore différents groupes sociaux. C'est le cas d'Urgences-santé et de la Cour du Québec, Chambre civile.

Autres formations

Après avoir beaucoup investi dans la formation de l'intervention d'urgence physique, Urgences-santé développe, après la désignation de l'UPS-J en 2001, une formation d'urgence dans une approche psychosociale¹⁶⁸. Il s'agit d'une formation d'une durée de sept heures qui s'adresse aux ambulanciers et aux superviseurs et qui se découpe en deux volets : l'aspect légal et l'intervention d'urgence psychosociale pré-hospitalière. Cette formation vise à mieux les outiller pour reconnaître les problématiques (symptômes, signes psychotiques) et connaître les principes de base de « l'intervention non-abusive », bref, « éviter de mettre de l'huile sur le feu » dans ce type d'intervention. Au cours des années 2002 à 2004, 681 techniciens ambulanciers ont reçu cette formation¹⁶⁹.

La Cour du Québec, Chambre civile organise également des formations au cours de cette période pour familiariser les requérants aux procédures de la requête pour évaluation psychiatrique¹⁷⁰. Ce sont surtout les CLSC qui sont rejoints dans cette formation afin de les resensibiliser aux rôles

¹⁶⁵ *Idem*

¹⁶⁶ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la rencontre du 18 novembre 2002 et notes d'observation.

¹⁶⁷ CLSC des Faubourgs, Brouillet, H. et Bilodeau, UPS-J, Présentation sur les rôles et les responsabilités des professionnels désignés pour l'application de la *Loi 38.001*, 2003-2004, n.p. ; CLSC des Faubourgs, Programme de formation destiné au SPVM, UPS-J, Intervenir avec une personne dont l'état mental présente un risque, 2003-2004, 39 p. Cette activité du processus d'implantation est considérable et devrait faire l'objet d'une analyse distincte.

¹⁶⁸ Urgences-santé, Programme de formation « *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* » et approche d'intervention non-abusive, octobre 2002; Urgences-santé, entrevue no 11. Il sera aussi question d'approche « psychoclinique ».

¹⁶⁹ Urgences-santé, Rapport annuel 2003-2004, p.12.

¹⁷⁰ Cour du Québec, Chambre civile, entrevue no 16.

qu'ils doivent jouer dans le soutien des proches, familles, etc., dans leur démarche pour soumettre une requête.

4.3 Troisième phase : le déploiement du mandat P-38.001 sur l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal

Le 15 février 2003 est le jour d'entrée en fonction de l'UPS-J sur de nouveaux territoires de l'Île de Montréal pour mettre en application le mandat P-38.001. Tel que convenu, le déploiement se fait de manière progressive mais ne respecte pas le plan initial (est, nord, ouest). Pour tout le territoire de l'Île de Montréal, le déploiement sera finalisé en août 2004¹⁷¹.

4.3.1 Les outils

Les points de services. La question du nombre de points de services a évolué entre l'élaboration du plan B (en avril 2001) et la période de déploiement de l'UPS-J. Ainsi, quand la Régie régionale commence à réfléchir à une alternative à la désignation des CIC (qui devait compter six points de services, i.e. les 6 CIC), elle définit alors une « organisation décentralisée » (c'est elle qui souligne) comportant quatre points de service rattachés à des CLSC et dont le noyau central est le CLSC des Faubourgs¹⁷². Cette conception est reprise dans la proposition de désignation soumise au CLSC des Faubourgs en juin 2001 et dans celle entérinée par le CA de la Régie régionale en février 2002. Or, à la rencontre du Consortium du 24 mars 2003 en tout début de déploiement, un débat est lancé par le chef de programmes du CLSC des Faubourgs qui propose de réduire à trois, le nombre de points de service : 1) le CLSC des Faubourgs pour couvrir le territoire initial et le territoire du sud-ouest; 2) un autre pour le nord-ouest; 3) un dernier pour l'est. Au centre de ce débat, la question du temps de réponse de l'UPS-J : on se demande d'où vient la prescription d'un délai de 20 minutes pour être sur les lieux à la demande des agents de la paix dans le cadre de l'application de l'article 8 : de la loi elle-même ou des ententes de service ? À cette rencontre, personne ne peut répondre.

Entre cette rencontre et la suivante, le chef du programme de l'UPS-J fait parvenir au conseiller en santé mentale de la Régie régionale un extrait de l'avis du CSMQ (juin 2001) sur cette question. Dans l'avis du Comité, on y signale, entre autres, que le temps de déplacement est variable selon en ensemble de conditions : le nombre d'intervenants disponibles, la distance à parcourir qui dépend elle-même du nombre de services de crise dans une région, l'étendue du territoire, la répartition et la densité de la population. Les plus longs délais ont pu atteindre 90 minutes et plus alors que, selon des études américaines, un délai acceptable pour la police est de 15 minutes ou moins¹⁷³. À la rencontre suivante du Consortium, on informe les membres que le délai de 20 minutes n'est pas formel, autrement dit, il n'est pas prescrit dans la loi¹⁷⁴.

¹⁷¹ Échange informel avec le coordonnateur de l'équipe de l'UPS-J.

¹⁷² Régie régionale de Montréal-Centre, Directeur des services de santé mentale, Désignation des services en situation de crise (art. 8, *Loi* 38.001), note de service au conseiller, 18 avril 2001.

¹⁷³ Comité de la santé mentale du Québec, Avis concernant l'application de la l'article 8 de la *Loi*..., juin 2001, p.8

¹⁷⁴ Consortium de l'UPS-J, réunion du 26 mai 2003, notes d'observation. La référence aux 20 minutes n'est pas dans la lettre de la sous-ministre en mai 1998 quoiqu'elle parle de l'importance d'une réponse « rapide » pour éviter le recours à la *Loi*; dans la présentation de leur projet au cours de la période précédente, les CIC se réfèrent à la nécessité d'une intervention rapide sur les lieux ou encore dans un délai raisonnable mais pas spécialement d'un terme de 20 minutes. Il semble que ce délai circule de manière informelle.

À cette période (mars 2003), la question des locaux où pourra être accueillie l'équipe de l'UPS-J sur les nouveaux territoires n'est pas réglée. La localisation a constitué une difficulté majeure. Alors que le plan initial visait l'installation dans d'autres CLSC, aucun n'avait d'espace disponible pour accueillir une équipe de l'UPS-J. C'est finalement dans des locaux exigus au CLSC Villeray, qu'elle s'est finalement installée. Par ailleurs, le déploiement sur ce deuxième site a également été compliqué par les difficultés de recrutement et de mise en réseau du système informatique de l'UPS-J avec sa nouvelle plate-forme. Au Consortium de l'UPS-J, on a d'abord annoncé que l'offre de service était pour le 25 mars 2004¹⁷⁵; le service a finalement été disponible à compter du 5 avril 2004¹⁷⁶. En bout de ligne, on est donc passé d'un projet à quatre points de service, à trois puis à deux¹⁷⁷. Dans cette nouvelle configuration du modèle, l'Île de Montréal est découpée en deux, environ au centre du territoire, d'est en ouest et desservi au Nord par l'équipe du site Villeray et au sud par celle du site des Faubourgs.

La plate-forme informatique. On annonce que la nouvelle plate-forme informatique sera en opération le 2 février 2004¹⁷⁸. Le logiciel fera l'objet d'une présentation au Consortium. La mise en fonction de ce nouveau logiciel a été difficile et a connu plusieurs ratés. À la mi-mars, on indique que la plate-forme est fonctionnelle depuis le 11 mars 2004, mais que le tout est à finaliser¹⁷⁹.

Outils promotionnels. Le CLSC fait refaire ses dépliants et cartes d'affaires à remettre aux policiers¹⁸⁰. En mars 2004, le projet progresse. Une affiche sera disponible, deux dépliants — l'un pour le double mandat, l'autre pour le mandat de la *Loi P-38.001*, ainsi que des cartes d'affaires distinctes sur les territoires¹⁸¹.

4.3.2 Le recrutement et la réorganisation de l'équipe

Au Consortium du 20 janvier 2004, on annonce qu'une première étape est complétée. On a défini la composition de l'équipe d'intervenants du site Villeray : un mélange de nouveaux et d'anciens. Deux postes restent cependant à combler pour offrir le service : infirmière et agent de relations humaines¹⁸².

¹⁷⁵ *Idem*, compte rendu de la réunion du 16 mars 2004 ; Échanges informels avec des intervenants de l'UPS-J.

¹⁷⁶ *Idem*, compte rendu de la réunion du 17 mai 2004.

¹⁷⁷ Nous n'avons pas trace dans la documentation du passage de trois à deux.

¹⁷⁸ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la réunion du 20 janvier 2004.

¹⁷⁹ Observation participante et entrevues avec des représentants de l'UPS-J. Pendant plusieurs jours au cours de la première période transitoire de changement de plate-forme informatique, les intervenants ont dû faire la saisie de l'information à la main. Dans un contexte où il s'agit d'intervention d'urgence, ces obstacles ont suscité beaucoup d'irritation auprès des intervenants. Voir également Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la rencontre du 16 mars 2004.

¹⁸⁰ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la réunion du 20 janvier 2004.

¹⁸¹ *Idem*, compte rendu de la réunion du 16 mars 2004.

¹⁸² *Idem*, compte rendu de la réunion du 20 janvier 2004.

4.3.3 La nature et l'ampleur des appels

Les premières constatations suite au déploiement du service dans les quatre nouveaux PDQ est à l'effet que l'UPS-J reçoit beaucoup de demandes pour l'obtention de services en lien avec le mandat initial (déjudiciarisation), on donne l'exemple de cas d'appels répétés au 911. On note qu'il est de plus en plus difficile pour les intervenants de distinguer le mandat initial du nouveau mandat, on parle de zones grises. Quant à l'ampleur de la demande, on constate que le service n'est pas submergé¹⁸³. Quelques mois plus tard (mai 2003), on remarque une diminution du nombre d'appels et on cherche à comprendre la situation : roulement du personnel; meilleure compréhension du mandat par l'UPS-J et les partenaires; interventions mieux intégrées; critères d'exclusion¹⁸⁴.

4.3.4 Formation des policiers

Au cours de la période de déploiement, la question de la formation des policiers sur l'intervention en santé mentale et sur la *Loi P-38.001* revient. Le représentant du SPVM au Consortium annonce que les budgets de formation de l'organisme sont dépassés et que cette question sera débattue en avril 2003. Les besoins de formation dans de nouveaux dossiers, le changement de modèle d'arme à feu au SPVM et l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les jeunes contrevenants, entrent en compétition avec ceux de formation sur la *Loi P-38.001* : les priorités sont à revoir¹⁸⁵. Finalement, le SPVM va de l'avant avec le projet de formation sur la *Loi 38.001*. Cette activité s'étendra de septembre 2003 au printemps 2004. Il s'agit d'une formation volontaire qui a pour objectif de former deux officiers par quart de travail dans chaque PDQ¹⁸⁶. En mai 2004, les séances sont complétées¹⁸⁷. Des agents dans tous les PDQ ont donc reçu la formation, ce qui représente environ 18% des 4500 policiers (dont environ 2 500 patrouilleurs)¹⁸⁸.

4.3.5 Rencontres de partenaires

Dans le but d'établir de meilleures interventions et de meilleurs liens avec les psychiatres, une rencontre est organisée avec des représentants de la Table des chefs de département de psychiatrie et de l'équipe de l'UPS-J en mai 2003¹⁸⁹. Sept psychiatres sont présents sur 17. En compte rendu, on fait état des éléments suivants : méconnaissance de la loi d'accès à l'information, différence de fonctionnement entre l'urgence psychiatrique et l'urgence hospitalière dans un même centre hospitalier, existence de zones grises dans les règles de prise en charge par les centres hospitaliers, utilisation de langages différents, durée trop courte des prises en charge par les centres hospitaliers selon l'UPS-J (quelques heures seulement), manque de reconnaissance de l'UPS-J dans les centres hospitaliers, etc. Les psychiatres proposent à l'UPS-J de créer une fiche de liaison commune pour faire face à ce problème de crédibilité. L'équipe de l'UPS-J demande un lieu pour être reçu à l'urgence pendant l'attente du généraliste.

¹⁸³ *Idem*, réunion du 24 mars 2003, notes d'observation.

¹⁸⁴ *Idem*, notes d'observation de la rencontre du 26 mai 2003.

¹⁸⁵ *Idem*, réunion du 24 mars 2003, notes d'observation.

¹⁸⁶ *Idem*, réunion du 26 mai 2003, notes d'observation.

¹⁸⁷ *Idem*, compte rendu de la réunion du 17 mai 2004.

¹⁸⁸ *Idem*, réunion du 17 mai 2004, notes d'observation.

¹⁸⁹ *Idem*, réunion du 26 mai 2003, notes d'observation.

4.3.6 Le projet de recherche

C'est au cours de l'automne 2003 que l'équipe de recherche soumet un devis à la Régie régionale de Montréal-Centre pour étudier le processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J.

4.3.7 Le programme de l'UPS-J : bilan de l'équipe

Au cours de sa période de déploiement, l'UPS-J organise deux rencontres bilans réunissant le consultant engagé par le CLSC, le chef du programme et tous les intervenants de l'équipe. Ces rencontres sont animées par le consultant dont le mandat est de les aider à définir leur cadre de référence ou modèle d'intervention dans le contexte d'implantation de leur nouveau mandat. Un document de travail est utilisé comme base de discussion¹⁹⁰. Une première rencontre a lieu le 20 avril 2004 et la seconde, le 4 mai 2004¹⁹¹. Un document synthèse est produit sur les commentaires et les questionnements de l'équipe à l'automne 2004¹⁹². Ces réflexions concernent les éléments flous qui restent à définir. Elles portent autant sur la mission, les valeurs et les principes que sur la clientèle, l'intervention elle-même ainsi que sur les notions avec des contours plutôt élastiques ou indéterminés, telles que la dangerosité et le suivi. Ces commentaires indiquent souvent un souci de bien nommer certaines choses, de préciser, de délimiter ou de définir les notions et les pratiques.

Mission. D'entrée de jeu, la mission de l'UPS-J, « éviter ou réduire l'incarcération préventive, faciliter l'accès aux services offerts dans la communauté et favoriser l'arrimage de la personne aux ressources appropriées selon ses besoins » soulèvent des questions. Appartient-il à l'équipe de trouver les ressources dans le milieu ? Jusqu'où va l'accompagnement et l'arrimage sachant qu'ils peuvent éviter les portes-tournantes ? Sur la terminologie, on propose de corriger l'expression « faciliter l'accès aux services » par celle, plus contraignante pour les membres de l'équipe, de « favoriser l'arrimage de la personne aux ressources ». On se demande s'il n'y a pas lieu d'ajouter un volet d'éducation dans la mission de l'UPS-J.

Déjudiciarisation. Pour la déjudiciarisation, on sent le besoin de faire la distinction entre les deux mandats car le premier n'aurait pas la même portée au plan de l'intervention, notamment quant à l'arrimage et au suivi. Ce mandat initial, qui avait pour objectif d'éviter les portes-tournantes, exigerait plus d'efforts au plan de l'arrimage et du suivi que le mandat de la *Loi P-38.001* où des ambiguïtés persistent sur cette question (jusqu'où doit aller l'accompagnement?). Par ailleurs, la notion de déjudiciarisation ne convient pas à tous les acteurs, elle serait choquante pour certains dont les psychiatres. À cet égard, on veut distinguer entre ce qui est possible de faire pour la personne et ce qui est souhaitable. Dans certains cas, la judiciarisation serait la voie jugée appropriée.

Clientèle. Dans la définition de la clientèle, on se demande s'il n'y aurait pas lieu de cibler davantage les troubles sévères de la personnalité, étant donné que la catégorie de troubles de

¹⁹⁰ CLSC des Faubourgs, Le programme de l'UPS-J, Document de travail 2^e version, avril 2004.

¹⁹¹ Des représentants de l'équipe de recherche assistent à ces rencontres à titre d'observateurs invités et les rencontres sont enregistrées aux fins de la recherche.

¹⁹² CLSC des Faubourgs, Le programme de l'UPS-J, Synthèse des commentaires formulés par l'équipe de l'UPS-J les 20 avril et 4 mai 2004 sur le document de travail de février 2004. 2^e version, 9 novembre 2004.

personnalité serait trop englobante. On travaille les notions de crise, de problèmes de santé mentale, de troubles de santé mentale sévères et persistants, de troubles sévères de la personnalité, d'état mental dangereux et non-dangereux et de personnes « dérangeantes ».

Intervention : rôles, fonctions, responsabilités, collaborations. Au plan de l'intervention, on relève plusieurs situations paradoxales. La première relève de la posture de l'intervenant vis-à-vis la personne en crise : relation autoritaire ou relation d'aide. Devant l'expression de menaces envers des victimes potentielles, que faut-il prioriser : la protection des victimes? Et de qui relève ce rôle, ou la protection à la vie privée de la personne en crise (confidentialité des données) ? Sur le rapport de l'UPS-J avec les organismes communautaires, on questionne son rôle face aux demandes de prévention de dégradation des situations (faut-il suppléer aux lacunes des ressources communautaires?). On se questionne sur la pertinence de se déplacer pour chacun des appels de la police relatifs à des tentatives de suicide, cette dernière aurait une tendance à orienter tous ces appels vers les centres hospitaliers en vertu de l'article 8. Sur l'issue de l'intervention, une responsabilité doit être assumée par l'une ou l'autre des catégories d'acteurs en présence, et selon leur interprétation de la loi, par l'UPS-J. Toutefois, celui qui n'assumera pas la responsabilité doit être dégagé de la décision en s'assurant de noter les faits et le nom de l'intervenant. Dans les cas de retours multiples à l'hôpital, les policiers demandent un suivi et l'UPS-J se demande s'il est de son ressort de l'assurer¹⁹³. Par rapport au délai d'intervention de 20 minutes, si l'UPS-J ne peut le respecter, comment composer avec ses balises et celles de la police qui devra prendre une décision dans de telles situations? La notion de prise en charge à l'hôpital est problématique : à partir de quand est-elle effective? On réitère la même approche de responsabilité que dans les rapports de l'UPS-J avec les policiers qu'avec le milieu hospitalier (noter le nom de la personne qui représente le milieu hospitalier et qui prend en charge la personne). On se reconnaît un rôle « d'advocacy » auprès de la clientèle qui est décrite comme étant en situation de vulnérabilité, (en état de crise, contexte d'application de l'article 8 de la loi), ce qui milite en faveur d'une intervention favorisant l'accompagnement de la personne, qu'elle soit jugée dangereuse ou non. Mais l'accompagnement remplit aussi d'autres fonctions dont celle de la transmission de l'information au milieu hospitalier¹⁹⁴.

Cette question ne semble pas réglée. Si l'arrimage est plus efficace avec une transmission d'information plus complète, les pratiques, qui sont encadrées par des lois et règlements sur la confidentialité des données personnelles, pourraient limiter ces échanges. Dans quels cas peut-on passer outre la volonté de la personne de protéger sa vie privée? La décision de suspendre les droits fondamentaux, rattachée à l'application de la *Loi P-38.001*, est perçue comme une tâche odieuse par les autres acteurs, mais que l'UPS-J se reconnaît comme relevant de sa responsabilité: on constate que pour les autres acteurs, il s'agit souvent de trouver qui portera « l'odieux » de la décision de suspendre les droits. Mais en même temps, les membres de l'équipe constatent qu'il s'agit bien de leur responsabilité. Il faudrait investiguer plus à fond les raisons qui feraient que l'on qualifie la prise de décision d'odieuse. Est-ce le manque de clarté des balises pour prendre une telle décision ou encore la suspension des droits fondamentaux¹⁹⁵ ?

¹⁹³ Ces attentes soulèvent la question de l'offre de services (sont-ils assez nombreux?) de l'accessibilité aux services, de leur adéquation par rapport aux besoins.

¹⁹⁴ Sans que cela ne soit explicite dans le document, l'accompagnement permet aux intervenants de l'UPS-J de défendre leur position (sur la dangerosité), travailler à la reconnaissance de leur expertise.

¹⁹⁵ CLSC des Faubourgs, Le programme de l'UPS-J, Synthèse des commentaires..., 2^e version, 9 novembre 2004, p.6

Le rôle de protection des policiers à l'égard des personnes amenées à l'hôpital reste encore en suspend et renvoie à celle de la prise en charge. Sous quelles conditions les policiers sont-ils libérés de leur responsabilité à l'égard des personnes transportées en vertu de l'article 8 de la *Loi P-38.001*?

Déplacement de l'UPS-J sur les lieux. Le déplacement de l'UPS-J sur les lieux de l'événement est examiné sous différents angles. Dans le cas du non-déplacement, on identifie des risques de l'intervention téléphonique au plan clinique. Avec les « référants » principaux, on risque d'être disqualifié dans le cas de refus trop fréquents. Dans le cas du déplacement, on favorise une meilleure connaissance du programme, le déplacement étant ici un outil de promotion, mais on court le risque d'être non-disponible pour les appels importants. Dans ce débat, les notions d'appels inutiles, importants, courants, etc., mériteraient d'être fouillées.

Notion de dangerosité. Sur la question de la dangerosité, on lance un long débat sur la notion d'estimer et celle d'évaluer : est-ce des actions semblables ou distinctes ? Est-ce que la notion d'estimer est perçue comme étant un acte moins rigoureux que celui d'évaluer ? Dans ce débat, on s'inquiète de l'empiètement possible entre champs d'action (psychiatrie/psychosociale) dans l'application de la *Loi* : est-ce qu'évaluer est un acte médical protégé ? Si non, pourquoi ne pas l'utiliser et bénéficier de la reconnaissance socio-professionnelle qui s'y rattache ? Ainsi, dans cet effort de précision et de définition de la tâche et du rôle de l'UPS-J dans l'application de la loi, se révèlent simultanément des enjeux professionnels liés à ce processus.

Plusieurs aspects liés au travail d'estimation de la dangerosité restent flous pour les membres de l'équipe et rendent complexe la tâche attendue. C'est le cas de la notion du danger « immédiat » (2h ? 24h ? 48h ?); celle du danger immédiat par rapport au danger potentiel; celle de la gravité du danger; celle des facteurs environnementaux qui influencent l'évaluation de la situation (pouvoir compter ou non sur un réseau, etc.); celle des repères culturels distincts et variables selon les différents intervenants et « clients »; celle des champs disciplinaires représentés au sein de l'équipe; celle de l'évolution de la situation au cours de l'intervention; celle de l'absence de consensus de l'équipe sur des notions telles que la salubrité des lieux, l'hygiène personnelle, etc. Cette reconnaissance des sources possibles de variation dans leur travail d'évaluation de la dangerosité les amène à suggérer des mesures telles qu'une formation en ethnopsychiatrie, la nécessité de définir des outils d'intervention standardisés pour se donner un cadre d'intervention uniforme, celle d'établir des consignes adoptées par tous, par exemple celle de toujours procéder comme si la décision devait être défendue devant le tribunal (un argumentaire clair, rationnel, structuré).

On découpe l'intervention d'estimation du danger grave et immédiat en trois tâches : *estimé préliminaire du risque, intervention de crise et enfin, estimé de la dangerosité*¹⁹⁶.

¹⁹⁶ Ce découpage est le même que celui du comité-outil. Si ces étapes sont distinguées pour des fins pédagogiques, dans l'action, elles s'inscrivent selon les membres du comité dans une dynamique relationnelle qui ne correspond pas à cette structure temporelle. Comité-outil, Notes d'observation.

Notion de suivi. La question du suivi a toujours été centrale dans le débat sur le modèle de l'UPS-J et l'attribution du nouveau mandat relatif à l'application de la *Loi P-38.001* n'a fait que renforcer son importance. Pour mieux situer la centralité de cette question et les enjeux qui s'y rapportent, quelques précisions sont nécessaires. Dans le mandat initial de l'UPS-J, le suivi constitue une des mesures privilégiées pour tenter d'atteindre les objectifs de la mission initiale, i.e. éviter le phénomène des portes-tournantes souvent ciblé comme participant à la judiciarisation des individus inscrits dans ces trajectoires de marginalisation. On a parlé du suivi en termes d'arrimage avec les ressources ou services en s'assurant que les liaisons et les références se font suite à leur intervention d'urgence. Cette activité de suivi implique des contacts avec les ressources qui vont en général dans les deux directions, i.e. 1) offrir du feedback au « référant » de l'UPS-J afin qu'il connaisse l'orientation de sa demande d'intervention; 2) obtenir des précisions sur la prise en charge ou l'intervention des services ou ressources à qui l'UPS-J s'est adressée. Ce suivi cadre avec les fonctions d'interface, clés des modèles de déjudiciarisation en santé mentale. Par ailleurs, le phénomène des portes-tournantes suppose également qu'on intervienne régulièrement auprès des mêmes individus. À l'UPS-J, ces appels répétés ou retours-multiples sont pris en compte dans le modèle de pratique, notamment à travers l'anticipation d'interventions répétées. Sachant qu'on est susceptible d'intervenir plus d'une fois pour un même individu, des pratiques de « suivi » des interventions se sont mises en place et se sont traduites, entre autres, par la recherche d'information sur la clientèle afin d'élaborer des « plans » plus concertés d'intervention avec les autres acteurs (sécurité publique et santé).

Dans le cas du mandat P-38.001, la question du suivi est plus ambiguë. Le texte de *Loi P-38.001* n'est pas défini dans ces termes. Il est plutôt question d'une expertise dans l'estimation du danger grave et immédiat. Cependant, dans la transposition de la loi en termes de mandats que le MSSS, responsable de son application, transmetts aux régies régionales, on déborde de ce cadre strict et on embrasse l'idée d'une action beaucoup plus globale et concertée.

Deux activités définiraient le suivi et seraient complémentaires : un retour avec les partenaires et un arrimage pour le client¹⁹⁷. On se demande alors si l'intervention doit comprendre l'activité de faire des liens avec les partenaires et s'il est de la responsabilité de l'UPS-J d'éviter le phénomène de la porte-tournante ? On se demande aussi si le suivi implique une prise en charge de l'individu. Les zones grises entre les champs d'action des différents acteurs sont en filigrane : pour éviter que les intervenants de l'UPS-J ne soient perçus comme ceux qui prennent en charge la personne, on propose d'autres formules; relance, bouclage d'intervention et retour sur l'intervention. On voit ainsi des glissements dans l'interprétation des mandats, il n'y a pas de dissociation claire entre les deux types d'intervention.

Rédaction des rapports d'intervention. Ici, on se questionne sur les manières de faire en soupesant le pour et le contre. Ne fonctionnant pas selon le modèle du *caseload*, tous les intervenants peuvent avoir accès aux rapports d'intervention. Cette pratique soulève des craintes (manque de confiance, jugements des autres sur ce qui aurait dû être fait, etc.) mais présentent aussi beaucoup d'avantages, dont la transmission et la construction d'une expertise « UPS-J »¹⁹⁸

¹⁹⁷ Il faudrait encore ici connaître explicitement la description de ces deux activités. Quand fait-on un retour avec les partenaires et de quels partenaires s'agit-il ? Y a-t-il des moments-clés et des facteurs particuliers qui déterminent cet arrimage ?

¹⁹⁸ Il est probable que les révisions et les discussions sur les rapports écrits peuvent aider à uniformiser les prises de notes et de codification.

et la connaissance d'une clientèle retours multiples. Sur le plan du contenu, on constate que les rapports sont bien développés sur la dimension de l'état mental, mais moins sur celle de l'intervention de crise. On note également que les dimensions du « senti », de l'intuitif, sont difficiles à traduire dans les rapports alors qu'elles jouent un rôle dans le travail d'intervention et du jugement sur la dangerosité. Enfin, on souligne que le modèle de saisi permet difficilement de rendre compte de l'évolution de la situation dans le temps. On souhaite plus d'espace pour inscrire les impressions cliniques.

4.4 Quatrième phase : actualisation de la désignation du mandat « spécifique » — « clientèle connue et en présence »

L'automne 2003 est marqué par la relance du processus de désignation du volet A ou mandat spécifique pour les « clientèles connues et en présence ». Cette relance survient après que l'équipe de l'UPS-J ait enclenché son déploiement sur les nouveaux territoires. Après un constat à l'effet que le déploiement du mandat général (désignation de l'UPS-J ou volet B) soit réalisé à 75%, la Régie régionale annonce l'intention d'organiser une rencontre d'information avec un représentant de tous les établissements susceptibles d'être désignés dans le cadre du volet A - mandat spécifique. À cette fin, on demande aux établissements de désigner un répondant pour leur établissement¹⁹⁹. On s'attend à ce que l'implantation du mandat spécifique soit complétée au 31 mars 2004 pour l'ensemble des instances désignées et que d'ici là, chaque établissement élabore un plan local de désignation et établisse ses besoins de formation. Le 22 octobre 2003, c'est au tour des CIC de recevoir l'invitation de la Régie régionale pour participer à une rencontre d'information sur le mandat spécifique. La lettre est la même que celle envoyée le 23 septembre dans le réseau de la santé²⁰⁰. À cette rencontre²⁰¹, les établissements sont avisés qu'ils devront décider s'ils acceptent ou non d'être désignés pour mettre l'article 8 en application pour leurs « clientèles connues et en présence ». Leur réponse est attendue au plus tard le 23 janvier 2004.

Cette relance pour la mise en application de la *Loi*, mandat spécifique, semble avoir provoquée de la confusion, surtout au sein des CLSC. C'est ainsi que le 16 octobre 2003, le conseiller en santé mentale de la Régie régionale répond à une demande de précision du CLSC René-Cassin. Il résume et rappelle le processus de désignation pour l'application de l'article 8 de la *Loi* P-38.001 :

Le plan de désignation sur l'application de l'article 8 de la *Loi* P-38.001 a été approuvé par le conseil d'administration de la Régie régionale en février 2002. Ce plan se divise en 2 volets, soit le volet A dont les instances désignées sont : les CLSC, les centres hospitaliers ayant un département de psychiatrie, le Centre Dollard-Cormier et les Centres de crise. L'estimation de la dangerosité dans ces milieux se limite à une clientèle connue d'eux et en

¹⁹⁹ Régie régionale de Montréal-Centre, Conseiller aux services de santé mentale, Désignation de votre établissement, correspondance aux chefs des départements de psychiatrie des CHSGS ayant un département de psychiatrie et des CHSP et aux directeurs des services professionnels du Centre Dollard-Cormier, 23 septembre 2003.

²⁰⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Conseiller des services en santé mentale, Désignation de votre établissement, correspondance aux Directeurs des CIC, 22 octobre 2003.

²⁰¹ Régie régionale de Montréal-Centre, Conseiller des services en santé mentale, Rencontre d'information, Désignation des établissements en regard de la *Loi* P-38.001, correspondance à la personne répondante, 10 novembre 2003.

présence. Il a été convenu que cette désignation serait opérationnelle lorsque le volet B aurait été complété. Le volet B est la désignation de l'UPS-justice pour toute clientèle (autre que celle touchée par le volet A). Pour répondre à leur nouveau mandat, l'équipe UPS-justice devait être en mesure de couvrir l'île de Montréal au complet, cet exercice sera complété sous peu, ce qui nous permet de procéder à l'actualisation du volet A.

[...] La première étape de la mise en action de la désignation du volet A, ne vise qu'un seul objet, soit d'informer les établissements de leur rôle et responsabilité dans le cadre de la loi 38.001 et de nous présenter un plan d'actualisation pour leur établissement²⁰².

La réponse de la Régie régionale, le 30 octobre 2003, au président de la Table des directeurs de CLSC de l'est de Montréal²⁰³, dont nous n'avons qu'une version incomplète, semble marquée d'une même volonté de préciser la démarche de la Régie²⁰⁴. Même après la rencontre d'information du 4 décembre 2003, la confusion persiste et des différences de vue sont exprimées. Ainsi, le 8 décembre 2003, un représentant du CLSC Hochelaga-Maisonneuve demande une rencontre à la Régie, à titre de porteur du dossier pour son établissement, pour :

comprendre la logique qui nous amène à être désigné par l'application de la loi. [...] Je comprends mal cette extension de mission à notre établissement. [...] En ce qui concerne le centre de crise, j'y comprends une suite logique. (Quant à moi ce sont ces derniers qui auraient dû voir inscrire cette responsabilité dans leur mission)²⁰⁵.

Le conseiller des services de santé mentale lui répond le 16 décembre suivant²⁰⁶. Il remet sa démarche dans un contexte historique. Sur la désignation de l'UPS-J plutôt que les CIC, il écrira : « La seule raison qui a amené ce changement de désignation est d'ordre financier. » Sur la désignation des établissements dans le cadre du mandat spécifique, il précise qu'il ne s'agit pas d'une extension de leur mission, « cette désignation s'inscrit dans la gamme des services réguliers rendus par les CLSC, c'est la nature de l'intervention qui est particulière. Il revient à chaque direction de CLSC d'évaluer leur position par rapport à ce mandat de désignation ».

Cette confusion est aussi soulignée dans des entrevues réalisées dans le cadre de la recherche. Lorsque la Régie régionale a voulu relancer le processus de désignation à l'automne 2003, volet A — mandat spécifique, i.e. pour les clientèles « connues et en présence », il y a eu une certaine vague d'inquiétude au sein des CLSC. Selon un représentant de CLSC en entrevue, dès l'entrée en vigueur de la loi en 1998, ce mandat de désignation pour l'application de l'article 8 pour les clientèles connues avait été attribué aux CLSC comme aux centres hospitaliers avec départements de psychiatrie, CIC, Centre Dollard-Cormier, Centres jeunesse, l'UPS-J. Les documents du comité régional d'implantation démontrent qu'ils étaient ciblés dès le départ, qu'ils l'ont aussi été dans la proposition de désignation adoptée par le CA de la Régie en février 2002. Mais l'attention

²⁰² Régie régionale de Montréal-Centre, Conseiller en santé mentale, Réf. *Loi P-38*, Correspondance à l'agent à la planification, programmation et recherche en santé mentale du CLSC René Cassin, 16 octobre 2003.

²⁰³ Lettre dont nous n'avons pas de copie.

²⁰⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Formation *Loi 38*, correspondance au présidente de la Tables des directeurs généraux des CLSC de l'Est de Montréal, 30 octobre 2003.

²⁰⁵ CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Rencontre d'information *Loi P-38.001*, courriel à la Régie régionale de Montréal-Centre, 8 décembre 2003.

²⁰⁶ Régie régionale de Montréal-Centre, conseiller des services de santé mentale, *Loi P-38.001*, courriel au CLSC Hochelaga-Maisonneuve.

s'est portée par la suite au volet général (volet B de la désignation pour les autres situations), de sorte que l'envoi de la lettre de la Régie régionale aux institutions et services interpellés pour la désignation du volet A en 2003 est apparu comme un « nouveau » mandat, une « extension » de leur mission, qu'on voulait « imposer » aux CLSC. Un représentant du Regroupement des CLSC a dû faire un travail de sensibilisation auprès des directeurs généraux pour leur rafraîchir la mémoire, comme d'ailleurs la lettre de clarification de la Régie citée ci-haut semble vouloir le faire.

La démarche suivante entreprise par la Régie régionale à la fin de l'année 2003 pourrait de nouveau être lue comme un effort de rattrapage dans le dossier, une démarche de précision du dossier de désignation auprès des établissements du réseau de la santé. Le 30 décembre 2003, le chef des services de santé mentale et déficience intellectuelle de la Régie régionale de Montréal-Centre, dans une lettre adressée aux directeurs des CHSGS ayant un département de psychiatrie, des CHSP, des CLSC, des CIC et du Centre Dollard-Cormier les invite à se positionner sur la désignation de leur établissement relative à l'application de la *Loi P-38.001*. L'accent est ici mis sur la dimension volontaire de la désignation des établissements. Dans cette missive, on rappelle une fois de plus le découpage du mandat de désignation en deux volets et on précise la nature de l'intervention attendue :

La nature du service attendu est une intervention spécialisée dans un contexte d'urgence lié à l'état mental perturbé d'une personne, induisant un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour les autres. Lorsqu'un tel contexte est présent, la personne désignée peut, après avoir tenté de désamorcer la crise et d'obtenir le consentement de la personne, appeler directement les policiers pour qu'ils transportent, contre son gré, la personne à l'urgence, et ce, sans voir obtenu, au préalable, une ordonnance d'un tribunal. Il est à noter qu'en toutes circonstances, la personne désignée devra être en mesure d'accompagner la personne en crise vers l'urgence où le médecin imposera la garde préventive, s'il le juge nécessaire (c'est eux qui soulignent).²⁰⁷

La Régie a besoin de connaître leur position par rapport à trois options possibles : accepter l'offre de désignation et compléter les éléments du plan de la Régie, décliner l'offre de désignation et négocier une entente de service avec un partenaire qui sera responsable de l'application du mandat P-38.001 dans l'organisme, ou encore, décliner l'offre de désignation et indiquer les raisons justifiant cette décision.

La Régie soutiendra les personnes désignées en leur offrant une formation adaptée et une gamme d'outils d'intervention (grille d'estimation de la dangerosité, fiche de liaison et fiche d'identification personnalisée) afin d'uniformiser la pratique sur le territoire de l'Île de Montréal.

4.4.1 Le concept de clientèle connue et en présence

²⁰⁷ Régie régionale de Montréal-Centre, Chef des services de santé mentale et déficience intellectuelle, Mandat de désignation pour l'application de l'article 8 de la *Loi 38.001*, correspondance aux directions des établissements du réseau et aux CIC, 30 décembre 2003.

Le concept de « clientèle connue et en présence » est confus pour des représentants de CLSC qui veulent des précisions avant d'engager leur établissement dans le projet de désignation, mandat spécifique²⁰⁸. On se demande, entre autres, si un client dont le dossier est archivé dans leur établissement est un client connu. Dans le cas d'un client connu du CLSC mais qui se désorganise à la maison sans la présence d'un intervenant du CLSC, on se questionne également sur qui doit intervenir. En réponse à cette demande de clarification, le représentant de la Régie régionale indique qu'il *n'existe pas de définition claire du concept « clientèle connue » dans le libellé de la désignation pour le volet A*. Suite à une discussion avec les membres du comité d'implantation, la référence au volet A était la suivante :

[...] ils faisaient référence à la clientèle du programme du maintien à domicile, celle de programmes spécifiques et de la clientèle régulière lorsque les situations de crise se déroulent dans leurs locaux ou chez la clientèle connue d'eux alors qu'un membre du personnel est présent²⁰⁹.

Il précisera aussi, plus tard, que dans le cas où il n'y a pas de représentant de l'établissement sur les lieux de la crise mais qu'on est disposé à s'y rendre, on ne voit pas ce qui limiterait cette intervention. La restriction était à l'effet de ne pas imposer le déplacement aux établissements désignés²¹⁰.

On note que des interrogations persistent quant à définition de client « connu et en présence » à l'occasion de la formation des intervenants désignés (première partie) au printemps 2004²¹¹.

4.4.2 La mise au point entre l'UPS-J et les CIC (13 janvier 2004)

Deux ans et demie après la désignation de l'UPS-J, une rencontre est organisée entre l'UPS-J et les CIC pour clarifier les rôles et les responsabilités des uns et des autres et « permettre l'expression des attentes et insatisfactions »²¹². La question du plan de déploiement pour l'arrimage, de l'échange d'information sur les clients et d'ententes de services aurait été au cœur des discussions.

En mai 2004, le représentant des CIC lance l'idée de participer aux « *fall-ins* »²¹³ de l'UPS-J avec la police²¹⁴, une formule que pratique l'équipe de l'UPS-J depuis ses débuts pour maintenir ses liens de collaboration avec le milieu policier. C'est d'ailleurs un aspect de son modèle de pratique qu'elle a remis de l'avant dans ce plan de déploiement de son nouveau mandat. Pour le représentant des CIC, c'est dans l'optique de développer un « corridor » de services. On lui répond que le plan de déploiement comporte une rencontre 1) avec les commandants des PDQ,

²⁰⁸ CLSC Petite-Patrie, Mandat de désignation pour l'application de l'article 8 de la *Loi 38.001*, courriel au conseiller des services de santé mentale, 9 janvier 2004 ; CLSC René-Cassin, Désignation, courriel au chef des services de santé mentale, 20 janvier 2004.

²⁰⁹ Régie régionale. Conseiller en santé mentale. Désignation application *Loi 38.001*. Correspondance au CLSC de la Petite-Patrie., 12 janvier 2004.

²¹⁰ Régie régionale de Montréal-Centre, Conseiller des services en santé mentale, Désignation, courriel à CLSC René-Cassin, 21 janvier 2004.

²¹¹ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la réunion du 17 mai 2004.

²¹² *Idem*, compte rendu de la réunion du 20 janvier 2004.

²¹³ Changement de quart de travail des policiers.

²¹⁴ Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la réunion du 20 janvier 2004.

2) avec les policiers des PDQ, avec les organismes communautaires, CIC et CLSC du territoire. Tout au long de ce processus, les CIC essaient de reprendre du terrain : ils ont finalement été désignés pour leur clientèle « connue et en présence », ils participent au comité-outil sur l'élaboration des formations, de la grille d'estimation de la dangerosité, de la fiche de liaison et ils tentent de s'intégrer au plan de déploiement de l'UPS-J, particulièrement pour se faire connaître auprès de la police.

4.4.3 Le comité-outil : dangerosité, liaison (janvier 2004-mars 2005)

Dans la foulée des démarches pour l'actualisation du mandat spécifique, volet A de la désignation, pour les clientèles « connues et en présence », la Régie régionale met sur pied, autour de janvier 2004, un comité de travail *ad hoc*, qui sera connu sous le nom du « comité-outil »²¹⁵. Formé pour élaborer des outils d'estimation de la dangerosité pour l'ensemble des intervenants désignés du réseau, ce comité sera composé d'un consultant-formateur engagé par la Régie régionale²¹⁶, de deux représentants de l'équipe de l'UPS-J²¹⁷, de deux représentants d'un centre de crise²¹⁸) et d'un représentant des services de santé mentale de la Régie régionale²¹⁹.

Ils travailleront à l'élaboration d'une grille d'estimation de la dangerosité, d'un cadre de référence pour contextualiser l'application des outils²²⁰, d'une fiche de liaison et d'une formation pour tous les intervenants désignés à Montréal, mandat spécifique. De plus, deux des membres seront responsables d'offrir la formation aux intervenants désignés. Pour la réalisation de ces travaux, le comité-outil s'est réuni à au moins dix occasions entre avril 2004 et mars 2005, ce qui ne compte pas les rencontres informelles entre certains membres sur des tâches plus spécifiques, notamment la formation. Les outils élaborés ont été soumis à différents experts pour validation au cours des travaux²²¹. En cela, il s'agit d'une démarche similaire à celle réalisée lors de la première phase du processus. Pendant les travaux, les membres ont dû composer avec la réorganisation de l'Agence suite à la réforme de la santé (*Loi 25*), ce qui a occasionné certaines inquiétudes quant à l'importance du dossier d'application de la loi au sein de la nouvelle structure.

Avec la fin de la formation des intervenants désignés, (2^e volet), prévue en mai 2005 la fin des travaux du comité-outil, le lancement du plan de communication prévu pour le printemps 2005, et de l'annonce officielle de la mise en application de la nouvelle procédure à compter du 15 mai 2005, on peut affirmer que le processus d'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* entre, au

²¹⁵ *Idem*

²¹⁶ Le consultant-formateur est issue du milieu des CIC et y est toujours rattaché.

²¹⁷ Impliqués dans la formation des policiers et dans le groupe de travail sur l'outil d'estimation de la dangerosité du comité *ad hoc* « formation » de la période précédente. Voir le chapitre 3.

²¹⁸ Dont l'un est impliqué dans le dossier de l'application de la loi depuis longtemps.

²¹⁹ Un membre de l'équipe de recherche se joindra au comité- outil à titre de membre invité dans le cadre du projet de recherche en avril 2004. Il participera à neuf rencontres du comité entre avril 2004 et mars 2005, date à laquelle le comité est dissous.

²²⁰ Qu'ils appelleront également guide d'accompagnement de l'outil d'estimation de la dangerosité.

²²¹ Entre autres à l'automne 2004 auprès d'intervenants de centres de crise et d'intervenants de l'UPS-J, puis en février-mars 2005, auprès de médecins, intervenants sociaux, criminologue. Il est à noter qu'à la dernière rencontre du comité, un seul des experts choisis pour consultation de la dernière version des outils avait fait parvenir ses commentaires; ce qui ne semble pas les empêcher d'aller de l'avant, nous laissant supposer qu'il ne s'agissait pas d'une condition de mise en application de la loi).

printemps 2005 dans une nouvelle phase. Sur le terrain cependant, il est difficile de saisir l'impact de ces différentes interventions. À la dernière rencontre du comité, cette préoccupation pour « l'après » est bien présente : les membres du comité-outil se soucient d'équiper le mieux possible les intervenants désignés et, à cet égard, ils s'entendent pour préparer des exemples de fiches de liaison complétées pour soutenir la nouvelle pratique.

La formation

La formation a été conçue en deux volets d'une durée d'une journée chacune : le premier volet portant sur la loi comme telle (notions, procédures) et le deuxième, sur les dimensions cliniques de l'application de l'article 8 et les outils (grille d'estimation de la dangerosité; fiche de liaison). Ce sont un représentant de l'UPS-J et un consultant-formateur engagé par la Régie régionale qui offriront ensemble la formation. Le public cible de la formation est l'ensemble des intervenants désignés dans le cadre du mandat spécifique (volet A) pour les « clientèles connues et en présence »²²². Ces intervenants sont rattachés aux établissements qui ont répondu positivement à l'offre de désignation de la Régie régionale à l'automne 2003 (sept CIC, Centre Dollard-Cormier, Centre de psychiatrie légale de Montréal et service post-cure de l'Institut P. Pinel de Montréal²²³) à l'exception des CLSC et des Centres hospitaliers. Dans leur cas, le processus de désignation et de formation a été mis sur la glace et le motif invoqué par l'Agence est celui de la reconfiguration du réseau (réforme de la santé, *Loi 25*)²²⁴. Au cours de l'année 2004, la formation n'a porté que sur le premier volet et c'est en mars 2004 que les séances ont débuté. Quant au deuxième volet, il devait être offert à l'automne 2004, mais il a été retardé au printemps 2005²²⁵.

L'outil d'estimation de la dangerosité

Le comité se donne pour mandat d'élaborer une grille d'estimation de la dangerosité pour l'application de l'article 8 et s'inspire de celle qui avait été laissée en plan au cours de la première période du processus (voir chapitre précédent). On se souviendra que depuis juin 2001, plusieurs acteurs impliqués dans ce dossier ont réitéré, à toutes les occasions possibles, l'importance de tabler sur le travail déjà effectué, soulignant un enjeu sans doute central dans ce dossier : une reconnaissance de l'apport des CIC. Au début des travaux, les membres identifient le défi suivant : traduire en notions cliniques le cadre juridique avec lequel les intervenants désignés vont devoir composer. Puisque plusieurs acteurs proviennent de milieux et champs disciplinaires distincts, ils se donnent une consigne principale : en cas de différents, toujours se rapporter à la loi, cadre de référence principal.

Le modèle de grille élaboré a beaucoup de parenté avec les deux instruments existants et auxquels ils se réfèrent dans leurs travaux : la grille du « COQ »²²⁶ et celle d'estimation de la

²²² Consortium de l'UPS-J, compte rendu de la réunion du 16 mars 2004.

²²³ Régie régionale, Marsolais, G. en coll. avec les membres du comité sur les outils de la région de Montréal, Formation sur les repères de l'estimation de la dangerosité (*Loi P-38*). À l'intention des intervenants et des intervenantes des services de crise désignés, 2005.

²²⁴ Régie régionale de Montréal-Centre, Conseiller en santé mentale, *Loi 38.001* art. 8, formation, courriel à CLSC du Plateau Mont-Royal, 12 février 2004. D'autres représentants diront que d'autres éléments étaient en cause. Entrevue no. 15

²²⁵ Agence, comité outil, Le 2^e volet de la formation a débuté en mars 2005, notes d'observation, 15 mars 2005.

²²⁶ Association québécoise de suicidologie, Programme accrédité de formation, Intervenir en situation de crise suicidaire, grille d'évaluation de l'urgence suicidaire. Cette grille comporte 8 degrés distincts d'urgence dont la cote

dangerosité dans le cadre de l'application de la *Loi P-38.001* de la région des Laurentides²²⁷. La version finale retenue est une grille divisée en trois sections. La première comprend les étapes de l'intervention qui sont au nombre de trois : 1) la prise de contact et l'estimation préliminaire; 2) l'intervention de crise; 3) l'estimation finale et action/orientation. Les deux autres sections sont des aides-mémoire; l'une comprenant une liste de « facteurs de risque »; l'autre une liste d'indicateurs d'état mental perturbé selon 7 catégories (comportement et apparence, attitude, orientation, affect ou humeur, pensée, jugement, perception). Le 15 mars 2005, une version finale de la grille est déposée au comité-outil et fait l'unanimité des membres. Tous se disent satisfaits du travail accompli malgré les divergences de vue sur la place de l'état mental dans l'estimation de la dangerosité.

Le cadre de référence de l'outil

Parallèlement au travail sur la grille, le consultant avait pour mandat de rédiger un texte d'accompagnement qui reprendrait les éléments essentiels sur lesquels reposait l'intervention des intervenants désignés dans l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*. Plusieurs versions de ce texte ont été présentées et commentées au comité.

La fiche de liaison

La fiche de liaison se veut un outil utilisé par tous les intervenants désignés dans le cadre de l'application de la *Loi P-38.001* sur le territoire desservi par l'Agence, afin de transmettre une information standardisée lorsque des individus sont orientés vers un centre hospitalier suite à une évaluation du danger grave et immédiat (article 8). Différentes considérations sont prises en compte dans la conception de la fiche : nature des informations recueillies, attentes des milieux hospitaliers, aspects légaux de l'intervention. On se demande quel statut aura la fiche de liaison. Pour que la fiche de liaison soit partie intégrante du dossier hospitalier, un long et lourd processus d'approbation serait nécessaire. Pour cette raison, on présume que la fiche de liaison sera traitée comme partie venant d'un tiers²²⁸.

Le 15 mars 2005, lors de la dernière rencontre du comité outil, on dépose la version finale de la fiche de liaison.²²⁹ La fiche suscite toutefois une discussion sur l'emplacement des antécédents médicaux : doivent-ils être intégrés dans la section « état de santé » ou dans la section antécédents ? À travers ces débats qui peuvent apparaître pointilleux, on comprend que ce qui est en jeu, c'est à nouveau la « réussite du renvoi ». L'argument auquel les membres se rallient est à l'effet qu'il faut s'adapter au milieu de référence auquel la fiche est destinée, même si une autre logique « devrait » prévaloir. Autrement dit, reproduire, dans la forme, des outils qui

est traduite en 3 niveaux d'urgence — faible, moyenne, élevé.

²²⁷ Régie régionale des Laurentides, Comité d'expertise clinique crise-suicide 2002, Grille d'estimation de la dangerosité dans le cadre de l'application de la *Loi P-38.001* de la région des Laurentides. Noter que cette grille représente également l'évaluation de l'urgence selon le principe emprunté au COQ : comment ? où ? quand ?

²²⁸ Comité outil, 16 juin 2004.

²²⁹ On l'a vu pendant les travaux du comité d'implantation du CLSC des Faubourgs, le rappel insistant par des représentants de CIC et du regroupement des CLSC de la distinction des rôles entre l'un et l'autre dans la mise en œuvre de la *Loi P-38.001*.

correspondent à l'univers de référence des « autres » pour éliminer le plus possible les irritants²³⁰. On s'entend sur une date officielle de sortie, soit le 15 mai 2005, et on souligne l'importance de marquer l'événement, particulièrement auprès des dirigeants des organisations, car il s'agit d'une étape jugée névralgique dans la réussite ou l'échec de l'usage du nouvel outil et des pratiques de collaboration. Essentiellement, le plan de communication prévoit une lettre adressée à tous les établissements ou services du réseau de la santé (urgentologues, psychiatres, directions d'établissement, directions des CIC désignés), ainsi qu'au SPVM, pour les informer de la nouvelle procédure²³¹.

À l'issue des travaux du comité et des observations réalisées²³², tous s'entendent pour dire que la fiche doit être utilisée dans tous les cas d'accompagnement à l'hôpital (consentement obtenu ou non, dangereux ou non). Or, si tel est le cas, la loi aura produit de nouveaux points de jonction entre différents champs d'intervention (intervention de crise ou psychosociale avec intervention d'urgence hospitalière et intervention psychiatrique au nom d'un nouveau mandat, intervention policière avec intervention de CIC) permettant un échange formalisé par l'usage de la fiche de liaison et légitimé par le mandat (désignation). Ce faisant, la fiche de liaison joue dans ces échanges un rôle qui dépasse certainement le cadre strict d'application de la *Loi P-38.001*.

Quelques enjeux, débats et difficultés

L'état mental. Dans les travaux du comité-outil, un des enjeux principaux identifiés se rapporte à l'approche globale qui doit être mise de l'avant dans l'application de la loi; une approche qui oriente et définit le travail de formation, l'opérationnalisation des critères d'intervention et le développement d'outils. Ce travail met en évidence un rapport de force entre les tenants d'une approche « psychosociale » et les tenants d'une approche plus nettement psychiatrique.

S'ils s'entendent tous sur le caractère distinct de l'intervention qui doit être mise en œuvre pour l'application de l'article 8, intervention qu'on qualifie de « psychosociale » en opposition à l'intervention « psychiatrique », des tensions sont souvent palpables, parfois fortes, sur le sens de cette spécificité. Les oppositions se sont cristallisées autour de l'importance à accorder à l'« état mental » dans l'application de l'article 8, perçue par les uns comme relevant du champ de la psychiatrie et, pour les autres, comme des indicateurs incontournables du danger grave et immédiat.

De manière générale, les représentants de l'UPS-J avancent qu'un jugement sur le danger grave et immédiat dans le cadre de la loi passe par une estimation de l'état mental perturbé ou non. La dangerosité ne peut être évaluée sans une connaissance approfondie de l'état mental de la personne. Dans cette perspective, l'estimation des indicateurs de l'état mental occupe une position centrale dans l'intervention. Elle remplit, par ailleurs, différentes fonctions dont celle de rendre le renvoi vers le centre hospitalier plus efficace, i.e. faciliter l'admission puisqu'on parle la

²³⁰ On fait valoir que l'UPS-J a refait sa propre fiche de liaison pour s'adapter au monde hospitalier.

²³¹ Comité-outil, 15 mars 2005.

²³² *Idem*, réunion du 16 juin 2004 et réunion du 14 juillet 2004, notes d'observation.

même langue que les médecins et les psychiatres²³³ et, pour l'UPS-J, dans le cadre de son mandat initial, de déterminer l'orientation de l'action, i.e. psychiatrisation plutôt que judiciarisation.

Le point de vue des représentants de CIC est tout autre. En effet, dans le travail d'estimation du danger grave et immédiat, en vertu de l'article 8 dans un contexte d'intervention de crise, la place de l'état mental devrait être secondaire par rapport à celle qui devrait être accordée à la « crise » et à la « dangerosité »²³⁴. Leurs arguments se structurent autour du postulat de la spécificité de l'évaluation de la dangerosité en intervention de crise. Les rôles entre les intervenants de crise et les psychiatres, dans l'application de la loi P-38, doivent être distingués. Pour les défenseurs de cette position, il y aurait une hiérarchisation entre la question de la dangerosité et celle de l'état mental, la première devant primer sur la seconde en raison du caractère d'exception de la loi. L'intervention de crise se concentre sur les questions du COQ (comment, où, quand) pour déterminer le risque suicidaire/homicidaire/d'agression. En d'autres termes, en cas de doute sur le lien entre l'état mental perturbé et la dangerosité, c'est le jugement sur la dangerosité qui doit primer pour les intervenants désignés. Alors qu'il appartient au psychiatre d'établir clairement cette interrelation et ce, au moment de l'évaluation psychiatrique de la dangerosité. Plus précisément :

[...]l'intervenant de crise est appelé à diagnostiquer la crise (aspect primordial) et à poser un jugement sur le danger à l'aide du COQ alors que les considérations sur l'état mental et les questions diagnostiques de santé mentale sont secondaires. D'un autre côté, le psychiatre doit poser un jugement clinique sur l'état mental et de la personne en posant un diagnostic (aspect primordial) à partir duquel il appréciera la dangerosité de la personne. Les questions relatives à la crise de la personne sont secondaires puisque placées dans l'axe 4 du DSM (appelés stressseurs psychosociaux). Il faut ajouter qu'est demandé aux intervenants de crise une évaluation rigoureuse du danger tout autant que la recherche d'une relation de confiance avec la personne²³⁵.

Dans les premiers moments des travaux du comité²³⁶, on a souligné l'absence de tradition de travail dans l'intervention en situation de crise avec le concept d'état mental. On a parlé de concepts ayant certaine parenté : déséquilibre psychologique, détresse psychologique, état de tension émotive ou de vulnérabilité, impact de la crise sur les sphères cognitives, somatiques, comportementales, affectives. Pour les représentants des CIC, l'état mental est une question qui relève de la psychiatrie et correspond au diagnostic. Pour les représentants de l'UPS-J, les intervenants désignés doivent documenter l'état mental, qui évolue dans le temps, pour aider les médecins-psychiatres à faire leur évaluation.

²³³ Dans leur expérience avec les hôpitaux, l'UPS-J a vu son « efficacité » s'accroître, entre autres, dans ses relations avec les psychiatres (« ce sont eux maintenant qui nous appellent ») à partir du moment où l'UPS-J a systématisé ses pratiques d'évaluation de l'état mental.

²³⁴ Dans cette perspective, les indicateurs d'un état mental perturbé devraient être fournis à titre indicatif seulement dans les outils et la formation.

²³⁵ Consultant-formateur, 2005, Notes de travail, p.4, remis le 6-01-05 pour la réunion du 12-01-05.

²³⁶ Comité-outil, réunion du 14 avril 2004, notes d'observation.

Ainsi, pour les représentants des CIC, plus l'intervention psychosociale se rapproche de la psychiatrie, plus elle se fragilise, risquant de perdre sa spécificité²³⁷. À cet égard, on met en garde l'UPS-J et on l'invite à prendre en compte le point de vue des CIC qui, sur cet enjeu, ont une beaucoup plus longue expérience.

Ce débat sur la place de l'état mental dans l'estimation de la dangerosité et de la gestion de la crise révèle que les intervenants désignés se voient dans l'obligation (le mandat) de distinguer deux gestes qui sont interreliés et se déroulent simultanément. Or, selon les circonstances et les acteurs impliqués, tantôt l'importance est mise sur l'une des dimensions, tantôt sur l'autre. De plus, l'une serait rattachée symboliquement à un contrôle social de type pénal — l'estimation de la dangerosité (la relation autoritaire) pour appliquer l'article 8; l'autre serait liée à un contrôle social de type thérapeutique (la relation d'aide, l'alliance, la recherche du consentement, l'arrimage). Par ailleurs, lorsqu'ils se rapportent au rôle du psychiatre, seule la dimension « évaluation » (diagnostique) semble retenue, évacuant, du moins partiellement, la dimension thérapeutique.

Menace à l'intégrité. Dans le travail de traduction des notions juridiques en notions cliniques, les membres du comité ont réfléchi à la pertinence d'inclure aux catégories déjà existantes de dangerosité envers soi-même (risque suicidaire) et envers les autres (risque homicidaire, risque d'agression), une catégorie de « menace à l'intégrité », comme l'avait fait leur vis-à-vis des Laurentides. Dans les exemples, ils soulignent souvent l'idée du caractère négligent mais non-intentionnel du comportement : mettre de l'eau de javel sur des fils électriques, ou encore empiler des quantités démesurées de papier journal dans un appartement et laisser allumer un rond de sa cuisinière.

S'ils ont travaillé à intégrer cette nouvelle catégorie à leur grille d'estimation de la dangerosité, ils ont ensuite pris la décision de la retirer comme catégorie spécifique du danger, mais de conserver les références à ce type de comportement (outils et cadre de référence) tant dans la section du danger envers soi-même que dans celle du danger envers les autres, concluant qu'elle s'appliquait dans les deux cas²³⁸. Par ailleurs, après des recherches dans la littérature, on décide de ne pas poursuivre dans cette direction étant donné qu'il s'agissait d'une notion encore floue et peu connue des milieux hospitaliers²³⁹ (8-12-04; 11-01-05). De plus, on rapporte les craintes des organismes de défense de droits concernant les abus possibles dans l'application de l'article 8, notamment à travers les interventions de soins à domicile où on ferait usage de cette notion.

Les cas de négligence grave sur le plan de l'hygiène présente des problèmes semblables. On discute la légitimité, du point de vue légal, d'utiliser ce critère pour transporter un individu sans son consentement à l'hôpital pour qu'il y subisse des soins d'hygiène. Dans ce cas, l'intervention relève-t-elle de l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* ou plutôt de celle de l'article 16 du *Code civil*? Le *Code civil* permet de forcer un individu à recevoir des soins d'hygiène, mais ne s'appliquerait que dans le contexte d'une hospitalisation déjà en cours. Or, on se demande si ce critère peut être utilisé dans l'application de transport involontaire.

²³⁷ *Idem*, réunion du 11 janvier 2005.

²³⁸ *Idem*, réunion du 14 juillet 2004, notes d'observation.

²³⁹ *Idem*, réunion du 8 décembre 2004 et du 11 janvier 2005, notes d'observation.

La difficulté de prévision du danger et le bris de confidentialité. Sur l'incapacité, dans certains cas, de prédire si le danger serait immédiat, on s'inquiète des cas où des victimes potentielles ne seraient pas suffisamment protégées. On pense, entre autres, au cas où l'individu, conduit à l'hôpital, pourrait recevoir rapidement son congé (le médecin juge l'individu non-dangereux) sans que la victime potentielle ne soit prévenue. Sur cet aspect de l'application de la loi, un jugement de la Cour suprême balise les cas où un bris de confidentialité peut être légitime, soit lorsqu'il y a danger grave pour une victime potentielle même si l'imminence (immédiateté) du danger ne peut être démontrée. Le projet de *Loi 180* sur la confidentialité est alors décrit comme étant complémentaire à la *Loi P-38.001* sur cette question. Dans ce cas particulier, la loi 180 pourrait s'appliquer.

Les deux textes de loi n'utilisent pas la même notion de danger (l'un, danger grave et immédiat, l'autre, danger imminent), mais les deux notions s'équivaldraient. Ce débat souligne une certaine confusion des rôles et des marges de manœuvre disponibles. Si les intervenants (intervenants désignés, psychiatres) ne s'entendent pas sur la dangerosité en raison de l'état mental, à qui revient la responsabilité de protéger une victime potentielle ? Et s'il y a bris de confidentialité dans le cas de litige, quelle opinion a préséance ? Les intervenants de l'UPS-J ont également eu ce débat lors de leur rencontre bilan au printemps 2004. Il a alors été question qu'il appartenait à la police de protéger les victimes. On comprend que la voie judiciaire pourrait être une autre option, mais qui, tout comme la *Loi P-38.001*, doit répondre à certains critères pour être activée. Ce débat nous montre de plus que la *Loi P-38.001* n'existe pas dans un contexte isolé. Beaucoup d'autres cadres juridiques délimitent les actions possibles et les hiérarchisent.

Les facteurs de risques dans l'estimation de la dangerosité en raison de l'état mental. Le comité s'interroge sur la manière de prendre en compte les facteurs de risque dans le travail d'estimation de la dangerosité²⁴⁰. La cessation de médicaments est considérée comme un facteur de risque de dangerosité. Dans la littérature, ce critère serait considéré comme un élément secondaire. Tous les cliniciens en présence considèrent qu'il s'agit d'un facteur de risque important, notamment dans le cas de « pmd »²⁴¹ et de dépression, mais qui le serait moins dans le cas de la schizophrénie.

On discute également de la pertinence de considérer les antécédents récents dans l'estimation de la dangerosité et de la place qu'ils doivent occuper, notamment dans la fiche de liaison. Certains pensent que la prise en compte des antécédents psychiatriques, de violence et de toxicomanie est utile pour faire le travail d'estimation du danger. D'autres défendent plutôt une vision « restrictive » qui rappelle, entre autres, le caractère d'exception de la loi. À cet égard, certains antécédents liés, entre autres, à l'histoire psychiatrique et présents dans le document de travail tels qu'une « consultation à l'urgence » ne seraient pas considérés dans la littérature comme des facteurs de risque de dangerosité. Par ailleurs, la question de la confidentialité se pose généralement par rapport aux antécédents de la personne (psychiatriques, violence, toxicomanie, pénaux, etc.). De ce point de vue, il s'agit de se pencher sur la « crise », car c'est elle qui doit faire l'objet d'une évaluation (COQ)²⁴². La toxicomanie fait, quant à elle, consensus comme

²⁴⁰ *Idem*, réunion du 14 avril 2004, notes d'observation.

²⁴¹ Psychose maniaco-dépression.

²⁴² Comité-outil, réunion du 26 janvier 2005, notes d'observation.

facteur de risque de dangerosité tant dans la littérature que dans leur pratique clinique sur laquelle ils se basent. À l'issue des travaux, la dernière version de la fiche comportera quatre items dans la section des antécédents : passage à l'acte, toxicomanie, cessation ou prise inadéquate de médicaments, autres. Dans la discussion concernant les facteurs de risque, il devient difficile de saisir la distinction entre dangerosité et crise, glissant d'un à l'autre²⁴³.

Refus de collaborer/Non consentement. Il est important de remarquer qu'il y a eu très peu de débat sur la question du consentement alors que l'article 8 s'applique dans le cas d'un individu amené contre son gré. On se demande toutefois si la notion de refus de collaborer doit être définie dans le cadre de référence ? Certains préfèrent le terme de consentement/non-consentement à celui de collaboration/non-collaboration : un individu peut collaborer sur certaines dimensions mais exprimer un non-consentement à l'entente proposée, i.e. à l'orientation de l'intervention.

L'orientation en cas de danger grave et immédiat : CH ou CIC ?. Sur la question de l'orientation suite à une estimation positive du danger grave et immédiat, les membres du comité n'ont pas la même interprétation. Pour les représentants de l'UPS-J, l'orientation vers un centre hospitalier est la disposition incontournable. Pour les représentants des CIC, l'orientation vers l'hôpital ne devrait pas être un «automatisme». Dans certains cas, il pourrait être plus à propos de maintenir ou référer la personne vers un CIC, sous surveillance étroite et en hébergement fermé, plutôt que vers un centre hospitalier. Dans cette divergence d'opinion, les mises en situation données tendent à montrer que les contextes d'intervention des uns et des autres ne sont pas les mêmes. Pour l'UPS-J, on est dans l'obligation d'orienter sur le champ, ce qui n'est pas le cas des CIC qui disposent de lits d'hébergement et d'un espace, au sein de la ressource, pour l'évaluation du « besoin »²⁴⁴. Dans cette optique, il semble bien que les CIC s'attribuent un rôle beaucoup plus large que ce qui semble être inscrit dans le texte de la *Loi*. Ceci étant dit, du point de vue du MSSS et de ses priorités d'action au moment de l'entrée en vigueur de la loi en 1998, cette lecture correspond aux objectifs de consolidation et de développement des services de crise en santé mentale.

Les zones grises dans la loi et sur le terrain : la police et les intervenants désignés. Pendant les travaux du comité, un événement particulier, la diffusion d'un vidéo au sein du SPVM et portant sur la *Loi* P-38.001, a servi de catalyseur pour mettre en évidence l'existence de zones grises dans les rôles et responsabilités de différents acteurs susceptibles de travailler en partenariat. Pour résumer, à l'été 2004, des membres du comité ont été mis au courant de la circulation d'un vidéo portant sur l'application de la *Loi*, produit par le contentieux du SPVM, et diffusé dans les différents PDQ de l'Île de Montréal. La nouvelle a d'abord provoqué un choc au sein du comité, puis a donné lieu à d'importantes critiques : 1) sur le contenu du vidéo, l'une des vignettes met en scène une intervention carrément jugée inappropriée et même néfaste pouvant aller jusqu'à mettre la vie de la personne en danger; 2) aucune des vignettes fait allusion à la possibilité ou la nécessité de faire appel aux intervenants désignés (en l'occurrence à l'UPS-J) dans ce type d'intervention comme le stipule la *Loi*; 3) aucune concertation des partenaires n'a été tentée dans la production du vidéo, le SPVM ayant fait cavalier seul. Cet événement a servi de révélateur de positions divergentes entre des acteurs responsables de l'application de la *Loi* P-38.001 à Montréal.

²⁴³ *Idem*, réunion du 14 juillet 2005, notes d'observation.

²⁴⁴ *Idem*, réunion du 26 janvier 2005, notes d'observation.

Au comité outil, on cherche à comprendre la situation. On a notamment rappelé que la police, au moment de l'entrée en vigueur de la loi, était contre l'article 8 puisqu'elle espérait obtenir davantage de pouvoir d'action²⁴⁵. On a aussi souligné que l'avis juridique élaboré pour la police après l'entrée en vigueur de la loi défendait une position plutôt conforme à celle reprise dans le vidéo. On se demande si le vidéo ne pourrait pas être lu comme un message, la réponse de la police à la lenteur des partenaires du milieu de la santé à mettre en place les conditions pour appliquer la loi. Mais sur cette hypothèse, tous ne sont pas du même avis. En effet, l'Agence et le CIC acquiescent à l'idée de lenteur du processus d'implantation alors que l'UPS-J la rejette. Pour certains membres, le vidéo réaffirme un principe d'intervention policière : « ne jamais être blâmé d'être intervenu ». Par ailleurs, on s'inquiète des effets de la diffusion du vidéo au sein de la police puisqu'on transmet des messages contradictoires dans ce dossier²⁴⁶. En somme, cet événement a donné lieu à tout un branle-bas au sein du comité-outil, et particulièrement de la part de l'UPS-J : planification d'une rencontre entre des membres du CLSC des Faubourgs et de l'UPS-J, des représentants du SPVM et de l'Agence pour clarifier la situation²⁴⁷.

Cette rencontre a finalement eu lieu le 19 janvier 2005 au Quartier général de la police de Montréal où six personnes étaient présentes représentant l'Agence, l'UPS-J et la police²⁴⁸. Alors qu'il s'agissait de clarifier les rôles de chacun dans l'application de la loi, la rencontre débouche sur un projet de demande de révision de celle-ci. Ce projet de demande de réforme comprend deux aspects : une proposition de révision de la *Loi P-38.001* préparée par l'Agence, pour le « comité de travail sur le bilan d'implantation de la *Loi P-38.001* », et un projet de lettre, que co-signeraient le directeur du SPVM et celui de l'Agence, pour sensibiliser le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que celui de la Justice à cette nécessité. Les deux documents sont envoyés le 24 janvier 2005 à trois représentants de l'Agence, deux représentantes de l'UPS-J, deux représentants du SPVM²⁴⁹). Dans les documents, on réclame des modifications à la loi en invoquant des problèmes récurrents dans son application ainsi que les conséquences, tant pour les clientèles que pour les partenariats, des imprécisions et des différences d'interprétation de l'article 8 sur le terrain. Les points litigieux sont liés aux flous dans le recours aux intervenants désignés, la responsabilité du transport et la prise en charge en milieu hospitalier. Deux ordres de solutions sont avancés :

Les solutions sont à deux niveaux. Le premier niveau, qui est le court terme, consiste à bonifier les outils d'information du SPVM de façon à aplanir les différences de perception

²⁴⁵ *Idem*, réunion du 7 décembre 2004, entretien informel; réunion du 8 juillet 2004, notes d'observation.

²⁴⁶ Un représentant de l'UPS-J apprend l'existence du vidéo par un policier inquiet après avoir vu le vidéo du SPVM et reçu la formation de l'UPS-J sur l'application de la loi. On se rappellera que l'avis du CSMQ insistait aussi sur le besoin d'uniformité du message.

²⁴⁷ Comité-outil, réunion du 8 décembre 2004, notes d'observation.

²⁴⁸ Agence, Conseiller aux services de santé mentale, Rapport du comité de travail sur le bilan d'implantation de la *Loi P-38.001*, Document de travail, 19 janvier 2005.

²⁴⁹ On peut souligner l'absence de représentants habituellement associés aux comités d'implantation, notamment les CIC, les groupes de défense de droit, les CLSC, les psychiatres, Urgences-santé. Le contexte dans lequel s'est enclenché la demande de révision est certainement en cause : partant pour faire une mise au point dans l'affaire du vidéo (19-01-05), on débouche, cinq jours plus tard (24-01-05), sur une proposition de demande formelle de révision de la *Loi*.

entre les policiers du SPVM et l'équipe UPS-J, quant à l'application de la *Loi*. Le deuxième niveau, qui est à plus long terme, consiste en une démarche conjointe des deux réseaux afin de sensibiliser le ministère de la Santé et des Services sociaux sur la nécessité de réviser la *Loi* P-38.001 sur 3 points précis, qui sont :

1- L'intervention policière qui n'est pas subordonnée [c'est eux qui soulignent] à l'estimation de l'intervenant désigné, ce qui se traduit sur le terrain par une interprétation aléatoire par les policiers de la nécessité de s'adjoindre un intervenant désigné, laissant ainsi au seul jugement du policier la décision de recourir à la loi. Nous estimons que dans notre région, 80 % des décisions des policiers au regard de la loi sont prises sans recourir à l'assistance des intervenants désignés.

2- La responsabilité du transport vers un centre hospitalier lors de la prise de décision d'appliquer la loi est nébuleuse pour le policier car la loi indique qu'il peut [c'est nous qui soulignons] transporter la personne contre son gré et non qu'il doit [c'est nous qui soulignons] le faire. Nous avons été confrontés à des situations où le policier et l'intervenant désigné n'étaient pas d'accord sur la nécessité de transporter la personne, ce qui peut être préjudiciable pour celle-ci.

3- La loi ne précise pas le délai pour le transfert de la responsabilité de prise en charge [c'est nous qui soulignons] lors du transport de la personne dans un centre hospitalier. Cette situation se traduit par l'obligation, pour le policier et/ou l'intervenant désigné, de demeurer parfois plusieurs heures à l'urgence avant que la personne soit prise en charge [c'est nous qui soulignons] en étant à la remorque de la décision du personnel de l'établissement. Cette situation empêche l'intervenant et/ou le policier d'être disponibles pour d'autres interventions²⁵⁰.

Dans l'éventualité où la demande recevait une réponse favorable, le responsable du contentieux du SPVM rédigerait de nouveaux libellés des articles visés aux fins de modification.

Lors de la rencontre du comité-outil du 26 janvier 2005, certains membres veulent discuter de cet « événement ». Un point est ajouté à l'ordre du jour par le consultant-formateur de l'Agence. Le représentant de l'Agence insiste sur la conclusion de la rencontre : l'adoption d'un plan d'action commun dont le point central est une demande conjointe de réforme de la loi. Alors que tous les membres sont d'accord avec les points de réforme proposés, la représentativité du « comité de suivi » est soulevée. Certains s'interrogent sur le statut donné à la délégation alors qu'ils n'avaient pas été mis au courant de la demande.

Comité de suivi de l'application de la loi. Dès les premiers travaux du comité-outil (avril 2004), des membres se préoccupent des moyens dont on dispose pour suivre l'évolution de l'application de la loi et certains proposent la mise sur pied d'un comité de suivi, mais le représentant de l'Agence n'a pas de position définie sur cette question. Le 17 juillet 2004, les membres réitèrent une fois de plus leur désir de voir se mettre sur pied un comité de suivi de la loi et sont inquiets que cela ne tombe dans l'oubli dans le contexte de la réforme de la santé. À ce moment précis, personne n'est en mesure de dire s'il y aura un responsable de ce dossier à l'Agence et si oui,

²⁵⁰ Agence, Rapport du comité de travail sur le bilan d'implantation de la *Loi* P-38.001, Conseiller aux services de santé mentale, Document de travail, 2 p.; Agence, Président Directeur-général de l'Agence et Directeur du SPVM, *Loi* sur la protection ..., Projet de lettre aux ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre de la Justice et procureur général, 2 p.

quel sera son rôle. On discute des acteurs qui devraient siéger sur ce comité. Des points de vue divergents se manifestent notamment sur la pertinence de représentants de CLSC.²⁵¹

Le 11 janvier 2005, la question du comité de suivi revient sur la table. À cette occasion, les discussions les amènent à constater que leurs attentes ne sont pas claires : qui doit siéger sur ce comité ? (On souhaite des représentants capables de faire bouger les choses pour le règlement d'irritants entre institutions). Quelle place donner à la formation continue, à la dimension clinique et aux discussions de cas ? À la dernière rencontre du comité-outil en mars 2005, quelqu'un propose que le Consortium de l'UPS-J prenne la relève et assume la fonction de suivi de l'application de la loi en modifiant sa vocation et sa composition afin qu'il devienne une instance représentative. Les autres membres du comité ont des réserves, notamment sur ces deux aspects.

Le silence du MSSS dans le dossier d'application de la réforme. On reproche au MSSS d'avoir abandonné le milieu à lui-même en n'offrant pas, entre autres, de définition de l'état mental (la notion clé pour l'application de la loi) et de clarification sur la notion de « prise en charge » en l'absence de directives claires données aux policiers²⁵². Les consignes aux policiers ont été clarifiées à la suite d'une enquête du coroner concernant le décès par suicide d'un individu entré à l'urgence. Ces plaintes sont reprises à la rencontre du 16 juin 2004 en soulignant que le MSSS demande d'appliquer une loi sans fournir aucune orientation.

Défense de droit ou « advocacy ». Un des représentants des CIC voudrait que le cadre de référence fasse un « rappel » d'un rôle d'*advocacy* de l'intervenant désigné auprès des personnes qui font l'objet d'une telle intervention. Les intervenants seraient en quelque sorte des « chiens de garde » des droits de la personne. L'introduction d'un intervenant des services de crise dans le texte de loi aurait, entre autres, visé cet objectif.²⁵³

La place des CLSC et des CIC dans l'application de la loi et dans la dispensation des services en santé mentale. La finalisation des travaux du comité-outil relance la question de la désignation volet A, mandat spécifique, et de la place des CLSC dans ce dossier et dans celui plus large de la dispensation des services en santé mentale. En effet, les membres du comité se demandent s'ils doivent aller de l'avant et « lancer l'outil » sans attendre, notamment la désignation des CLSC (maintenant intégrés aux nouvelles entités CSSS). On se souviendra que le processus de désignation des CLSC et des centres hospitaliers a été mis sur la glace dans le contexte de l'entrée en vigueur de la réforme (*Loi 25*) et de la fusion des établissements du réseau de la santé en début d'année 2004. Les membres du comité conviennent de lancer l'outil en ciblant uniquement les organismes déjà désignés et qui ont reçu la formation, à savoir les sept CIC de l'Île de Montréal, le Centre de psychiatrie légale de Montréal, le service post-cure de l'Institut P. Pinel de Montréal, le service urgence-toxico, le programme itinérance du Centre Dollard-Cormier, ainsi que l'UPS-J (pour le volet général de la désignation). Alors que la position des

²⁵¹ Selon certains interviewés, les CLSC seraient une porte importante d'entrée vers l'hôpital, notamment par le biais des requêtes pour évaluation psychiatrique pour dangerosité et ce nombre serait en croissance depuis 1997. Pour d'autres, le volume de cas susceptibles d'être définis dans le cadre de l'article 8 est trop peu élevé pour justifier leur présence.

²⁵² Comité outil, réunion du 14 avril 2004, notes d'observation.

²⁵³ *Idem*, réunion du 16 juin 2004, notes d'observation.

CLSC dans le dossier de la désignation n'est pas toujours apparue homogène et constante (voir phase 4, réactivation de la désignation, mandat spécifique), ils se retrouvent, à l'issue du processus d'implantation de l'article 8, plus ou moins absents du dossier. Pour leur part, les CIC, qui avaient vu le mandat de désignation pour le volet général leur échapper au printemps 2001, sont désignés pour leur clientèle « connue » et jouent un rôle important dans la définition et l'orientation des interventions. Sans financement additionnel, ils obtiennent une reconnaissance officielle de l'Agence. À l'issue du processus, la loi a donc pour effet de les repositionner dans le dossier plus large des services en santé mentale.

Mais ce repositionnement survient dans un contexte particulier, celui de la réforme où l'Agence attend, de chacun des CSSS, l'élaboration d'un programme de santé mentale. Comment les CIC pourront être mis à contribution dans cette réorganisation des services ? Il s'agit d'un des défis importants de cette réforme²⁵⁴. Pour les représentants des CIC, les enjeux ont souvent été associés aux contrats de services avec les établissements du réseau qui exigeaient « l'exclusivité de la référence », mettant en péril l'autonomie chère aux organismes²⁵⁵.

Les tensions entre les intervenants de terrain et le milieu hospitalier dans l'application de la loi ou le syndrome du « pas dans ma cour ». Les rencontres du comité outil sont l'occasion de mettre sur la table les problèmes d'application de la loi dans les échanges, particulièrement de l'UPS-J et de la police avec les milieux hospitaliers. Parmi ces difficultés, on souligne le manque de reconnaissance accordée aux intervenants de l'UPS-J dans certaines urgences de la ville, les comportements non-éthiques du personnel de certaines urgences à l'égard d'individus accompagnés par l'UPS-J (par exemple, discussion de la situation dans le portique de l'hôpital), l'application rigide de la règle de la sectorisation au détriment de l'urgence d'intervenir, l'usage de la contention sans égard aux besoins. Avec certaines urgences, les rapports se dégradent depuis au moins deux ans rendant la situation désespérante pour certains intervenants du terrain. On leur propose d'emprunter la voie officielle de la plainte et/ou la rencontre avec un médecin l'institution. Mais la plupart des membres du comité s'entendent pour dire que cette voie ne donne pas de résultats²⁵⁶.

On peut énumérer de manière succincte quelques thématiques qui suscitent des tensions : les personnes âgées; les « multiproblématiques »; l'itinérance; les personnes « trop » connues des milieux; les troubles de personnalité borderline; les pratiques de contention.

4.5 Conclusion

Première phase : la désignation. La première phase est marquée par la désignation officielle de l'UPS-J, décision qui devait être entérinée par le CA du CLSC des Faubourgs et de celui de la Régie régionale de Montréal-Centre. En outre, cette désignation reposait sur certaines conditions dont l'accord des CLSC, notamment parce que son financement provenait en grande partie de fonds issus de budgets déjà alloués à des centres hospitaliers psychiatriques et renégoiés en faveur des CLSC pour le développement de services en santé mentale. Le rôle supplétif joué par la police en attendant le déploiement de l'UPS-J sur les nouveaux territoires constituait une autre condition.

²⁵⁴ *Idem*, réunion du 9 février 2005.

²⁵⁵ Enjeu qui a également été soulevé dans d'autres entrevues.

²⁵⁶ Comité-outil, réunion du 15 mars 2005, notes d'observation.

La dimension légale de la désignation revêt un caractère central dans cette phase, du moins, dans le discours public. On y fonde le choix de l'UPS-J qui, en vertu de son statut d'institution publique, serait directement imputable. L'imputabilité surgit dans un contexte de tensions entre les différents services pour l'obtention de financement alors qu'il était devenu évident que le MSSS n'injecterait pas de nouveaux fonds en santé mentale pour la région montréalaise. L'imputabilité représente alors l'argument qui permettra de rejeter, en partie du moins, le premier scénario (désignation des CIC) et de négocier des transferts de fonds au sein du réseau de la santé. Les problèmes de financement des services de santé mentale ont illustré, au cours de cette première phase, que la question de l'imputabilité est toute relative et dépend du contexte dans lequel se développent les services.

La désignation de l'UPS-J tend à souligner le caractère consultatif du Comité régional d'implantation. Alors qu'un consensus semblait s'être développé pour la désignation des CIC après l'adoption de la loi, les contraintes budgétaires ont fait rapidement voler en éclat le travail de collaboration mené pendant près de trois ans. Il n'y a pas eu d'alliance des acteurs représentés au sein du Comité régional contre la décision du MSSS, mais plutôt une recomposition des alliances où se rejoue la fracture traditionnelle entre l'institutionnel (public) et le communautaire²⁵⁷.

Enfin, on envisage une implantation rapide du nouveau mandat de l'UPS-J parce qu'on le définit dans la continuité du premier. On constatera, au cours de cette implantation que les deux mandats seront tour à tour, distingués ou posés en continuité/proximité.

Deuxième phase : l'implantation. La deuxième phase se caractérise principalement par d'importants travaux dirigés par l'UPS-J pour, d'une part, développer un modèle intégré du programme d'intervention articulant les deux mandats et, d'autre part, pour établir, avec les acteurs du milieu, les collaborations essentielles à l'application de l'article 8, nouveau mandat régional. Des travaux seront réalisés en parallèle : à l'interne, au sein de l'équipe de l'UPS-J, on travaille à la conceptualisation du modèle intégré des deux mandats; à l'externe, à travers les travaux du comité d'implantation, on cherche à valider ce modèle et à obtenir l'adhésion des membres pour faciliter la collaboration des différents milieux impliqués.

Ainsi, dès sa désignation, l'UPS-J élabore un plan comprenant la mise sur pied d'un « comité d'implantation » qui constituera un lieu révélateur de tensions entre les groupes et de la confusion dans les rôles de chacun dans ce dossier. Pour ses promoteurs, l'UPS-J et la Régie régionale, il était important d'obtenir l'aval des « partenaires » pour réussir l'implantation. Considérant le contexte d'attribution du mandat à l'UPS-J marqué par de fortes tensions, le service avait intérêt à consulter et obtenir l'adhésion des acteurs du milieu en ce qui concerne la démarche et le modèle développé. Pour les autres groupes représentés, ce comité était l'occasion d'exprimer leurs ressentiments et leurs réserves sur un ensemble d'éléments du dossier. D'abord, on exprime un désaccord sur la manière dont s'est conclue la première partie du processus d'implantation de l'article 8 à Montréal. Ensuite, on souligne la confusion des rôles entre la Régie régionale et le CLSC des Faubourgs dans la mise en œuvre de cette loi, notamment au plan de la coordination

²⁵⁷ Ce qui ne signifie pas l'absence de tensions au sein de l'institutionnel; le transfert de fonds de centres hospitaliers psychiatriques vers les CLSC pour des services en santé mentale ne s'est pas fait sans grincement de dents.

des services, de la standardisation et de l'uniformisation des outils et de la formation. On tente de mettre en garde l'UPS-J en ce qui concerne la place qu'elle pourrait réellement occuper dans le champ de la santé mentale à Montréal et ce, considérant les conditions réelles d'action; son arrivée dans des secteurs non desservis jusque-là ayant fait apparaître des lacunes dans la couverture de services. Enfin, on critique certains aspects du premier mandat de l'UPS-J et questionne le modèle d'intervention. Pensé comme un moyen de légitimer la démarche de l'UPS-J dans le processus d'implantation du nouveau mandat, le comité aura une courte vie et viendra révéler différentes fractures (disciplinaires, institutionnelles, philosophiques, d'approches d'intervention) entre les acteurs, les limites au sein de ce champ d'action et de la confusion dans les rôles et responsabilités de chacun (police, UPS-J, ambulanciers, milieux hospitaliers, CIC notamment).

Le modèle de déploiement projeté au cours de cette deuxième phase met en relief l'importance d'au moins deux conditions essentielles : connaître les ressources (communautaires et publiques) sur les différents territoires; 2) établir des liens de collaboration avec ces ressources. À cette fin, l'UPS-J fait appel à l'approche déployée au moment de la mise en œuvre de son mandat initial qui est perçue comme l'une des clés de son succès : aller de façon régulière sur le terrain rencontrer les organismes et les services existants pour se faire connaître, i.e. expliquer ses mandats, ses pratiques, offrir ses services, en attirant l'attention sur une dimension fondamentale de son mandat : un service qui ne s'adresse pas seulement à des populations-cibles, mais aux ressources susceptibles d'agir dans leur prise en charge (soutien aux organismes, liaison, maillage).

Quant aux travaux sur la formation, ils tendent à montrer que l'uniformisation demeure davantage un objectif à atteindre qu'un résultat obtenu au cours de cette phase. En effet, chacun des principaux responsables de l'application de la loi développe sa formation (UPS-J, Urgences-santé, CLSC, police) d'une manière indépendante les uns des autres à l'exception de la police. Dans le cas du SPVM, la formation des policiers est préparée et offerte par l'UPS-J dans le cadre d'un projet pilote. C'est donc l'occasion d'une alliance nouvelle, ou d'un rapprochement entre ces deux organisations.

Troisième phase : le déploiement du mandat. Cette troisième phase est marquée par quatre activités : le déploiement de l'UPS-J sur les nouveaux territoires, la formation des policiers à la *Loi P-38.001* par des intervenants de l'UPS-J, une rencontre de l'équipe avec des psychiatres et une importante activité « bilan » de l'équipe de l'UPS-J.

Le déploiement du service de l'UPS-J sur les nouveaux territoires est marqué par des difficultés qui ont ralenti sa réalisation. Ainsi, les problèmes majeurs que rencontre l'UPS-J pour localiser des équipes sur d'autres sites amènent à l'avant-scène la question du temps de réponse raisonnable dans l'application de la loi. Sur cette question, on ne sait plus trop d'où vient l'injonction de 20 minutes, mais on sait qu'elle n'est pas prescrite dans la loi. On mise alors sur le fait que peu d'appels proviendra de certains secteurs de l'Île (l'extrême ouest), que le délai de 20 minutes ne pourra être garanti pour tous les appels, notamment pour ceux qui surviennent aux heures de pointe en provenance des extrêmes de l'Île. C'est dans ce contexte que des quatre sites prévus, on finira par se déployer sur deux sites (Des Faubourgs et Villeray). L'UPS-J a également connu des difficultés majeures de recrutement liées à au moins deux facteurs. D'abord, le rattachement de l'UPS-J à une institution publique du réseau de la santé inscrivait le recrutement

dans un lourd processus (disponibilité des fonds, affichage de poste à l'interne d'abord, avec ses nombreux délais, puis à l'externe). Ensuite, la spécificité du programme de l'UPS-J (travail de soir, de nuit, de fin de semaine, équipe multidisciplinaire, champ de l'urgence en santé mentale-justice, population-cible souvent très marginalisées —itinérance, souvent définie comme étant réfractaire à toute forme d'aide, etc.) n'attirait pas les foules alors qu'on cherchait à embaucher des intervenants expérimentés. Enfin, la mise en réseau du système informatique entre les deux points de services s'est révélée très complexe et a nécessité des ajustements sur une longue période de temps.

La période de déploiement est également traversée par des questionnements sur l'interprétation du nouveau mandat. La question de la demande est alors incontournable. On l'examine à travers le volume d'appels qui constitue, sans conteste, un indicateur privilégié de la mise en application de la loi. Or, après les premiers mois de déploiement, on remarque une baisse de la demande des policiers des nouveaux territoires, ce qui n'est pas sans inquiéter l'UPS-J.

De la même manière, la définition des situations-problèmes a constitué un enjeu important dans cette phase du processus d'implantation : s'agirait-il de demandes pour des situations cadrant avec le mandat P-38.001 ou davantage avec le mandat de déjudiciarisation en santé mentale ? Au moins deux circonstances entourant l'implantation pouvaient générer de la confusion. D'abord, même si l'UPS-J n'était pas connue de l'ensemble des policiers du SPVM, les mouvements de personnel au sein de la police en ont amené plusieurs à connaître le premier mandat de l'UPS-J. Ensuite, le découpage territorial dans la définition des mandats pouvait représenter une seconde source de confusion chez les policiers. En effet, les demandes des policiers des nouveaux territoires devaient théoriquement s'inscrire dans le cadre de l'article 8 de la Loi P-38.001 alors que celles du territoire initial pouvaient correspondre à l'un ou l'autre mandat. Or, on constate que les demandes sont définies davantage dans le cadre du mandat initial (déjudiciarisation).

La formation des policiers par l'UPS-J sur la loi a constitué une importante activité au cours de cette phase. Elle visait à former deux officiers par quart de travail dans chacun des postes de police de quartier de la ville de Montréal. Bien qu'elle était volontaire, cette formation a rejoint un large bassin de policiers qu'on estime à 18% des 4500 policiers du SPVM (dont 2500 patrouilleurs).

La rencontre avec les psychiatres souligne plusieurs points de fracture entre l'UPS-J et le milieu hospitalier. Ces tensions tendent certainement à illustrer que les collaborations qui sous-tendent l'application de la loi au sein d'un réseau de partenaires sont loin d'être effectives. Des contraintes de tout ordre (modes de fonctionnement, cultures organisationnelles, univers de référence, conceptions de l'action à mener dans l'application de la loi, etc.) semblent limiter la mise en œuvre de pratiques qu'on voulait concertées.

Les deux rencontres « bilan » de l'équipe avaient pour but de définir le programme de l'UPS-J dans le contexte de l'ajout du mandat P-38.001 et d'y associer tous les intervenants de l'équipe. Cet exercice a permis de mettre en relief une série d'enjeux pour l'UPS-J et pour l'application de la nouvelle loi. D'abord, la restriction de l'application du mandat initial à un territoire limité de l'Île de Montréal force la construction de deux cadres d'intervention qui créent, sur le terrain, au

sein de l'équipe et avec les partenaires beaucoup de confusion. Ainsi, la Loi force à opérer un travail de distinction des mandats, on crée de la différence là où plusieurs voient du même. Ensuite, les débats tendent à illustrer d'importants enjeux en ce qui concerne la délimitation des champs d'action des différents milieux d'intervention dans ce dossier. Ainsi, plusieurs questions tournent autour de la place qu'on occupe sur le terrain, notamment par rapport à la police, aux milieux hospitaliers et aux ressources communautaires. Les attentes perçues des uns et des autres vis-à-vis de l'UPS-J ne sont pas les mêmes et n'ont pas directement à voir avec la *Loi P-38.001*. Par exemple, la police compte beaucoup sur l'UPS-J pour assumer des fonctions d'arrimage (de suivi) avec les ressources du milieu pour régler des appels à répétition adressées au 911. Or, tous ces appels n'entrent pas facilement dans les catégories de l'article 8 mais davantage dans la définition du mandat initial de déjudiciarisation. La survie du programme semble ici être associée à la capacité ou à la volonté de répondre aux attentes des partenaires, même si les demandes ne sont pas perçues dans les limites claires de P-38.001. On remarque également des enjeux au plan de la reconnaissance professionnelle de l'UPS-J, en particulier avec la police et les milieux hospitaliers. On sait que le partenariat avec la police n'est pas donné mais représente plutôt un grand défi qui devra être relevé. Enfin, sur la question centrale du danger grave et immédiat relatif à l'état mental apparaît la recherche d'un équilibre entre, d'une part, la reconnaissance de la dimension socialement construite de la dangerosité et, d'autre part, l'obligation de trancher cette question. Sur la dimension sociale de la dangerosité, on dira, par exemple, que son estimation dépend du contexte dans lequel survient cette pratique, de qui fait l'estimation (variable entre intervenants de l'UPS-J, entre UPS-J et police et milieu hospitalier), de la part du « senti » ou de l'intuitif qui joue un rôle important mais qui est bien difficile à définir, de facteurs contextuels (tels que l'hygiène personnelle, la salubrité des lieux, etc.) auxquels on ne donne pas le même poids selon l'intervenant impliqué. Quant à l'obligation de trancher, on y répondra par la recherche d'uniformisation et de standardisation des pratiques à travers le développement d'outils standardisés, de formation uniformisée ou adaptée (en ethnopsychiatrie par exemple), de rencontres « bilan », d'échanges informelles. On s'inscrit alors dans une quête de légitimation de pratiques situées dans les zones les plus limites de l'action sociale.

Quatrième phase : actualisation du mandat, volet spécifique. La quatrième phase du processus de mise en application de la loi correspond à la relance du plan de désignation, mandat spécifique, i.e. pour les « clientèles connues et en présence ». Cette relance vise à compléter le plan de mise en application de la loi qui incluait la désignation des établissements publics du réseau (CLSC, Centres hospitalier, Dollard-Cormier, CPLM, Pinel) ainsi que les CIC. Au cours de la période de l'étude, elle n'aura finalement atteint que les centres de crise, Dollard-Cormier et le CPLM. L'entrée en vigueur de la réforme de la santé et des services sociaux (Loi 25) a sonné le coup d'arrêt du processus de désignation dans les CLSC et les centres hospitaliers qui avait été marqué par la confusion et la résistance de CLSC vis-à-vis ce qui est apparu à certains comme un « nouveau » mandat sans moyen pour le mettre en oeuvre. Dans le cas des CIC, la désignation a été réalisée par différentes activités : élaboration d'outils standardisés (grille d'évaluation de la dangerosité et fiche de liaison); rédaction d'un cadre de référence ou guide d'accompagnement pour mettre en contexte la mise en application des outils ; formation offerte à tous les intervenants des CIC et conçue en deux volets d'une journée chacun : 1) formation générale sur la *Loi P-38.001*; 2) formation sur les dimensions cliniques de l'application de l'article 8.

On retiendra surtout que cette dernière phase a été marquée par l'important travail du comité-outil chargé d'élaborer les outils et la formation pour les intervenants désignés. S'il a atteint son

objectif, ses travaux ont mis en lumière des tensions relatives aux différentes visions des membres dans le travail d'estimation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental. Dans un cas, c'est l'impératif de la relation d'aide qui dicte l'action : on minimise l'importance des catégories de la psychiatrie pour se centrer sur un événement « la crise » et on laisse au psychiatre le travail d'articulation du lien entre état mental et dangerosité. Dans l'autre cas, c'est l'impératif de l'évaluation qui structure l'action : on s'attache à documenter l'état mental à travers les indicateurs de la psychiatrie pour parler le même langage que ceux qu'on interpelle : le monde médical et psychiatrique. Mais dans l'un comme dans l'autre cas, c'est par rapport à ce référent — la psychiatrie, que se manifestent les tensions, un référent dont la présence restera que symbolique pendant toute la durée des travaux du comité.

CHAPITRE 5

PROFIL DE LA POPULATION D'ÉTUDE²⁵⁸

Ce chapitre est consacré à la description de la population touchée par l'UPS-J, le service mandaté pour mettre en application l'article 8 de la nouvelle loi québécoise sur l'internement civil involontaire (P-38.001) sur l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal. Cet exercice est important pour documenter comment cette section de la loi est mise en application à Montréal, mais il est complexe, notamment parce que l'UPS-J n'est pas mandataire de cette seule mission. Nous l'avons déjà souligné, l'UPS-J a d'abord été désignée en 1996 pour mettre en application un mandat de « déjudiciarisation en santé mentale » sur un territoire bien délimité du centre-ville de Montréal qui s'est graduellement élargi tout en restant circonscrit à un territoire particulièrement touché par les phénomènes d'extrême pauvreté et de marginalité²⁵⁹. Dans le cas de ce premier mandat, la population-cible de l'UPS-J s'est définie comme étant des personnes aux prises avec un problème de santé mentale sévère et persistant pouvant inclure les troubles sévères de la personnalité, ce qui pouvait comprendre des personnes agitées, désorientées, délirantes, menaçantes, dangereuses, en état d'intoxication et posant ou sur le point de poser des gestes délictueux. En 2001, l'UPS-J est désignée pour mettre en application l'article 8 de la *Loi P-38.001* et ce second mandat s'applique à l'ensemble du territoire de l'Île de Montréal. Dans le cas de la loi, le législateur vise des individus qui, en raison de leur « état mental », représentent un danger immédiat pour eux-mêmes ou pour autrui. En optant pour l'usage du terme d'« état mental » (plutôt que celui de maladie mentale comme la législation précédente), la loi étendrait sa portée et s'appliquerait à une diversité de situations et d'individus. Par exemple, les états mentaux altérés ou perturbés suite à des maladies dégénératives, telles que la sénilité, la maladie d'Alzheimer, ou des accidents neurologiques (traumatismes crâniens, ...) seront identifiés comme nouvelles occasions d'appliquer la loi, tout comme les états provoqués par des événements de la vie tels que le deuil, etc.

Par ailleurs, l'UPS-J exerce, sur son territoire initial, le double mandat, i.e. la déjudiciarisation en santé mentale et l'article 8 de P-38.001 alors que sur le reste de l'Île de Montréal, ses nouveaux territoires, le service n'exerce que le mandat P-38.001. On comprendra que ces distinctions de mandats et de populations-cibles selon les territoires seraient susceptibles de produire des effets plus ou moins prévisibles. Peut-on reconnaître les appels et les rattacher à l'un ou l'autre mandat ? Un processus de différenciation est-il à l'œuvre ? y travaille-t-on ? et si oui, comment ? L'analyse des profils comparés des populations référées à l'UPS-J selon les territoires d'application des mandats représente un volet de cette analyse.

Nous procéderons d'abord à une brève description du profil de l'ensemble de la population d'étude (territoires et mandats confondus) qui servira de point de référence aux différentes

²⁵⁸ L'analyse quantitative de ce chapitre est réalisée à partir de la base de données « client » de l'UPS-J et les données ont été traitées à partir du logiciel de bases de données relationnelles *FilemakerPro*.

²⁵⁹ Ce territoire est délimité par huit postes de police de quartier (PDQ) — 18; 19; 20; 21; 22; 23; 37; 38, et par sept CLSC — St-Louis-du-Parc, Plateau Mont-Royal, Hochelaga-Maisonneuve, Métro, St-Henri, Verdun/Côte St-Paul, des Faubourgs et la Clinique communautaire de Pointe St-Charles. Alors que les CLSC font maintenant partie de Centres de services de santé et de services sociaux (CSSS), ce sont ces entités qui existaient au moment de la recherche et c'est pourquoi nous les désignerons comme tels.

analyses. Les données analysées sont tirées de la base de données informatisée de l'UPS-J²⁶⁰. L'analyse porte sur une année complète d'intervention de l'UPS-J, soit du 15 février 2003 au 14 février 2004²⁶¹. Cette période correspond au déploiement du mandat lié à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* de l'UPS-J sur les territoires qui n'étaient pas couverts avant cette date par l'UPS-J²⁶².

5.1 Première partie : le profil de la population d'étude, territoires et mandats confondus

5.1.1 Profil socio-démographique

Au cours de la période de l'étude, l'UPS-J a reçu des demandes concernant 933 personnes²⁶³, dont 528 (57,0%) étaient des hommes et 399 (43,0%) des femmes. Comme il est possible qu'une même personne fasse l'objet de plus d'une demande à l'UPS-J, on constate que le volume d'appels concernant les femmes est plus élevé, soit 45,4% de tous les appels en 2003-2004 (571/1259) que leur poids au sein de la population. Soixante-dix-neuf pourcent de ces individus avaient le français comme langue d'usage, 14,2%, l'anglais, 3%, le français et l'anglais et enfin, 3,8% une autre langue à laquelle pouvait s'ajouter le français et/ou l'anglais. Le statut civil est une donnée manquante dans près des 2/3 des dossiers de la population d'étude. Lorsque l'information est disponible, on note que la majorité est identifiée comme étant célibataire (70,6%). Un peu plus d'un individu sur 10 est marié (9,2%) ou vit en union de fait (2,4%), 12,8% sont séparés ou divorcés et 4,3% sont veufs ou veuves. La citoyenneté est un autre élément de l'identité où plusieurs données sont manquantes (350/933). Dans le cas où l'information est au dossier, 95,5% des personnes sont inscrites comme étant de citoyenneté canadienne.

La population d'étude est relativement âgée. En effet, 45,2% de la population est âgée de 45 ans et plus. Fait à noter, la catégorie des 50 ans et plus regroupe, à elle seule, 31,4% de l'ensemble des individus. Lorsqu'on compare la distribution selon le sexe, on remarque une proportion plus importante de femmes dans les groupes d'âge les plus vieux. Dans leur cas, ce sont 47,6% qui composent le groupes de 45 ans et plus; dans le cas des hommes, ce sont 43,6%.

²⁶⁰ L'unité d'analyse dans ce chapitre est un individu (c.f. chapitre méthodologique).

²⁶¹ La période couverte est celle du 15 février 2003 (début de l'implantation du mandat de la *Loi P-38.001* de l'UPS-J sur les nouveaux territoires) au 29 janvier 2004 (changement de plate-forme informatique à l'UPS-J). Des difficultés associées à la mise en œuvre de la nouvelle plate-forme ont fait en sorte que des intervenants ont continué à inscrire des appels dans l'ancienne plate-forme. Douze appels, survenus entre le 30 janvier 2004 et le 14 février 2004, ont ainsi été inclus dans l'analyse, cependant une cinquantaine d'appels seraient manquants pour couvrir véritablement une année complète d'intervention à l'UPS-J.

²⁶² Pour la clarté du texte, nous utiliserons l'expression « territoire initial, double mandat » pour faire référence au double mandat de l'UPS-J qui couvre un territoire limité de l'Île de Montréal et le terme de « nouveaux territoires, mandat P-38.001 » pour désigner le mandat rattaché à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* sur les nouveaux territoires.

²⁶³ Comme mentionné dans le chapitre méthodologique, les données concernant les personnes dont les demandes d'intervention provenaient des cours de justice ont été exclues des analyses en raison des particularités de ces demandes qui devraient faire l'objet d'autres types d'analyse.

Tableau 5.1
L'âge selon le sexe de la population d'étude

Groupe d'âge	H	%	F	%	Total	%
18-24	68	14,3	38	11,1	106	12,9
25-29	40	8,4	28	8,2	68	8,3
30-34	43	9,1	22	6,4	67	8,2
35-39	50	10,5	33	9,6	83	10,1
40-44	67	14,1	58	17,0	125	15,3
45-49	66	13,9	47	13,7	113	13,8
50 et plus	141	29,7	116	33,9	257	31,4
Total	475	100,0	342	100,0	819	100,0

Les intervenants de l'UPS-J notent au dossier des informations relatives aux problématiques médicale, psychiatrique, de toxicomanie, de violence ou encore de démêlés avec la justice. Cette histoire est plus ou moins documentée selon un ensemble de variables : qui demande l'intervention de l'UPS-J et son lien avec la personne concernée, le type d'intervention, le nombre de demandes adressées à l'UPS-J, etc. Ces informations proviennent de différentes sources (la personne elle-même, la police, les proches, les professionnels de la santé, les intervenants des ressources communautaires, etc.) et sont souvent datées. Elles leur parviennent sur les lieux des événements, dans l'urgence, ou encore lors de contacts faits par l'équipe pour établir des relais, trouver des ressources, définir des stratégies concertées d'intervention, assurer un suivi, etc. La cueillette est variable d'un appel à l'autre quoique les consignes et procédures soient les mêmes pour les interventions. Ces informations ne sont pas nécessairement complétées ou validées. Même partielles, elles construisent l'intervention de l'UPS-J et, à travers ce processus dynamique d'échange entre différents acteurs, elles participent à la façon dont les demandes et les situations sont interprétées et les réponses mises en œuvre. L'information²⁶⁴ est utilisée et oriente l'action et c'est à ce titre qu'elle nous intéresse.

Dans ce volet d'analyse, nous avons traité trois indicateurs : les antécédents psychiatriques, les antécédents de toxicomanie et les antécédents judiciaires.

²⁶⁴ La question de la pertinence, de la légalité, de la légitimité, de l'utilité au plan clinique de ce type de cueillette soulève des débats importants au sein de l'équipe dont la portée déborde le cadre restreint de leur intervention.

5.1.2 Les antécédents psychiatriques

Parmi la population d'étude, 53,3% des individus (494/927) conservent une trace d'antécédents psychiatriques dans leur dossier²⁶⁵. Parmi les hommes, cette proportion est légèrement plus élevée (56,3%) que chez les femmes (49,4%).

Tableau 5.2
Les antécédents psychiatriques selon le sexe

Antécédents psychiatriques	H	%	F	%	Total	%
Présence	297	56,3	197	49,4	494	53,3
Absence	231	43,7	202	50,6	433	46,7
Total	528	100,0	399	100,0	927	100,0

La distribution des individus selon le sexe et les groupes d'âge souligne des variations importantes. Dans la comparaison des hommes entre-eux, on remarque que le groupe des plus vieux est celui qui compte le moins d'individus ayant des antécédents psychiatriques, la proportion atteint 46,8%; dans tous les autres groupes, le pourcentage oscille entre 58,1% et 69,7%. Dans le cas des femmes, c'est le groupe des 30-34 ans qui en compte le moins avec 40,9%, et une variation pour les autres groupes de 50,0% à 60,0%. Dans la comparaison hommes-femmes, on note d'abord que pour cinq des sept groupes d'âge, les femmes ont moins d'antécédents psychiatriques que les hommes; la seule exception étant le groupe des 50 ans et plus où les femmes en ont plus dans une proportion de 4,9%. Ensuite, on remarque que les femmes de moins de 35 ans ont beaucoup moins d'antécédents psychiatriques que les hommes des mêmes groupes d'âge : l'écart étant de 10,9% pour les 18-24 ans; de 17,5% pour les 25-29 ans et de 17,2% pour les 30-34 ans. La situation se rapproche pour les groupes de 35 à 45 ans, puis s'écarte à nouveau pour les 45-49 ans pour enfin être renversée pour les 50 ans et plus.

²⁶⁵ Les pourcentages présentés varient entre les résultats globaux et les tableaux croisés dans lesquels sont exclues les données manquantes.

Tableau 5.3
Les antécédents psychiatriques des hommes et des femmes selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	H avec ant. psy.	Total H	F avec ant. psy.	Total F
18-24	45 66,2%	68	21 55,3%	38
25-29	27 67,5%	40	14 50,0%	28
30-34	25 58,1%	43	9 40,9%	22
35-39	30 60,0%	50	20 60,6%	33
40-44	44 65,7%	67	35 60,3%	58
45-49	46 69,7%	66	28 59,6%	47
50 et plus	66 46,8%	141	60 51,7%	116
Total	283 59,6%	475	187 54,7%	342

(**Pourcentages horizontaux)

5.1.3 Les antécédents de toxicomanie

Près de 40% (n=366) des individus sont inscrits comme ayant des antécédents de toxicomanie. Cette trace est plus fréquente dans le dossier des hommes — 48,1% d'entre-eux sont associés à cette problématique, que dans celui des femmes, 28,1% d'entre-elles. (Tableau non-présenté) Lorsqu'on tient compte de l'âge des individus, on constate également que cette variable est associée à cette problématique tant chez les hommes que chez les femmes. Le groupe d'âge le plus touché est celui des 18-24 ans (67,6% des hommes vs 52,6% des femmes) et dans le cas des femmes, cette proportion est presque deux fois plus élevée que la proportion totale lorsque l'âge n'est pas pris en compte (28,1%).

Tableau 5.4
Les antécédents de toxicomanie des hommes selon le groupe d'âge

Antécédents toxicomanie	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 et +	Total
Présence	46 67,6%	19 47,5%	26 60,5%	29 58,0%	38 56,7%	31 47,0%	51 36,2%	240 50,5%
Absence	22 32,4%	21 52,5%	17 39,5%	21 42,0%	29 43,3%	35 53,0%	90 63,8%	235 49,5%
Total	68 100,0%	40 100,0%	43 100,0%	50 100,0%	67 100,0%	66 100,0%	141 100,0%	475 100,0%

Tableau 5.5
Les antécédents de toxicomanie des femmes selon le groupe d'âge

Antécédents toxicomanie	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 et +	Total
Présence	20 52,6%	11 39,3%	7 31,8%	12 36,4%	18 31,0%	12 25,5%	16 13,8%	96 28,1%
Absence	18 47,4%	17 60,7%	15 68,2%	21 63,6%	40 69,0%	35 74,5%	100 86,2%	246 71,9%
Total	38 100,0%	28 100,0%	22 100,0%	33 100,0%	58 100,0%	47 100,0%	116 100,0%	342 100,0%

5.1.4 Présence combinée d'antécédents psychiatriques et de toxicomanie

Nous avons examiné la présence combinée d'antécédents psychiatriques et de toxicomanie pour constater que 23,5% (218/927) de l'ensemble de la population de l'UPS-J est associée à cette double problématique. Dans le cas des hommes, cette proportion atteint 29,9% (158/528) alors qu'elle est deux fois moindre chez les femmes, 15,0% (60/399).

L'âge et le sexe pourraient constituer deux facteurs associés à cette double problématique. Dans le cas des hommes, cette double problématique est particulièrement frappante dans le groupe des 18-24 ans où un homme sur deux y est associé, ce qui est quatre fois plus que dans le groupe des hommes les plus vieux. La variation entre les différents groupes d'âge montre que la double problématique devient moins importante chez les hommes à partir de 45 ans. En comparaison, cette double problématique est beaucoup moins importante dans le cas des femmes; pour la plupart des groupes d'âge, elle est deux fois moins importante que chez les hommes des groupes d'âge correspondant. À l'analyse de la situation des femmes entre-elles, l'importance de cette double problématique est relativement stable entre les différents groupes d'âge, variant entre 17,9% à 24,1%, mais chute dans le groupe des femmes les plus âgées (7,8%), une fréquence trois fois moindre que dans le groupe des 40-44 ans où la proportion est la plus élevée.

Tableau 5.6
La présence d'antécédents psychiatriques et de toxicomanie
des hommes et des femmes selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	H avec ant. psy. et toxico.	Total H	F avec ant. psy. et toxico.	Total F
18-24	35	68	9	38
	51,5%		23,7%	
25-29	14	40	5	28
	35,0%		17,9%	
30-34	15	43	4	22
	34,9%		18,2%	
35-39	20	50	7	33
	40,0%		21,2%	
40-44	30	67	14	58
	44,8%		24,1%	
45-49	21	66	9	47
	31,8%		19,1%	
50 et plus	19	141	9	116
	13,5%		7,8%	
Total	154	475	57	342
	32,4%		16,7%	

(**Pourcentages horizontaux)

5.1.5 Les antécédents judiciaires

À la différence des antécédents psychiatriques et des problèmes de toxicomanie dont la source d'information était le dossier de l'UPS-J, les antécédents judiciaires ont été recueillis dans les bases de données des organismes chargés de compiler ces informations. Ainsi, 44,6% (361/810)²⁶⁶ de la population d'étude compte des antécédents de condamnation.

Si l'on tient compte du sexe des individus, on constate que les femmes sont sous-représentées dans le groupe des individus ayant des antécédents de condamnation. En effet, les femmes ne sont que 28,1% à présenter cette caractéristique alors que dans le cas des hommes, ce sont 56,2% d'entre-eux.

²⁶⁶ Nous n'avons pu vérifier cette information pour 123 personnes en raison de données manquantes, c'est pourquoi le nombre total passe ici à 810 individus.

Tableau 5.7
Les antécédents de condamnation selon le sexe

Antécédents de condamnation	H	F	Total
Oui	264	95	359
	56,2%	28,1%	44,4%
Non	206	243	449
	43,8%	71,9%	55,6%
Total	470	338	808*
	100,0%	100,0%	100,0%

(*Deux individus pour lesquels les antécédents de condamnation sont connus mais non le sexe fait passer le total de 810 à 808 individus.)

La distribution des antécédents de condamnation selon l'âge et le sexe montre d'importantes variations. On remarque une tendance à la progression de la proportion d'hommes ayant été condamnés entre chacun des groupes d'âge jusqu'à 49 ans, puis une chute pour les plus vieux. Ainsi, pour les 18-24 ans, un individu sur deux a déjà été condamné et cette proportion croît jusqu'à sept individus sur dix pour les 45-49 ans. Seul le groupe des 50 ans et plus se démarque avec un taux de condamnation de 46,0%. La situation des femmes est nettement différente. Les femmes de tous les groupes d'âge ont moins d'antécédents de condamnation que les hommes sauf dans le groupe des 30-34 ans où la proportion est la même entre les deux sexes. Dans le cas des femmes, la tendance est d'abord à la progression pour atteindre un pic à 34 ans puis elle s'inverse par la suite. Ces résultats permettent d'avancer que l'âge et le sexe sont deux variables associées aux antécédents de condamnation.

Tableau 5.8
La présence d'antécédents de condamnation
des hommes et des femmes selon le groupe d'âge

Groupe d'âge	H avec ant. jud.	Total H	F avec ant. jud.	Total F
18-24	34	68	10	36
	50,0%		27,8%	
25-29	21	38	9	28
	55,3%		32,1%	
30-34	23	42	12	22
	54,8%		54,5%	
35-39	31	50	14	33
	62,0%		42,4%	
40-44	45	67	20	58
	67,2%		34,5%	
45-49	46	66	10	46
	69,7%		21,7%	
50 et plus	64	139	20	115
	46,0%		17,4%	
Total	264	470	95	338
	56,2%		28,1%	

(**Pourcentages horizontaux)

En résumé de cette première partie, les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes, l'écart pourrait être cependant moins important que celui habituellement observé au sein de populations dites « psychiatrie-justice »²⁶⁷. La population d'étude est plutôt âgée, 45% des personnes ayant 45 ans et plus, et les femmes le sont encore plus que les hommes. Un peu plus de la moitié ont une trace d'antécédents psychiatriques au dossier, ce qui est plus que la population de la 1^{er} cohorte (1996-1999) comme on le verra plus loin. Le sexe et l'âge sont deux variables associées aux antécédents psychiatriques. Dans l'ensemble, les hommes en ont plus que les femmes. Par ailleurs, les distributions des antécédents psychiatriques selon l'âge sont variables et trois situations attirent notre attention : dans le groupe des 50 ans et plus, la tendance observée se renverse, les hommes ont moins d'antécédents psychiatriques que les femmes (46,8% vs 51,7%); 2) dans le groupe des 35-39 ans, la proportion est équivalente entre hommes et femmes (60,0% vs 60,6%); 3) dans le groupe des 25-29 ans, les hommes en ont beaucoup plus que les femmes (67,5% vs 50,0%). L'importance de la problématique psychiatrique parmi les hommes référés à l'UPS-J demande des analyses approfondies pour documenter la nature du contact avec cette institution : hospitalisation de longue ou de courte durée, nature des traitements, usage de la *Loi P-38.001*, diagnostic, etc. ? Est-ce que les hommes sont davantage psychiatisés que les femmes ? Et si c'est le cas, dans quel contexte le sont-ils (séjours en prison, tentatives de suicide, errance dans la rue, etc.) ?

²⁶⁷ Dans les études ayant porté sur des populations « psychiatrie-justice », notamment celles traitant des renvois policiers aux urgences hospitalières, les hommes sont en général surreprésentés (Cardinal et Laberge, 1999, p.212).

La problématique de toxicomanie caractérise la population d'étude dont on associe 4/10 d'individus. Les hommes sont fortement associés à cette problématique. La combinaison d'une problématique psychiatrique et de toxicomanie est significative puisqu'on la retrouve chez le quart de la population d'étude et elle serait plus importante chez les hommes. Peu fréquente chez les femmes, l'âge semble jouer un rôle puisque celles qui présentent cette double problématique sont concentrées dans le groupe des 40-44 ans et dans celui des 18-24. On note également une diminution marquée chez les 50 ans et plus chez les deux sexes. Enfin, la proportion d'individus ayant eu des démêlés avec la justice qui ont conduit à des condamnations est importante et pourrait être un effet du mandat premier de l'UPS-J dont la population était fortement représentée dans cette partie de l'analyse où territoires et mandats sont confondus. Ceci dit, cette caractéristique n'est pas répartie uniformément au sein de la population. Le sexe et l'âge y sont associés. En effet, comme dans le cas des antécédents de toxicomanie, la fréquence des antécédents de condamnation est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Par ailleurs, les gens de 50 ans et plus sont moins nombreux à avoir été condamnés. Dans le cas des hommes, on note une croissance d'antécédents de condamnation entre chacun des groupes d'âge sauf le dernier. Dans le cas des femmes, on constate un double mouvement : croissant puis décroissant avec un pic pour le groupe des femmes de 30-34 ans. Pour ce groupe d'âge, les femmes ont autant d'antécédents de condamnation que les hommes, une donnée à retenir.

Territoires et mandats confondus, ce premier portrait de la population référée à l'UPS-J en 2003-2004 semble faire ressortir l'existence de différents profils. D'abord, les hommes pourraient représenter un profil plus homogène que les femmes, notamment en regard des dimensions psychiatriques et pénales. Ensuite, dans le cas des femmes, les profils apparaissent plus diversifiés et pourraient refléter l'existence d'un noyau dur caractérisé par la combinaison de problématiques multiples et davantage concentrées dans les groupes d'âge des 30-45 ans. Enfin, il y a lieu de penser que s'exerce un mode de régulation des comportements socialement dérangeants et variables selon les âges de la vie. Différentes hypothèses pourraient être explorées : les femmes avec des antécédents de condamnation sont celles qui, de longue date, ont été judiciairisées et forment un noyau dur qui fait l'objet d'interventions répétées de la part des instances psychiatriques et judiciaires (processus de marginalisation). À l'appui de cette hypothèse, on remarque que les femmes dont on retrouve la trace d'une combinaison de problématiques (antécédents psychiatrique, de toxicomanie, de condamnation) se concentrent dans le groupe des 30-45 ans. Les modes de gestion des femmes à la marge pourraient être conditionnés par les représentations dominantes des « réponses appropriées » pour traiter ce type de problématique. En fait, pour explorer les différentes hypothèses dont celles de la transformations des modes de prises en charge, des analyses plus poussées seraient essentielles, comme par exemple, tenter d'isoler dans la trajectoire de vie, les moments et la nature de ces interventions en fonction de l'évolution des pratiques de régulation sociale et de leur transformation.

5.2 Deuxième partie : profil de la population d'étude selon le territoire d'application des mandats de l'UPS-J

Dans cette partie, nous examinons le profil de la population d'étude selon que la demande de service provient du territoire initial sur lequel l'UPS-J exerce un double mandat ou qu'elle provient des nouveaux territoires couverts uniquement par le mandat rattaché à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*. Nous avons procédé à des analyses comparées sur la base d'un découpage territorial étant donné la distinction entre les mandats selon la provenance de la demande (territoire initial — double mandat; nouveaux territoires — mandat P-38.001). Ces données sont ensuite comparées aux données tirées de la « 1^{ère} cohorte » de l'UPS-J (1996-1999)²⁶⁸ qui constitue un point de référence dans le temps des pratiques de l'UPS-J alors que s'exerçait le premier mandat du service, celui d'éviter la judiciarisation des personnes présentant des problèmes de santé mentale et ayant commis ou étant sur le point de commettre un acte délictueux mineur.

Cette section reprend les données socio-démographiques (sexe, âge, langue, statut civil) et celles se rapportant à l'histoire psychiatrique, de toxicomanie et judiciaire pour les analyser dans une perspective comparative. Pour la période 2003-2004, les demandes en provenance du territoire initial où s'exerce le double mandat concernent 783 individus, celles en provenance des nouveaux territoires où s'exerce le mandat rattaché à la *Loi P-38.001* concernent 150 individus, enfin, pour la période 1996-1999, celles du territoire initial où s'exerçait le mandat premier de déjudiciarisation en touchent 751. Les différences entre le nombre absolu d'individus des trois sous-populations d'étude commandent une plus grande prudence dans la comparaison des résultats puisque les variations ne se comportent pas statistiquement de la même manière selon la taille de l'échantillon. Dans le cas qui nous occupe, la petite taille de la population des nouveaux territoires (mandat P-38.001) pourrait amener à surestimer l'effet de certaines variables.

5.2.1 Les caractéristiques socio-démographiques

Le sexe

Un premier constat concerne le sexe des individus. Sur le territoire initial du double mandat, les hommes représentent 60,2% de la population d'étude alors que ce rapport s'inverse sur les nouveaux territoires où cette proportion chute à 40,0%. En comparaison avec les données de la 1^{ère} cohorte (96-99), la répartition de la population du territoire initial 2003-2004 est beaucoup plus près de celle du territoire initial 1996-1999 que de celle des nouveaux territoires, mais un écart de 7% est quand même présent sur le territoire initial entre les deux périodes et montre que les hommes représentaient alors 66,9% de la population de l'UPS-J (1996-1999).

²⁶⁸ La « 1^{ère} cohorte » de l'UPS-J correspond à la population qui a fait l'objet d'une demande d'intervention à l'UPS-J de l'ouverture du service le 15 octobre 1996 au 30 avril 1998, et pour laquelle nous avons recueilli toutes les nouvelles demandes acheminées à l'UPS-J jusqu'au 30 juin 1999. Au cours de cette période, l'UPS-J exerçait un seul mandat, son premier, qu'on désigne couramment comme celui de la déjudiciarisation en santé mentale. Aux fins de la présente comparaison, cette cohorte exclut les individus référés au service exclusivement par les tribunaux.

Tableau 5.9
Le sexe selon le territoire d'application des mandats

Sexe	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Homme	468	60,2	60	40,0	494	66,9
Femme	309	39,8	90	60,0	244	33,1
Total	777	100,0	150	100,0	751	100,0

La langue

Les francophones sont majoritaires sur les territoires de l'un ou de l'autre mandat, mais la proportion de francophones est légèrement plus importante sur le territoire initial (79,4% vs 76,5%). De plus, on constate que la proportion de gens qui ont une autre langue que le français et l'anglais est plus importante dans les nouveaux territoires que dans le territoire du double mandat ou encore, que sur le territoire initial de la 1^{ère} cohorte (7,8% vs 3,0% vs 2,9%). Cette différence devrait être gardée en mémoire pour voir si elle se confirmera ou s'atténuera avec le temps. Bien que nous n'ayons pas d'indicateurs sur l'origine ethno-culturelle de la population, cet écart pourrait refléter les effets possibles des vagues récentes d'immigration²⁶⁹, de la concentration des communautés ethno-culturelles dans des quartiers en périphérie du centre-ville, d'un phénomène d'appauvrissement des populations immigrantes et des nouveaux arrivants (Heisz et McLeod 2004²⁷⁰) depuis les années quatre-vingts, de la combinaison de ces phénomènes, etc.

²⁶⁹ D'après les données du recensement pour l'année 2001 de Statistiques Canada, les immigrants récents ne se répartissent pas uniformément sur le territoire de l'Île de Montréal. Ils s'établissent principalement au centre de l'Île. Ainsi, sur les 27 arrondissements de l'Île, les 14 premiers en importance pour sa proportion de population immigrante se situent en dehors du territoire initial-double mandat (Ville de Montréal, Les arrondissements de Montréal, Répertoire socio-démographique et classement par variables, février 2004). Par ailleurs, de plus en plus de gens des communautés ethno-culturelles auraient recours à la *Loi P-38.001* (par le biais de la requête pour évaluation psychiatrique au tribunal) pour un membre de leur famille selon les observations d'un intervenant de la Cour du Québec, chambre civile (Entrevue no 16).

²⁷⁰ Selon cette étude citée par le Forum régional sur le développement social de l'Île de Montréal, Rapport sur la pauvreté à Montréal (2004), la population immigrante s'est appauvrie à Montréal dans une proportion de près de 12% en vingt ans passant de 29,3% en situation de pauvreté en 1980 à 41,2% en 2000 (p. 13).

Tableau 5.10
La langue selon le territoire d'application des mandats

Langue	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Français	536	79,4	88	76,5	468	75,0
Anglais	96	14,2	16	13,9	114	18,3
Français et Anglais	22	3,3	2	1,7	24	3,8
Autre (et/ou F, A)	21	3,0	9	7,8	18	2,9
Total	675	100,0	115	100,0	624	100,0

La citoyenneté

Une forte majorité des individus (95,6% territoire initial; 94,9% nouveaux territoires, 95,6% territoire 1^{ère} cohorte) est inscrite dans les dossiers de l'UPS-J comme étant de citoyenneté canadienne. Il faut toutefois noter qu'il s'agit d'une donnée manquante dans près de la moitié des cas du territoire initial (279/783) ou des nouveaux territoires (71/150) et encore davantage dans ceux du territoire de la 1^{ère} cohorte (671/783). L'intervention d'urgence ou en situation de crise est un contexte peu propice à la cueillette de cette donnée, ce qui explique pour une grande part, le taux élevé de données manquantes.

Le statut civil

Le statut civil, sans doute pour la même raison que la citoyenneté, est une donnée manquante dans la plupart des dossiers ce qui appelle à une grande prudence dans l'interprétation des résultats (données manquantes territoire initial, 64,5%, nouveaux territoires, 67,3%, territoire 1^{ère} cohorte, 75,1%). La majorité des individus sont célibataires (73,7%, 53,1%, 72,2%). Cependant, on compte le double de personnes mariées et de personnes en union de fait dans les rangs de celles issues des nouveaux territoires comparativement aux deux autres groupes. Si cette observation se confirmait (i.e. la proportion plus grande de personnes mariées et en union de fait sur les nouveaux territoires comparativement au territoire initial de la période récente et antérieure), elle pourrait signifier que les personnes du territoire initial sont davantage seules et isolées que celles des autres territoires, même s'il n'y a pas d'équation simple entre l'isolement social et le statut civil.

Tableau 5.11
Le statut civil selon le territoire d'application des mandats

Statut civil	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Célibataire	205	73,7	26	53,1	135	72,2
Marié-e	22	7,9	8	16,3	12	6,4
Veuf-ve	10	3,6	4	8,2	8	4,3
Séparé-e ou Divorcé-e	33	11,9	9	18,4	29	15,5
Union de fait	6	2,2	2	4,1	2	1,1
Autre	2	0,7	--	--	1	0,5
Total	278	100,0	49	100,0	187	100,0

L'âge

Les personnes qui sont l'objet des interventions de l'UPS-J sont relativement âgées, comme nous l'avons vu précédemment. Dans les trois sous-populations, le groupe d'âge le plus important est celui des 50 ans et plus. Cela dit, la comparaison démontre un profil d'âge différent selon qu'on se rapporte à la population du territoire initial, double mandat, des nouveaux territoires, mandat P-38.001 ou du territoire initial, premier mandat. Ainsi, les personnes âgées de 24 ans ou moins représentent 13,9% de la population du territoire initial, 7,7% de celles des nouveaux territoires et 10,3% de la 1^{ère} cohorte. À l'autre extrême, les personnes âgées de 50 ans et plus forment 29,6% du groupe du territoire initial, 40,8% des nouveaux territoires et, enfin, 23,3% de la 1^{ère} cohorte.

Tableau 5.12
L'âge de la population selon le territoire d'application des mandats

Groupe d'âge	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
17 et moins	--	--	--	--	5	0,9
18-24 ans	96	13,9	10	7,7	51	9,4
25-29 ans	57	8,3	11	8,5	59	10,8
30-34 ans	59	8,6	8	6,2	80	14,7
35-39 ans	72	10,4	11	8,5	85	15,6
40-44 ans	110	16,0	15	11,5	82	15,1
45-49 ans	91	13,2	22	16,9	55	10,1
50 et plus	204	29,6	53	40,8	127	23,3
Total	689	100,0	130	100,0	544	100,0

Ces données permettent de constater que la population rejointe au cours de la première période (1996-1999) sur le territoire initial était plutôt concentrée dans les classes d'âge des 30-45 ans qui rassemblaient presque la moitié des demandes (45,4%). Sur le territoire initial en 2003-2004, ces

mêmes classes d'âge n'en regroupent plus que 35,0%, la différence allant vers les groupes des plus jeunes et ceux des plus vieux, alors que sur les nouveaux territoires, elles n'atteignent plus que le quart des demandes, la différence allant surtout vers les groupes des plus vieux. Autrement dit, dans le temps et sur le territoire initial, on voit un accroissement des demandes au sein des classes des plus jeunes et des plus vieux; en 2003-2004 entre les territoires, on est surtout frappé par l'importance des appels concernant une population âgée sur les nouveaux territoires.

Ces variations d'âge entre les trois profils pourraient illustrer la manifestation de différents phénomènes. D'abord, elles pourraient traduire un vieillissement général de la population. L'importance du groupe d'âge de 50 ans et plus sur les nouveaux territoires serait-elle attribuable à la croissance de la maladie d'Alzheimer, comme l'ont laissé entendre un certain nombre d'intervenants au cours des entrevues et des observations²⁷¹ ? Les variations d'âge pourraient aussi traduire un effet de spécialisation des mandats se manifestant par des distinctions dans les populations rejointes. À cet égard, P-38.001 ne pourrait-il pas être un nouveau dispositif « efficace » pour « placer » des « vieux » et des « vieilles », pauvres, isolés socialement, qui dérangent leur voisinage ? Elles pourraient reposer sur des représentations sociales de la réponse la plus appropriée, représentations différentes selon le territoire donné. En regard des données de l'enquête sur la santé mentale des adultes montréalais²⁷², ces résultats sont cependant étonnants puisque qu'on a observé une association inverse entre l'âge et la prévalence des troubles mentaux, i.e. plus l'âge augmente, plus le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux diminue²⁷³. Enfin, la période d'observation des nouveaux territoires est courte pour en dégager de véritables tendances et commande donc la prudence dans l'interprétation des données.

Nous avons comparé les profils d'âge selon les sexes et constaté que les profils des femmes sont similaires entre l'un ou l'autre des territoires pour la période de 2003-2004. Toutefois, le profil des femmes de la période de 1996-1999 est distinct des profils de la période récente; il est marqué par une plus forte concentration de la population féminine (42,7%) dans les groupes d'âge des 30 à 44 ans (territoire initial, 33,1%; nouveaux territoires, 32,9%).

²⁷¹ Nous avons examiné le champ ouvert du « diagnostic » psychiatrique pour le groupe des 50 ans et plus en 2003-2004 du territoire initial et des nouveaux territoires pour constater que, dans le premier cas, un seul diagnostic d'Alzheimer y est inscrit alors que, dans le second cas, il n'y en a aucun. Par ailleurs, ce champ est vide dans la majorité des dossiers : sur le territoire initial, parmi les 204 individus de 50 ans et plus, 116 n'ont aucune trace de diagnostic à leur dossier; sur les nouveaux territoires, ce sont 36 des 53 individus de ce groupe d'âge qui sont dans la même situation.

²⁷² Direction de la santé publique, *Garder notre monde en santé*,..., 2001, p.24

²⁷³ Les hypothèses avancées dans le rapport de la Santé publique sont 1) la mémoire sélective; 2) l'association entre dépression ou troubles liés aux drogues et à l'alcool, d'une part, et suicide, d'autre part, faisant en sorte que ces individus sont moins nombreux à atteindre un âge avancé.

Tableau 5.13
Les femmes selon l'âge et le territoire d'application des mandats

Groupe d'âge	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Femme						
18-24 ans	30	11,3	8	10,5	11	6,4
25-29 ans	24	9,0	4	5,3	14	8,1
30-34 ans	17	6,4	5	6,6	21	12,1
35-39 ans	25	9,4	8	10,5	27	15,6
40-44 ans	46	17,3	12	15,8	26	15,0
45-49 ans	35	13,2	12	15,8	16	9,2
50 et plus	89	33,5	27	35,5	58	33,5
Total	266	100,1	76	100,0	173	99,9

La situation des hommes est différente. Les profils sont distincts, non seulement pour la période récente entre les territoires de référence, mais également entre les deux périodes. D'abord, pour la période 2003-2004, les hommes du territoire initial sont plus jeunes que ceux des nouveaux territoires. En effet, ceux des groupes d'âge moyen (30-44 ans) sont deux fois plus nombreux dans le cas du territoire initial que des nouveaux territoires (35,9% vs 16,8%). Ensuite, les hommes du territoire initial de la 1^{ère} cohorte sont plus jeunes que ceux des deux autres sous-populations. En comparaison avec ceux du même territoire (1996-1999 vs 2003-2004), on constate que leur nombre est équivalent pour les groupes d'âge les plus jeunes (29 ans et moins), mais que pour les groupes qui suivent, les hommes du territoire initial en 2003-2004 sont moins nombreux au profil des groupes les plus vieux. Quant à la comparaison entre les hommes du territoire initial de la 1^{ère} cohorte avec ceux des nouveaux territoires, on voit une importante différence : près de la moitié des hommes des nouveaux territoires sont concentrés dans le groupe des 50 ans et plus alors que dans le cas de la 1^{ère} cohorte, la proportion n'atteint pas 20%. En résumé, si des variations affectent la distribution d'âge des femmes entre les trois sous-populations, elles apparaissent beaucoup plus importantes entre les hommes et, particulièrement entre ceux du territoire initial de la 1^{ère} cohorte et ceux des nouveaux territoires. Ainsi, le fait que la population des nouveaux territoires soit plus âgée serait davantage l'effet des hommes que celui des femmes.

Tableau 5.14
Les hommes selon l'âge et le territoire d'application des mandats

Groupe d'âge	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Homme						
17 ans et moins	--	--	--	--	5	1,3
18-24 ans	66	15,7	2	3,7	40	10,8
24-29 ans	33	7,8	7	13,0	45	12,1
30-34 ans	40	9,5	3	5,6	59	15,9
35-39 ans	47	11,2	3	5,6	58	15,6
40-44 ans	64	15,2	3	5,6	56	15,1
45-49 ans	56	13,3	10	18,5	39	10,5
50 et plus	115	27,3	26	48,1	69	18,6
Total	421	100,0	54	100,0	371	99,9

5.2.2 Les antécédents psychiatriques

On retrouve des traces d'antécédents psychiatriques dans le dossier de 53,3% des personnes qui ont fait l'objet d'une demande d'intervention sur le territoire initial, dans 51,3% de celles des nouveaux territoires et de 40,1% de celles de la 1^{ère} cohorte. Ce qui étonne ici est la différence (13%) entre les deux périodes sur le territoire initial.

Tableau 5.15
Les antécédents psychiatriques selon le territoire d'application des mandats

Antécédents psychiatriques	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Présence	417	53,3	77	51,3	301	40,1
Absence	366	46,7	73	48,7	450	59,9
Total	783	100,0	150	100,0	751	100,0

Le fait que la population du territoire initial compte des individus mieux connus par l'UPS-J en raison des demandes répétées les concernant pourrait favoriser une connaissance des antécédents psychiatriques. Il pourrait s'agir d'une transformation de la population rejointe dans le temps, marquée, dans la période récente, par l'importance accrue des contacts avec la psychiatrie d'individus référés à l'UPS-J. Avec le temps, les pratiques se rodent et l'interprétation du mandat est davantage partagée entre les différents acteurs, favorisant l'intervention auprès de populations au profil plus nettement psychiatrique. La formation des policiers pourrait également avoir eu pour effet qu'ils optent plus souvent pour la filière psychiatrique que la filière pénale face à des comportements antérieurement judiciairisés. L'ajout du mandat P-38.001 au premier mandat relatif à la déjudiciarisation en santé mentale, avec l'importance qu'il prend sur le plan pratique et symbolique (voir l'analyse du processus d'implantation), pourrait favoriser ce type de

transformation. Une autre hypothèse pourrait être à l'effet qu'on psychiatrise²⁷⁴ plus qu'avant, référant, par conséquent, plus d'individus avec des antécédents psychiatriques. Enfin, cet accroissement pourrait correspondre à l'arrivée d'un nouveau profil d'individus référés à l'UPS-J, marqué par une histoire psychiatrique, et dont l'ampleur est suffisante pour produire un effet statistique.

Dans le cas des nouveaux territoires, on peut observer que la mise en application de *Loi* ne semble pas produire de différences significatives au plan du profil psychiatrique de la population rejointe. Dans les deux cas, territoire initial et nouveaux territoires, la proportion est presque la même d'individus ayant des antécédents psychiatriques alors que, selon plusieurs acteurs, cette *Loi* ayant élargi le champ d'action, elle aurait pu rejoindre une plus forte proportion d'individus sans antécédents. Si la réforme (*Loi P-38.001*) a voulu élargir l'application de la loi, notamment en abandonnant l'étiquette de maladie mentale pour combattre l'association entre maladie mentale et dangerosité, elle y reste liée sur plusieurs plans dont celui des acteurs désignés pour appliquer la loi (psychiatres responsables de l'évaluation psychiatrique), des conditions qui leur sont faites de démontrer l'association entre dangerosité et état mental à l'intérieur d'un rapport d'examen psychiatrique où doit figurer un diagnostic.

Nous avons contrôlé par le sexe des individus pour constater que la différence dans la proportion d'individus avec des antécédents psychiatriques entre les deux périodes sur le territoire initial s'observe tant chez les hommes que chez les femmes : en 2003-2004 dans le cas des hommes, 56,8% en avaient une trace comparativement à 41,5% en 1996-1999; dans le cas des femmes, ce sont respectivement 48,9% comparativement à 38,9%. Par ailleurs, nous avons constaté que dans le cas des nouveaux territoires comme dans celui de la 1^{ère} cohorte, le sexe n'a pas d'effet sur la trace d'antécédents psychiatriques.

Tableau 5.16
Les antécédents psychiatriques des hommes selon le territoire d'application des mandats

Antécédents psychiatriques	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Homme						
Présence	266	56,8	31	51,7	205	41,5
Absence	202	43,2	29	48,3	289	58,5
Total	468	100,0	60	100,0	494	100,0

²⁷⁴ Pour certains, la période récente serait caractérisée par davantage d'hospitalisations psychiatriques mais de courte durée, sans continuité ou de suivi, ce qui les amène à se questionner sur l'idée même de psychiatrisation (Entrevue no 2).

Tableau 5.17
Les antécédents psychiatriques des femmes selon le territoire d'application des mandats

Antécédents psychiatriques	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Femme						
Présence	151	48,9	46	51,1	95	38,9
Absence	158	51,1	44	48,9	149	61,1
Total	309	100,0	90	100,0	244	100,0

5.2.3 Les antécédents de toxicomanie

Les traces d'antécédents de problèmes de toxicomanie apparaissent plus souvent dans les dossiers de personnes du territoire initial que dans ceux des personnes des nouveaux territoires (41,1% vs 30,7%)²⁷⁵.

Tableau 5.18
Les antécédents de toxicomanie selon le territoire d'application des mandats

Antécédents de toxicomanie	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04	
		%		%
Présence	322	41,1	46	30,7
Absence	461	58,9	104	69,3
Total	783	100,0	150	100,0

Nous avons vu que pour l'ensemble de la population d'étude, les hommes ont plus souvent des antécédents de toxicomanie que les femmes (48,1% vs 28,1%). Lorsqu'on introduit le territoire d'application des mandats, on remarque que les hommes des nouveaux territoires comptent un peu moins de ce type d'antécédents que ceux du territoire initial (43,3% vs 48,7%). La même remarque est valide pour les femmes (22,2%, nouveaux territoires vs 29,8%, territoire initial). Ce qui signifie qu'il pourrait y avoir un double effet (territoire et sexe) associé aux problèmes de toxicomanie.

²⁷⁵ Seules les données de la période de rodage, i.e. les quatre premiers mois de fonctionnement de l'UPS-J (octobre 1996 à février 1997) sur le territoire initial sont disponibles (Laberge *et al.*, 1997). Dans ce cas, la même proportion d'individus est identifiée comme ayant des problèmes de toxicomanie (42,9%) que celle des personnes du territoire initial en 2003-2004, soit 41,1%.

Tableau 5.19

Les antécédents de toxicomanie des hommes selon le territoire d'application des mandats

Antécédents de toxicomanie	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04	
		%		%
Homme				
Présence	228	48,7	26	43,3
Absence	240	51,3	34	56,7
Total	468	100,0	60	100,0

Tableau 5.20

Les antécédents de toxicomanie des femmes selon le territoire d'application des mandats

Antécédents de toxicomanie	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04	
		%		%
Femme				
Présence	92	29,8	20	22,2
Absence	217	70,2	70	77,8
	309	100,0	90	100,0

Cette différence pourrait signifier l'importance de combinaison de problématiques multiples sur le territoire initial. Cela pourrait se confirmer dans le cas des hommes non dans celui des femmes.

Tableau 5.21

**Les antécédents psychiatriques et de toxicomanie des hommes
selon le territoire d'application des mandats**

Antécédents psychiatriques et de toxicomanie	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04	
		%		%
Homme				
Présence	145	31,0	13	21,7
Absence	323	69,0	47	78,3
Total	468	100,0	60	100,0

Tableau 5.22

**Les antécédents psychiatriques et de toxicomanie des femmes
selon le territoire d'application des mandats**

Antécédents psychiatriques et de toxicomanie	Territoire initial double mandat		Nouveaux territoires mandat P-38.001	
		%		%
Femme				
Présence	44	14,2	16	17,8
Absence	265	85,8	74	82,2
Total	309	100,0	90	100,0

Dans le cas des femmes, ce qui attire l'attention se rapporte au fait que les problématiques multiples est le seul indicateur où la fréquence est plus élevée chez celles des nouveaux territoires. Se pourrait-il que la population soit moins tolérante à l'égard des femmes des nouveaux territoires qui dérangent ? Selon les observations des intervenants de l'UPS-J, le produit consommé pourrait ici être en cause. Les femmes des nouveaux territoires consommeraient de l'alcool alors que celles du territoire initial, de la coke.

5.2.4 Les antécédents judiciaires

Les antécédents judiciaires distinguent la répartition de la population selon le territoire d'application des mandats. Les personnes appréhendées dans les nouveaux territoires sont moins nombreuses à cumuler des antécédents judiciaires que celles du territoire initial. Sur le territoire initial, près d'une personne sur deux (46,5%) a déjà été condamnée dans le cadre de poursuites judiciaires; sur les nouveaux territoires, c'est une personne sur trois (34,1%)²⁷⁶. Pour la 1^{ère} cohorte, cette proportion atteint 54,3%. Ces différences sont importantes et la présence ou l'absence de condamnations pourrait influencer les interventions susceptibles d'être mises en œuvre.

Tableau 5.23
Les antécédents de condamnation selon le territoire d'application des mandats

Antécédents de condamnation	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Oui	317	46,5	44	34,1	299	54,3
Non	364	53,5	85	65,9	252	45,7
Total	681	100,0	129	100,0	551	100,0

D'abord, comment expliquer ces variations entre les données des deux périodes sur le territoire initial ? Est-ce l'ajout, en 2001, du mandat P-38.001 au mandat de déjudiciarisation qui fait affluer à l'UPS-J une population ayant un profil moins pénal ? L'accroissement de la proportion de femmes et d'individus âgés de 50 ans et plus, deux sous-groupes caractérisés par un plus faible taux d'antécédents judiciaires pourrait alimenter cette piste ? Cette tendance pourrait être combinée à un effet de filtrage des policiers qui réfèreraient moins d'individus déjà judiciarisés à l'UPS-J, accentuant ainsi ce profil. À la lumière de ces résultats, l'hypothèse d'une diminution de la judiciarisation comme mode de gestion des situations-problèmes mérite d'être soulevée.

Pour mieux explorer ces questions, nous avons analysé les données en introduisant le sexe et l'âge comme variables de contrôle. Ainsi, lorsqu'on analyse les données en tenant compte du sexe des individus, on constate une diminution de la proportion d'individus ayant des antécédents de condamnation entre les deux périodes (1996-1999 et 2003-2004) notable dans le cas des hommes et des femmes, mais davantage dans le cas de ces dernières. En comparant les territoires de référence pour la période 2003-2004, on remarque une plus faible proportion d'individus ayant

²⁷⁶ Le nombre de données manquantes est le même entre les territoires : 13%, territoire initial et 14%, nouveaux territoires.

des antécédents de condamnation sur les nouveaux territoires et cet écart est légèrement plus grand dans le cas des femmes²⁷⁷. Ainsi, la surreprésentation des femmes sur les nouveaux territoires n'expliquerait, qu'en partie, un profil moins pénal de cette population. Ces données nous poussent à soulever deux hypothèses : soit il y a une transformation du profil de la population entre les deux périodes; soit le profil de la population des nouveaux territoires diffère de celui du territoire initial et l'application du mandat P-38.001 sur le territoire initial change la composition de la population touchée. Autrement dit, l'UPS-J continue de rejoindre, sur son territoire initial, ce qu'on appelle couramment un « noyau dur » entre autres marqué par une composante pénale et l'application du mandat P-38.001 fait affluer un nouveau profil. Nous y reviendrons dans la conclusion.

Tableau 5.24
Les antécédents de condamnation des hommes
selon le territoire d'application des mandats

Antécédents de condamnation	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires Mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Oui	237	56,8	27	50,9	229	61,7
Non	180	43,2	26	49,1	142	38,3
Total	417	100,0	53	100,0	371	100,0

Tableau 5.25
Les antécédents de condamnation des femmes
selon le territoire d'application des mandats

Antécédents de condamnation	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		%		%		%
Oui	78	29,8	17	22,4	70	38,9
Non	184	70,2	59	77,6	110	61,1
Total	262	100,0	76	100,0	180	100,0

L'analyse des antécédents de condamnation selon l'âge et le territoire d'application des mandats fait ressortir des distinctions importantes entre les territoires de référence et entre les périodes à l'étude. D'abord, la comparaison dans le temps sur le territoire initial montre que pour tous les groupes d'âge, sauf les 50 ans et plus, les individus de la 1^{ère} cohorte sont plus nombreux à avoir des antécédents de condamnation et les écarts sont importants pour les groupes des 25 à 39 ans et pour celui des 45-49 ans. On peut se demander où est passé ce profil entre les deux périodes ? dans le système pénal ? Ensuite, lorsqu'on compare les territoires de référence en 2003-2004, on

²⁷⁷ Dans l'analyse statistique (avec le logiciel SPSS) des chapitres où l'unité d'analyse est un appel à l'UPS-J, les variations des antécédents de condamnation entre les hommes du territoire initial et des nouveaux territoires en 2003-2004 ne sont pas statistiquement significatives alors qu'elles le sont dans le cas des femmes; c'est pourquoi nous appelons à la plus grande prudence dans l'interprétation de ces données.

remarque que pour tous les groupes d'âge, sauf pour les 25-29 ans, les individus des nouveaux territoires ont beaucoup moins d'antécédents de condamnation que ceux du territoire initial et les écarts oscillent entre 7,8% et 28,8%.

Tableau 5.26
Les antécédents de condamnation
selon l'âge et le territoire d'application des mandats

Groupe d'âge	Territoire initial double mandat cohorte 03-04		Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04		Territoire initial mandat initial cohorte 96-99	
		T		T		T
17 et moins	--	--	--	--	2	5
	--	--	--	--	40,0	
18-24 ans	41	94	3	10	22	49
	43,6		30,0		44,9	
25-29 ans	23	55	7	11	35	55
	41,8		63,6		63,6	
30-34 ans	34	58	3	8	56	79
	58,6		37,5		70,9	
35-39 ans	41	72	4	11	58	82
	56,9		36,4		70,7	
40-44 ans	61	110	4	15	47	79
	55,5		26,7		59,5	
45-49 ans	47	90	9	22	33	51
	52,2		40,9		64,7	
50 et plus	70	202	14	52	39	116
	34,7		26,9		33,6	
Total	317	681	44	129	292	516
	46,5		34,1		56,6	

(Pourcentages horizontaux)

En somme, les mêmes questions se posent comme elles se posaient concernant le sexe : s'agirait-il de l'entrée d'un nouveau profil sur le territoire initial ayant plusieurs points communs avec celui des nouveaux territoires ? d'une diminution de la judiciarisation ? d'un retour de balancier vers la psychiatrie ? d'une spécialisation des filières selon certains profils de population et pratiques policières ou de réseau ? Par exemple, les analyses antérieures des trajectoires pénales de population de femmes ayant fait l'objet d'intervention à l'UPS-J avaient démontré qu'un sous-groupe d'entre-elles avaient fait l'objet d'une seule intervention pendant les 32 mois de suivi de l'étude, avaient par ailleurs connu de nombreuses incarcérations. Ce qui pourrait laisser croire que la filière de l'UPS-J est une option qui peut avoir été tentée dans les premières années du service mais abandonnée par la suite pour certains types de problématique. Un autre sous-groupe avait quant à lui une trajectoire marquée par des incarcérations et par des interventions répétées de l'UPS-J (Landreville et al., 2002; Morin et al., 2005). Par ailleurs, on sait que la période de l'étude est marquée par beaucoup de mouvement à l'intérieur du service de police (promotion, vague d'embauches, etc.) qui peut influencer les pratiques de la police avec l'UPS-J.

5.3 Conclusion

Après ce survol de la description des profils comparés de la population d'étude selon le territoire d'application des mandats, le portrait qui se dégage apparaît complexe : tantôt les deux populations du territoire initial semblent partager plusieurs points communs qui les distingueraient de la population des nouveaux territoires, tantôt, les deux populations de la période de référence 2003-2004 semblent plus proches que celles de la période 1996-1999. À un premier niveau d'analyse, un constat semble se dessiner : le profil socio-démographique du territoire initial ressemble davantage à celui de la 1^{ère} cohorte qu'à celui des nouveaux territoires, en particulier en regard des variables suivantes : sexe, langue, état civil, âge, antécédents de toxicomanie et antécédents judiciaires. En effet, la population des nouveaux territoires compte davantage de femmes, de personnes qui parlent une autre langue que le français ou l'anglais, de personnes en relation de couple (marié ou conjoint de fait), moins de très jeunes et davantage de personnes âgées, moins d'individus avec des antécédents de toxicomanie et judiciaires. Quant à la distinction entre la période antérieure et la période actuelle, elle renvoie aux antécédents psychiatriques, dont la présence serait plus fréquente aujourd'hui, et aux antécédents judiciaires, moins fréquente qu'hier.

À un second niveau d'analyse, nous avons essayé d'identifier des sources possibles de ces variations entre les trois profils en introduisant dans l'analyse des variables de contrôle. Ainsi, les différences de profils d'âge pourraient surtout être attribuables au groupe des hommes. Comme nous l'avons souligné, pour la période de référence 2003-2004, le profil d'âge des femmes du territoire initial et des nouveaux territoires est similaire, ce qui varie, c'est le profil des hommes entre les territoires pour la même période 2003-2004; il compte davantage de jeunes hommes et d'hommes d'âge moyen dans le territoire initial. Mais, nous l'avons déjà dit, la petite taille de la population des nouveaux territoires ne nous permet pas de trancher cette question. De la même façon, la distribution des antécédents psychiatriques se comporte différemment selon qu'on introduit à l'analyse la variable sexe. Deux constats peuvent s'énoncer : 1) il y a augmentation de la fréquence des antécédents psychiatriques entre les deux périodes (1996-1999 vs 2003-2004) sur le territoire initial qui a pu être observé tant chez les hommes que chez les femmes; 2) pour la période récente, il y aurait une différence dans la fréquence d'antécédents psychiatriques entre les deux territoires qui, serait surtout associée aux hommes. En effet, alors que les femmes en ont autant quelque soit le territoire de référence, les hommes du territoire initial en ont davantage que leur vis-à-vis des nouveaux territoires. La plus forte présence de ressources en santé mentale sur le territoire initial pourrait-elle avoir un impact ?

Dans le cas des antécédents de toxicomanie, les analyses tendent à montrer qu'il pourrait y avoir un double effet du « sexe » et du « territoire » pour expliquer les différences entre les profils. On l'a vu, les hommes ont davantage d'antécédents de toxicomanie que les femmes, une tendance qui s'observe tant sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires. Cela dit, l'importance de cette problématique sur les nouveaux territoires est moins grande chez les femmes et chez les hommes. Enfin, sur le plan des antécédents judiciaires, nous avons observé une diminution de la fréquence de ces antécédents entre les deux périodes et ceci, tant chez les hommes que chez les femmes. Nous observons également un écart entre les sexes au sein des trois sous-populations, les hommes en comptent toujours davantage que les femmes. Ces différences pourraient être

associées à l'âge, (l'effet possible du groupe des 50 ans et plus) caractérisé par l'absence d'antécédents judiciaires dont le poids est plus important sur les nouveaux territoires que sur le territoire initial.

Pour conclure, les analyses réalisées jusqu'à présent permettent d'évoquer deux hypothèses pour tenter d'expliquer les variations sur plusieurs des dimensions selon le territoire d'application des mandats et selon la période de référence. La première hypothèse défend l'idée d'une transformation dans le temps du profil de population du territoire initial. La seconde hypothèse avance plutôt celle de l'ajout d'un nouveau profil de population sur le territoire initial entre le temps 1 (1996-1999) et le temps 2 (2003-2004), qui correspondrait au profil de la population des nouveaux territoires et qui serait un effet de l'application de la nouvelle loi sur le territoire initial où s'exerce le double mandat de l'UPS-J.

La première hypothèse

L'hypothèse d'une transformation du profil de population de l'UPS-J avec le temps repose sur les variations observées, dans les données du territoire initial, entre les caractéristiques des populations qui ont fait l'objet d'un renvoi à l'UPS-J en 1996-1999 et de celles en 2003-2004. Ces caractéristiques étaient : le sexe, l'âge, les antécédents judiciaires, les antécédents psychiatriques. À l'appui de l'hypothèse de la transformation, on constate en effet que le profil de 2003-2004 se caractérise par une population davantage féminine, rejoignant de plus en plus d'individus aux deux extrémités de la courbe d'âge (plus de jeunes et plus de vieux), marquée davantage par une histoire psychiatrique que pénale²⁷⁸.

La seconde hypothèse

La seconde hypothèse avance l'idée de la manifestation d'un double phénomène : 1) l'entrée d'un nouveau profil de population sur le territoire initial correspondant à celui observé sur les nouveaux territoires et dont le poids est suffisamment important pour produire un effet statistique; 2) le maintien, sur le territoire initial, d'un noyau dur plutôt homogène d'individus correspondant au profil de la population du territoire initial de la 1^{ère} cohorte²⁷⁹. À l'appui de cette hypothèse, nous avons constaté que les profils des populations de la 1^{ère} cohorte et ceux des nouveaux territoires se distinguent fortement quant aux variables sexe, âge et antécédents judiciaires. En effet, la population des nouveaux territoires est composée majoritairement de femmes, de personnes qui sont plutôt âgées, ayant peu d'antécédents judiciaires; celle de la 1^{ère} cohorte est davantage marquée par une majorité d'hommes, d'âge moyen, ayant connu une trajectoire pénale importante. Or, ces variables sont parmi celles qui distinguent, mais de manière moins marquée, le profil de la population du territoire initial entre les deux périodes de référence (2003-2004 et 1996-1999), permettant d'envisager un effet statistique produit par l'entrée d'un nouveau profil depuis la mise en application du double mandat sur le territoire initial de l'UPS-J. Par exemple, concernant le sexe, on observe que les femmes accroissent leur présence de 10%

²⁷⁸ Selon l'expérience d'intervenants de l'UPS-J, on observerait un phénomène de migration vers de territoire initial, où sont concentrées les ressources en itinérance, de personnes qui entrent dans l'itinérance à un âge avancé, décrites comme étant isolées, « passives », qui ont refusé des soins, parfois trop désorganisées pour s'assurer de la rentrée de leur source de revenu, et qui sont l'objet d'éviction.

²⁷⁹ Pour fouiller cette hypothèse, nous avons comparé les données de la 1^{ère} cohorte du territoire initial à celles des nouveaux territoires pour identifier les caractéristiques qui distinguaient le plus ces deux profils pour ensuite s'assurer que ces mêmes caractéristiques étaient aussi responsables des variations observées sur le territoire initial entre les deux temps de l'étude (1^{er} temps : 1996-1999 vs 2^e temps : 2003-2004).

entre la première et la seconde période de référence; concernant l'âge, on note un vieillissement de la population, quant aux antécédents judiciaires, on remarque une diminution de 8% des individus qui présentent cette caractéristique.

Ces premiers résultats semblent indiquer que la *Loi P-38.001* agit sur les pratiques des acteurs ciblés pour la mettre en œuvre. Est-ce que ces effets vont dans le sens des visées poursuivies ? Cette réforme est-elle en train de cibler des phénomènes (dérangements urbains, vieillesse, itinérance) antérieurement traités par d'autres formes de régulation ? Assiste-t-on à une psychiatrisation des problèmes sociaux que la notion d'état mental, inscrite dans la nouvelle loi en remplacement de celle de maladie mentale, pourrait favoriser ? Et si tel était le cas, les hommes seraient-ils davantage touchés que les femmes comme pourraient le laisser supposer les données ? Comme nous l'avons remarqué, il faudrait aussi explorer les contextes dans lesquels surviennent ces expériences de la psychiatrie (séjours en prison, tentatives de suicide, errance dans la rue, etc.) ?

Les chapitres qui suivent portant sur les demandes à l'UPS-J et les actions mises en œuvre selon le territoire d'application des mandats permettront de poursuivre l'analyse de ces hypothèses.

CHAPITRE 6

LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU MANDAT : ANALYSE DE LA DEMANDE

Dans ce chapitre, nous avons procédé à une analyse comparative de la demande²⁸⁰ à l'UPS-J selon qu'elle provient du territoire initial ou des nouveaux territoires dans le but de mieux circonscrire la spécificité ou non du mandat P-38.001. Étant donné que la mission de l'UPS-J diffère selon ces territoires, la méthode comparative devrait permettre de dégager les points communs et les particularités dans les pratiques à l'œuvre et ouvrir des pistes d'explication. On pourra alors mieux comprendre les effets de la nouvelle loi. Lorsque les données seront disponibles, nous présenterons les analyses de la demande à l'UPS-J sur le territoire initial pour la 1^{ère} cohorte (1996-1999) où s'est exercé le mandat initial²⁸¹, ce qui permettra de porter un regard sur les caractéristiques et les transformations possibles dans le temps et de leur lien avec la *Loi P-38.001*.

Cette analyse porte sur l'ensemble des recours à l'UPS-J au cours de la période de l'étude (2003-2004), soit 1 263 appels ou demandes de service. En tenant compte du découpage territorial qui distingue les mandats de l'UPS-J, on dénombre 1 068 appels en provenance du territoire initial où s'exerce le double mandat de l'UPS-J, 171 appels en provenance des nouveaux territoires où s'exerce le mandat relatif à l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*²⁸² et 1 196 appels du territoire initial de la 1^{ère} cohorte de l'UPS-J où s'exerce le premier mandat²⁸³ relatif à la déjudiciarisation en santé mentale. Ainsi, chaque appel codifié devient pour l'UPS-J un événement et c'est cet événement qui constitue l'unité d'analyse de ce deuxième chapitre.

²⁸⁰ Les demandes en provenance des cours de justice (Cour municipale et Cour du Québec à Montréal, chambre criminelle et pénale) de même que celles des services de probation sont exclues de ces analyses. Elles représentent le quart des appels à l'UPS-J au cours de la période 2003-2004 (428/1 691). Par rapport à la 1^{ère} cohorte (1996-1999), le taux est à peine plus élevé au cours de la période récente qu'à ce moment, où l'on en dénombrait 23% (357/1 553). Quant à la période de rodage de l'UPS-J (octobre 1996-février 1997), la proportion était plus élevée, elle atteignait 34% du total.

²⁸¹ La comparaison n'est pas toujours possible pour toutes les variables étant donné des modifications à la grille de cueillette entre les deux périodes.

²⁸² À l'examen attentif des demandes, on constate que, sur le territoire initial, l'institution de rattachement des « référants » dans 67 des 1 068 appels se situait en dehors de ce secteur géographique. Pour les fins de l'analyse, ces appels ont été classifiés comme relevant du territoire initial parce qu'ils ont été traités comme tel par l'équipe de l'UPS-J; il s'agit presque exclusivement d'appels de centres hospitaliers qui avaient l'habitude de recourir à l'UPS-J. Par ailleurs, en tenant compte des dates officielles de déploiement de l'UPS-J sur les nouveaux territoires, on constate que 27 appels parmi les 171 proviennent de policiers rattachés à des PDQ qui n'étaient pas encore desservis par l'UPS-J à ce moment. Ces 27 appels ont été traités avec les appels des nouveaux territoires puisqu'une action a été posée par l'UPS-J dans chacun de ces dossiers. Enfin, 24 appels parmi les 1 263 appels ont été exclus des analyses comparées en raison d'une provenance inconnue.

²⁸³ Nous utilisons indistinctement l'appellation premier mandat ou mandat initial pour faire référence au mandat relatif à la déjudiciarisation en santé mentale.

Tableau 6.1
Répartition des demandes selon le territoire d'application des mandats de l'UPS-J

Territoire initial double mandat		Nouveaux territoires mandat P-38.001		Total des demandes mandats confondus	
1068	86,2%	171	13,8%	1239*	100,0%

* On compte 24 appels pour lesquels le territoire de provenance est inconnu.

La demande à l'UPS-J a été analysée à partir de sept indicateurs : le volume, le « référant », le moment de l'appel, le motif de la demande, les situations-problèmes qui sont à l'origine de la demande d'intervention, la condition de domiciliation de la personne qui est l'objet de la demande et enfin, l'intoxication de cette dernière au moment de la demande.

6.1 Le volume

6.1.1 La prévision

Le volume de la demande représente une question centrale dans le processus de mise en application du nouveau mandat de l'UPS-J. Dès l'élaboration du modèle proposé par les centres de crise en 1999-2000, on cherche à déterminer combien d'appels aux intervenants désignés seront générés par la mise en œuvre de la réforme²⁸⁴. Différentes démarches sont entreprises auprès du SPVM et de la Corporation d'Urgences-santé pour définir la demande. Au Comité d'implantation mis sur pied par le CLSC des Faubourgs en octobre 2002, la question du nombre refait surface. De quel type de modèle de service a-t-on besoin pour répondre à la demande (points de service, ressources humaines, plate-forme informatique, répartition des demandes selon les quartiers, etc.) ? Mais comme l'article 8 de la *Loi P-38.001* représente ni plus ni moins qu'un nouveau dispositif, la difficulté de prévoir ce qui, dans les faits, n'a jamais été dénombré, n'a jamais été désigné (dans les nouvelles catégories du moins) est manifeste. Outre les estimations basées sur les données policières et d'Urgences-santé, d'autres ont été avancées reposant sur l'expérience ou les pratiques dans le champ de l'intervention en santé mentale. C'est le cas des centres de crise qui prévoyaient une augmentation de la demande au fur et à mesure que l'UPS-J serait mieux connue des policiers dans les nouveaux territoires, ce qui ne serait pas, selon eux, sans provoquer une incapacité de l'UPS-J à répondre à la demande d'autant plus que le territoire à couvrir allait en s'élargissant, que le délai d'intervention était court (20 minutes) et que des demandes seraient acheminées simultanément. Les milieux psychiatriques consultés s'attendaient également à ce que la désignation de l'UPS-J pour l'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001* s'accompagne d'une augmentation massive des renvois vers les urgences des hôpitaux, une appréhension atténuée par les psychiatres ayant déjà eu l'occasion de travailler avec l'équipe de l'UPS-J²⁸⁵.

²⁸⁴ Voir le chapitre 3 sur la mise en application de l'article 8, première partie.

²⁸⁵ CLSC des Faubourgs, L'UPS-J et la loi, Les résultats des consultations, 29 décembre 2002.

Le flou des chiffres. Dans l'avis juridique du SPCUM sur P-38.001 de 2001, d'entrée de jeu on souligne que le SPCUM reçoit près de 3 000 appels par an pour des « interventions auprès de personnes atteintes de différents troubles psychologiques ou présentant un danger pour elles-mêmes ou autrui²⁸⁶ ». Les données fournies par le SPCUM au comité régional d'implantation dirigé par la Régie régionale font état de 2 000 appels par année. C'est ce chiffre qui est repris au comité d'implantation dirigé par le CLSC des Faubourgs afin de déterminer un plan de déploiement. Dans des entrevues menées avec des intervenants du SPVM, il est tantôt question de 5 000 appels par année²⁸⁷, tantôt de 10 000²⁸⁸. Au SPVM, tous les appels sont codés selon un double système de classification des événements²⁸⁹ qui a permis d'extraire des banques de données les appels susceptibles de correspondre aux situations visées par la *Loi P-38.001*. Ainsi, selon les estimations d'un des interviewés, il y aurait 10 000 appels par an codés « mm » pour malade mental correspondant à une moyenne de 24 appels mm/jour (le nombre total d'appels par jour au SPVM étant de 3 000)²⁹⁰. Ces codes seraient attribués par le 911 et la classification serait entre autres possible parce que, dans ce type situation, l'appel est souvent logé par un tiers.

Les statistiques fournies par la police. Le SPVM a fourni des statistiques couvrant les années 1997 à 2001 qui compilent les appels codifiés comme des demandes d'intervention pour « des personnes dans le besoin ayant des problèmes de santé mentale » dont une partie sont catégorisées à la prise d'appel par le code « mm »²⁹¹. Pour l'ensemble des 49 PDQ de la Ville de Montréal, les données obtenues étaient pour 1997, de 2 052 appels, pour 1998, de 3 191 appels, pour 1999, de 2 978 appels, pour 2000, de 3 134 appels et pour 2001 de 1 933 appels.

L'analyse avait démontré qu'en moyenne, pour l'année de référence 2001, chaque PDQ recevait 39,4 appels/an classifiés « mm ». Mais en y regardant de plus près, il était clair que certains postes en recevaient davantage que d'autres : 4 PDQ recevaient entre 0 et 19 appels par an; 27 PDQ en recevaient entre 20 et 39; 10 PDQ entre 40 et 59 et, enfin, 8 PDQ en recevaient plus de 60 par année. Ces données ont servi à fournir un ordre de priorité dans le plan de déploiement du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires, entre autres, en déterminant que l'est de l'Île avait un volume d'appels plus élevé que les deux autres sous-régions (ouest et nord), elles peuvent difficilement servir de point de comparaison aux appels effectivement acheminés à l'UPS-J par la police au cours de l'année de l'étude. En principe, les catégories d'appels ne sont pas les mêmes. Les appels des PDQ des nouveaux territoires se définissent *a priori* comme devant correspondre à la définition de l'article 8 de la *Loi P38.001*, i.e. un doute sur la dangerosité de la personne en raison de son état mental, alors que la catégorie du SPVM à la base des estimations, « situations de personne dans le besoins avec des problèmes de santé mentale », était théoriquement beaucoup plus englobante.

Les données fournies par Urgences-santé. La Corporation d'Urgences-santé est également sollicitée pour estimer l'ampleur de la demande susceptible de correspondre aux appels liés à

²⁸⁶ SPCUM, Le conseiller juridique, no 38, janvier 2001, p.1.

²⁸⁷ SPVM, entrevue no 6.

²⁸⁸ *Idem*, entrevue no 7.

²⁸⁹ On attribue un code de type de situation (610 pour conflit par exemple) auquel on peut ajouter le suffixe « mm » pour maladie mentale (610mm) et ainsi de suite pour un certains nombre de type d'événements (903 pour disparition par exemple).

²⁹⁰ SPVM, entrevue no 8.

²⁹¹ En 2005, ce code a été changé par celui de « VU » pour vulnérable.

l'article 8. Comparativement aux données de la police, celles d'Urgences-santé sont beaucoup plus élevées. En effet, en se rapportant à l'année de référence 1997-1998, Urgences-santé aurait reçu 12 622 appels classifiés « santé mentale » desquels on retranche 1 929 appels qui n'ont pas donné lieu à l'affectation de ressources, pour un total de 10 693²⁹². N'utilisant pas le même système de classification, les comparaisons entre les deux organisations sont évidemment très difficiles. Il n'en reste pas moins qu'Urgences-santé semble recevoir et traiter un volume d'appels de ce type beaucoup plus important que celui de la police, ce qui pourrait avoir eu des incidences non-négligeables dans l'application du mandat P-38.001 par l'UPS-J.

Deux premiers constats peuvent être dégagés : d'une part, les analyses de la littérature grise, des entrevues ou des observations montrent que l'estimation du nombre de demande est variable d'une source à l'autre; d'autre part, cette question semble secondarisée dans la mesure où ces variations ne sont pas ou peu relevées dans les débats. Le traitement de cette question dans le processus de mise en application du mandat P-38.001 de l'UPS-J révèle certaines ambiguïtés inscrites au cœur de la réforme. Que et qui vise-t-on au juste ? des comportements ? des interventions ? Que veut-on gérer par cette loi et quel(s) dispositif(s) doit permettre de le faire ? Ce dispositif est-il bien rodé? légitime? légal? cohérent?

6.1.2 Le volume d'appel pendant l'année de l'étude

À l'UPS-J, la notion de « demande de service » a été conçue de manière à éviter le filtrage des demandes à l'étape de l'appel. Chaque appel est codifié et produit un événement/dossier, que cet appel ait donné lieu ou non au déplacement des intervenants sur le terrain, qu'il soit jugé hors mandat ou non, qu'il donne lieu à des échanges d'information sur un individu sans nécessairement qu'il y ait de suite. Cette conception de la demande s'inscrit dans une logique de conservation de traces de chaque appel. Cette pratique, instaurée dès 1996, a été maintenue jusqu'à ce jour. En 2003-2004, la demande génère toujours une fiche d'appel dans la banque de données informatisées de l'UPS-J. Du point de vue de la recherche, cette manière de faire a un avantage certain. Ce recueil d'information permet de refléter la diversité de conceptions des mandats de l'UPS-J lors de cette étape-clé de leur mise en œuvre. En effet, ce que les autres, les « référants » comprennent ou attendent de l'UPS-J, peut être saisi, partiellement du moins, à partir d'une analyse de ce qui est parvenu à l'attention de ce service d'urgence.

Au cours des 18 premiers mois d'opération de l'UPS-J (octobre 1996 au 30 avril 1998), le service recevait en moyenne 54 appels²⁹³ par mois dans un contexte de consolidation du service et d'élargissement de son territoire initial d'application du mandat d'origine²⁹⁴. L'observation d'une plus longue période de fonctionnement montre qu'il y a un accroissement de la demande au fil des ans : d'une moyenne de 53 appels/mois en 1997 on passe à 79 en 1998 puis à une centaine

²⁹² Urgences-santé, sans objet, correspondance avec la Régie régionale de Montréal-Centre, services de santé mentale, 14 juillet 1998.

²⁹³ On rappelle que les appels des cours de justice et de la probation sont exclus des présentes analyses. Pour la compilation de ces données, nous avons utilisé les données mensuelles fournies par l'UPS-J, sauf pour les mois suivants où nous avons compilé les données à partir de la base de données de l'UPS-J : 1998, de mai à décembre; 1999, de janvier à mars; 2000, d'avril à décembre; 2003, de janvier à décembre; 2004, janvier.

²⁹⁴ Ouverture du service au PDQ 18 mai 1998, au PDQ 19 en octobre 1998, au PDQ 23 en janvier 1999, au PDQ 37 en novembre 1999, au PDQ 38 en avril 1999.

d'appels par mois de 1999 à 2003. Enfin, pour la période correspondant au déploiement du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires, on remarque une augmentation du nombre d'appels pour les trois derniers mois dont nous disposons des données complètes (novembre et décembre 2003 puis janvier 2004).

Tableau 6.2
Répartition des appels à l'UPS-J par mois, territoires et mandats confondus

	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total	Moy
1996										19	32	38	89	
1997	29	37	49	41	69	52	53	60	56	61	67	65	639	53
1998	67	69	56	76	65	93	77	63	74	92	113	109	954	79
1999	87	108	106	108	106	82	98	95	85	90	93	88	1146	95
2000	119	87	116	91	105	123	105	87	89	97	95	96	1210	101
2001	97	73	93	96	120	135	128	94	105	82	112	82	1217	101
2002	95	94	103	90	89	98	112	97	75	89	98	96	1136	95
2003	91	85	109	102	90	96	112	88	83	93	147	147	1243	104
2004	118													117

Tableau 6.3
Répartition des appels à l'UPS-J par mois pour la période de l'étude (2003-2004)

	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	Total	Moy
TI	38	92	94	85	83	94	69	73	72	131	127	93		
NT	6	15	7	4	7	15	18	8	17	15	18	24		
Total	44	107	101	89	90	109	89	82	89	146	145	117	1062	106*

TI : territoire initial

NT : nouveaux territoires

* Sont exclues les données du mois de février 2003 puisque le déploiement du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires a débuté le 15 du mois.

Cette distribution d'appels frappe surtout par la constance relative du nombre moyen d'appels mensuels entre 1999 et 2003 et ce, malgré des événements susceptibles d'avoir influencé son évolution : élargissement du territoire initial de l'UPS-J en mai 1998²⁹⁵, entrée en vigueur de la nouvelle *Loi P-38.001* en juin 1998, désignation de l'UPS-J pour appliquer l'article 8 de P-38.001 en juin 2001, début du déploiement de l'UPS-J en février 2003 pour appliquer le mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires selon un plan progressif (février-mars 2003 PDQ 12,15,16,17; avril 2003 : PDQ 13;14; mai 2003 PDQ 44, 47; juillet 2003 PDQ 48;49; septembre-octobre et novembre 2003 PDQ 8;9;11;36;25;26).

D'abord, l'entrée en vigueur de la nouvelle loi en 1998 laisse peu de traces. La période qui suit, juin 1998 — juin 2001, correspond aux travaux du comité régional d'implantation de P-38.001 devant mener à la désignation des *intervenants des services d'aide en situation de crise*. Au cours de cette période, la Régie régionale de Montréal-Centre s'entend avec la police afin que celle-ci

²⁹⁵ Des quatre PDQ situés sur le territoire du CLSC des Faubourgs à l'ouverture du service en 1996, le nombre passe progressivement à huit PDQ à compter de mai 1998 (entretien informel avec le responsable de l'équipe de l'UPS-J).

poursuive ses pratiques antérieures en attendant la désignation²⁹⁶, ce qui est confirmé par les entrevues. Quant à l'UPS-J, même si aucune désignation officielle n'est survenue au cours de cette période, on considère avoir les compétences nécessaires pour faire l'estimation prévue par la *Loi P-38.001* puisqu'« on le fait déjà »²⁹⁷, i.e. qu'on estime la dangerosité et l'état mental lors d'une intervention. Autrement dit, la loi semble alors perçue comme venant légitimer une pratique déjà à l'œuvre sur le territoire initial; ce qui peut expliquer l'absence de traces dans le volume d'appels à l'UPS-J.

Ensuite, en juin 2001, l'UPS-J est désignée pour mettre en application l'article 8 de la *Loi P-38.001* sur tout le territoire de l'Île de Montréal. Sur le territoire initial, l'UPS-J est maintenant investie d'un double mandat et répond officiellement aux appels des policiers en vertu de l'article 8 alors que, sur les nouveaux territoires, un processus d'implantation s'enclenche. Il s'étendra de juin 2001 à février 2003, période au cours de laquelle différentes activités seront déployées pour mettre en place les conditions qui permettront d'offrir le service, comme nous l'avons vu précédemment. Ainsi, aucun appel ne sera reçu en provenance des nouveaux territoires au cours de cette période et l'ajout du mandat P-38.001 sur le territoire initial laissera peu de traces.

Enfin, la période de déploiement sur les nouveaux territoires, enclenché en février 2003, montre un accroissement de la demande seulement à partir de novembre 2003 alors que 16 nouveaux PDQ sont maintenant desservis. Au cours de cette période (février 2003-janvier 2004), l'UPS-J n'a pas finalisé le déploiement de son service sur l'ensemble des territoires qu'elle doit desservir pour remplir son mandat en vertu de P-38.001. Le déploiement complet de l'UPS-J a été réalisé en août 2004 et n'a pu être rendu possible que par l'ouverture d'un nouveau point de service dans le nord de l'Île en avril 2004.

Il est difficile de commenter le volume réel d'appels au cours de la période de l'étude en regard de prévisions établies au moment de la définition du modèle d'intervention susceptible de répondre aux besoins pour mettre en application le mandat de l'article 8 de la *Loi P-38.001*. Cette difficulté tient à plusieurs aspects. Premièrement, l'étude s'est déroulée alors que l'UPS-J n'a pas complété son déploiement. Deuxièmement, la période d'observation est relativement courte, i.e. un an, une durée jugée en général insuffisante pour saisir l'impact d'un tel service sur les pratiques quotidiennes. Troisièmement, les indicateurs utilisés pour tenter d'estimer l'ampleur de la demande montréalaise en vertu de la nouvelle loi comportaient son lot de limites. D'abord, comme il s'agit d'une nouvelle loi, aucune agence, service ou administration ne disposait de données antérieures pour prévoir l'ampleur de la demande. Devant cette situation, ce sont des données tirées du système informatique du SPVM et de la Corporation d'Urgences-santé qui ont été utilisées, sachant qu'elles n'ont pas été conçues pour répondre aux questions que se posaient les responsables et partenaires engagés dans le déploiement de la *Loi P-38.001* à Montréal notamment quant à l'ampleur de la demande. D'ailleurs, on se questionnait sur l'adéquation

²⁹⁶ Régie régionale de Montréal-Centre, Directeur de la programmation et coordination, Correspondance, À tous les partenaires en santé mentale de la région de Montréal-Centre, Désignation des services d'intervention de crise dans le cadre de l'article 8 de la loi 38.001, 18 juin 2001. Selon l'étude de Cardinal (1999), les policiers des PDQ du territoire de Verdun avaient reçu ce même mot d'ordre de leur direction.

²⁹⁷ Entrevue no 3.

possible entre les données fournies par le SPVM et la proportion d'appels nouveaux que recevrait l'UPS-J dans le cadre de l'application de l'article 8²⁹⁸.

En somme, au cours de l'année de l'étude, il n'y a pas d'adéquation entre le volume d'interventions policières pour des situations qualifiées comme comportant une composante « problème de santé mentale », d'une part, et le volume d'appels à l'UPS-J par la police des nouveaux territoires pour l'application du mandat P-38.001²⁹⁹, d'autre part.

6.2 Les « référants »

Au moment de l'élaboration du modèle de l'UPS-J (1994-1996), les concepteurs du projet avaient défini le « référant » comme renvoyant à l'idée d'agence plutôt qu'à celle de particulier ou citoyen. Cette option reposait sur une des dimensions de la problématique à l'origine du développement du modèle de l'UPS-J, celle d'un besoin de services assumant une fonction d'interface (i.e. se situer au carrefour de plusieurs champs d'action pour favoriser l'arrimage, la liaison, la réactivation de suivis, la circulation, etc.) entre différentes agences et systèmes (services de santé mentale, agences du système pénal, organismes communautaires, en particulier) qui intervenaient auprès des mêmes populations tout en ignorant, très souvent, ce jeu complexe de va-et-vient de l'un à l'autre (Laberge *et al.*, 1997). Ainsi, dès l'ouverture du service en 1996, l'UPS-J est conçue pour répondre aux demandes d'intervention d'urgence des policiers, des ressources communautaires (refuges, centres de jour,...), des services de santé (hôpitaux, CLSC, cliniques, etc.) plutôt qu'à celles des citoyens³⁰⁰. Cette manière de fonctionner s'est maintenue au fil des années bien que le poids relatif de chaque groupe de « référants » ait pu varier. Sur le territoire où s'exerce le double mandat, les « référants » correspondent à des services, agences ou ressources communautaires, la police ne représentant qu'un des « référants ». Sur les nouveaux territoires (P-38.001), la conception du « référant » s'est inscrite au cœur même de la loi : il s'agit de la police. Étant désigné comme représentant le *service d'aide en situation de crise* sur l'Île de Montréal, l'UPS-J devient le service auquel doit avoir recours la police dans tous les cas où celle-ci croit qu'une personne, *en raison de son état mental*, peut présenter un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et de ce fait, peut être transportée contre son gré à l'hôpital (par la police) pour y subir un examen psychiatrique. Autrement dit, l'UPS-J est désignée pour procéder à l'estimation du danger grave et immédiat à la demande de la police, lorsque les circonstances le permettent³⁰¹. Toutes les demandes des

²⁹⁸ Comité d'implantation, compte rendu, 24 octobre 2002.

²⁹⁹ Des chiffres ont aussi été fournis par Urgences-santé dès juillet 1998 à la Régie régionale et discutés lors de la 2e rencontre du comité régional d'implantation tenue le 6 novembre 1998. À la différence des données de la police, celles d'Urgences santé ne semblent pas avoir été utilisées, du moins à partir de la documentation dont nous disposons. Cependant, on évoque aussi leur existence dans le document suivant : Régie régionale, Services de santé mentale, Conseiller, Projet de désignation pour le CA, 4 juin 2001. (Voir le chapitre 3)

³⁰⁰ Malgré cette option, l'UPS-J reçoit, à l'occasion, des appels en provenance de citoyens (parents, concierges d'immeuble ou propriétaires, personnes elles-mêmes). Ces demandes représentent 2,8% de tous les appels pendant la période 2003-2004.

³⁰¹ L'énoncé de l'article 8 fait référence au verbe pouvoir et non devoir pour encadrer le travail du policier : « Un agent de la paix peut, sans l'autorisation du tribunal, amener contre son gré une personne... ». De plus, il peut le faire sans l'avis d'un intervenant d'un service d'aide en situation de crise, à la demande d'une tierce personne (visée à l'article 15 du *Code civil*) si l'intervenant de crise n'est pas disponible « en temps utile » pour évaluer la situation. Des avis (légaux ou autres) sont contradictoires sur ce point, notamment ceux du SPCUM, Le conseiller juridique, Division des affaires juridiques, L'intervention policière auprès d'une personne présentant un danger pour elle-même ou autrui, no 38, janvier 2001; MSSS, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Direction de la

nouveaux territoires proviennent en principe de la police même si, au moment de l'intervention, d'autres acteurs peuvent être en présence, en particulier les ambulanciers.

Pour tous les territoires et mandats confondus, la police représente le principal « référént » à l'UPS-J. Les appels en provenance des différents postes de police de quartier (PDQ)³⁰² ou des centres opérationnels (CO)³⁰³ forment 44,5% de l'ensemble des appels (562/1263). Les ressources communautaires, principalement celles du réseau de l'itinérance, occupent le deuxième rang avec 34,1% des appels (431/1263). Enfin, les ressources institutionnelles du réseau des services de santé constituent le troisième groupe de « référénts » en importance avec 16,1% des demandes (203/1263). Un faible nombre d'appels provient du réseau personnel de la personne qui est l'objet de la demande d'intervention ou encore de ressources institutionnelles telles que le Curateur public, les centres locaux d'emploi (CLE).

Tableau 6.4
Le « référént » à l'UPS-J selon le territoire d'application des mandats³⁰⁴

« Référént »	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	Territoires et mandat confondus*
Police	389	171	562
	36,4%	100,0%	44,5%
Ressources communautaires	425	--	431
	39,8%	--	34,1%
Ressources institutionnelles en santé	200	--	203
	18,7%	--	16,1%
Réseau personnel	21	--	35
	2,0%	--	2,8%
Ressources institutionnelles autres	25	--	23
	2,3%	--	1,8%
Autre	8	--	9
	0,7%	--	0,7%
Total	1068	171	1263
	100,0%	100,0%	100,0%

*Inclus les appels pour lesquels la provenance est inconnue.

planification, correspondance à Régie régionale de Montréal-Centre, Services de santé mentale, conseiller, 4 mars 1999; pour Urgences-santé, Azancot et associé, avocats et procureurs, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Projet de loi no 39, Loi du Québec, chapitre 75), correspondance à la Corporation d'Urgences-santé, 29 avril 1998;

³⁰² Au cours de la période de l'étude, le Service de police de la Ville de Montréal compte 49 PDQ répartis sur le territoire de l'Île de Montréal. Les territoires de PDQ sont ceux qui étaient en vigueur avant la réforme de janvier 2004.

³⁰³ Depuis l'avènement de la police de quartier en 1997, le SPVM compte quatre centres opérationnels (CO) qui servent, entre autres, de lieux de mise sous garde suite à une arrestation.

³⁰⁴ Les données de la 1^{ère} cohorte pour la période 1996-1999 ne sont pas disponibles, la catégorisation ayant été modifiée depuis.

Sur le territoire initial, les trois principaux « référants » sont les ressources communautaires, avec 39,8% des demandes, la police, avec 36,4% des demandes, et les services de santé du réseau institutionnel (hôpitaux et CLSC principalement), avec 18,7% des demandes. Quant aux nouveaux territoires où s'exerce le seul mandat de la *Loi P-38.001*, tous les appels ont été classifiés comme étant en provenance de la police (n=171).

6.3 Le moment de l'appel

Les appels à l'UPS-J sont plus fréquents durant la journée. En effet, 52,1% des appels surviennent entre 7h30 le matin et 16h59 en fin d'après-midi. Le quart de soir (17h00 à 23h59) compte aussi de nombreux appels avec une portion de 36,9%. Enfin, 11,1% des appels sont reçus la nuit (minuit à 7h29).

Tableau 6.5
Distribution des appels selon l'heure de la demande

Heure de la demande	Territoire initial double mandat cohorte 03-04	Nouveaux territoires mandat P-38.001 cohorte 03-04	Total*	Territoire initial mandat initial cohorte 96-99
07h30 à 11h59	222	33	260	230
	20,8%	19,4%	20,7%	20,5%
12h00 à 16h59	350	32	395	318
	32,9%	18,8%	31,4%	28,4%
17h00 à 23h59	392	66	464	470
	36,8%	38,8%	36,9%	42,0%
Minuit à 7h29	101	39	140	102
	9,5%	22,9%	11,1%	9,1%
Total	1065	170	1259	1120
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

*Inclus les appels pour lesquels la provenance est inconnue.

Lorsque l'on compare la situation selon le territoire d'application des mandats, des différences sont notables. Sur le territoire initial où le double mandat est en application, un peu plus de la moitié (53,7%) des appels sont faits pendant le jour, un peu plus du tiers (36,8%) en soirée et le reste (9,5%) pendant la nuit. La distribution est différente sur les nouveaux territoires (P-38.001) où la majorité des appels sont acheminés en soirée ou pendant la nuit (respectivement 38,8% et 22,9%). Quant à la période 1996-1999 de l'étude de la 1^{ère} cohorte sur le territoire initial, on constate que le quart de travail le plus occupé est celui du soir avec 42,0% des appels alors que la répartition des appels entre les autres quarts est sensiblement la même que sur le territoire initial. La spécificité des nouveaux territoires sur cet aspect pourrait être un effet de la réalité policière, i.e. des événements acquièrent leur caractère d'urgence lorsque tous les autres services sont fermés³⁰⁵. Nous y reviendrons dans le chapitre suivant qui porte sur l'analyse comparative des appels policiers selon le territoire d'application des mandats de l'UPS-J.

³⁰⁵ La création d'une variable statistique « heure de la demande » permettrait de pousser plus à fond les analyses, ce que nous réaliserons dans des analyses ultérieures.

6.4 Le motif de la demande

Nous nous sommes intéressés ici à la catégorie « motif de la demande » saisie par les intervenants de l'UPS-J dans la banque de données informatisées du service. Cette catégorie comprend six choix possibles : conseil-information, intervention, suivi-liaison, information transmise sur le client³⁰⁶, « mandat *Loi 38.001* », et la catégorie « autre ». Il est important de signaler que deux choix ont été récemment ajoutés à cette liste : « mandat *Loi 38.001* » et « information transmise sur le client ».

Dans l'un ou l'autre territoire, les deux principales catégories de motifs demeurent les mêmes : les demandes « d'intervention » et les demandes de « conseil-information » regroupent 85% de tous les appels. De plus, la proportion de l'un ou de l'autre motif est la même (environ 54% pour le motif intervention vs 32% pour le motif « conseil, information ») et constante dans le temps. Là où les différences sont frappantes c'est concernant les deux nouvelles catégories : « mandat P-38.001 » et « information transmise sur le client ». Alors que la catégorie « mandat P-38 » représente seulement 1,1% de tous les motifs, 13 des 14 appels inscrits sous ce motif proviennent des nouveaux territoires. Sur ces nouveaux territoires, toutes les demandes devraient en principe s'inscrire dans le cadre du nouveau mandat. Quant à la catégorie « information transmise sur le client », elle représente près de un appel sur 10 sur le territoire initial, mais seulement 1,2% dans le groupe des nouveaux territoires.

Tableau 6.6
Le motif de la demande selon le territoire d'application des mandats

	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	Total
Motif de la demande			
Informations transmises sur client	120	2	122
	11,2%	1,2%	9,8%
Conseil, information	329	58	387
	30,8%	33,9%	31,2%
Intervention	576	95	671
	53,9%	55,6%	54,2%
Suivi ou liaison	20	2	22
	1,90%	1,20%	1,8%
Mandat P-38	1	13	14
	0,1%	7,6%	1,1%
Autre	22	1	23
	2,1%	0,6%	1,9%
Total	1068	171	1239
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux=91,384; ddl=5; sig=0,005; v de Cramer 0,272)

³⁰⁶ La catégorie « information transmise sur le client » se rapporte le plus souvent aux cas où des intervenants d'une ressource communautaire s'inquiètent pour un « client » dont on craint que son état se détériore et que les probabilités à court terme d'intervention sont élevées. Pour l'UPS-J, il s'agit en quelque sorte d'un signalement, d'une forme de « vigile ».

Les raisons de l'ajout de ces deux principales catégories sont sans doute différentes. D'abord, concernant la catégorie « Mandat P-38.001 », il est notable de signaler le faible taux de demandes inscrites à ce motif alors que l'UPS-J est désignée par la Régie régionale de Montréal-Centre depuis juin 2001, et entérinée par le CA de la Régie en février 2002. Cet ajout semble refléter le besoin de formaliser la désignation de l'UPS-J en regard de la *Loi P-38.001*. Puisque des appels doivent correspondre à cette nouvelle mission, l'UPS-J adapte sa fiche de cueillette et prédéfinit un champ susceptible de rendre compte de la réalisation de son nouveau mandat, i.e. de pouvoir garder la trace des appels en vertu de la *Loi P-38.001*. Or, *après une année de déploiement sur les nouveaux territoires et deux années et demie sur le territoire initial, force est de constater que la formalisation du nouveau mandat par la création d'une nouvelle catégorie de motifs ne semble pas avoir transformé les pratiques de définition des demandes dans les termes de la loi*. Ensuite, quant à l'autre ajout aux motifs de la demande —« information transmise sur le client », on peut faire l'hypothèse que le besoin de transformer la cueillette est venu de la base, les intervenants de l'équipe voulant faire la distinction et nuancer les catégories de demandes selon certaines spécificités et expertises auxquelles elles feraient appel. Sur le territoire initial, la nature des demandes issues des ressources du milieu communautaires pourrait s'être transformée avec les années vers davantage de demandes de soutien. Cette catégorie « information transmise sur le client », avec son idée de vigile, pourrait traduire ce changement. Sur les nouveaux territoires, la définition du mandat se prête moins à ce type de demandes, bien que le besoin pourrait être du même ordre dans plusieurs cas .

6.5 La situation-problème

On peut dire que lorsqu'un « référant » fait appel à l'UPS-J, c'est qu'« il se passe quelque chose » ou qu'on craint qu'il survienne un problème, dans un laps de temps relativement court, si rien n'est fait. En général, les événements qui viennent à l'attention de l'UPS-J sont définis comme des situations de crise, d'urgence ou de « prévention » et mettent en cause l'état mental de la personne. Elles peuvent recouvrir une diversité de situations où l'urgence, la crise ou la prévention est conditionnée par de multiples dynamiques. À partir des descriptions d'événements apparaissant dans la fiche d'appel, nous avons procédé à une analyse qualitative des événements pour effectuer une première classification. Cinq catégories rendent compte de l'ensemble des situations suivant une lecture hiérarchisée en fonction d'une gravité attribuée d'un point de vue pénal (i.e. selon les probabilités que la situation soit judiciairisée) : 1) conflits³⁰⁷ entre étrangers³⁰⁸; 2) conflits entre proches; 3) comportements suicidaires; 4) incohérence³⁰⁹; 5) autres situations (une catégorie résiduelle). La catégorie résiduelle « autres » comprend un ensemble de situations qui correspond davantage à une intervention de prévention où aucune infraction n'a été commise mais on appréhende un passage à l'acte³¹⁰.

³⁰⁷ Les conflits se rapportent à la désignation de comportements d'agression ou agressifs envers des proches ou des étrangers tels que vol ou fraude, incendie, méfait public, y compris des menaces.

³⁰⁸ Un proche a été défini comme faisant partie de l'entourage de la personne, un propriétaire du lieu de résidence de la personne, un voisin, les résidents ou personnel d'une ressource que fréquente la personne; un étranger a été défini comme tous les autres qui n'entrent pas dans le groupe des proches (ex.: serveur de restaurant, policier).

³⁰⁹ La situation d'incohérence a été définie comme tous les comportements jugés bizarres, les problèmes psychiatriques ou la désorganisation lorsque rien d'autre n'était spécifié (par exemple, perdu, parle seul, se croit menacer par des extra-terrestres).

³¹⁰ C'est dans le but de prévenir la dégradation de la situation que le « référant » contacte l'UPS-J. Cette catégorie comprend les cas de demande d'hébergement car l'individu ne sait pas où aller. Elle peut inclure des situations

Les situations les plus fréquentes sont les comportements incohérents et ce, quelque soit le territoire de référence (38,0%, territoire initial vs 39,2%, nouveaux territoires). La deuxième catégorie en importance est celle des situations de conflits avec des proches. Alors qu'un événement sur 4 s'y rapporte, dans le cas des nouveaux territoires, ce sont 31,6% des événements qui concernent ce type de problème. Les appels classés dans la catégorie « autre » sont sous-représentés dans le groupe des nouveaux territoires, mais cette catégorie compte, à elle seule, 22,1% de toutes les situations sur le territoire initial. L'importance de cette catégorie résiduelle montre que l'UPS-J travaille dans un univers où les situations sont multiples et mal définies.

Tableau 6.7
La situation-problème selon le territoire d'application des mandats³¹¹

	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P38.001	Total
Situation-problème			
Conflit avec étrangers	40	6	46
	3,7%	3,5%	3,7%
Conflit avec proches	249	54	303
	23,3%	31,6%	24,5%
Risque suicidaire	137	23	160
	12,8%	13,5%	12,9%
Incohérence	406	67	473
	38,0%	39,2%	38,2%
Autre	236	21	257
	22,1%	12,3%	20,7%
Total	1068	171	1239
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux=11,084; ddl=4; sig=0,026; v de Cramer=,095)

Nous avons exploré la question des situations-problèmes et le territoire d'application des mandats selon un ensemble de variables pour tenter de comprendre ces variations entre les deux terrains. Cette analyse permet de faire un constat important : sur le territoire initial, les situations-problèmes varient selon le sexe, l'âge, les antécédents de toxicomanie, les antécédents judiciaires et ces différences sont statistiquement significatives, ce qui n'est pas le cas sur les nouveaux territoires. Examinons ces différences sur le territoire initial.

Ainsi, alors que l'incohérence représente pour les deux sexes la catégorie la plus importante, ces situations sont plus souvent rapportées chez les femmes que chez les hommes (44,3% vs 33,2%),

d'expulsion où la principale situation-problème concerne un individu qui sera (ou a été) expulsé de son logement, de l'hôpital ou d'une ressource sans autre précision. Dans ces cas, on craint surtout qu'il y ait dérapage. Peut également comprendre des cas où l'individu a eu son congé de l'hôpital et se retrouve sans ressource, ainsi que les cas où l'on n'a trouvé aucune ressource d'hébergement car l'individu est refusé partout; les cas de toxicomanie/intoxication, les cas d'individus déprimés ou qui ont besoin d'aide (s'il n'y a pas d'autres détails) ainsi que les cas de manque de médicaments. Ces situations de type prévention pouvant inclure de nombreuses situations, nous ne les classifions dans « autre » que si la situation décrite n'entre dans aucune catégorie pré-définie.

³¹¹ Les données de la 1^{ère} cohorte ne sont pas disponibles, la recatégorisation ayant été modifiée entre les deux périodes.

une proportion inversée dans le cas des nouveaux territoires (36,7% vs 42,5%). Dans la catégorie des risques suicidaires, le recours à l'UPS-J est plus fréquent concernant des hommes que des femmes (15,9% vs 9,0%); une même tendance sur les nouveaux territoires. Enfin, les conflits avec des étrangers sont les situations-problèmes les moins fréquentes mais, chez les hommes, elles sont quatre fois plus présentes que chez les femmes.

Tableau 6.8
La situation-problème sur le territoire initial selon le sexe

Situation-problème	Femme	Homme	Total
Conflit avec étrangers	6	33	39
	1,3%	5,50%	3,7%
Conflit avec proches	111	138	249
	23,9%	23,1%	23,4%
Risque suicidaire	42	95	137
	9,0%	15,9%	12,9%
Incohérence	206	198	404
	44,3%	33,2%	38,0%
Autre	100	133	233
	21,5%	22,3%	21,9%
Total	465	597	1062
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux=31,028; ddl=4; sig=0,005; v de Cramer=,171)

Par rapport à l'âge, deux situations-problèmes attirent l'attention : le risque suicidaire et l'incohérence. *Dans le cas du risque suicidaire, deux catégories se démarquent : cette situation-problème est sous-représentée parmi les individus les plus vieux (7,2%) et surreprésentée parmi les plus jeunes (17,5%). Dans le cas de l'incohérence, près d'un événement sur deux se rapporte à cette situation dans le groupe de 43-52 ans et 45,3% dans le groupe des 53 ans et plus. Pour les groupes des plus jeunes, ces taux sont respectivement de 29,0% et 33,0%. Étant donné la variation dans la distribution d'âge entre les territoires de référence, si les profils de populations et les problématiques étaient les mêmes, nous nous serions attendus à une surreprésentation de la catégorie incohérence sur les nouveaux territoires et à une sous-représentation dans celle du risque suicidaire étant donné que la population de ces territoires est plus âgée. Cela n'est pas le cas mais les résultats des analyses ne sont pas statistiquement significatifs sur les nouveaux territoires par rapport à cette variable.*

Tableau 6.9
La situation-problème sur le territoire initial selon l'âge

Situation-problème	16-31 ans	32-42 ans	43-52 ans	53-98 ans	Total
Conflit avec étrangers	9	11	9	8	37
	3,6%	4,9%	3,4%	3,4%	3,8%
Conflit avec proches	55	58	53	52	218
	21,8%	25,9%	20,0%	22,0%	22,3%
Risque suicidaire	44	34	30	17	125
	17,5%	15,2%	11,3%	7,2%	12,8%
Incohérence	73	74	126	107	380
	29,0%	33,0%	47,5%	45,3%	38,9%
Autre	71	47	47	52	217
	28,2%	21,0%	17,7%	22,0%	22,2%
Total	252	224	265	236	977
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux=37,001; ddl=12; sig=0,005; v de Cramer= ,112)

Les antécédents de toxicomanie affectent également les situations-problèmes sur le territoire initial. On constate que la catégorie du risque suicidaire compte deux fois plus de cas lorsque l'individu a des antécédents de toxicomanie (18,3% vs 8,3%). Quant aux situations d'incohérence, elles sont plus fréquentes dans le groupe sans antécédents de toxicomanie (41,7% vs 33,5%).

Tableau 6.10
La situation-problème sur le territoire initial selon les antécédents de toxicomanie

Situation-problème	Antécédents de toxicomanie		Total
	Absence	Présence	
Conflit avec étrangers	22	18	40
	3,7%	3,8%	3,7%
Conflit avec proches	148	101	249
	25,2%	21,0%	23,3%
Risque suicidaire	49	88	137
	8,3%	18,3%	12,8%
Incohérence	245	161	406
	41,7%	33,5%	38,0%
Autre	124	112	236
	21,1%	23,3%	22,1%
Total	588	480	1068
	55,1%	44,9%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux=27,725; ddl=4; sig=0,005; v de Cramer= ,161)

Comme dans le cas des antécédents de toxicomanie, l'intoxication à l'intervention est associée à la situation-problème. Ici, les probabilités d'avoir une trace d'une intoxication sont 3,3 fois plus

élevées dans les situations de risque suicidaire et 1,7 fois plus élevé dans le cas de conflit avec des étrangers.

Tableau 6.11
Situation-problème sur le territoire initial selon l'intoxication du client à l'intervention

Situation-problème	Intoxication du « client » à l'intervention		Total
	Absence	Présence	
Conflit avec étrangers	35 3,6%	5 6,0%	40 3,7%
Conflit avec proches	239 24,3%	10 11,9%	249 23,3%
Risque suicidaire	107 10,9%	30 35,7%	137 12,8%
Incohérence	371 37,7%	35 41,7%	406 38,0%
Autre	232 23,6%	4 4,8%	236 22,1%
Total	984 100,0%	84 100,0%	1068 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et la force de l'association est moyenne : chi deux=56,223; ddl=4; sig=0,005; v de Cramer= ,229)

Il est impossible de comparer la situation sur les nouveaux territoires étant donné le faible nombre de cas où une trace d'intoxication du client a été notée au dossier (14/171).

Comme dans le cas du sexe, de l'âge et des antécédents de toxicomanie, de l'intoxication du client à l'intervention, les antécédents judiciaires font varier la distribution des situations-problèmes sur le territoire initial (ce qui n'est pas le cas sur les nouveaux territoires). Ainsi, les situations d'incohérence sont moins fréquentes dans le groupe d'individus avec des antécédents judiciaires que dans l'autre groupe (34,6% vs 42,5%). Et dans la catégorie la moins fréquente mais la plus à risque de judiciarisation, conflits avec des étrangers, on compte près de deux fois plus d'individus ayant des antécédents judiciaires que n'en ayant pas (4,9% vs 2,6%).

Tableau 6.12
Situation-problème sur le territoire initial selon les antécédents de condamnation

Situation-problème	Antécédents judiciaires		Total
	Oui	Non	
Conflit avec étrangers	23	13	36
	4,9%	2,6%	3,7%
Conflit avec proches	99	118	217
	21,0%	23,8%	22,4%
Risque suicidaire	73	52	125
	15,5%	10,5%	12,9%
Incohérence	163	211	374
	34,6%	42,5%	38,7%
Autre	113	102	215
	24,0%	20,6%	22,2%
Total	471	496	967
	48,7%	51,3%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux=14,056; ddl=4; sig=0,007; v de Cramer= ,121)

Enfin, nous avons fouillé la question du lien entre les situations-problèmes et les antécédents psychiatriques selon le territoire d'application des mandats. Nous constatons que les différences ne sont pas associées à cette variable sur aucun des territoires de référence.

Pour conclure l'analyse de ces variables, la question qui nous interpelle est comment interpréter l'absence de variance dans la distribution des situations-problèmes sur les nouveaux territoires selon le sexe, l'âge, les antécédents psychiatriques, les antécédents de toxicomanie, les antécédents judiciaires, l'intoxication du client à l'intervention ? D'abord, la taille de la population d'étude sur les nouveaux territoires y est certainement pour quelque chose. Mais un autre élément pourrait expliquer ce résultat. Comme il s'agit d'un même type de « référent », la police, pourrait-on penser qu'il y a spécialisation du profil selon le référent ? Pour explorer cette hypothèse, nous avons retenu deux stratégies d'analyse. Dans le présent chapitre, nous avons examiné le lien possible entre situation-problème et type de « référent » sur le territoire initial et nous avons approfondi cette question dans le chapitre huit en comparant les appels policiers sur le territoire initial et ceux sur les nouveaux territoires.

Tableau 6.13
La situation-problème sur le territoire initial selon le « référant »

Situation-problème	Territoire initial Double mandat					Total	N. T. Mandat P-38.001
	Police	Ress. comm.	Ress. institut. en santé	Réseau personnel	Autre		Police
Conflit avec étrangers	29	7	2	1	1	40	6
	7,5%	1,6%	1,0%	4,0%	3,4%	3,7%	3,5%
Conflit avec proches	88	107	37	9	8	249	54
	22,6%	25,2%	18,5%	36,0%	27,6%	23,3%	31,6%
Risque suicidaire	30	73	31	1	2	137	23
	7,7%	17,2%	15,5%	4,0%	6,9%	12,8%	13,5%
Incohérence	181	154	58	3	10	406	67
	46,5%	36,2%	29,0%	12,0%	34,5%	38,00%	39,2%
Autre	61	84	72	11	8	236	21
	15,7%	19,8%	36,0%	44,0%	27,6%	22,1%	12,3%
Total	389	425	200	25	29	1068	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux=193,812; ddl=16; sig=0,005; v de Cramer= ,148)

S'il faut être prudent dans l'analyse des résultats étant donné le nombre limité d'appels par certains « référants » (réseau personnel et la catégorie résiduelle « autre »), on peut attirer l'attention sur certaines variations. D'abord, on constate des différences entre les références de la police et celles des ressources communautaires et institutionnelles en santé, les trois « référants » les plus importants. Ainsi, pour la catégorie la plus fréquente, l'incohérence, près d'un appel policier sur deux (46,5%) entre dans ce type alors qu'il représente un peu plus d'un appel sur trois (36,2%) pour les ressources communautaires et 3/10 (29%) pour les ressources institutionnelles en santé. Dans le cas du risque suicidaire, où se pose la question du danger pour soi-même, cette catégorie représente seulement 7,7% des références de la police comparativement à 17,2% des références des ressources communautaires et 15,5% des ressources institutionnelles en santé. Quant à la catégorie la moins fréquente, les conflits avec des étrangers avec seulement 3,7% des références totales, la majorité provient de la police et ces appels sont cinq fois plus fréquents par cette filière que par celle des ressources communautaires qui appellent en fait pour leur clientèle connue. Enfin, dans la catégorie résiduelle « autre situation », les demandes proviennent plus souvent des ressources institutionnelles en santé.

L'importance de la catégorie « incohérence » en provenance de la police pourrait correspondre à ce que les études rapportent habituellement sur le rapport police — maladie mentale, i.e. les événements pour lesquels ils se sentent démunis, ils ne savent pas quoi faire, les cas « bizarres », ceux qui ne cadrent pas avec l'image qu'ils se font du travail policier; autrement dit, des

situations qui ne relèveraient pas de leur champ de compétence, de leur point de vue, mais vis-à-vis desquelles ils considèrent qu'une action doit être posée. Dans le cas du risque suicidaire, le volume d'appels apparaît limité. Cela pourra confirmer les observations des intervenants de l'UPS-J selon lesquelles, les policiers n'ont pas recours à leurs services dans ce type de situations puisque l'orientation leur apparaît sans ambiguïté, à savoir l'hôpital. Il pourrait donc y avoir un mécanisme de filtrage entre le 911, la police et l'UPS-J qui fait en sorte que ce type d'appels ne se rend pas. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que la catégorisation est hiérarchisée, ce qui signifie que les catégories « conflits avec des étrangers » et « conflit avec des proches » peuvent contenir des références au fait que la personne présente aussi des comportements suicidaires.

En résumé, l'hypothèse d'une spécialisation des renvois selon le « référant » pour expliquer les différences entre les situations-problèmes selon le territoire d'application des mandats mérite d'être approfondie.

6.6 La condition de domiciliation³¹²

La condition de domiciliation est une donnée très importante dans la présente problématique puisqu'elle participe à définir l'urgence, la crise, la prévention, etc.. Elle peut faire la différence entre être ou pas judiciairisé, détenu en attendant les procédures judiciaires, avoir ou non accès à certaines ressources, être ou non considéré comme « dangereux en raison de son état mental ». Cette condition représente une dimension centrale de l'identité qui intervient dans le processus de négociation qui s'engage par le déclenchement d'un appel à l'UPS-J. Sur le territoire initial, la population ciblée par l'UPS-J a souvent été définie comme étant victime de judiciarisation/psychiatisation et d'exclusion sociale en raison d'attitudes ou de gestes (parler seul, crier, poser des actes d'incivilité, commettre de petits vols ou des méfaits, faire des appels répétés au 911 ou au poste de police), qu'on associe souvent à des problèmes de santé mentale, et qui apparaissent aux autres menaçants ou dérangeants. Ce processus de marginalisation fragilise ces individus dont plusieurs se retrouvent à vivre notamment dans le réseau de l'itinérance. Dans cette analyse quantitative, la condition de domiciliation est saisie avec cinq catégories : logement, chambre, sans adresse, refuge, ressources intermédiaires³¹³ et autre. Nous considérons le fait d'être chambreur, sans adresse, en refuge ou en ressources intermédiaire comme une condition de précarité résidentielle.

Sur le plan de la domiciliation, il faut retenir la condition de fragilité de la population d'étude puisque près de la moitié (50,0%) des appels concerne des individus en situation d'instabilité avérée ou potentielle (chambre, sans adresse, refuge, ressources intermédiaires). D'abord, le fait d'être sans adresse touche les personnes dans près d'un tiers des appels adressés à l'UPS-J (32,1%), ce qui signifie qu'au moment de l'intervention, aucun abri n'est assuré. Ensuite, près de 10% des appels concernent des chambreurs, une condition caractérisée, entre autres, par une faible protection quant au droit d'occupation des lieux. Enfin, 5,6% des appels sont relatifs à des individus vivant dans les refuges pour personnes itinérantes alors qu'un 2,8% le sont pour ceux qui vivent dans des ressources intermédiaires, deux modes d'hébergement à occupation temporaire. Enfin, on remarque le nombre relativement élevé de données manquantes, ce qui

³¹² C'est-à-dire la condition qui prévaut au moment du recours à l'UPS-J.

³¹³ La catégorie « ressources intermédiaires », qui compte 30 appels, devrait être revue parce qu'elle comprend des erreurs de codages.

pourrait traduire, pour une part du moins, un nombre plus élevé d'individus sans adresse et renforce la dimension de précarité présente dans ce type d'intervention.

Des différences importantes et significatives marquent la distribution des demandes dans les catégories de la domiciliation entre les territoires d'application des mandats. Ainsi, sur le territoire initial, une portion importante des demandes concerne des individus sans adresse (35,6%), en refuge (6,6%) ou encore en chambre (10,1%) comparativement à la situation dans les nouveaux territoires où 15 appels (10,1%) concernent des individus sans adresse, qu'aucun appel ne rapporte d'individus en refuge et que 7 concernent (4,7%) des individus vivant en chambre. La proportion d'appels concernant des individus occupant un logement autonome est presque deux fois moins importante sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires (42,6% vs 79,1%). Ces données pourraient être un indicateur d'une plus grande précarité résidentielle sur le territoire initial et constituer une condition de pratique distincte entre les deux milieux. En effet, l'urgence ou la crise ne peut être définie de la même manière lorsqu'un toit n'est pas assuré. Par ailleurs, cette condition est susceptible de rendre difficile l'accès à certains services puisque l'adresse représente encore un marqueur identitaire très important et, dans certaines ressources, une condition d'accès³¹⁴.

³¹⁴ Par exemple, pour avoir accès à certaines ressources d'hébergement, on exige parfois que la personne soit suivie par un psychiatre. Or, les services de santé mentale étant encore sectorisés, il est souvent difficile d'établir un tel suivi pour une personne itinérante, avec des problèmes de toxicomanie, plutôt réfractaire aux soins et qui, de surcroît, séjourne en prison pour de courtes périodes. Dans ces circonstances, le fait de ne pas avoir d'adresse rend extrêmement ardues les démarches pour établir ce suivi. Une fois dans la rue, cette condition n'étant pas remplie, l'accès à une ressource d'hébergement peut devenir d'autant plus aléatoire. Des difficultés similaires peuvent survenir aux urgences des hôpitaux malgré le dispositif de rotation entre les centres hospitaliers dotés d'un département de psychiatrie pour accueillir les personnes itinérantes.

Tableau 6.14
La condition de domiciliation selon le territoire d'application des mandats

Domiciliation	Territoire initial double mandat cohorte 03-04	Nouveaux territoires Mandat P-38.001 cohorte 03-04	Total	Territoire initial mandat initial cohorte 96-99
Logement	397	117	514	370
	42,6%	79,1%	47,6%	37,3%
Chambre	94	7	101	92
	10,1%	4,7%	9,4%	9,3%
Sans adresse	331	15	346	289
	35,6%	10,1%	32,1%	29,1%
Refuge	61	--	61	205
	6,6%	--	5,7%	20,6%
Ressource intermédiaire	27	3	30	4
	2,9%	2,0%	2,8%	0,4%
Autre	21	6	27	33
	2,3%	4,1%	2,5%	3,3%
Total	931	148	1079	993
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 76,897; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,267)

Comparativement aux données de la 1^{ère} cohorte, on constate plus de similitudes entre les données des deux périodes sur le territoire initial qu'entre celles de la période récente. En effet, la précarité résidentielle semble une condition qui caractérise le profil de la population sur le territoire initial. Pris séparément, on constate cependant des différences dans la répartition des appels entre les catégories « précaires » sur le territoire initial, notamment celle de personnes en refuge au moment de la demande qui compte trois fois moins de cas en 2003-2004 qu'en 1996-1999.

Territoires et mandats confondus, on remarque une différence significative dans la distribution de la condition de domiciliation selon le sexe des individus. Les hommes sont deux fois plus souvent en chambre que les femmes (12,3% vs 5,6%), plus souvent sans adresse (34,2% vs 29,4%) et moins souvent en logement (42,4% vs 54,4%).

Tableau 6.15
La condition de domiciliation selon le sexe, territoires et mandats confondus

Domiciliation	Femme	Homme	Total
Logement	270	252	522
	54,4%	42,4%	47,9%
Chambre	28	73	101
	5,6%	12,3%	9,3%
Sans adresse	146	203	349
	29,4%	34,2%	32,0%
Refuge	31	30	61
	6,3%	5,1%	5,6%
Ressource intermédiaire	11	19	30
	2,2%	3,2%	2,8%
Autre	10	17	27
	2,0%	2,9%	2,5%
Total	496	594	1090
	45,5%	54,5%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 25,338; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,152)

En contrôlant par le territoire d'application des mandats, on constate sensiblement les mêmes variations entre les sexes sur les nouveaux territoires, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives; les hommes étant 3 fois plus souvent en chambre que les femmes (7,9% vs 2,4%), presque trois fois plus souvent sans adresse que les femmes (15,9% vs 5,9%) et moins souvent en logement (68,3% vs 87,1%)³¹⁵. Dans le cas du territoire initial, les différences entre les sexes sont significatives; les hommes étant deux fois plus souvent en chambre (13,1% vs 6,4%) et moins souvent en logement (38,8% vs 48,9%). Ce qui étonne cependant c'est le fait que les hommes et les femmes soient en proportion presque équivalente à être sans adresse sur le territoire initial (36,5% vs 34,2%)³¹⁶. Cette donnée pourrait soutenir l'idée d'un « noyau dur », homogène, composé d'hommes et de femmes qui partagent des conditions de vie relativement similaires et qui font l'objet d'une forme semblable de traitement.

Si on contrôle par la variable sexe, on constate des différences significatives entre les appels concernant les femmes; celles des nouveaux territoires sont presque toutes en logement autonome (87,1%) alors que celles du territoire initial se retrouvent soit en logement autonome (47,5%) soit sans adresse (34,2%). De plus, les 31 appels concernant des femmes en refuge sont tous issus du territoire initial³¹⁷. Lorsqu'on fait le même exercice avec les hommes, on obtient des résultats similaires. Les différences observées entre les territoires sont statistiquement significatives. Les appels concernant les hommes du territoire initial font état de deux fois plus d'individus en chambre (13,1% vs 7,9%), deux fois plus, sans adresse (36,5% vs 15,9%), englobe tous les appels

³¹⁵ Tableau non présenté.

³¹⁶ *Idem*

³¹⁷ *Idem*

des hommes en refuge, et le tiers de moins en logement³¹⁸. C'est une autre caractéristique qui distingue les territoires d'application des mandats.

6.7 L'intoxication du « client » au moment de l'intervention

On retrouve la trace d'une intoxication au moment de l'intervention dans 7,8% (n=98 cas) des dossiers et cette fréquence est invariable quelque soit le territoire d'application des mandats (7,9%, territoire initial vs 8,2%, nouveaux territoires)³¹⁹. Le contexte d'urgence de l'intervention de l'UPS-J est peu propice à l'identification de cet état et, par conséquent, à la cueillette de la donnée. Sur les nouveaux territoires, l'intoxication du « client » à l'intervention est associée à une seule variable : les antécédents de toxicomanie, 12 des 14 appels concernant des individus intoxiqués à l'intervention avaient des antécédents de toxicomanie. Mais le nombre de cas est ici très peu élevé.

Dans le cas du territoire initial, la situation est différente. Outre les antécédents de toxicomanie aussi associés à l'intoxication du « client » à l'intervention, d'autres variables sont liées : le sexe, les antécédents de condamnation, d'incarcération, de condamnation à des peines fédérales, le « référant », le motif de la demande³²⁰ et la situation-problème, et les différences sont statistiquement significatives.

Dans le cas du sexe, parmi les appels avec trace d'intoxication, les probabilités que cela concerne un homme sont 2,2 fois plus élevées que celles d'une femme (10,4% vs 4,7%). Tous les indicateurs du dossier pénal sont également associés à cette variable. Ainsi, parmi les appels pour des individus intoxiqués, les probabilités d'avoir des antécédents de condamnation sont 2,5 fois plus élevées que celles de ne pas en avoir (12,3% vs 5,0%), 2 fois plus élevées dans le cas des antécédents d'incarcération (12,6% vs 6,4%) et 3,2% plus élevées dans le cas des condamnations pour des peines fédérales. Concernant le « référant », on remarque que les appels à propos des individus intoxiqués sont sous-représentés parmi les « référents » suivants : ressources institutionnelles en santé, réseau personnel et autres « référents »; et légèrement plus fréquents dans le cas de la police et des ressources communautaires. Enfin, il existe une association entre la situation-problème et l'intoxication du « client » à l'intervention que nous avons vu précédemment.

6.8 Conclusion

Nous avons constaté une évolution dans le **volume d'appels** reçus à l'UPS-J. Après une période de croissance entre l'ouverture du service (octobre 1996) et 1999, on traverse quelques années (1999-2003) de relative stabilité. Survient alors le déploiement du mandat P-38.001 en 2003 qui se traduit par une augmentation de la demande en novembre 2003, i.e. dix mois après le début de ce processus. Contrairement à ce qui était appréhendé, notamment par les centres de crise et des psychiatres, l'UPS-J n'a pas été submergée d'appels du moins, au cours de la période de l'étude.

³¹⁸ *Idem*

³¹⁹ Les données de la 1^{ère} cohorte ne sont pas disponibles.

³²⁰ Sur le lien entre intoxication du « client » à l'intervention et le motif de la demande, nous pourrions parler d'un effet de biais. En effet, selon le motif de la demande, les intervenants de l'UPS-J vont se déplacer ou non ce qui signifie que dans le cas d'une demande « d'intervention », les intervenants sur les lieux évalueront l'état du « client » à cette occasion; ce qui ne serait pas le cas d'une intervention téléphonique, par exemple.

Quelques pistes peuvent être avancées pour expliquer la relative stabilité de la demande entre 1999-2003 qui se rapportent à des éléments de contexte : 1) la police et l'UPS-J continuent de fonctionner comme avant; - il y aurait une concentration des cas visés par P-38.001 sur le territoire initial de l'UPS-J et par conséquent, l'UPS-J et la police avaient déjà l'habitude de traiter ces affaires; 2) il y aurait très peu de cas d'article 8 dans les nouveaux territoires et ceux qui surviennent continuent d'être gérés par la police pour la majorité, i.e. que les cas univoques, simples, ne sont pas renvoyés à l'UPS-J³²¹; 3) malgré les éléments mis en place pour faire changer les pratiques (désignation, formation, colloques, « fall in », sensibilisation des milieux et des partenaires, etc.), celles-ci sont très lentes à bouger en raison d'un ensemble de facteurs (perception de son rôle, maintien des organisations, résistance aux changements, flou de la loi, etc.); 4) l'intervention en concertation de l'UPS-J sur son territoire initial produit un transfert de compétence vers le milieu (police et intervenants du réseau de l'itinérance), ce qui semble stabiliser la demande et même la réduire; - le conflit entourant l'attribution du mandat (à l'UPS-J plutôt qu'aux centres de crise) ralentit la mise en application de la loi; 5) la loi n'a pas d'effet marqué jusqu'à présent; il est trop tôt pour percevoir un effet durable de la loi, une plus longue période d'observation serait nécessaire.

Sur le territoire initial, la police occupe le deuxième rang des principaux « **référants** » à l'UPS-J, derrière les ressources communautaires, principalement celles du réseau de l'itinérance. Étant donné la concentration de ces ressources au centre-ville, il est peu probable qu'on retrouve une situation similaire sur les nouveaux territoires dans l'éventualité où l'UPS-J offrirait son double mandat sur tout le territoire de l'Île de Montréal. *Il est davantage plausible que la police resterait le principal « référént » sur les nouveaux territoires et le second sur le territoire d'origine de l'UPS-J.*

Le **moment où survient la demande** n'est pas le même selon que l'appel provient des nouveaux territoires ou du territoire initial. *Sur les nouveaux territoires, près du quart des appels surviennent la nuit, ce qui est deux fois plus que sur le territoire initial en 2003-2004 comme en 1996-1999 (22,9% vs 9,5% sur le territoire initial en 2003-2004, vs 9,1% sur le territoire initial en 1996-1999). L'absence de ressources disponibles la nuit sur les territoires périphériques au centre-ville expliquerait-elle ces différences? La condition de domiciliation qui distingue fortement les populations selon les territoires, davantage en logement autonome sur les nouveaux territoires mais plus souvent en refuge ou en ressources d'hébergement sur le territoire initial, ne créerait-elle pas des conditions distinctes d'appels?*

Sur le **motif de la demande**, le faible nombre d'inscriptions pour le motif P-38.001 est frappant. Seulement 14 appels sont inscrits sous cette rubrique dont 13 proviennent des nouveaux territoires. La mise en œuvre du mandat P-38.001 dans le contexte du changement de plate-forme informatique est un élément qui doit être pris en compte dans cette analyse. L'UPS-J révisait la totalité de sa grille de cueillette et son système informatique dans l'année de l'implantation du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires. Ceci dit, trois interprétations peuvent être proposées pour tenter de comprendre ce résultat : 1) les appels ne correspondent pas à ce mandat

³²¹ L'analyse qualitative des événements, entre autres, les cas référés à l'hôpital sans déplacement de l'UPS-J en vertu de l'article 8, tendrait à confirmer cette hypothèse. Des analyses plus systématiques seront réalisées ultérieurement.

ou à ce besoin; suite à la consultation des partenaires pendant la phase d'implantation du mandat P-38.001, un représentant du SPVM attirait l'attention sur le fait que les policiers ne feraient pas la distinction entre la *Loi* P-38.001 et l'intervention connue de l'UPS-J (mandat initial) et laissait entendre que leurs attentes se définissaient davantage dans les termes du premier mandat (besoin d'assistance dans les cas de « santé mentale » pour lesquels on ne sait pas quoi faire) que dans ceux du second; 2) au moment de l'appel, il y a une impossibilité de définir la demande en termes de P-38.001, i.e. de la faire entrer dans les catégories restreintes de la loi (dangereux ou non); les situations sont complexes, peuvent changer rapidement, et ne pas être interprétées de la même manière selon les intervenants); 3) on poursuit plutôt la routine en place et le changement qui pourrait être insufflé par l'ajout d'un nouveau mandat ne s'est pas encore produit dans les pratiques. Puisque les appels du territoire initial incluent des « référants » autres que les policiers, il pourrait s'agir d'un effet de la réalité policière.

L'analyse des données sur les **situations-problèmes** soulève plusieurs commentaires. D'abord, elles questionnent la notion d'urgence et de crise au cœur de la définition de l'UPS-J. Que veut dire l'urgence ou la crise avec une catégorie autre aussi importante (1/5 des événements) qui comporte des situations plus près de l'idée de prévention que de celle de l'urgence ou de la crise et ce, particulièrement sur le territoire initial ? 1) L'écart entre le territoire initial et les nouveaux territoires concernant cette catégorie pourrait-elle signifier l'existence de situations-problèmes pour lesquelles on ne sait trop quoi faire, le milieu de l'intervention se trouvant démuné ? Des analyses antérieures sur les pratiques de l'UPS-J tendent à montrer que pour certains profils de population ou type de problématiques, le réseau de l'intervention adopte des pratiques variables tantôt très mobilisé tantôt très peu engagé, passant de l'un à l'autre sur des périodes plus ou moins longues (vague de mobilisation, suivi de vague de désengagement) (Morin *et al.*, 2005). Le fait que cette catégorie soit deux fois plus importante sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires pourrait appuyer l'idée de la spécificité des situations-problèmes sur ce terrain qui vont avec l'extrême précarité de cette population.

2) Deuxièmement, les situations susceptibles d'être judiciairisées (conflits avec des étrangers et avec des proches) apparaissent relativement peu fréquentes (27,0%, territoire initial vs 35,1%, nouveaux territoires) alors que le mandat initial a été conçu pour y répondre. Est-ce que cela signifie que l'UPS-J arrive à intervenir en amont, avant que les situations dégèrent et déclenchent leur judiciarisation ? Ou encore, est-ce plutôt le fait que la police filtre les appels « santé mentale » et ne rapporte à l'UPS-J que les situations considérées comme banales, celles qui, de toutes façons, n'auraient pas donné lieu à une judiciarisation. Elle continuerait à judiciariser les plus sérieuses en confiant la responsabilité de la décision aux intervenants judiciaires (y compris à l'UPS-J volet cour) ? Par ailleurs, la plus grande fréquence des conflits avec des proches sur les nouveaux territoires n'indiquerait-elle pas que cette population est moins isolée que celle du territoire initial ? Comme nous l'avons vu avec la variable « condition de domiciliation », la population des nouveaux territoires se compose davantage de personnes qui habitent un logement autonome. Si les centres hospitaliers demeurent les principaux « requérants » de la garde régulière en établissement, ce sont les « familles élargies » qui occupent le premier rang des requêtes pour garde provisoire³²². La réforme, malgré l'ajout majeur

³²² Action autonomie, *Quand la liberté ne tient qu'à...*, Étude de l'application de la Loi. Région de Montréal 1999, avril 2001, p.12 et suivantes. Même constat dans Action autonomie (2005).

relatif à l'article 8, serait-elle une loi pour gérer, dans la filière psychiatrique, les conflits avec des proches ?

3) Troisièmement, le risque suicidaire nous apparaît peu fréquent et nous interroge d'autant plus quand il s'agit des nouveaux territoires puisque cette catégorie devrait contenir les situations de « danger grave et immédiat pour soi-même », critère contenu dans la Loi P-38.001, un des champs d'action de l'UPS-J. Les résultats pourraient confirmer la perception des intervenants de l'UPS-J quant aux pratiques policières sur les nouveaux territoires concernant le risque suicidaire : selon leur nouvelle expérience, il n'y aurait qu'une option possible pour la police dans ce type de situation : l'orientation vers l'hôpital et ceci, sans besoin d'évaluation du danger grave et immédiat par l'UPS-J puisque ces situations sont jugées sans ambiguïté.

Au niveau des policiers, on en voit beaucoup dans le nord, eux autres forcément quelqu'un qui dit suicide, le mot suicide, c'est l'hôpital. (...) Moi je leur dit c'est mieux que vous nous appeliez il y a moins de chance que vous le voyiez une heure après sur la rue. (Les policiers répondent d.m.) : Ah non, c'est nous autres, c'est clair, clair, clair, c'est pas gris³²³.

Les différences dans la **condition de domiciliation** entre les territoires de références sont ici très importantes. Le territoire initial est caractérisé par des appels concernant des individus en précarité résidentielle alors que les nouveaux territoires le sont par des appels pour des individus en logement autonome. Sur le territoire initial, les données 2003-2004 apparaissent en continuité avec celles de la période antérieure. Enfin, le sexe est une variable qui marque les distributions tant sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires. Les femmes étant objectivement dans des situations moins précaires que les hommes. Ceci étant dit, on constate que sur le territoire initial, dans la catégorie sans adresse, la proportion d'hommes et de femmes est équivalente nous amenant à croire qu'un sous-groupe au sein de la population de ce territoire partage les caractéristiques communes d'une très grande précarité et que dans ce groupe, l'effet que pourrait avoir la variable sexe sur une possible différenciation de traitement des hommes et des femmes n'opère pas ou opère moins.

Les résultats de la comparaison des territoires de référence tendent à supporter l'idée d'une *plus forte homogénéité du profil de population et de problématiques sur les nouveaux territoires que ce qui est observé sur le territoire initial*. Par ailleurs, les données du territoire initial quant au lien entre situation de risque suicidaire et **intoxication du client à l'intervention** vont dans le sens de résultats d'autres recherches où l'intoxication est identifiée comme un des principaux facteurs de risque.³²⁴

³²³ CLSC des Faubourgs, UPS-J, Rencontre bilan de l'équipe, 4 mai 2004.

³²⁴ Cette association est reprise dans la grille d'estimation de la dangerosité (risque suicidaire) du COC et reprise par le Comité outil de la Régie régionale, Application de la *Loi P-38.001*.

CHAPITRE 7

LA MISE EN APPLICATION DU NOUVEAU MANDAT : ANALYSE DE LA RÉPONSE

Dans ce chapitre, nous nous penchons sur l'action mise en œuvre à la suite d'un recours à l'UPS-J; nous l'avons circonscrite dans l'idée de « réponse ». Cette notion est loin d'être parfaite, elle comporte, entre autres, le risque de concevoir cette action comme un effet direct ou une conséquence de la demande. Or, la réalité est beaucoup plus complexe. La demande et la réponse entretiennent un rapport dynamique. L'action déployée ne peut être saisie par rapport à ce seul événement déclencheur que serait l'appel. Le volume de cas, l'organisation du travail, la perception des mandats par les uns et les autres, la capacité de les mettre en œuvre, la formation reçue, les champs disciplinaires représentés, les ressources inégalement réparties entre les acteurs, l'heure de l'appel, etc., sont autant d'éléments agissant dans ce rapport. De plus, la réponse engagée dans l'application de l'article 8 de la loi P-38.001 s'inscrit dans un processus décisionnel complexe, implique plusieurs groupes d'acteurs, se joue sur différentes scènes dans des temps distincts et comporte des issues variables. Dans la majorité des recherches sur l'application de lois sur l'internement civil involontaire, on a surtout documenté les prises de décision en aval (par exemple, les décisions d'évaluations psychiatriques sur la dangerosité rendues par des psychiatres de milieux hospitaliers et qui conduisent à la garde ou non en établissement; ou encore, celles des milieux judiciaires confirmant ou invalidant les évaluations des psychiatres et qui mènent au maintien ou à la levée de telles gardes). Dans la présente analyse, on se situe en amont de ces séquences décisionnelles, là où se joue un premier moment dans la définition des situations et de leur première orientation (i.e. un événement qui donne lieu à un signalement, faisant intervenir sur le terrain des acteurs des milieux de l'urgence sociale — police, ambulanciers, « intervenants des services d'aide en situation de crise » — dont la décision quant à la dangerosité de la personne déclenche ou non l'orientation vers un milieu hospitalier). Cette analyse porte donc sur une séquence d'événements différente de celle de d'autres études et, par conséquent, n'englobe pas l'ensemble du processus. Par ailleurs, comme nous l'avons souligné dans le chapitre méthodologique, il existe, dans le dossier de l'UPS-J, certaines confusions quant à l'inscription des données qui limitent l'analyse même de cette étape de la réponse : l'action codée relève-t-elle de l'UPS-J ou de celle de d'autres acteurs comme la police et l'Urgences-santé par exemple ? Traite-t-on d'une réponse donnée dans la trajectoire d'un individu (une hospitalisation) ou, plus modestement, de l'action de l'UPS-J dans leur trajectoire d'intervention ? Autrement dit, à la question du « qui répond à qui ? », l'information recueillie n'est pas toujours claire. Toutes les questions qui nous intéressent et se rapportent à l'application d'une telle législation ne pourront donc être soulevées. Tenant compte de la complexité évoquée et des limites posées, le traitement de cette séquence d'événements représente une des voies importante pour identifier quels éléments, parmi ceux analysés, sont à l'œuvre dans l'orientation des activités et, particulièrement dans le recours à l'article 8 de la Loi P-38.001.

Pour les fins de la présente analyse, un découpage s'est imposé pour traiter des activités entreprises suite aux appels reçus : la nature de l'action de l'UPS-J, le déplacement, l'estimation de la dangerosité immédiate, la première orientation, « l'orientation » vers l'hôpital, la modalité

de référence à l'hôpital³²⁵. Dans le cadre de cette étude, cette sélection permet de jeter un premier regard sur un nombre, certes limité, d'indicateurs, mais qui sont susceptibles de fournir des pistes de réflexion sur les pratiques en cours dans une zone carrefour où la nouvelle loi est inscrite.

7.1 La nature de l'action de l'UPS-J

À partir de catégories prédéfinies dans la fiche de cueillette informatisée de l'UPS-J, nous avons procédé à une recatégorisation des actions menées par les intervenants pour rendre compte des pratiques en cours. Nous avons construit une rubrique dont les catégories sont mutuellement exclusives, hiérarchisées³²⁶, et qui se cumulent dans le passage d'un niveau à l'autre d'activités³²⁷. Ainsi, la première catégorie, « partage d'information », correspond à une activité d'échange d'information à propos d'un individu ou d'une situation sans nécessairement créer un événement spécifique. Par exemple, une intervenante d'un centre de détention appelle l'UPS-J pour signaler la fin de l'incarcération d'une personne qui vit dans le secteur de l'UPS-J, laissant sous-entendre que des interventions sont susceptibles de survenir. La seconde catégorie, « référence et conseil », regroupe les activités où l'UPS-J offre de la référence et des conseils aux « référants ». La troisième catégorie, « en back up », se rapporte aux situations où le « référant » transmet des informations sur une personne ou une situation; il ne veut pas d'intervention de l'UPS-J dans l'immédiat, mais veut compter rapidement sur l'équipe si la situation se détériore. L'équipe se met alors en disponibilité et se documente sur des interventions antérieures qui seraient survenues par une fouille dans sa banque de données. Nous sommes ici dans une logique d'état de veille, de « gestion du risque », où l'on tente de planifier, dans l'éventualité d'une intervention, une action plus rapide, plus certaine, l'UPS-J disposant déjà de l'information sur la situation³²⁸. « Liaison et arrimage » correspond à la quatrième catégorie d'action et renvoie à l'idée de mettre en lien la personne qui est l'objet de l'intervention avec d'autres services y compris l'UPS-J-cour. Cette activité comporte souvent des démarches auprès de plusieurs organismes pour s'assurer que la personne a fait l'objet d'une forme ou l'autre de prise en charge ou d'intervention. Par exemple, il peut s'agir de prise de rendez-vous, de discussion de cas avec d'autres intervenants ou d'autres services, etc. Enfin, la cinquième catégorie, « l'intervention », comprend l'essentiel des activités précédentes auxquelles s'ajoute, le plus souvent, une intervention directe, en face-à-face, avec la personne.

Territoires et mandats confondus, on remarque que l'action la plus courante est celle qui englobe les autres, i.e. celle que l'équipe appelle « l'intervention » qui regroupe 36,2% de tous les appels, suivi par les activités de « référence et de conseil » (30,0%), de « back up » (19,2%), de « partage d'information » (6,1%), et enfin, de « liaison et d'arrimage » (4,0%); une catégorie résiduelle

³²⁵ Les trois derniers indicateurs sont particulièrement sensibles aux glissements que nous venons d'évoquer. Nous y reviendrons plus loin.

³²⁶ C'est-à-dire des activités les moins engageantes à celles qui le sont davantage et qui font appel à un spectre plus étendu d'expertise (clinique, légale, organisationnelle, etc.).

³²⁷ La seconde inclut les activités de la première, la troisième inclut celles de la première et de la deuxième et ainsi de suite.

³²⁸ Nous incluons dans cette catégorie les interventions qui ont été saisies par les intervenants de l'UPS-J dans leur catégorie : « historique d'appel ». Cette catégorie correspond à la logique de « mise en veille » décrite, mais s'adresse surtout aux appels policiers. Dans ce cas, on prend entente à l'effet de mettre l'UPS-J en disponibilité en inscrivant dans le système informatique de la police d'y recourir dans l'éventualité d'un nouvel appel concernant cette personne.

« aucune intervention » compte 56 appels (4,4%) pour lesquels la codification était problématique.

La nature de l'action de l'UPS-J n'est pas la même selon que l'appel provient du territoire initial ou des nouveaux territoires et ces différences sont significatives. Sur les nouveaux territoires, « référence et conseil » apparaît au première rang (42,7%) et « l'intervention », au second (35,7%); les autres types d'action sont peu fréquentes (sous les 8%).

Tableau 7.1
Nature de l'action de l'UPS-J selon les territoires d'application du mandat

Nature de l'action de l'UPS-J	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires Mandat P-38.001	Total
Intervention	395	61	456
	37,0%	35,7%	36,8%
Liaison	42	7	49
	3,9%	4,1%	4,0%
Back up	226	11	237
	21,2%	6,4%	19,1%
Référence et conseil	292	73	365
	27,4%	42,7%	29,5%
Échange d'information	71	6	77
	6,7%	3,5%	6,2%
Aucune	41	13	54
	3,8%	7,6%	4,4%
Total	1067	171	1238
	86,2%	13,8%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 35,685; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,170).

Ainsi, la catégorie « référence et conseil » est nettement surreprésentée dans le groupe des nouveaux territoires tandis que celle du « back up » y est sous-représentée. Ces différences pourraient avoir plusieurs sources. D'abord, le fait que l'UPS-J soit en déploiement au moment de l'étude pourrait s'être traduit par l'afflux d'appels pour lesquels les « référants » cherchent à mieux saisir le nouveau service, « testent » le service, explorent le type d'assistance pouvant être obtenu; un type de rapport alors inscrit à la rubrique « référence et conseil ». En effet, il n'est pas rare de lire dans les fiches d'appels des nouveaux territoires que le mandat P-38.001 a dû être précisé, expliqué, laissant entrevoir une interprétation différente du mandat entre l'équipe de l'UPS-J et le « référant » policier. Il semble, en effet, que l'équipe ait dû expliquer la portée plus limitée du mandat sur les nouveaux territoires par rapport à celui qui s'exerce sur le territoire initial, notamment dans le contexte où des policiers du SPVM avaient déjà travaillé dans le secteur du centre-ville et bénéficié des services de l'UPS-J sur le territoire initial. L'UPS-J serait ainsi dans une phase de mise en place d'un nouveau service qui comporte apprivoisement, définition et appropriation du mandat pour tous les acteurs à travers un processus de négociation nettement visible. L'importance de cette catégorie pourrait aussi tout simplement traduire un

besoin d'assistance téléphonique immédiate de la part des policiers, plutôt qu'*in situ* dans leur intervention; dans certaines fiches nous avons constaté que le policier ne veut pas d'un déplacement des intervenants mais plutôt d'une expertise-conseil. Enfin, concernant la catégorie « back-up », cette idée de mise en veille peut, en début de déploiement, ne pas être apparue pertinente sur les nouveaux territoires. Comme il s'agit d'une catégorie qui s'est ajoutée suite à l'expérience de l'UPS-J avec les « référants » du territoire initial, ce type de demande se développerait dans le temps, avec la pratique. Selon l'orientation que prendra le mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires, ces pratiques pourraient également changer.

En contrôlant par le territoire d'application des mandats, nous avons exploré les variables associées à la nature de l'action. Quelque soit le territoire, lorsque l'UPS-J opte pour une intervention, il le fait plus souvent en face d'individus ayant des antécédents de toxicomanie, intoxiqués au moment de l'intervention, et qu'on juge comme représentant une dangerosité immédiate; et cette relation est significative. Sur les nouveaux territoires, l'effet semble encore plus marqué.

Tableau 7.2
La nature de l'action sur le territoire initial selon les antécédents de toxicomanie

Nature de l'action UPS-J	Antécédents de toxicomanie		Total
	Absence	Présence	
Intervention	207	188	395
	35,3%	39,2%	37,0%
Liaison	16	26	42
	2,7%	5,4%	3,9%
Back up	127	99	226
	21,6%	20,6%	21,2%
Référence et conseil	163	129	292
	27,8%	26,9%	27,4%
Échange d'information	46	25	71
	7,8%	5,2%	6,7%
Aucune	28	13	41
	4,8%	2,7%	3,8%
Total	587	480	1067
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 11,811; dll=5; sig.= 0,037; v de Cramer= 0,105).

Tableau 7.3
La nature de l'action sur les nouveaux territoires
selon les antécédents de toxicomanie

Nature de l'action de l'UPS-J	Antécédents de toxicomanie		Total
	Absence	Présence	
Intervention	33 29,2%	28 48,3%	61 35,7%
Liaison	4 3,5%	3 5,2%	7 4,1%
Back up	5 4,4%	6 10,3%	11 6,4%
Référence et conseil	57 50,4%	16 27,6%	73 42,7%
Échange d'information	5 4,4%	1 1,7%	6 3,5%
Aucune	9 8,0%	4 6,9%	13 7,6%
Total	113 100,0%	58 100,0%	171 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 11,79; dll=5; sig.= 0,038; v de Cramer= 0,263).

Tableau 7.4
La nature de l'action sur le territoire initial selon la dangerosité immédiate

Nature de l'action de l'UPS-J	Dangerosité immédiate		Total
	Absence	Présence	
Intervention	310 31,9%	85 90,4%	395 37,0%
Liaison	40 4,1%	2 2,1%	42 3,9%
Back up	226 23,2%	--	226 21,2%
Référence et conseil	286 29,4%	6 6,4%	292 27,4%
Échange d'information	71 7,3%	--	71 6,7%
Aucune	40 4,1%	1 1,1%	41 3,8%
Total	973 100,0%	94 100,0%	1067 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 127,625; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,346).

Tableau 7.5
La nature de l'action sur les nouveaux territoires selon la dangerosité immédiate

Nature de l'action de l' UPS-J	Dangerosité immédiate		Total
	Absence	Présence	
Intervention	46	15	61
	29,5%	100,0%	35,7%
Liaison	7	--	7
	4,5%	--	4,1%
Back up	11	--	11
	7,1%	--	6,4%
Référence et conseil	73	--	73
	46,8%	--	42,7%
Échange d'information	6	--	6
	3,8%	--	3,5%
Aucune	13	--	13
	8,3%	--	7,6%
Total	156	15	171
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 29,65; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,416).

Tableau 7.6
La nature de l'action sur le territoire initial selon l'intoxication du « client » à l'intervention

Nature de l'action de l'UPS-J	Intoxication du « client » à l'intervention		Total
	Absence	Présence	
Intervention	320	75	395
	32,6%	89,3%	37,0%
Liaison	39	3	42
	4,0%	3,6%	3,9%
Back up	226	--	226
	23,0%	--	21,2%
Référence et conseil	286	6	292
	29,1%	7,1%	27,4%
Échange d'information	71	--	71
	7,2%	--	6,7%
Aucune	41	--	41
	4,2%	--	3,8%
Total	983	84	1067
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 109,822; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,321).

Tableau 7.7
La nature de l'action sur les nouveaux territoires
selon l'intoxication du « client » à l'intervention

Nature de l'action de l'UPS-J	Intoxication du « client » à l'intervention		Total
	Absence	Présence	
Intervention	47 29,9%	14 100,0%	61 35,7%
Liaison	7 4,5%		7 4,1%
Back up	11 7,0%		11 6,4%
Référence et conseil	73 46,5%		73 42,7%
Échange d'information	6 3,8%		6 3,5%
Aucune	13 8,3%		13 7,6%
Total	157 100,0%	14 100,0%	171 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 27,497; dll=5; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,401).

Ceci dit, sur le territoire initial, d'autres variables sont associées à la nature de l'action de l'UPS-J : antécédents psychiatriques, « référant », situations-problème ainsi que « l'orientation » vers l'hôpital. Ainsi, sur ce territoire, lorsque l'équipe opte pour une intervention, les chances de le faire pour des individus avec des antécédents psychiatriques sont plus élevées (41,5% vs 30,6%). De plus, lorsque l'UPS-J s'en tient à de la référence-conseil, les probabilités que ces appels concernent des individus sans antécédents psychiatriques sont plus élevées (31,7% vs 24,3%). Sur ce territoire, la nature de l'action est associée au « référant ».

Tableau 7.8
La nature de l'action sur le territoire initial selon le « référant »

Nature de l'action de l'UPS-J	Territoire initial Double mandat					Total	NT Mandat P-38.001
	Police	Ress. commun.	Ress. institut. en santé	Réseau personnel	Autre		Police
Intervention	189	164	34	2	6	395	61
	48,6%	38,6%	17,1%	8,0%	20,7%	37,0%	35,7%
Liaison	19	12	8		3	42	7
	4,9%	2,8%	4,0%		10,3%	3,9%	4,1%
Back up	55	111	46	7	7	226	11
	14,1%	26,1%	23,1%	28,0%	24,1%	21,2%	6,4%
Référence et conseil	93	107	66	15	11	292	73
	23,9%	25,2%	33,2%	60,0%	37,9%	27,4%	42,7%
Échange d'information	21	14	35	--	1	71	6
	5,4%	3,3%	17,6%	--	3,4%	6,7%	3,5%
Aucune	12	17	10	1	1	41	13
	3,1%	4,0%	5,0%	4,0%	3,4%	3,8%	7,6%
Total	389	425	199	25	29	1067	171
	36,5%	39,8%	18,7%	2,3%	2,7%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 127,879; dll=20; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,173).

Alors que la catégorie « intervention » représente 37,0% des types d'action de l'UPS-J, cette proportion atteint 48,6% dans le cas des appels de la police. Dans le cas du « back-up » qui concerne un appel sur cinq, ces proportions atteignent 28,0% et 26,1% des appels du réseau personnel et des ressources communautaires comparativement à seulement 14,1% de ceux de la police. La catégorie « référence et conseil » est surreprésentée lorsque le référant est soit le réseau personnel, soit les ressources institutionnelles en santé. Enfin, dans la catégorie « échange d'information », ce sont les ressources institutionnelles en santé qui sont surreprésentées. En d'autres termes, sur le territoire initial, l'action de l'UPS-J apparaît spécialisée selon la catégorie d'acteurs qui fait appel à son service. Ainsi, lorsque la police sollicite l'UPS-J, c'est pour une intervention directe, en face-à-face, dans 50% des demandes. Pour les ressources institutionnelles en santé, on fait très peu appel à l'UPS-J pour une intervention directe mais davantage pour échanger de l'information (back-up, référence-conseil, information transmise sur le client). Le réseau personnel, un « référant » non-officiel de l'UPS-J, obtient référence et conseil mais peu d'interventions directes. Quant aux ressources communautaires, une plus grande diversité d'actions se déploie dans leur cas, mettant sans doute en relief le fait que ce sont elles qui jouent le plus souvent un double rôle dans leur rapport avec l'UPS-J : celui de « référant » et celui de « répondant ». Nous avons contrôlé par le sexe des individus et cette variable n'est pas

responsable de ces variations, i.e. les tendances dans les différences observées sont les mêmes pour les femmes et pour les hommes.

La variable « situation-problème » est aussi associée à la nature de l'action sur le territoire initial³²⁹. Certains types de situations-problèmes appellent certains types d'action. Pour la catégorie « back-up » qui compte le cinquième des actions, cette proportion atteint 35,3% dans le cas des situations de conflits avec des proches. C'est trois fois plus que pour les situations de risque suicidaire (10,9%). Dans la catégorie « intervention », des écarts sont également observables. Alors que cette catégorie représente 37,0% de tous les types d'action, dans le cas du risque suicidaire, la proportion atteint 56,2% et dans le cas des situations d'incohérence, 47,0%.

Tableau 7.9
La nature de l'action sur le territoire initial selon la situation-problème

Nature de l'action de l'UPS-J	Conflit étrangers	Conflit proches	Risque suicidaire	Incohérence	Autre	Total
Intervention	15	78	77	191	34	395
	37,5%	31,3%	56,2%	47,0%	14,5%	37,0%
Liaison	3	10	5	11	13	42
	7,5%	4,0%	3,6%	2,7%	5,5%	3,9%
Aucune	2	8	3	14	14	41
	5,0%	3,2%	2,2%	3,4%	6,0%	3,8%
Back up	7	88	15	86	30	226
	17,5%	35,3%	10,9%	21,2%	12,8%	21,2%
Référence et conseil	13	61	35	92	91	292
	32,5%	24,5%	25,5%	22,7%	38,7%	27,4%
Échange d'information		4	2	12	53	71
		1,6%	1,5%	3,0%	22,6%	6,7%
Total	40	249	137	406	235	1067
	3,7%	23,3%	12,8%	38,1%	22,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 237,263; dll=20; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,236).

³²⁹ Dans le cas des nouveaux territoires, le croisement de ces deux variables produit un tableau avec beaucoup d'entrées et très peu de cas par cellule compte tenu de la petitesse de la population de ces territoires. Il est présenté à titre indicatif seulement.

Tableau 7.10
La nature de l'action sur les nouveaux territoires selon la situation-problème

Nature de l'action de l'UPS-J	Conflit étrangers	Conflit proches	Risque suicidaire	Incohérence	Autre	Total
Intervention	1	29	8	22	1	61
	16,7%	53,7%	34,8%	32,8%	4,8%	35,7%
Liaison	--	--	1	5	1	7
	--	--	4,3%	7,5%	4,8%	4,1%
Back up	--	3	3	3	2	11
	--	5,6%	13,0%	4,5%	9,5%	6,4%
Référence et conseil	3	20	9	30	11	73
	50,0%	37,0%	39,1%	44,8%	52,4%	42,7%
Échange d'information	--	--	1	1	4	6
	--	--	4,3%	1,5%	19,0%	3,5%
Aucune	2	2	1	6	2	13
	33,3%	3,7%	4,3%	9,0%	9,5%	7,6%
Total	6	54	23	67	21	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 43,719; dll=20; sig.= 0,002; v de Cramer= 0,253).

7.2 Le déplacement

Les intervenants de l'UPS-J se déplacent sur les lieux des événements dans 43,7% des appels, ce qui souligne l'importance du travail effectué au téléphone dans les pratiques de l'UPS-J³³⁰. Pour les appels des nouveaux territoires, cette fréquence de déplacement est moins élevée (38,0%) que celle du territoire initial (44,7%), mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

Territoires et mandats confondus, les variables suivantes sont associées au déplacement de l'équipe : antécédents psychiatriques, antécédents de toxicomanie, « référant », situations-problèmes, dangerosité immédiate, intoxication du « client » au moment de l'intervention, nature de l'action, « orientation » vers l'hôpital, modalité de référence à l'hôpital. Parmi ces variables, certaines sont associées quasi inévitablement au déplacement, c'est le cas de la dangerosité immédiate et de l'intoxication à l'intervention qui impliquent, en principe, une évaluation sur place; c'est le cas également de certains types d'actions comme par exemple « l'intervention » par opposition à la catégorie « référence-conseil ». Nous examinons les variables qui paraissent les plus intéressantes du point de vue de la comparaison des territoires de référence : antécédents psychiatriques, antécédents de toxicomanie, « référant » et situations-problèmes.

Lorsqu'il y a déplacement, les probabilités que l'individu ait des antécédents psychiatriques sont plus élevées que celles qu'il n'en ait pas et ce, tant sur le territoire initial (50,2% vs 36,8%) que sur les nouveaux territoires (47,3% vs 27,5%) et ces différences sont significatives. Mais cela signifie également que dans la moitié des appels concernant des individus ayant des antécédents psychiatriques, l'UPS-J ne se déplace pas. Y aurait-il des « cas de routine » à l'UPS-J ?

³³⁰ Quelques cas ont été codés « intervention » dans la nature de l'action sans qu'il y ait de déplacement, ce qui explique l'écart de pourcentage entre cette donnée et celle du déplacement.

Tableau 7.11
Le déplacement sur le territoire initial selon les antécédents psychiatriques

Déplacement	Antécédents psychiatriques		Total
	Absence	Présence	
Oui	161 36,8%	316 50,2%	477 44,7%
Non	277 63,2%	314 49,8%	591 55,3%
Total	438 100,0%	630 100,0%	1068 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 18,773; dll=1; sig.= 0,005; Phi= 0,133).

Tableau 7.12
Le déplacement sur les nouveaux territoires selon les antécédents psychiatriques

Déplacement	Antécédents psychiatriques		Total
	Absence	Présence	
Oui	22 27,5%	43 47,3%	65 38,0%
Non	58 72,5%	48 52,7%	106 62,0%
Total	80 100,0%	91 100,0%	171 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 7,05; dll=1; sig.= 0,008; Phi= 0,203).

Dans le cas des antécédents de toxicomanie, la situation est différente entre les territoires de référence. Dans les nouveaux territoires, les chances de se déplacer sont plus élevées si l'individu a de tels antécédents (48,3% vs 32,7%), mais ce n'est pas le cas sur le territoire initial. L'une des explications pourrait être liée au fait qu'il s'agit d'une problématique plus courante sur le territoire initial et qui teinte autrement la définition de la situation-problème : les antécédents de toxicomanie accentuent une gravité dans la définition d'une situation-problème lorsque cet événement est peu fréquent. La discussion de cas clinique au Consortium ou au comité-outil peut alimenter cette explication³³¹.

³³¹ On relate le cas, survenu sur le territoire initial, d'un itinérant intoxiqué et suicidaire jugé très à risque du point de vue du danger grave et immédiat envers lui-même par des intervenants d'UPS-J mais ayant reçu son congé de l'hôpital très rapidement. Se retrouvant sans réponse adéquate dans le stationnement de l'hôpital, les intervenants de l'UPS-J ont pris la décision de faire appel de nouveau à Urgences santé pour rediriger l'individu vers un autre centre hospitalier où l'individu n'était pas connu. Il y est alors admis en code d'urgence 1 et s'est retrouvé en arrêt respiratoire après quelques minutes seulement de son arrivée. Dans ce cas particulier, tous les signes cliniques allaient dans le sens d'une urgence du point de vue de l'UPS-J, mais non dans celui du premier centre hospitalier. Pour les intervenants de l'UPS-J, des cas comme celui là sont souvent traités comme des cas de routine alors que des changements surviennent dans la condition des personnes mais ne sont pas détectés ou sont banalisés.

Tableau 7.13
Le déplacement sur les nouveaux territoires selon les antécédents de toxicomanie

Déplacement	Antécédents de toxicomanie		Total
	Absence	Présence	
Oui	37	28	65
	32,7%	48,3%	38,0%
Non	76	30	106
	67,3%	51,7%	62,0%
Total	113	58	171
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 73,924; dll=1; sig.= 0,048; Phi= 0,151).

Des variations importantes dans la fréquence des déplacements sont observées selon qui fait appel à l'UPS-J. Sur le territoire initial où les appels proviennent de plusieurs types de « référants », on remarque que dans le cas de la police et des ressources communautaires, le déplacement a lieu dans un appel sur deux ou près d'un appel sur deux. Dans le cas des appels en provenance des autres « référants » le déplacement survient dans le tiers des cas. Dans le cas des ressources institutionnelles du réseau de la santé, cette proportion n'atteint plus qu'un appel sur cinq. Quant aux appels en provenance du réseau de la personne, les déplacements sont peu fréquents (12,0%). Ces différences pourraient appuyer l'hypothèse de filières distinctes de profils et d'intervention selon les « référants », une forme de spécialisation du travail de l'UPS-J selon les filières d'entrée des demandes. Mais l'analyse de la situation sur les nouveaux territoires où la police est le seul « référant » soulève d'autres questions. Sur ces territoires où seul le mandat P-38.001 est en application, les déplacements ne surviennent que dans 38,0% des cas comparativement à 56,8% sur le territoire initial, un écart de 20% entre les territoires de référence. D'autres dynamiques sont nécessairement à l'œuvre et devront être explorées dans l'avenir.

Tableau 7.14
Le déplacement de l'UPS-J selon le « référent »

Déplacement	Territoire initial Double mandat						Nouveaux territoires Mandat P-38.001
	Police	Ress. commu.	Ress. institut. santé	Réseau personnel	Autre	Total	
Oui	221	201	42	3	10	477	65
	56,8%	47,3%	21,0%	12,0%	34,5%	44,7%	38,0%
Non	168	224	158	22	19	591	106
	43,2%	52,7%	79,0%	88,0%	65,5%	55,3%	62,0%
Total	389	425	200	25	29	1068	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sur le territoire initial sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 81,742; dll=4; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,277).

Territoires et mandats confondus, la décision de se déplacer est associée à la situation-problème. Mais pour chacun des territoires de référence, les situations pour lesquelles l'UPS-J se déplace ne sont pas les mêmes et le portrait qui se dégage est presque inversé. Ainsi, sur le territoire initial, les probabilités de se déplacer sont plus importantes dans le cas de risque suicidaire, d'incohérence et de conflits avec des étrangers alors que sur les nouveaux territoires, il n'y a que la situation de conflits avec des proches où ces probabilités sont plus élevées. Une piste possible d'explication pourrait être liée au fait que sur les nouveaux territoires, les policiers ont peu l'habitude de travailler avec l'UPS-J. Les façons de faire antérieures se poursuivraient pour la majorité des cas qui leur apparaissent les plus faciles à traiter de leur point de vue. Le recours à l'UPS-J sur les lieux des événements surviendrait alors pour les « cas difficiles », les conflits avec des proches, i.e. ceux pour lesquels la police voit la judiciarisation comme une réponse inappropriée, les individus qui dérangent leur voisinage ou les services publics (911, police) et que la situation perdure, etc. En somme, les situations pour lesquelles il n'y a pas « d'urgence » du point de vue de la santé ni de la dangerosité immédiate (sécurité publique) mais un problème à régler et qui risque de dégénérer si rien n'est fait. Par ailleurs, les situations les plus à risque de judiciarisation (conflits avec des étrangers ou des proches) ne donnent pas nécessairement lieu à des déplacements. C'est particulièrement frappant sur le territoire initial pour les situations de conflits avec des proches. Cette question pourra être examinée plus en profondeur dans le prochain chapitre consacré à l'analyse comparée des seuls appels de la police selon le territoire d'application des mandats.

Tableau 7.15
Le déplacement sur le territoire initial selon la situation-problème

Déplacement	Conflit étrangers	Conflit proches	Risque suicidaire	Incohérence	Autre	Total
Oui	20	94	88	225	50	477
	50,0%	37,8%	64,2%	55,4%	21,2%	44,7%
Non	20	155	49	181	186	591
	50,0%	62,2%	35,8%	44,6%	78,8%	55,3%
Total	40	249	137	406	236	1068
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 98,137; dll=4; sig.= 0,005; v de Cramer= 0,303).

Tableau 7.16
Le déplacement sur les nouveaux territoires selon la situation-problème

Déplacement	Conflit étrangers	Conflit proches	Risque suicidaire	Incohérence	Autre	Total
Oui	2	28	8	26	1	65
	33,3%	51,9%	34,8%	38,8%	4,8%	38,0%
Non	4	26	15	41	20	106
	66,7%	48,1%	65,2%	61,2%	95,2%	62,0%
Total	6	54	23	67	21	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 14,418; dll=4; sig.= 0,006; v de Cramer= 0,29).

7.3 La dangerosité immédiate

Que l'appel ait été reçu du territoire initial ou des nouveaux territoires, les intervenants ont estimé que la personne représentait une dangerosité immédiate dans 8,8% des cas (94/1068 appels du territoire initial et 15/171 appels des nouveaux territoires). Comparativement aux données de la 1^{ère} cohorte, on constate une diminution importante de la fréquence d'appels pour lesquels cette évaluation est positive, la proportion pour la cohorte de 96-99 est de 18,6% (223/1196) des situations, ce qui apparaît plutôt contradictoire. En effet, avant 2001, si l'UPS-J procède à l'estimation de la dangerosité au cours de ses interventions, c'est en raison de son choix de modèle clinique d'intervention; cette dimension n'occupant qu'une place parmi d'autres éléments évalués. Depuis la désignation en 2001, l'estimation de la dangerosité occupe une nouvelle place, centrale, dans l'univers d'intervention psychosociale de l'UPS-J, du moins, du point de vue formel des mandats que l'État lui confie.

S'il n'y a aucune différence entre les territoires, il y en a une entre les sexes; l'évaluation conclut deux fois plus souvent à une dangerosité immédiate pour des hommes que pour des femmes (11,1% vs 5,8%).

Tableau 7.17
La dangerosité immédiate selon le sexe, territoires et mandats confondus

Dangerosité immédiate	Femme	Homme	Total
Présence	33	76	109
	5,8%	11,1%	8,7%
Absence	538	610	1148
	94,2%	88,9%	91,3%
Total	571	686	1257
	45,4%	54,6%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 11,5; dll=1; sig.= 0,001; Phi= 0,094).

Les antécédents psychiatriques sont également associés à l'évaluation de la dangerosité immédiate : le fait d'en avoir est corrélé avec le fait d'être évalué comme un individu présentant une dangerosité immédiate (10,4% vs 6,2%) et la proportion est de 1,8 fois. Ce résultat permet d'interroger l'intention du législateur de dissocier dangerosité et maladie mentale. Des analyses plus approfondies sont nécessaires pour voir si cette volonté de dissociation s'opère ou non.

Tableau 7.18
La dangerosité immédiate selon les antécédents psychiatriques, territoires et mandats confondus

Dangerosité immédiate	Antécédents psychiatriques		Total
	Présence	Absence	
Présence	76	33	109
	10,4%	6,2%	8,6%
Absence	655	499	1154
	89,6%	93,8%	91,4%
Total	731	532	1263
	57,90%	42,1%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 6,867; dll=1; sig.= 0,009; Phi= 0,074).

C'est la même chose pour les antécédents de toxicomanie; le fait d'en avoir accroît les probabilités d'être évalué comme présentant une dangerosité immédiate (11,6% vs 6,4%), et cette différence est statistiquement significative.

Tableau 7.19
La dangerosité immédiate selon les antécédents de toxicomanie,
territoires et mandats confondus

Dangerosité immédiate	Antécédents de toxicomanie		Total
	Absence	Présence	
Présence	46	63	109
	6,4%	11,6%	8,6%
Absence	674	480	1154
	93,6%	88,4%	91,4%
Total	720	543	1263
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 10,669; dll=1; sig.= 0,009; Phi= 0,092).

L'état d'intoxication du « client » à l'intervention est également corrélé avec l'estimation de la dangerosité immédiate. En général, peu d'individus ont été évalués comme présentant une dangerosité dans le contexte du recours à l'UPS-J, mais lorsque la personne est en état d'intoxication, cette probabilité est 5,4 fois plus élevée que si elle ne l'est pas (34,7% vs 6,4%)³³².

Tableau 7.20
La dangerosité immédiate selon l'intoxication du « client » à l'intervention,
territoires et mandats confondus

Dangerosité immédiate	Intoxication du « client » à l'intervention		Total
	Absence	Présence	
Présence	75	34	109
	6,4%	34,7%	8,6%
Absence	1090	64	1154
	93,6%	65,3%	91,4%
Total	1165	98	1263
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 91,527; dll=1; sig.= 0,005; Phi= 0,269).

Par ailleurs, l'âge, les antécédents judiciaires, le « référant », la condition de domiciliation, ne sont pas des variables associées à l'estimation de la dangerosité immédiate.

7.4 La première orientation

La « première orientation » à l'occasion du recours à l'UPS-J, avait pour objectif de recenser la première décision quant à l'orientation de la situation-problème même si celle-ci pouvait évoluer et que d'autres actions ou prises en charge pouvaient survenir. Cette donnée, même si elle avait

³³² Nous avons fait l'analyse territoires et mandats confondus étant donné le très petit nombre d'appels en provenance des nouveaux territoires concernant des individus en état d'intoxication (n=14).

fourni une image incomplète, aurait quand même pu permettre de saisir à grands traits les principales orientations des situations-problèmes. Dans la banque de données de l'UPS-J, ce champ comportait 21 catégories et représentait un des problèmes évoqués précédemment de superposition des registres dans la saisie des données. Nous avons tenté d'opérationnaliser différemment cette variable. Ainsi, des 21 catégories existantes, nous les avons réduites à trois, 1) système de santé; 2) communauté; 3) système pénal, et les avons rendues mutuellement exclusives. Or, après avoir passé en revue tous les appels concernés par l'étude et recatégorisés, il s'avère que cette opérationnalisation de la « première orientation » est tout à fait insatisfaisante et ne rend pas suffisamment compte de la complexité des actions déployées. Par exemple, une personne pouvait avoir été vu par l'UPS-J dans un centre opérationnel du SPVM (i.e. en état d'arrestation) et remis en liberté avec une promesse de comparaître après s'être engagée à se présenter le lendemain chez son médecin traitant. Quelle « première orientation » retenir dans un pareil cas ? Le pénal, puisqu'il y a bien eu judiciarisation ? La santé ? La communauté ? Dans les actions de l'UPS-J, les orientations sont multiples, complexes et souvent, elles comportent plusieurs inconnus. Après avoir procédé à toutes les analyses, nous avons fait le choix de retirer cette variable. Un travail de réflexion plus poussé devra être réalisé pour créer une nouvelle catégorie plus apte à saisir cette réalité.

7.5 « L'orientation » vers l'hôpital

« L'orientation » vers l'hôpital dans le contexte des mandats de l'UPS-J est une issue importante à examiner. Avec son statut de loi « d'exception » et l'injonction faite aux intervenants des *services d'aide en situation de crise* d'éviter le recours à la mesure la plus contraignante (la garde involontaire en établissement), la fréquence du recours à l'hôpital fournit un ordre de grandeur quant à l'importance de cette orientation pour la population de l'UPS-J. Il est très important de retenir que cette orientation ne signifie pas que la personne ait fait l'objet d'une admission. Nous l'avons vu précédemment, la nature de l'action de l'UPS-J est variée et ne se traduit pas toujours par une intervention directe, en face à face, i.e. un type d'action permettant d'avoir davantage de contrôle sur l'issue de l'orientation³³³. L'action peut être de la « référence-conseil », de « l'échange d'information », de la « liaison », etc. Cette orientation peut donc n'avoir été qu'une recommandation des intervenants sans qu'on dispose des informations pour vérifier si elle a été suivie³³⁴. En général, l'UPS-J se met en contact avec l'hôpital pour connaître l'issue de cette orientation (congé après quelques heures, admission volontaire, admission sous garde préventive pour examen psychiatrique de l'état mental pour déterminer si la personne présente un danger pour elle-même ou autrui, date prévue du congé, etc.) et s'assurer qu'un relais peut être établi par la suite, mais cette information n'est pas toujours disponible.

³³³ Lors d'intervention directe en face à face avec orientation vers l'hôpital, l'intervenant accompagne l'individu à l'urgence du centre hospitalier et demeure sur les lieux jusqu'à ce qu'il ait été vu par l'infirmière du triage. Mais même à cette étape, i.e. celle du triage qui peut durer quelques heures, l'examen réalisé par l'urgentologue pour décider si l'individu représente ou non un danger grave et immédiat n'a pas encore eu lieu, d'où l'incertitude quant à l'issue de cette orientation.

³³⁴ Un dispositif de recherche beaucoup plus complexe et nécessitant des moyens considérables aurait été nécessaire pour obtenir cette information. On rappelle que cette orientation pouvait impliquer une douzaine de centres hospitaliers, 49 PDQ sans compter tous les autres « référants ».

Ainsi, pour l'ensemble des appels à l'UPS-J au cours de la période de l'étude, plus du quart (26,4% ou 334/1263) ont donné lieu à cette orientation. La proportion est sensiblement la même sur le territoire initial (25,4%) mais atteint plus du tiers sur les nouveaux territoires (34,4%) et cette différence est significative. Par rapport aux données de la 1^{ère} cohorte, cette option apparaît plus fréquente en 2003-2004 qu'à l'époque précédente³³⁵.

Tableau 7.21
« L'orientation » vers l'hôpital selon le territoire d'application des mandats

Orientation hôpital	Territoire initial double mandat cohorte 03-04	Nouveaux territoires Mandat P-38.001 cohorte 03-04	Total	Territoire initial 1^{ère} cohorte 1996-1999
Oui	271	59	330	172
	25,4%	34,5%	26,6%	18,8%
Non	797	112	909	741
	74,6%	65,5%	73,4%	81,2%
Total	1068	171	1239	913
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0

(Les variations observées sont statistiquement significatives mais l'association entre les variables est faible : chi deux=6,286; dll=1; sig.=,012; V de Cramer=,071).

Y aurait-il un effet de psychiatrisation engendré par la Loi P-38.001? Considérant le mandat P-38.001, le taux de 34,4% est-il jugé comme une réponse fréquente sur les nouveaux territoires ? et si oui, est-ce en raison de la difficulté de mettre en œuvre la consigne du caractère exceptionnel de la loi ? Les ressources sont-elles suffisantes sur le terrain pour parvenir à « désamorcer » la crise et éviter la mesure la plus lourde ? Dispose-t-on d'outils adéquats ? A-t-on relevé le défi du travail de collaboration avec la police et Urgences-santé et les autres partenaires du réseau institutionnel ou communautaire ? S'il y avait davantage de déplacements de l'UPS-J, y aurait-il eu moins de recours à l'hôpital, notamment dans le cas de comportements suicidaires ? L'hôpital constitue-t-il une issue surdéterminée avec ce type de mandat ? La réponse hospitalière serait-elle en cause comme le laissent entendre certains intervenants de l'UPS-J et des policiers interviewés (leur renvoi serait trop souvent contesté, i.e. qu'on remet à la rue trop rapidement les individus qu'on réfère à l'hôpital sans leur offrir les soins dont ils auraient besoin, participant à alimenter le phénomène des portes-tournantes) ? Est-ce que la mise en application de la loi avec le développement d'outils communs (fiche de liaison, formation, grille d'estimation du danger grave et immédiat) réduira les écarts de vision entre les principaux acteurs impliqués dans cette intervention ? Enfin, considérant la nature de l'action de l'UPS-J, ce taux serait-il tout simplement surestimé ?

En contrôlant par le territoire d'application des mandats, nous avons constaté que sur les nouveaux territoires, très peu de variables sont associées à cette orientation; ce sont la situation-

³³⁵ Il faut être ici prudent avec la comparaison parce que la définition de cette variable est légèrement différente entre les deux périodes. En 1996-1999, cette variable était plus englobante qu'en 2003-2004, i.e. qu'au cours de la première période, s'il y avait eu une hospitalisation pendant la durée d'ouverture du dossier à l'UPS-J, celle-ci était retenue. En 2003-2004, l'orientation vers l'hôpital est retenue que s'il s'agit de la première orientation. En général, lorsqu'il y a orientation vers l'hôpital, c'est la première orientation. En d'autres termes, si tout était constant, la fréquence de cette orientation devrait être plus élevée en 1996-1999 qu'en 2003-2004 et non l'inverse.

problème et la dangerosité immédiate; et dans ce dernier cas, nous pourrions parler d'un effet de biais de la variable³³⁶.

Tableau 7.22
« L'orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires selon la dangerosité immédiate

Orientation hôpital	Dangerosité immédiate		Total
	Absence	Présence	
Oui	46	13	59
	29,5%	86,7%	34,5%
Non	110	2	112
	70,5%	13,3%	65,5%
Total	156	15	171
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte: chi deux=19,798; dll=1; sig.= ,005; Phi= ,34).

Il faut mentionner qu'entre les sexes, il y a une différence dans la proportion d'hommes et de femmes qui ont connu cette orientation, les hommes y sont référés dans des proportions plus élevées que les femmes (42,5% vs 28,6%), mais cette différence n'est pas statistiquement significative. En d'autres termes, seule la situation-problème est associée à « l'orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires. Ainsi, deux types d'événement attirent l'attention : les conflits avec des proches et les comportements de risque suicidaire. Dans le premier cas, « l'orientation » vers l'hôpital est une option rare par rapport aux autres types de situations-problèmes (un appel sur quatre); dans le second cas, elle est l'issue principale, i.e. 60,9% des appels dont la situation-problème se rapporte à un risque suicidaire connaissent cette orientation

Tableau 7.23
« L'orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires selon la situation-problème

Orientation hôpital	Conflit avec étrangers	Conflit avec proches	Risque suicidaire	Incohérence	Autre	Total
Oui	2	13	14	24	6	59
	33,3%	24,1%	60,9%	35,8%	28,6%	34,5%
Non	4	41	9	43	15	112
	66,7%	75,9%	39,1%	64,2%	71,4%	65,5%
Total	6	54	23	67	21	171
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux=10,057; dll=4; sig.= ,039; V de Cramer= ,243).

³³⁶ La variable « dangerosité immédiate » représente une condition de renvoi à l'hôpital, il est donc normal que ces deux variables soient associées.

Par ailleurs, l'absence d'association entre « l'orientation » vers l'hôpital et certaines variables est tout aussi importante à examiner. C'est le cas de la variable déplacement. Sur les nouveaux territoires, on constate qu'il n'y a pas d'association entre « l'orientation » vers l'hôpital et le déplacement de l'UPS-J. Sur les 59 appels ayant donné lieu à « l'orientation » vers l'hôpital, l'UPS-J ne s'est pas déplacée dans 34 de ces cas (32,1%). Est-ce à dire que la présence sur place de l'UPS-J n'est pas une condition essentielle à ce type d'orientation ? Est-ce que la situation d'urgence rend la loi difficilement applicable, le délai de 20 minutes étant jugé encore trop long, comme certains avis juridiques l'avaient souligné (notamment celui produit pour la police et pour Urgences-santé) ? Est-ce plutôt la durée d'une intervention de l'UPS-J qui fait qu'on opte pour la filière connue et rapide (police/Urgences-santé³³⁷). Est-ce une forme de résistance des autres groupes professionnels impliqués dans l'application de la loi³³⁸ ? Enfin, est-ce un effet du mode de saisie de l'information dans le dossier de l'UPS-J ?

Tableau 7.24
« L'orientation » vers l'hôpital sur les nouveaux territoires selon le déplacement

Orientation hôpital	Le déplacement		Total
	Oui	Non	
Oui	25	34	59
	38,5%	32,1%	34,5%
Non	40	72	112
	61,5%	67,9%	65,5%
Total	65	106	171
	100,0%	100,0%	100,0%

(**Attention** : les variations observées ne sont pas statistiquement significatives: chi deux=0,727; dll=1; sig.= ,394; Phi= ,394).

En comparaison, l'examen de la situation sur le territoire initial est tout autre. Au total, cette orientation est moins fréquente (25,4%) que sur les nouveaux territoires (34,5%), mais les probabilités qu'elle survienne sont plus élevées lorsque l'UPS-J se déplace et ce, dans une proportion de plus du double (37,7% vs 15,4%).

³³⁷ Le fait d'introduire un nouvel acteur sur le terrain de l'intervention d'urgence a été perçu par certains comme venant accroître le temps d'intervention : de deux (policiers ambulanciers) à devoir composer avec une situation, le mandat P-38.001 les faisait passer à trois. (Entrevue no 12).

³³⁸ L'épisode du vidéo produit par le service du contentieux du SPVM pour la formation à la *Loi P-38.001* appuierait cette hypothèse même si l'événement a été redéfini par les parties (Régie régionale, CLSC des Faubourgs et SPVM) à travers une démarche commune de demande de révision de la loi en raison de ses ambiguïtés, notamment sur cet aspect.

Tableau 7.25
« L'orientation » vers l'hôpital sur le territoire initial selon le déplacement

Orientation hôpital	Le déplacement		Total
	Oui	Non	
Oui	180	91	271
	37,7%	15,4%	25,4%
Non	297	500	797
	62,3%	84,6%	74,6%
Total	477	591	1068
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne: chi deux=69,558; dll=1; sig.= ,005; Phi= ,255).

Sur ce terrain, plusieurs variables sont associées à cette issue : le sexe, les antécédents psychiatriques, les antécédents de toxicomanie, la situation-problème, la dangerosité immédiate³³⁹, l'intoxication du « client » à l'intervention³⁴⁰, la nature de l'action de l'UPS-J³⁴¹, le déplacement. Quelques tableaux ont été présentés pour les fins de la comparaison avec la situation sur les nouveaux territoires quant à cette importante issue. Mais vis-à-vis de telles variations entre les territoires de référence sur « l'orientation » vers l'hôpital, l'hypothèse d'une différence importante entre les populations du territoire initial et celles des nouveaux territoires se renforce. De plus, il semble que la population des nouveaux territoires et les situations-problèmes seraient plus homogènes que celles du territoire initial où l'existence de profils particuliers pourrait être responsable de ces variations.

Sur le territoire initial, nous avons contrôlé par le sexe des individus pour constater que ce sont les mêmes variables qui sont associées à « l'orientation » vers l'hôpital des hommes et des femmes. La seule différence concerne les antécédents de condamnation pour des peines fédérales qui, dans le cas des hommes, est associée à cette issue. En effet, alors qu'elle survient dans 29,3% des appels concernant les hommes, lorsqu'il y a des antécédents de condamnations fédérales, cette orientation atteint 45,9% des cas.

7.6 La modalité de référence à l'hôpital

Lorsque cette option est retenue, la modalité de référence à l'hôpital donne un élément supplémentaire d'information quant à l'application de l'article 8 de la Loi P-38.001 même si, faut-il le rappeler, nous ne disposons pas d'information suffisante pour déterminer si la personne qui est l'objet du recours à l'UPS-J a bel et bien été admise en vertu de l'une ou l'autre de ces modalités. Ainsi, nous pouvons documenter quatre modalités distinctes de référence de la personne à l'hôpital : 1) volontaire; 2) volontaire consentement obtenu; 3) involontaire et référée en vertu d'une ordonnance du tribunal pour y être soumis à une évaluation psychiatrique³⁴²; 4) involontaire et référée en vertu de l'article 8 de la Loi P-38.001. Alors que chacune de ces

³³⁹ Effet de biais.

³⁴⁰ *Idem*

³⁴¹ *Idem*

modalités comporte une part de négociation entre la personne et les autres acteurs, ce processus est variable. Ainsi, lorsque la personne est volontaire, on entend en général que le consentement a été obtenu, parfois rapidement, d'autres fois plus lentement, mais la catégorie rend peu visible la négociation. Lorsqu'on inscrit que la personne est volontaire suite à l'obtention d'un consentement, on fait référence à une négociation explicite comportant deux options possibles, à savoir : être référé à l'hôpital avec le statut de demandeur de soins ou non. Ces deux options comportent le déclenchement de procédures distinctes, dont celle rattachée à une prise de corps contre la volonté de la personne. Ici, la contrainte de la négociation est reconnue par le nom donné à la catégorie, « volontaire, consentement obtenu ». Les deux autres modalités parlent d'un processus de négociation qui a échoué et de la mise en place d'une intervention autoritaire, dans le cas de l'ordonnance du tribunal, le danger n'est pas jugé immédiat, dans l'autre cas, article 8 de P-38.001, le danger est immédiat. Pour l'UPS-J, l'approche mise de l'avant, notamment l'accompagnement de la personne à l'hôpital, la valorisation d'un rôle d'« advocacy », favoriserait le maintien du lien avec la personne et ce, malgré le caractère autoritaire de cette intervention.

Territoires et mandat confondus, le tiers des orientations vers l'hôpital survient dans un contexte où la personne est non-volontaire (article 8 de P-38.001 ou requête du tribunal pour évaluation psychiatrique en vertu de P-38.001), ce qui correspond à 90 orientations involontaires au cours de l'année de l'étude sur un total de 226. Ceci dit, il faut être très prudent avec cette donnée. Comme nous le verrons plus loin, dans le cas de la « requête », il s'agit le plus souvent de recommandation de la part de l'UPS-J aux « référants »³⁴³ et nous n'avons pas pu, dans le cadre de cette étude, vérifier si elles ont été présentées au tribunal, ni si elles ont été accordées.

La modalité de référence à l'hôpital varie selon le territoire d'application des mandats. Ainsi, si la référence « volontaire » représente la catégorie principale (60,9%), territoires et mandats confondus, cette modalité est sous représentée dans les affaires des nouveaux territoires et est 25% moins fréquente que dans le territoire initial (40,0% vs 65,2%). Dans le cas des orientations en vertu de l'article 8 de P-38, le volume est deux fois plus important dans le groupe des nouveaux territoires que dans le territoire initial. En effet, le tiers des références des nouveaux territoires survient en vertu de l'article 8 de P-38 comparativement à 14,0% dans le cas du territoire initial. Enfin, la catégorie du consentement obtenu représente une faible part des modalités d'orientation vers l'hôpital (5,3% des cas), mais elle est presque cinq fois plus fréquente dans les affaires des nouveaux territoires (15,6% vs 3,2%). Est-ce que ces données signifient que les actions sur les nouveaux territoires sont plus souvent pratiquées sous le mode de la contrainte formelle que celles sur le territoire initial ? Serait-ce un effet du mandat P-38.001 ou des profils distincts de population et de problématiques ? Enfin, la modalité du consentement obtenu ne serait-elle pas la trace d'une volonté d'inscrire dans les pratiques, une conformité aux prescriptions de la loi (éviter la garde involontaire) ?

³⁴² Sur le terrain, cette modalité est mieux connue sous l'appellation de la « requête », un ordre de cour qui autorise la police à conduire un individu contre son gré à l'hôpital suite à une requête demandant qu'un proche soit soumis à une évaluation psychiatrique afin de déterminer si, en raison de son état mental, il présente un danger pour lui-même ou pour autrui.

³⁴³ La nature de l'action de l'UPS-J est les plus souvent de la référence-conseil et il n'y a pas de déplacement.

Tableau 7.26
La modalité de référence à l'hôpital selon le territoire d'application des mandats

Modalité de référence à l'hôpital	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires Mandat P-38.001	Total
P-38.001	31	15	46
	14,0%	33,3%	17,3%
Requête pour évaluation psychiatrique	39	5	44
	17,6%	11,1%	16,5%
Volontaire	144	18	162
	65,2%	40,0%	60,9%
Consentement obtenu	7	7	14
	3,2%	15,6%	5,3%
Total	221	45	266
	83,1%	16,9%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : $\chi^2=23,811$; $dll=3$; $sig.=,005$; V de Cramer= $,299$).

Nous avons exploré cette donnée en contrôlant le territoire d'application des mandats. Dans le cas des nouveaux territoires, le nombre de cas est trop peu élevé pour procéder à un traitement statistique ($n=45$ cas). Cependant, sur les nouveaux territoires, deux éléments attirent l'attention : 1) l'estimation de la dangerosité immédiate ; 2) le déplacement de l'équipe de l'UPS-J. D'abord, sur la question de l'estimation de la dangerosité, on constate que sur les 15 personnes référées à l'hôpital en vertu de P-38.001, huit ont été évaluées comme ne présentant pas de dangerosité immédiate. Après vérification des événements dans la banque de données, nous constatons qu'il s'agit d'appels pour lesquels l'UPS-J ne s'est pas déplacée. Les intervenants de l'équipe n'ont pas eux-mêmes évalué la dangerosité et, dans la majorité des cas, la police et l'Urgences-santé sont déjà sur les lieux et s'appêtent à effectuer un transport vers un centre hospitalier ou sont déjà rendus à l'hôpital. Par sa démarche, la police échange de l'information et demande un appui pour accroître les chances d'obtenir une admission en vertu de P-38.001, ou encore, demander que l'UPS-J s'implique dans la mise en place d'un suivi pour éviter que les situations-problèmes se reproduisent. Mais dans presque tous ces cas, la question de l'estimation de la dangerosité n'est en cause, autrement dit, ce n'est pas de cette expertise dont il est question.

Ensuite, sur les nouveaux territoires, le second élément qui attire l'attention a trait au déplacement. Nous avons vu que sur les nouveaux territoires, 59 appels ont donné lieu à une « orientation » vers l'hôpital. Lorsqu'on examine selon quelle modalité, on constate que cette information est manquante dans plusieurs dossiers. Ainsi, lorsque la modalité de référence est inconnue, il n'y a pas eu de déplacement dans 13 des 14 appels. Des 45 appels pour lesquels les données sont connues, l'équipe de l'UPS-J ne s'est pas déplacée pour 21 d'entre-eux (46,7%). Nous avons vérifié si la période de déploiement en cours de l'étude pouvait expliquer ce résultat, mais cela n'explique qu'en partie ces variations dans le choix de se déplacer ou non puisque seulement six de ces 21 non-déplacements sont des appels en provenance de territoires dont le service de l'UPS-J, mandat P-38.001, est à venir. Cette question du déplacement sur les nouveaux territoires a fait l'objet d'importants débats au sein de l'équipe, notamment parce qu'il représente

pour l'UPS-J une des conditions de réalisation de son mandat : avoir ou non accès à la « clientèle » passe par la collaboration des autres acteurs sur le terrain et fait l'objet de négociations.

Tableau 7.27
La modalité de référence à l'hôpital sur les nouveaux territoires selon le déplacement

Modalité de référence à hôpital	Le déplacement		Total
	Oui	Non	
P-38.001	8	7	15
	33,3%	33,3%	33,3%
Requête pour évaluation psychiatrique	1	4	5
	4,2%	19,0%	11,1%
Volontaire	13	5	18
	54,2%	23,8%	40,0%
Consentement obtenu	2	5	7
	8,3%	23,8%	15,6%
Total	24	21	45
	100,0%	100,0%	100,0%

(**Attention** : Les variations observées ne sont pas statistiquement significatives : chi deux= 6,537; dll 3=; sig. = 0,088; V de Cramer= 0,381). (Bien le souligner ou enlever)

Tableau 7.28
La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial selon le déplacement

Modalité de référence à hôpital	Le déplacement		Total
	Oui	Non	
P-38.001	22	9	31
	13,1%	17,0%	14,0%
Requête pour évaluation psychiatrique	13	26	39
	7,7%	49,1%	17,6%
Volontaire	128	16	144
	76,2%	30,2%	65,2%
Consentement obtenu	5	2	7
	3,0%	3,8%	3,2%
Total	168	53	221
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 52,577; dll= 3; sig.= ,005; V de Cramer= ,488).

Comment le mandat P-38.001 est-il mis en application ? Est-ce que la présence in situ de l'UPS-J est essentielle dans tous les appels relevant du mandat P-38.001 ? Nous avons vu précédemment que la demande est beaucoup plus complexe. Par ailleurs, les données observées

pourraient être un effet de la séquence dans laquelle s'inscrit la recherche : la période de déploiement du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires.

Sur le territoire initial, les mêmes constats peuvent être faits, mais ici, les variations observées sont statistiquement significatives. D'une part, même si la présence d'une dangerosité est surreprésentée dans le groupe des références en vertu de l'article 8 de P-38.001, on remarque que dans 13 des 31 appels référés sous cette modalité (8,9%), il y a absence d'estimation positive de la dangerosité. Parmi cette modalité, cela représente 42% des références (13/31), ce qui apparaît tout à fait surprenant. Mais comme dans le cas précédent, il s'agit d'appels (au moins 8/13) où l'UPS-J est informée par la police qu'elle effectue un transport en vertu de l'article 8 et que l'équipe n'a pas pu évaluer la situation.

Tableau 7.29
La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial
selon l'évaluation de la dangerosité

Modalité de référence à hôpital	Dangerosité immédiate		Total
	Absence	Présence	
P-38.001	13	18	31
	8,9%	24,0%	14,0%
Requête pour évaluation psychiatrique	39	--	39
	26,7%	--	17,6%
Volontaire	91	53	144
	62,3%	70,7%	65,2%
Consentement obtenu	3	4	7
	2,1%	5,3%	3,2%
Total	146	75	221
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 30,294; dll=3; sig.= ,005; V de Cramer= ,370).

D'autre part, alors que « l'orientation » vers l'hôpital en vertu de l'article 8 représente 14,0% des modalités d'orientation, elle est surreprésentée parmi les appels sans déplacement et cette différence est statistiquement significative.

Tableau 7.30
La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial selon le déplacement

Modalité de référence à hôpital	Déplacement		Total
	Non	Oui	Total
P-38.001	9	22	31
	17,0%	13,1%	14,0%
Requête pour évaluation psychiatrique	26	13	39
	49,1%	7,7%	17,6%
Volontaire	16	128	144
	30,2%	76,2%	65,2%
Consentement obtenu	2	5	7
	3,8%	3,0%	3,2%
Total	53	168	221
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 52,577; dll=3; sig.= ,005; V de Cramer= ,488)

Par ailleurs, sur ce terrain, une autre donnée mérite qu'on s'y attarde : la nature de l'action de l'UPS-J. Il est ici frappant de constater que, dans le cas des requêtes pour évaluation psychiatrique, c'est la fonction de liaison, back-up, d'échange d'information de l'UPS-J qui est déployée et non celle de l'intervention directe qui comprend l'estimation de la dangerosité grave *et immédiate*. En fait, ce que semble dire ces données c'est qu'on attend plus de l'UPS-J que la stricte estimation du danger grave et immédiat. On active des références afin de mettre en place des relais, des suivis, rétablir des ponts, i.e. faire de l'arrimage. Cette fonction correspondrait, dans les faits, davantage à ce que l'équipe de l'UPS-J rattache à son mandat initial et qu'elle appelle, depuis l'ajout du mandat P-38.001 sur le territoire initial, « la totale ».

Tableau 7.31
La modalité de référence à l'hôpital sur le territoire initial
selon la nature de l'action de l'UPS-J

Modalité de référence à l'hôpital	Intervent.	Liaison	Back up	Référence conseil	Échange d'info.	Aucune	Total
P-38.001	19	1	2	8	--	1	31
	13,2%	10,0%	15,4%	21,6%	--	11,1%	14,0%
Requête éval. psychiatrique	6	4	7	11	6	5	39
	4,2%	40,0%	53,8%	29,7%	75,0%	55,6%	17,6%
Volontaire	115	4	3	17	2	3	144
	79,9%	40,0%	23,1%	45,9%	25,0%	33,3%	65,2%
Consentement obtenu	4	1	1	1	--	--	7
	2,8%	10,0%	7,7%	2,7%	--	--	3,2%
Total	144	10	13	37	8	9	221
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux=73,22; dll=15; sig.= ,005; V de Cramer= ,332)

7.7 Conclusion

Nous avons constaté des différences dans **l'action de l'UPS-J** selon le territoire d'application des mandats. Sur les nouveaux territoires, cette action est principalement de deux ordres : 1) la référence-conseil; 2) l'intervention directe. Sur le territoire initial, l'action apparaît plus diversifiée et l'ordre d'importance est le suivant : 1) intervention directe; 2) référence-conseil; 3) back-up. Il s'agit d'une différence importante entre les territoires. Lorsqu'on examine les seuls appels de la police, la différence est encore plus frappante : sur le territoire initial, 48,6% des appels policiers donnent lieu à une intervention directe et 23,9% à de la référence-conseil. Sur les nouveaux territoires, on obtient respectivement 35,7% et 42,7%. En contrôlant par territoire, nous constatons, de plus, une association entre la nature de l'action et certaines variables qui ne sont pas les mêmes selon le territoire d'application des mandats. Dans le cas des nouveaux territoires, l'action varie selon les antécédents de toxicomanie. Dans le cas du territoire initial, l'action apparaît associée à beaucoup plus de variables : antécédents psychiatriques, antécédents de toxicomanie, « référant », situations-problèmes, dangerosité³⁴⁴, « orientation » vers l'hôpital. Nous avons déjà évoqué l'hypothèse de la spécialisation de l'action selon la filière de référence. Étant donné la diversité des « référants » sur le territoire initial, il est possible d'avancer l'idée que l'action mise en œuvre varie selon la provenance de l'appel. Enfin, l'action de l'UPS-J est associée à la situation-problème alors qu'une intervention directe est plus susceptible de survenir dans les cas de risque suicidaire et d'incohérence que dans celle de conflits avec des proches.

³⁴⁴ *Idem*

Le **déplacement** de l'UPS-J est une importante caractéristique de l'action. Elle permet d'abord de mieux caractériser le modèle d'intervention de l'UPS-J où la réponse ne comporte pas systématiquement un déplacement. Nous avons déjà noté l'importance du travail « au téléphone » à l'UPS-J (Laberge *et al.*, 2000), cette manière de faire se poursuit. Sur les nouveaux territoires, l'équipe se déplace dans 38,0% des appels alors qu'elle le fait dans 44,7% sur le territoire initial (différence non-significative). Sur le territoire initial, plusieurs variables sont associées à cette action dont la situation-problème et le « référant ». Dans le cas de la situation-problème, il est important de retenir que selon le territoire de référence, l'équipe ne se déplace pas pour les mêmes types d'événement : pour le territoire initial, ce sont les situations de risque suicidaire, de comportements incohérents, de conflit avec des étrangers; pour les nouveaux territoires, ce sont les situations de conflits avec des proches. Ce qu'on retient surtout ici c'est que le fait de se déplacer n'est pas une modalité « d'orientation » vers l'hôpital en vertu de l'article 8 de la *Loi P38.001*. En effet, nous avons souligné que pour le tiers des références en vertu de l'article 8, il n'y avait pas eu de déplacement de la part de l'UPS-J. Les données qualitatives ont aussi permis de voir que dans ces cas, le recours à l'UPS-J n'était pas lié à l'estimation du danger grave et immédiat. En général, la police et l'Urgences-santé sont déjà sur les lieux, ont déjà pris la décision d'un transport vers un centre hospitalier et recourent à l'UPS-J davantage pour ses fonctions de liaison et d'arrimage de la personne avec les différents services et ressources du milieu.

L'incidence d'une estimation positive du **danger grave et immédiat** est exactement la même quelque soit le territoire de référence : 8,8%. Cependant, cette incidence varie selon le sexe : le résultat de l'estimation a deux fois plus de chances d'être positive s'il s'agit d'un homme que s'il s'agit d'une femme (11,1% vs 5,8%) (territoires et mandats confondus). En contrôlant par le territoire, on peut faire le même constat sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires, toutefois, dans ce dernier cas, la différence n'est pas statistiquement significative et le nombre de cas est beaucoup trop peu élevé pour en tirer des conclusions (6 femmes vs 9 hommes). Comparativement à la 1^{ère} cohorte, on doit attirer l'attention sur le fait qu'en 2003-2004, le nombre de cas où les estimations de dangerosité sont positives est deux fois moins élevé qu'en 1996-1999. C'est une donnée qui apparaît contradictoire dans la mesure où l'arrivée de la nouvelle loi aurait pu impulser une vague de recours à l'UPS-J pour des situations traitées antérieurement par d'autres filières ou encore, tendre à définir l'événement en termes de dangerosité. Ce résultat pourrait aussi signifier que les filières existantes pour traiter cette question dont celle de la Cour du Québec, chambre civile, seraient « efficaces » actuellement à Montréal, comme certains l'ont laissé entendre au cours des entrevues. Il faut souligner qu'au plan des procédures, l'ordonnance par un tribunal d'une garde provisoire pour évaluation psychiatrique afin de déterminer si une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui permet d'obtenir dans un court délai (en général 24 heures) la garantie d'être « vue » par un psychiatre. Le nombre de requête pour évaluation psychiatrique en vertu de la *Loi P-38.001* est, en nombre absolu, en croissance.

Cette donnée soulève également l'hypothèse d'un renversement possible de tendance qu'illustrerait la théorie des vases communicants selon laquelle la baisse des populations prises en charge par un système (judiciarisation) fait augmenter celles de l'autre (psychiatisation) et inversement. Alors que cette hypothèse est très complexe à démontrer empiriquement (Laberge et Morin, 1993), les données obtenues dans cette recherche nous interrogent sur le sens des

mouvements perceptibles dans les modes de régulation de populations marginalisées au cours des trente dernières années.

Territoire et mandat confondus, nous avons vu que dans le quart des appels, les individus sont **orientés vers l'hôpital**, sachant qu'il peut s'agir de « référence-conseil ». Cette option est plus fréquente en 2003-2004 qu'en 1996-1999. De plus, elle distingue le territoire initial des nouveaux territoires. Dans ce dernier cas, l'hôpital est une option plus souvent retenue que sur le territoire initial (34,5% vs 25,4%). S'agit-il d'un effet de la loi ? Difficile de trancher cette question. Nous avons vu que sur les nouveaux territoires, une seule variable était associée à cette « orientation » : la situation-problème où l'on observe que la référence à l'hôpital est presque deux fois plus fréquente lorsque l'événement se rapporte à un risque suicidaire (60,9% vs 34,5%) alors qu'elle est sous-représentée dans le cas des conflits avec des proches (24,1% vs 34,5%). Mais il faut être ici prudent étant donné le faible nombre d'appels pour lesquels l'individu a connu cette orientation sur ce territoire (n=59). Dans le cas du territoire initial, le portrait est beaucoup plus complexe où plusieurs variables sont associées à cette option.

Les territoires de référence se démarquent également quant à la **modalité de référence à l'hôpital**. Y être référé de façon involontaire survient nettement plus souvent pour les appels en provenance des nouveaux territoires que pour ceux du territoire initial (44,4% vs 31,6%). Pour le seul cas de l'entrée en vertu de l'article 8 de P-38.001, cette condition est deux fois plus fréquente sur les nouveaux territoires que sur le territoire initial. Est-ce que le résultat serait le même si l'UPS-J avait effectué davantage de déplacement dans le cas de ces appels ? Nous avons en effet remarqué que l'UPS-J ne fait pas de déplacement dans 56,9% des appels, territoires et mandats confondus. Or, cette situation, si elle survient moins souvent dans le cas de « l'orientation » vers l'hôpital, survient quand même dans 38,6% des cas (comparativement à un déplacement dans 63,5% des cas).

CHAPITRE 8
LE RECOURS À L'UPS-J PAR LA POLICE : UNE ANALYSE COMPARATIVE
SELON LE TERRITOIRE D'APPLICATION DES MANDATS

Dans la poursuite de l'objectif de documenter la mise en œuvre du nouveau mandat de l'UPS-J, une analyse comparative des seuls appels en provenance des policiers permet de cerner l'existence ou non de spécificités dans les situations visées par la Loi P-38.001 selon le territoire d'application des mandats. Nous avons constitué deux groupes de comparaison : 1) le premier, composé de tous les appels en provenance des policiers du territoire initial, pour un total de 389; 2) le second, composé de tous les appels en provenance des policiers des nouveaux territoires où s'exerce le mandat P-38.001, pour un total de 171³⁴⁵. Sur le territoire initial, l'UPS-J dessert huit PDQ³⁴⁶ (18; 19; 20; 21; 22; 23; 37; 38) alors que sur les nouveaux territoires, elle en dessert seize (8; 9; 11; 12;13; 14; 15; 16; 17; 25; 26; 36; 44; 47; 48;49). Pour les fins de la présentation, nous avons divisé le chapitre en deux parties. La première, présente les résultats de l'analyse des caractéristiques de la demande; la seconde, ceux des caractéristiques de la réponse de l'UPS-J. Avant l'examen des résultats, il est important de rappeler que les mandats de l'UPS-J ne sont pas les mêmes selon le territoire de référence. Sur le territoire initial, l'UPS-J offre deux mandats : 1) déjudiciarisation en santé mentale et 2) estimation du danger grave et immédiat dans le cadre de l'application de l'article 8 de P-38.001. Sur les nouveaux territoires, l'UPS-J exerce seulement le second mandat, i.e. P-38.001.

L'analyse comparée du recours à l'UPS-J par la police, une exploration préliminaire

Un premier niveau d'analyse nous permet de faire un premier constat : les appels policiers, selon qu'ils proviennent du territoire initial ou des nouveaux territoires, distinguent et la demande et la réponse. En d'autres termes, il existe une association significative entre le territoire de référence des appels des policiers et certaines dimensions de la demande (sexe, motif de la demande, antécédents d'incarcération, condition de domiciliation, situation-problème) et certaines autres définissant la réponse (nature de l'action de l'UPS-J, déplacement, « orientation » vers l'hôpital, modalité de référence à l'hôpital). Étant donné le nombre de dimensions pour lesquelles les territoires se distinguent, il est nécessaire de procéder plus finement à l'analyse de chacune d'elles.

8.1 Première partie : la demande

Dans ce chapitre, la demande à l'UPS-J est saisie par quatre dimensions : le moment de l'appel, le motif de la demande, la situation-problème à l'origine de l'appel et la condition de la personne qui comporte quelques indicateurs (sexe, âge, antécédents psychiatriques, antécédents de toxicomanie, antécédents judiciaires et condition de domiciliation).

³⁴⁵ Nous avons inclus dans cette analyse 27 demandes issues des nouveaux territoires même si à la date de l'appel, le PDQ auquel était rattaché le policier « référant » n'était pas encore desservi officiellement par l'UPS-J, quoi que cela était imminent. Nous rappelons que le déploiement du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires s'est fait sur une base progressive au cours de l'année à l'étude.

³⁴⁶ Les numéros de PDQ correspondent à ceux qui étaient en vigueur pendant la période de l'étude (février 2003-février 2004), donc avant la réforme de janvier 2004.

8.1.1 Le moment de l'appel

Dans le chapitre sur la demande, nous avons constaté que, pris globalement, à peine plus de la moitié des appels à l'UPS-J survenait le jour (entre 7h30 et 16h59). En comparant les données selon le territoire d'application des mandats, on constate que sur les nouveaux territoires, la majorité des appels étaient acheminés en soirée ou pendant la nuit (respectivement 38,8% et 22,9%). Nous évoquons la possibilité d'un contexte variable avec lequel devaient composer les policiers selon le quart de travail, soit des services ou ressources dont les disponibilités sont réduites ou nulles en soirée ou la nuit et ce, quelque soit le territoire de référence.

La comparaison des seuls appels policiers ne permet pas de dégager un portrait aussi tranché puisque le moment de l'appel varie ici selon le territoire de référence. À cet égard, le quart de travail qui retient l'attention est celui des appels de nuit (minuit à 7h29) qui représente 23,4% de tous les appels policiers des nouveaux territoires comparativement à 14,7% pour ceux du territoire initial. Des analyses plus poussées seraient nécessaires pour départager ces variations entre les territoires.

Tableau 8.1
La distribution des appels selon l'heure de la demande³⁴⁷

Heure de la demande	Territoire initial Double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	Total
07h30 à 11h59	83	33	116
	21,4%	19,3%	20,8%
12h00 à 16h59	96	32	128
	24,7%	18,7%	22,9%
17h00 à 23h59	152	66	218
	39,2%	38,6%	39,0%
Minuit à 7h29	57	40	97
	14,7%	23,4%	17,4%
Total	388	171	559
	100,0%	100,0%	100%

8.1.2 Le motif des appels

Il existe une relation statistiquement significative entre le territoire de référence de l'appel policier et le motif de la demande d'intervention à l'UPS-J. Sur le territoire initial, les policiers appellent pour obtenir une intervention directe dans 65,0% des cas, c'est 10% de plus que sur les nouveaux territoires (55,6%). Les policiers du territoire initial demandent « conseil et information » dans le quart des appels alors que ceux des nouveaux territoires le font pour le tiers des cas. Deux catégories de motifs —« mandat P-38 » et « information transmise sur le client », semblent quasi exclusives à un ou l'autre territoire. Au motif « mandat P-38 », toutes les demandes de la police proviennent des nouveaux territoires. Au motif « informations transmises sur le client », les appels en provenance des nouveaux territoires sont quasi absents (2/33 appels).

³⁴⁷ Les données relatives à cette variable ont été traitées à partir du logiciel Filemaker Pro plutôt qu'avec SPSS, ce qui a limité les possibilités d'analyse.

Mais ces deux catégories de motif sont relativement peu fréquentes sur l'un et les autres territoires.

Tableau 8.2
Le motif des appels de la police selon le territoire d'application des mandats

Motif de la demande	Demande de la police		Total
	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P38.001	
Informations transmises sur client	31 8,0%	2 1,2%	33 5,9%
Conseils, informations	97 24,9%	58 33,9%	155 27,7%
Intervention	253 65,0%	95 55,6%	348 62,1%
Suivi ou liaison	4 1,0%	2 1,2%	6 1,1%
Mandat P-38	-- --	13 7,6%	13 2,3%
Autre	4 1,0%	1 0,6%	5 0,9%
Total	389 69,5%	171 30,5%	560 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 44,358; ddl=5; sig= 0,005; v de Cramer 0,281.)

Comme nous l'avons souligné dans le chapitre sur la demande, le mandat P-38.001 laisse peu de traces dans les motifs de la demande quelque soit le territoire de référence. Étant donné que sur le territoire initial, le mandat est en application depuis plus longtemps que sur les nouveaux territoires (juin 2001), il est notable de constater qu'aucun appel policier n'est codé dans cette catégorie sur le territoire initial.

Nous avons cherché à identifier les sources de ces variations entre les territoires. En contrôlant le territoire d'application du mandat, nous constatons que sur l'un ou les autres territoires de référence, les motifs sont associés à presque toutes les dimensions définissant la réponse. Toutefois, ces analyses sont à traiter avec prudence puisque le nombre de cas, particulièrement dans les nouveaux territoires, est trop peu élevé pour en tirer des conclusions.

8.1.3 Situations-problèmes

Quelque soit le territoire de provenance de la demande, les événements qui se rapportent à des comportements d'incohérence représentent la catégorie la plus importante des situations-problèmes dans les appels policiers (46,5%, territoire initial vs 39,2%, nouveaux territoires). Ceci dit, il existe une relation significative entre la situation-problème et le territoire de référence dans les appels policiers. Ainsi, on remarque que dans la catégorie « conflit avec des proches », les

appels en provenance des policiers des nouveaux territoires représentent presque le tiers des cas (31,6%) alors qu'ils ne représentent pas le quart des appels sur le territoire initial (22,6%). Les comportements suicidaires sont près de deux fois plus importants sur les nouveaux territoires que sur le territoire initial (13,5% vs 7,7%). Les conflits avec des étrangers, quoique peu fréquents, sont deux fois plus nombreux sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires (7,5% vs 3,5%). Enfin, la catégorie « autre » nous apparaît très élevée tant sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires, respectivement 15,7% vs 12,3%.

Tableau 8.3
La situation-problème dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats

Situation-problème	Appel de la police		Total
	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	
Conflit avec étrangers	29	6	35
	7,5%	3,5%	6,3%
Conflit avec proches	88	54	142
	22,6%	31,6%	25,4%
Risque suicidaire	30	23	53
	7,7%	13,5%	9,5%
Incohérence	181	67	248
	46,5%	39,2%	44,3%
Autre	61	21	82
	15,7%	12,3%	14,6%
Total	389	171	560
	69,5%	30,5%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux= 13,237; ddl=4 sig= 0,01; v de Cramer 0,154.)

8.1.4 La condition de la personne

Sexe

La répartition des appels selon le sexe est variable d'un territoire de référence à l'autre, ces différences sont statistiquement significatives, mais la force de l'association entre les deux variables est faible. Sur le territoire initial, les appels concernant les hommes sont les plus fréquents (53,1%) alors que sur les nouveaux territoires ce sont ceux des femmes (57,3%).

Tableau 8.4
Le sexe dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats

Sexe	Appel de la police		Total
	Territoire initial Double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	
Femme	182	98	280
	46,9%	57,3%	50,1%
Homme	206	73	279
	53,1%	42,7%	49,9%
Total	388	171	559
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives, mais l'association entre les variables est faible : chi deux= 5,138; ddl=1 sig= 0,023; Phi= - 0,096.)

Dans les analyses portant sur l'ensemble des demandes, on avait constaté, sur le territoire initial, une association entre la variable « sexe » et le « référant »; les appels concernant des femmes étaient surreprésentés parmi ceux en provenance des policiers (39,1% appels de la police concernaient des femmes comparativement à 34,5% qui concernaient des hommes)³⁴⁸. Dans la comparaison des seuls appels policiers selon le territoire de référence, les résultats pourraient appuyer l'idée qu'il existe une tendance des policiers à référer davantage de femmes que d'hommes vers le programme de l'UPS-J. Qu'est-ce qui est en jeu ici ? Est-ce le fait d'une plus grande précarisation des femmes au cours des dernières décennies qui font croître leurs rapports avec les dispositifs de contrôle tels que la police; est-ce que les besoins en ressources de toutes sortes n'a pas suivi l'accroissement de leur volume, poussant les situations problématiques entre les mains de la police ? Est-ce une tendance de la police à psychiatriser plutôt qu'à judiciariser les femmes ? une combinaison de différents facteurs ?...

Âge

De façon générale, les personnes référées par la police sont relativement âgées. Territoires et mandats confondus, les appels concernant des individus de 43 ans ou plus représentent 61,2% de l'ensemble. Les variations entre les appels des policiers du territoire initial et ceux des nouveaux territoires sont mineures et ne sont pas statistiquement significatives. Nous avons vu dans le chapitre sur la demande que lorsqu'on tient compte de tous les autres « référants », il existe une relation statistiquement significative entre ces deux variables, i.e. le « référant » et l'âge : le dernier quartile 53-98 est surreprésenté parmi les appels en provenance de la police alors que celui de 16-31 ans est sous-représenté. Ces données tendent à indiquer que les appels en provenance des policiers, quelque soit le territoire, ont tendance à concerner des personnes plus âgées que les appels en provenance des autres « référants ». Ne serait-ce pas le signe que les personnes âgées sont en voie de devenir (ne le sont-ils pas déjà ?) la nouvelle catégorie de laissés-pour-compte ? L'accroissement de leurs rapports avec la police et de l'usage de ce nouveau

³⁴⁸ Ces tableaux ne sont pas présentés.

dispositif à leur égard (article 8 de la *Loi P-38.001*) en seraient ici des indicateurs supplémentaires.

Tableau 8.5

L'âge (quartiles) dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats

Age quartiles	Appel de la police		Total
	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	
16-31 ans	80	22	102
	21,4%	14,7%	19,5%
32-42 ans	69	32	101
	18,5%	21,3%	19,3%
43-52 ans	98	40	138
	26,3%	26,7%	26,4%
53-98 ans	126	56	182
	33,8%	37,3%	34,8%
Total	373	150	523
	100,0%	100,0%	100,0%

(Attention : Les variations observées ne sont pas statistiquement significatives.)

Antécédents psychiatriques

Dans l'un ou l'autre groupe, on note une même proportion d'appels pour lesquels on retrouve une trace d'antécédents psychiatriques au dossier de l'UPS-J (52,7%, territoire initial vs 53,2% nouveaux territoires).

Antécédents de toxicomanie

La présence d'antécédents de problèmes de toxicomanie est plus souvent notée dans le dossier des appels des policiers du territoire initial que dans celui des nouveaux territoires (40,1% vs 33,9%), mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Antécédents judiciaires

Le constat relatif aux antécédents de toxicomanie se reproduit pour les antécédents judiciaires. La proportion de demandes concerne des individus ayant des antécédents de condamnation est relativement plus élevée sur le territoire initial (38,8%) que sur les nouveaux territoires (33,6%), mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Un élément important retient l'attention : la proportion d'appels policiers concernant des individus ayant des antécédents de condamnation est plus faible (37,3%) que celle relative à l'ensemble des demandes où elle atteint 46,7%³⁴⁹. Cette donnée pourrait signifier qu'il existe une pratique de filtrage des policiers qui consiste à faire appel à l'UPS-J beaucoup plus souvent que les autres « référants » pour des individus sans passé criminel. Comme ils ont accès aux bases de données relatives aux antécédents judiciaires au moment de l'intervention, cette information peut certainement influencer leur pratique. Si tel est le cas, cela signifie que le dossier pénal constitue toujours un marqueur important d'une identité « criminelle » qui dicte les filières. Même en ayant un champ de pratique définit à la jonction de la psychiatrie et de la justice, l'UPS-J occuperait une des

³⁴⁹ Ces données sont présentées dans le chapitre 6 portant sur la population d'étude.

zones de cet espace de rencontre sur laquelle la police joue, de toute évidence, un rôle de délimitation.

La condition de domiciliation

Quant à la condition de domiciliation, on observe des différences significatives dans la distribution des appels policiers selon le territoire de référence, mais ces différences sont moins frappantes que dans le chapitre précédent sur la demande qui tenait compte de toutes les catégories de « référé » du territoire initial. Ainsi, si les policiers réfèrent majoritairement des individus qui occupent un logement, ils le font dans une moindre proportion sur le territoire initial (69,2%) que sur les nouveaux territoires (79,1%). De plus, les appels des catégories de la précarité résidentielle — chambre, refuge, ressource intermédiaire, sans adresse, sont tous surreprésentés lorsque le « référé » est du territoire initial³⁵⁰.

Tableau 8.6
La condition de domiciliation dans les appels de la police
selon le territoire d’application des mandats

Condition de domiciliation	Appel de la police		Total
	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	
Logement	234	117	351
	69,2%	79,1%	72,2%
Chambre	27	7	34
	8,0%	4,7%	7,0%
Sans adresse	59	15	74
	17,5%	10,1%	15,2%
Refuge	7	--	7
	2,1%	--	1,4%
Ressource intermédiaire	6	3	9
	1,8%	2,0%	1,9%
Autre	5	6	11
	1,5%	4,1%	2,3%
Total	338	148	486
	69,5%	30,5%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l’association entre les variables est faible : chi deux= 12,675; ddl=5 sig= 0,023; v de Cramer= ,161).

8.2 Deuxième partie : la réponse

8.2.1 La nature de l’action de l’UPS-J

Parmi les appels de la police, territoires et mandats confondus, deux catégories de réponse se distinguent par leur fréquence : « l’intervention » (44,6%) et la « référence-conseil » (29,6%). Mais lorsqu’on isole les territoires de référence, la nature de l’action se différencie et ces variations sont statistiquement significatives, la force de l’association étant moyenne. D’abord, la

³⁵⁰ Ces données sont à traiter avec prudence étant donné le faible nombre de cas sur les nouveaux territoires.

catégorie « intervention » représente la réponse de l'UPS-J sur le territoire initial dans près de la moitié des cas (48,6%) comparativement à un peu plus du tiers (35,7%) sur les nouveaux territoires. Pour la deuxième catégorie en importance — « référence-conseil », elle est deux fois moins présente sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires (23,9% vs 42,7%). Le fait de se mettre en « back up », 3^e catégorie en importance, caractérise davantage les réponses aux appels des policiers du territoire initial que celles des appels des nouveaux territoires (14,1% vs 6,4%).

Tableau 8.7
La nature de l'action de l'UPS-J dans les appels de la police
selon le territoire d'application des mandats

Nature de l'intervention UPS-J	Appels de la police		Total
	Territoire initial double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	
Intervention	189	61	250
	48,6%	35,7%	44,6%
Liaison	19	7	26
	4,9%	4,1%	4,6%
Back up	55	11	66
	14,1%	6,4%	11,8%
Référence et conseil	93	73	166
	23,9%	42,7%	29,6%
Échange d'information	21	6	27
	5,4%	3,5%	4,8%
Aucune	12	13	25
	3,1%	7,6%	4,5%
Total	389	171	560
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est moyenne : chi deux= 31,029; ddl=5 sig= 0,005; v de Cramer= ,235).

En contrôlant par le territoire d'application des mandats, nous avons constaté que sur le territoire initial, la nature de l'action était associée aux antécédents psychiatriques et aux antécédents de toxicomanie alors que sur les nouveaux territoires, elle est seulement associée aux antécédents de toxicomanie. Ainsi, sur le territoire initial, le fait d'avoir des antécédents psychiatriques augmente les probabilités que l'action de l'UPS-J soit une « intervention » (41,5% avec antécédents psychiatriques vs 30,6% sans antécédents psychiatriques). Une même tendance est notée quant aux antécédents de toxicomanie, i.e. surreprésentation de l'intervention directe en présence d'antécédents de toxicomanie (53,2% avec vs 45,5% sans). Sur les nouveaux territoires, le pattern est le même, mais concerne uniquement les antécédents de toxicomanie : le fait d'en avoir accroît les chances que se déploie une « intervention » directe : (48,3% avec vs 29,2% sans). Sur le territoire initial, pour la catégorie « référence-conseil », les probabilités d'obtenir ce type d'action sont moins élevées lorsque l'individu a des antécédents psychiatriques (24,3% avec vs 31,7% sans).

Le déplacement

Les déplacements de l'UPS-J ont été plus nombreux pour les appels en provenance du territoire initial que pour ceux des nouveaux territoires (56,8% vs 38,0%) et cette variation est statistiquement significative. Cette différence est sans doute en lien avec le motif de l'appel. Dans les nouveaux territoires, les policiers demandent « conseils-informations » dans des proportions plus importantes que sur le territoire initial (29,9% vs 24,9%).

Tableau 8.8

Le déplacement dans les appels de la police selon le territoire d'application des mandats

Déplacement	Appels de la police		Total
	Territoire initial Double mandat	Nouveaux territoires mandat P-38.001	
Oui	221 56,8%	65 38,0%	286 51,1%
Non	168 43,2%	106 62,0%	274 48,9%
Total	389 100,0	171 100,0%	560 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux= 16,802; ddl=1 sig= 0,005; Phi= - ,173).

En contrôlant par territoire d'application des mandats, on remarque que sur le territoire initial, le fait de se déplacer ou non est associé aux variables suivantes : antécédents psychiatriques; motif de la demande, situations-problèmes, nature de l'action de l'UPS-J³⁵¹ (*), estimation de la dangerosité immédiate (*), intoxication au « client » à l'intervention (*), « orientation » vers l'hôpital, modalité de référence à l'hôpital. Sur les nouveaux territoires, il est associé aux variables suivantes : antécédents psychiatriques, antécédents de toxicomanie, motif de la demande, situations-problèmes, nature de l'action (*), estimation de la dangerosité immédiate (*), intoxication du « client » à l'intervention (*).

Ce qui retient notre attention dans l'analyse des variables associées au fait de se déplacer ou non tient à l'effet inverse de certaines variables selon que l'appel provient du territoire initial ou des nouveaux territoires. Ainsi, dans le cas de la variable « situation-problème », on remarque une relation significative avec le déplacement quelque soit le territoire de référence. Or, sur le territoire initial, la situation-problème « risque suicidaire » se trouve surreprésentée parmi les appels ayant donné lieu à un déplacement (64,2%) alors que la catégorie conflit avec des proches y est sous-représentée (37,8%). Dans le cas des nouveaux territoires, ces deux mêmes catégories s'inversent : parmi les déplacements, les appels concernant le risque suicidaire sont sous-représentés (34,8%) alors que ceux se rapportant à des conflits avec des proches sont surreprésentés (51,9%).

³⁵¹ Nous rappelons que le résultat de certains croisements de variables est le produit d'un effet de biais. Par exemple, pour estimer la dangerosité, l'intervenant de l'UPS-J a dû se déplacer sur les lieux, ce qui biaise les résultats du croisement entre déplacement et estimation positive de la dangerosité. Dans ce chapitre, nous identifions cet effet de biais par un astérisque (*) à côté de la variable.

La dangerosité immédiate

Nous avons vu qu'une évaluation positive d'une dangerosité immédiate était peu fréquente quelque soit le territoire de référence (8,8%). Dans l'analyse comparée des demandes de la police selon le territoire de référence, nous arrivons au même constat : 8,5% sur le territoire initial et 8,8% sur les nouveaux territoires.

Intoxication du « client » à l'intervention

Pour l'ensemble de la population d'étude, on retrouve la trace d'une intoxication du « client » à l'intervention dans 98 appels (7,9%). Cette fréquence est relativement la même dans les deux groupes de comparaison des demandes des policiers, soit 10,3% des appels policier du territoire initial et 8,2% de ceux des nouveaux territoires.

« L'orientation » vers l'hôpital

L'hôpital est l'orientation retenue dans 27,7% de tous les appels de la police. Cette issue est surreprésentée dans le groupe des demandes des policiers des nouveaux territoires où elle représente plus du tiers (34,5%) des réponses comparativement à 24,7% de celles du territoire initial³⁵². Ce résultat est le même que celui du chapitre précédent sur l'analyse comparée de la réponse.

Tableau 8.9
« L'orientation » vers l'hôpital dans les appels de la police
selon le territoire d'application des mandats

« Orientation » vers l'hôpital	Les appels de la police		Total
	Territoire initial Double mandat	Nouveaux territoires Mandat P-38.001	
Oui	96 24,7%	59 34,5%	155 27,7%
Non	293 75,3%	112 65,5%	405 72,3%
Total	389 100,0	171 100,0%	560 100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est faible : chi deux= 5,727; ddl=1 sig= 0,017; Phi= ,101).

Autre différence, sur le territoire initial, « l'orientation » vers l'hôpital est associée au déplacement mais ce n'est pas le cas sur les nouveaux territoires.

La modalité de référence à l'hôpital

Lorsque l'hôpital est retenu comme option, la modalité de référence varie d'un groupe à l'autre et ces différences sont statistiquement significatives. Ainsi, dans les appels des policiers du territoire initial, 16,9% (n=12) sont référés contre leur gré en vertu de l'article 8 de la *Loi P-38.001* alors que 9,9% (n=7) le sont en vertu d'une ordonnance de cour les contraignant à subir

³⁵² Notons de nouveau que « l'orientation » vers l'hôpital ne signifie pas nécessairement que cette action s'est traduite par un renvoi à l'hôpital. Par exemple, il peut s'agir d'une recommandation de l'UPS-J à des proches (« réseau naturel ») pour qu'aboutisse cette issue via une requête pour évaluation psychiatrique.

une évaluation psychiatrique pour déterminer si, en raison de leur état mental, ils représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Dans les appels des policiers des nouveaux territoires, ces deux modalités de référence involontaire sont plus fréquentes, mais le nombre absolu de cas est très peu élevé : 33,3% (n=15) en vertu de l'article 8 et 11,1% (n=5) en vertu d'une ordonnance de la cour. Parmi la modalité de référence « volontaire » à l'hôpital, on constate que le groupe du territoire initial est surreprésenté; alors que cette modalité représente 57,8% de l'ensemble des modalités, dans le cas du territoire initial, elle compte pour 69,0% des cas comparativement à 40,0% dans les nouveaux territoires.

Tableau 8.10
La modalité de référence à l'hôpital dans les appels de la police
selon le territoire d'application des mandats

Modalité de référence à l'hôpital	Appels de la police		Total
	Territoire initial Double mandat	Nouveaux territoires Mandat P-38.001	
P-38.001	12	15	27
	16,9%	33,3%	23,3%
Requête	7	5	12
	9,9%	11,1%	10,3%
Volontaire	49	18	67
	69,0%	40,0%	57,8%
Consentement obtenu	3	7	10
	4,2%	15,6%	8,6%
Total	71	45	116
	100,0%	100,0%	100,0%

(Les variations observées sont statistiquement significatives et l'association entre les variables est forte : chi deux= 11,353; ddl=3 sig= 0,010; v de Cramer= ,313.)

Nous avons examiné le recours à la modalité de référence à l'hôpital en vertu de l'article 8 de la Loi P-38.001 par rapport à l'ensemble des appels policiers à l'UPS-J. Étant donné que les policiers sont les seuls intervenants pouvant faire appel aux services d'aide en situation de crise désignés, en l'occurrence à l'UPS-J, il est intéressant de constater que sur le territoire initial, 3,1% (12/389) des appels policiers se rapportent à cette modalité; dans le cas des nouveaux territoires, ce sont 8,8% des cas (15/171). Comme nous l'avons souligné dans le chapitre méthodologique, ces résultats sont à traiter avec prudence.

8.3 Conclusion

Contrairement à ce qui était attendu, nous constatons certaines différences dans la comparaison des appels des policiers selon le territoire d'application des mandats. Dans l'analyse de la demande, les variations sont apparues sur les principaux indicateurs : moment de l'appel, motif de la demande, situations-problèmes et deux des six indicateurs de la « condition de la personne » (le sexe et la condition de domiciliation). De façon générale, on remarque que le **moment de l'appel** varie selon le territoire de référence; les policiers des nouveaux territoires faisant appel

plus souvent à l'UPS-J la nuit que leur vis-à-vis du territoire initial. Est-ce l'effet du mandat P-38.001 dont les événements se caractériseraient par le fait de survenir davantage au cours de cette période ? Est-ce le manque de services ou de ressources disponibles et accessibles la nuit pour gérer ce type de situation sur les territoires en périphérie du centre-ville qui est en jeu ? Est-ce le manque d'expérience des patrouilleurs de nuit³⁵³ ou de connaissance des ressources disponibles pendant ce quart de travail qui fait basculer ces appels vers le nouveau service de l'UPS-J ? Des analyses qualitatives permettraient de pousser plus loin l'exploration.

Au chapitre des **motifs des appels**, on constate que les demandes des uns et des autres se distinguent. D'abord, il faut noter que les demandes définies en termes de P-38.001 sont rares et toutes attribuables aux policiers des nouveaux territoires. Ensuite, si les policiers veulent, dans la majorité des cas, une intervention sur place, ceux des nouveaux territoires sont plus enclins à demander des « conseils-informations » que ceux du territoire initial. Nous l'avons vu dans le chapitre précédent sur la demande, l'exploration qualitative du matériel tend à montrer que les policiers des nouveaux territoires ne cherchent pas systématiquement une estimation du danger grave et immédiat, mais du soutien pour réussir leur « orientation » vers l'hôpital ou encore la mise en place de « suivi » des individus à la suite de leur renvoi à l'hôpital; ce qui correspond davantage à la définition du mandat initial, celui de la déjudiciarisation.

Comme dans le cas des autres dimensions de la demande, la **situation-problème** est variable selon le territoire d'application des mandats. Quelques éléments retiennent l'attention. D'abord, l'importance des situations de conflits avec des proches sur les nouveaux territoires renvoie à la condition de vie de ces personnes et à la question du lien social. Comme nous l'avons déjà souligné, les populations des nouveaux territoires pourraient apparaître moins isolées que celles du territoire initial; le seul fait que les situations-problèmes avec des proches soient plus fréquentes en serait un indicateur³⁵⁴. Quel est l'impact de cette dimension (lien social) sur les dispositifs susceptibles d'être activés dans des situations difficiles, conflictuelles, inscrites dans une zone floue à la jonction de la psychiatrie et de la justice ? Est-ce que cette loi serait perçue comme étant plus acceptable, accessible, familière, moins stigmatisante pour les familles et les proches que la loi pénale (judiciarisation) lorsque survient ce type de situations ? Si tel était le cas, est-ce que cela expliquerait que cette loi est plus souvent appliquée dans leur cas ? Est-ce le seul effet de la restriction au mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires qui explique cet écart entre les territoires ? Des analyses sur les représentations sociales de la dangerosité, de la maladie mentale et de la folie ainsi que des lois ou dispositifs mis en place pour les traiter, permettraient d'aller plus loin dans ces explorations. Un second élément touche aux événements de risque suicidaire. Le fait qu'ils soient deux fois plus nombreux sur les nouveaux territoires que sur le territoire initial pourrait constituer un indicateur d'un effet de l'application du mandat P-38.001. Ceci dit, la fréquence de ces événements nous semble peu élevée (13,5% des cas) en regard de ce mandat. Cette distribution des événements questionne sur le sens du « danger grave et immédiat » qui fonde la mise en action de ce dispositif.

³⁵³ Au cours du processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J, plusieurs acteurs dont les intervenants du SPVM ont évoqué le fait que le service de police de la Ville de Montréal compte dans ses rangs de nombreuses jeunes recrues, ce qui peut certainement avoir influencer la pratique.

³⁵⁴ D'autant plus que l'opérationnalisation de la notion de « proches » était très englobante; par exemple, dans le cas de conflits entre co-résidents d'une ressource d'hébergement pour personnes sans-abri, l'événement était catégorisé « conflit avec des proches » (voir chapitre 6 portant sur la demande).

Quant à la **condition de la personne**, le tableau est complexe. Sur quatre des six indicateurs, le profil de la population est similaire d'un territoire de référence à l'autre dans les appels des policiers. En effet, les profils d'âge, d'antécédents psychiatriques, de toxicomanie et judiciaires sont sensiblement les mêmes, laissant entrevoir une plus forte homogénéité au sein de la population référée par les policiers. Toutefois, deux indicateurs se démarquent : le sexe et la condition de domiciliation. Dans le premier cas, ce qui retient l'attention a trait à l'importance du recours concernant des femmes à l'UPS-J par les policiers des nouveaux territoires; elles sont surreprésentées. De plus, lorsqu'on a examiné l'effet du sexe sur le « référant » dans le territoire initial qui en compte plusieurs (police, ressources communautaires, ressources institutionnelles santé, ressources institutionnelles autres, réseau personnel, autres), on avait constaté une plus forte proportion de femmes que d'hommes référées par les policiers. Est-ce que le fait qu'il n'y ait qu'une seule catégorie de « référant » — la police —, explique cette surreprésentation des femmes sur les nouveaux territoires ? ce qui renforcerait l'hypothèse d'une relative homogénéité du groupe d'individus référés par ce « référant » ? Dans le second cas, la condition de domiciliation, les profils se distinguent selon le territoire de référence, mais les écarts sont moins frappants dans l'analyse comparée des appels policiers que dans celle du chapitre précédent portant sur la demande qui tient compte de toutes les catégories de « référants ». Ainsi, les appels des policiers concernent majoritairement des individus vivant dans un logement autonome, mais dans les nouveaux territoires, cette catégorie est surreprésentée.

Dans l'analyse de la réponse, les résultats vont dans la même direction. Sur la majorité des indicateurs, des variations sont observées et elles sont statistiquement significatives. Seulement deux des variables font exception : l'estimation de la dangerosité immédiate; l'estimation de l'intoxication du « client » à l'intervention. Ces résultats pourraient tendre à confirmer que **l'action** de l'UPS-J est variable d'un territoire de référence à l'autre. Dans un cas, le territoire initial, l'intervention directe prédomine avec près de la moitié des actions (48,6%); dans l'autre cas, les nouveaux territoires, c'est la fonction « référence-conseil » (43%). Dans cette conclusion, notre attention se porte sur un élément : 1) l'importance de la catégorie « référence-conseil » sur les nouveaux territoires.

L'accent mis sur la dimension « évaluative » et « intervention directe » du mandat P-38.001 dans tout le processus d'implantation³⁵⁵ se pose en décalage par rapport à l'importance de la fonction « référence-conseil » dans l'application du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires. Que traduit l'ampleur de cette réponse ? Faut-il y voir une spécificité du mandat P-38.001 ? une caractéristique propre à une période de déploiement de l'UPS-J ? une hésitation de l'UPS-J à fournir un service plus complet (intervention direct avec estimation sur les lieux de la dangerosité) ? ou plutôt la conséquence d'une demande limitée par la police ?

Comme dans le cas de la nature de l'action, les **déplacements** sont beaucoup moins fréquents sur les nouveaux territoires (38,0%) que sur le territoire initial (56,8%). Cette modalité de l'action, variable d'un territoire à l'autre, soulève les mêmes questions que celles qui sont posées

³⁵⁵ Voir les chapitres 3 et 4 décrivant le processus d'implantation de la nouvelle loi et qui soulignent tout le travail sur les outils d'estimation de la dangerosité ainsi que l'importance, manifestée par les professionnels du terrain, de mettre en contexte cette évaluation, soit une intervention en situation de crise impliquant des activités précises : désamorcer la crise, tenter d'obtenir le consentement et trouver la ressource appropriée, notamment l'accompagnement à l'hôpital.

précédemment. Ceici dit, d'autres aspects se dégagent des analyses qui sont plutôt étonnants. On remarque une association entre le déplacement et les situations-problèmes, mais selon le territoire d'application des mandats, le déplacement n'est pas lié aux mêmes types de situations-problèmes. Deux catégories sont particulièrement frappantes : le risque suicidaire et les conflits avec des proches. Dans le cas du risque suicidaire, les probabilités de se déplacer sont plus élevées sur le territoire initial; dans le cas des conflits avec des proches, elles le sont davantage sur les nouveaux territoires. Dans le cas du risque suicidaire, est-ce que l'urgence serait différente d'un territoire à l'autre, limitant la marge de manœuvre sur les nouveaux territoires ? Ne serait-ce pas plutôt un effet de l'expérience de collaboration entre l'UPS-J et la police sur le territoire initial qui dégage cette marge de manœuvre permettant le déplacement ? Le temps de réponse réel ou appréhendé pourrait-il jouer un rôle ? Dans la période de déploiement sur les nouveaux territoires, les intervenants de l'UPS-J étaient étonnés de voir à quel point les policiers envisageaient une seule issue à ce type de situation : l'hôpital. Ces résultats pourraient tendre à confirmer ces perceptions.

Nous l'avons souligné, **l'estimation de la dangerosité** ainsi que l'état **d'intoxication du « client » à l'intervention** sont en proportion équivalente sur l'un et l'autre des territoires de référence, proportion également équivalente à celle qui est observée pour l'ensemble des recours à l'UPS-J. Considérant la spécificité formelle des deux mandats et les variations importantes sur plusieurs des dimensions selon le territoire d'application des mandats dans cette analyse comparée, la constance des résultats quant à ces deux variables est plutôt étonnante.

« **L'orientation** » vers **l'hôpital** est une issue qui distingue la réponse selon le territoire d'application des mandats. Dans le cas des nouveaux territoires, cette issue survient dans 34,5% des cas comparativement à 24,7% sur le territoire initial. Dans son premier mandat, l'UPS-J a, entre autres missions, celles d'éviter la judiciarisation ou encore l'incarcération afin de favoriser le maintien des personnes dans la communauté. Cette position de principe s'est renforcée avec l'ajout du nouveau mandat où, de façon explicite, « l'orientation » vers l'hôpital, involontairement surtout, est devenue aussi une option de dernier recours dans le discours des acteurs du milieu. L'absence actuelle de données longitudinales sur ce type de pratique ou d'analyse en termes de trajectoires de vie permet difficilement d'aller plus loin.

Parmi cette orientation, les **modalités d'entrée à l'hôpital** sont également variables selon le territoire de référence. Sur les nouveaux territoires le tiers des références se rapporte à l'article 8 de la *Loi P-38.001*, ce qui est près de deux fois plus (16,9%) que sur le territoire initial.

Pris globalement pour tous les appels policiers, dans quelle proportion cette modalité de référence (article 8) est-elle survenue ? On constate que 8,8% des appels des nouveaux territoires sont orientés vers un hôpital en vertu de l'article 8 comparativement à 3,1% de ceux du territoire initial. Ce qui étonne n'est pas tant l'écart entre les territoires de référence, mais le fait que dans l'un ou l'autre cas, l'estimation de la dangerosité était la même (8,5% territoire initial vs 8,8% nouveaux territoires). La résistance des milieux hospitaliers aux populations itinérantes peut-elle être en cause ? Les ressources du milieu de l'itinérance majoritairement situées sur le territoire initial ont-elles partiellement remplacées les hôpitaux pour traiter les personnes jugées dangereuses pour elles-mêmes ou pour autrui ?

CONCLUSION

On aurait tort de ne pas situer la *Loi P-38.001*, ainsi que ses effets, dans le sillage plus large et plus lointain des processus de désinstitutionnalisation, de déjudiciarisation et de réorganisation répétée des modes de prise en charge et de gestion d'une foule de problèmes, qui ne sont pas exclusivement mentaux, ni sociaux, ni criminels, concernant des personnes qui sont «en danger», «dangereuses» ou «dérangeantes». Bien que la loi nous parle de «la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui», il est fort complexe d'estimer ou d'évaluer, peu importe ici la différence, «un danger en raison d'un état mental», et ce, peu importe l'intervenant ou le champ disciplinaire auquel il appartient. La dimension «mentale» d'un comportement (dangereux ou non) n'est pas «identifiable» sans tâtonnements, hésitations, incertitudes, difficultés, débats, etc. Bref, sans malaise quant au bien fondé du geste d'évaluation ou d'estimation qui est posé pour trancher le statut d'une situation. L'ampleur et le degré de généralité qu'ont pris les domaines du «psychosocial», du «psychosociologique», du «biopsychosocial» et, en un mot, l'univers fourre-tout des «problèmes de santé mentale» depuis une trentaine d'années témoignent du flou des liens entre santé physique, vulnérabilité sociale, santé mentale (ou psychologique, ou psychiatrique) et certains comportements qui «posent problème» (dangereux ou dérangeants envers soi ou envers les autres). Un comportement qui «pose problème» est un comportement vis-à-vis duquel on ne peut ne rien faire : il faut agir. Non pas «résoudre» le problème, mais au moins le gérer. Mais de quelle façon, avec quels moyens, en fonction de quelles légitimations ? Cette loi est une des réponses possibles, conçue par le législateur, à une demande de gestion d'un univers de problèmes mal définis que, faute de mieux, l'on met en relation avec des notions vagues, mais symboliquement efficaces, telles qu'«état mental», sous-entendu, perturbé.

Le politique, le juridique, le pénal, le correctionnel, le psychiatrique, le psychosocial, le médical, le communautaire, voire le social tout court, sont interpellés simultanément par ce remaniement législatif et contribuent, chacun dans une certaine mesure, à la redéfinition du statut des personnes concernées (clientèles, populations-cibles, usagers, etc.), de la nature des situations-problèmes qui seront visées et des stratégies d'intervention à mettre en oeuvre pour gérer le danger réel ou appréhendé, la vulnérabilité actuelle ou virtuelle (être en danger) et le dérangement provoqué, en relation à l'univers flou de l'«état mental» ou «psychosocial». En un mot, les effets d'une loi telle que la P-38.001 bousculent à la fois les populations, les intervenants, les stratégies d'intervention, les institutions et les situations problématiques elles-mêmes. Ce sur quoi cette loi statue, légifère ou commande, c'est-à-dire quels types de situations prétend-elle encadrer (vulnérabilité, dangerosité et dérangement liés à un état mental perturbé) et par quels agents (psychiatrie, police, médecine, communautaire, psychosocial) entend-elle se rendre effective, n'est pas clairement défini dans le texte de la loi. Sans doute, et au-delà du fait qu'il s'agisse d'une bonne ou mauvaise loi du point de vu technique, parce qu'il est impossible de le faire théoriquement, sans tomber dans des réductionnismes qui seront contestés par les pratiques concrètes sur le terrain. En effet, les intervenants ont affaire non seulement aux zones de conflits juridictionnels des domaines d'intervention (qui fait quoi, dans quelles circonstances et selon quelle structure hiérarchique), mais également à l'indéfinition de l'objet lui-même de l'intervention (cet «état mental» qui présente un danger). Faut-il rappeler que les auteurs du DSM-IV font état tant de l'impossibilité

de parvenir à une définition du trouble mental «opérationnelle et cohérente qui s'appliquerait à toutes les situations» que de l'impossibilité de définir clairement ce que le «mental» veut dire ?³⁵⁶

Toutefois, de même que le DSM-IV comble un besoin pratique (poser des diagnostics comparables par l'établissement de critères formalisés et opérationnels) sans résoudre le problème de la validité de la définition de «trouble mental», il est clair que cette loi comble un besoin juridique dans le but d'encadrer, légitimer et redéfinir des pratiques d'intervention qu'avaient lieu de toute façon, car la police et les ambulanciers agissaient en vertu d'autres codes pour répondre, entre autres, aux situations-problèmes dont la loi fait allusion. Mais, une fois la loi en vigueur, qui est la figure d'autorité la mieux placée pour définir (estimer/évaluer) la présence d'un «danger grave et immédiat» en raison de l'«état mental» d'une personne ? Quelle est la formation, ou l'identité, correspondant à la figure de l'intervenant en situation de crise dessiné par la loi capable de définir (évaluer/estimer) à la fois un «danger grave et immédiat» et la nature «mentale» de la cause du danger ? Quel est son pouvoir et son rôle précis par rapport à d'autres intervenants déjà sur le terrain avec des pouvoirs et des rôles plus ou moins définis par la loi, par la logique des situations de crise elles-mêmes ou encore par la continuité des pratiques anciennes ?

Les effets d'une loi : acteurs, alliances, conflits et enjeux

Le processus d'implantation d'une loi dont les clientèles visées et les intervenants interpellés se situent au carrefour du social, du psychologique, du psychiatrique et du pénal, bref du «psychosocial dangereux, en danger ou dérangent», appelle la collaboration, ou du moins la mise en réseau, de multiples acteurs et institutions qui ont des représentations (de l'intervention, du danger, du mental, de l'immédiateté, etc.) et des intérêts différents, voire dans certains cas antagoniques. Depuis l'adoption de la loi, la Régie régionale de Montréal-Centre a joué un rôle central dans la clarification, et parfois la redéfinition, de questions ci-dessus formulées. Dans ses effets, dont il s'agit de construire la nature et la portée, la *Loi P-38.001* constitue une occasion d'alliances (qui se font et se défont) entre les ressources communautaires et la Régie régionale pour accroître la reconnaissance des premières et la réalisation des priorités de la seconde, dans un contexte de restrictions budgétaires et des changements organisationnels dans le système de santé.

Sur la question cruciale de la désignation de l'«intervenant en situation de crise» telle qu'évoquée, mais pas clairement précisée par la loi, on peut distinguer deux lectures fondées sur des priorités différentes, l'une plus «restrictive», pour simplifier correspondant au projet qui mènera à la désignation de l'UPS-J, et l'autre plus «globale», correspondant davantage au projet des CIC. En effet, le projet proposé par les CIC est fondé sur les priorités du MSSS telles qu'inscrites dans les PROS dans l'optique de développer et consolider les services de crise en santé mentale, priorités qui ont été réaffirmées dans le Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale de 1998. Dès le début du processus, les services de crise semblaient se situer au cœur de l'application de la loi, car leur développement et leur consolidation étaient déjà ciblés comme priorité ministérielle.

³⁵⁶ DSM-IV-TR, 2000, p. XXXV

Si la *Loi P-38.001* et plus spécifiquement l'article 8 ne crée pas, à proprement parler, de nouvelles catégories d'intervenants c'est plutôt un nouveau champ d'action qu'elle délimite et organise en prescrivant à différents acteurs de travailler en collaboration d'une part, et en définissant des activités qui devront être menées, d'autre part. Or, parmi ces activités, certaines sont familières à la pratique des intervenants de services d'aide en situation de crise, d'autres, telles que l'«estimation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental», le sont moins. Bien entendu, dans leur pratique de terrain les intervenants n'ont pas attendu une loi pour «trancher» dans ce type de situations, désormais redéfinies par les termes de la loi, en estimant *de facto* le danger et en prenant des mesures en conséquence. Toutefois, l'un des effets formels provoqués par la loi est que l'activité visant l'«estimation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental» devient, sinon un acte réservé, du moins une activité «spécialisée». Quels sont les critères les plus pertinents pour décider qui est le mieux placé pour exercer cette activité «spécialisée»? De quelle façon doit-on interpréter la loi?

Tel qu'on l'a vu dans ce rapport, ce n'est pas la lecture « globale » de la loi qui a prévalu, mais la lecture « restrictive » fondée sur des critères qui seront mis de l'avant au fil des événements comme plus pertinents (activité spécialisée ou restreinte, imputabilité du service), ou tout simplement plus décisifs (le manque de financement). On pourrait résumer schématiquement le processus d'implantation à quatre étapes, à savoir : a) désignation officielle d'UPS-J; b) implantation du service dans le milieu; c) déploiement et clarification des mandats; d) désignation des intervenants pour les clientèles «connues et en présence».

a) Désignation officielle d'UPS-J. Que ce soit une question de fond ou un enjeu stratégique, la dimension légale de la désignation a revêtu un caractère central dans cette phase, du moins, dans le discours public. On y fonde le choix de l'UPS-J qui, en vertu de son statut d'institution publique, serait directement imputable. Le critère de l'imputabilité surgit dans un contexte de tensions entre les différents services pour l'obtention de financement alors qu'il était devenu évident que le MSSS n'injecterait pas de nouveaux fonds en santé mentale pour la région montréalaise. L'imputabilité représente alors un argument de poids qui permettra de rejeter le premier scénario de la désignation des CIC et de négocier des transferts de fonds au sein du réseau de la santé.

La désignation de l'UPS-J tend à souligner le caractère consultatif du Comité régional d'implantation. Alors qu'un consensus semblait s'être développé pour la désignation des CIC après l'adoption de la Loi, les contraintes budgétaires font passer rapidement à un deuxième plan le travail de collaboration mené pendant près de trois ans. Il n'y a pas eu d'alliance des acteurs représentés au sein du Comité régional contre la décision du MSSS, mais plutôt une recomposition des alliances où se rejoue une fracture traditionnelle entre l'institutionnel (public) et le communautaire.

b) Implantation du service dans le milieu. La deuxième phase se caractérise principalement par d'importants travaux dirigés par l'UPS-J pour, d'une part, développer un modèle intégré de son programme d'intervention articulant les points communs et les distinctions entre ses deux

mandats et, d'autre part, pour établir les collaborations essentielles à l'application de la loi, son nouveau mandat régional.

Ainsi, dès sa désignation, l'UPS-J élabore un plan comprenant la mise sur pied d'un « comité d'implantation » qui constituera un lieu révélateur d'intérêts divergents, de fractures entre les groupes (disciplinaires, institutionnels, philosophiques, d'approches d'intervention) et de la difficulté à définir de manière claire les rôles de chacun dans ce dossier (police, UPS-J, ambulanciers, milieux hospitaliers, CIC). Considérant le contexte d'attribution du mandat à l'UPS-J marqué par de fortes tensions, il s'est avéré fort important de tenter d'intégrer les autres acteurs du milieu en ce qui concerne la démarche et le modèle à développer.

c) Déploiement et clarification des mandats. Le déploiement du service de l'UPS-J sur les nouveaux territoires a présenté quelques problèmes pratiques importants (répondre à la demande dans un temps raisonnable, recruter du nouveau personnel) et suscité des questionnements sur l'interprétation du nouveau mandat de la part des partenaires, notamment de la police. En effet, les demandes des policiers des nouveaux territoires devaient théoriquement s'inscrire dans le cadre de l'article 8 de la *Loi P-38.001* alors que celles du territoire initial pouvaient correspondre à l'un ou l'autre mandat. Le volume d'appels appréhendé et la définition des situations-problèmes ont constitué un enjeu important dans cette phase du processus d'implantation : s'agirait-il de demandes pour des situations cadrant avec le mandat P-38.001 ou davantage avec le mandat de déjudiciarisation en santé mentale ? La restriction de l'application du mandat initial à un territoire limité de l'Île de Montréal force la construction de deux cadres d'intervention qui créent, sur le terrain, au sein de l'équipe et avec les partenaires, beaucoup de confusion.

Sur la question de l'estimation du «danger grave et immédiat relatif à l'état mental» apparaît la recherche d'un équilibre qu'on tente d'atteindre entre, d'une part, la reconnaissance de la dimension socialement et situationnellement construite de la dangerosité et, d'autre part, l'obligation dans laquelle on est placé par la *loi* de trancher cette question en fonction de critères plus ou moins objectifs, ou du moins formalisés. Peut-on estimer un danger «grave et immédiat» dans un contexte d'urgence et, en outre, l'associer à l'«état mental» de la personne impliquée avec certitude et objectivité ? On répondra à cette exigence de la loi par le développement d'outils standardisés et par la formation des intervenants et de certains partenaires. Les principaux responsables de l'application de la loi sur le terrain ont développé leur formation (UPS-J; Urgences santé; CLSC) d'une manière indépendante à l'exception de la police. Dans le cas du SPVM, la formation des policiers, préparée et offerte par l'UPS-J, constituera l'occasion d'un rapprochement entre ces deux organisations

d) Désignation des intervenants pour les clientèles «connues et en présence». Le plan de mise en application de la loi se complète avec la désignation des établissements publics du réseau (CLSC, Centres hospitaliers, Dollard-Cormier, CPLM) ainsi que les centres de crise et ce, pour les clientèles dites «connues et en présence». Au cours de la période de l'étude, elle n'aura finalement atteint que les centres de crise, Dollard-Cormier et le CPLM. L'entrée en vigueur de la réforme de la santé et des services sociaux (Loi 25) a sonné le coup d'arrêt du processus de désignation dans les CLSC et les centres hospitaliers qui avait été marqué par la confusion et la résistance de CLSC vis-à-vis ce qui est apparu à certains comme un « nouveau » mandat sans moyens pour le mettre en oeuvre. Dans le cas des centres de crise, la désignation a été réalisée par

différentes activités (élaboration d'outils standardisés, rédaction d'un cadre de référence, formation offerte aux intervenants des centres de crise).

On retiendra surtout que cette dernière phase a été marquée par le travail du « comité outil » chargé d'élaborer les instruments et la formation pour les intervenants désignés. S'il a atteint son objectif, ses travaux ont mis en lumière des tensions entre les membres où s'exprimaient des visions différentes dans le travail d'estimation/évaluation du danger grave et immédiat en raison de l'état mental. Dans un cas, c'est l'impératif de la relation d'aide qui oriente l'action : on relativise l'importance des catégories de la psychiatrie pour se centrer sur un événement « la crise » et on laisse au psychiatre le travail d'articulation du lien entre état mental et dangerosité. Dans l'autre cas, c'est l'impératif de l'évaluation qui structure l'action : on s'attache à documenter l'état mental à travers les indicateurs des critères diagnostiques psychiatriques.

Une population ou deux populations ?

Afin de mieux comprendre le type de population touchée, et en quelque sorte redéfinie ou récatégorisée par les effets de la Loi, on a comparé trois cohortes, à savoir : la population correspondant aux nouveaux territoires où seulement le mandat défini par la loi doit être exécuté, et ce, pendant la période de référence 2003-2004; la population correspondant au territoire initial où les deux mandats s'appliquent également pendant la période de référence 2003-2004 et, enfin, la population de la période 1996-1999, correspondant au territoire initial où s'est appliqué le mandat initial d'UPS-J concernant l'objectif de déjudiciarisation.

De l'analyse des profils comparés des populations selon les périodes et les territoires d'application des mandats, un constat semble se dessiner : le profil socio-démographique du territoire initial ressemble davantage à celui de la première cohorte (1996-1999) qu'à celui des nouveaux territoires. En effet, la population des nouveaux territoires compte davantage de femmes, de personnes qui parlent une autre langue que le français ou l'anglais, de personnes en relation de couple (marié ou conjoint de fait), moins de très jeunes et davantage de personnes âgées, moins d'individus avec des antécédents de toxicomanie et judiciaires. Quant à la distinction entre la période antérieure et la période actuelle, elle renvoie aux antécédents psychiatriques, dont la présence serait plus fréquente aujourd'hui, et aux antécédents judiciaires, moins fréquente qu'hier.

En effet, il y a augmentation de la fréquence des antécédents psychiatriques entre les deux périodes (1996-1999 vs 2003-2004) sur le territoire initial tant chez les hommes que chez les femmes. Pour la période récente, il y aurait une différence dans la fréquence d'antécédents psychiatriques entre les deux territoires qui serait surtout associée aux hommes : les femmes en ont autant quelque soit le territoire de référence, les hommes du territoire initial en ont davantage que leur vis-à-vis des nouveaux territoires.

La fréquence des antécédents judiciaires entre les deux périodes diminue tant chez les hommes que chez les femmes. Ces différences pourraient être associées à l'âge, en ce sens que le groupe des 50 ans et plus, dont le poids est plus important sur les nouveaux territoires que sur le territoire initial, se caractérise par une quasi absence d'antécédents judiciaires. Toutefois, au sein des trois

sous-populations, les hommes comptent toujours davantage d'antécédents judiciaires que les femmes. Dans le cas des antécédents de toxicomanie, les hommes en ont également davantage que les femmes, une tendance qui s'observe tant sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires.

Deux hypothèses peuvent être formulées en fonction de ces données :

A) La transformation dans le temps du profil de la population du territoire initial. À l'appui de cette hypothèse, on constate en effet que le profil de 2003-2004 se caractérise par une population davantage féminine, rejoignant de plus en plus d'individus aux deux extrémités de la courbe d'âge (plus de jeunes et plus de vieux), marquée davantage par une histoire psychiatrique que pénale.

B) L'ajout d'un nouveau profil de population sur le territoire initial entre le temps 1 (1996-1999) et le temps 2 (2003-2004), qui correspondrait au profil de la population des nouveaux territoires et qui serait un effet de l'application de la nouvelle loi sur le territoire initial où s'exerce le double mandat de l'UPS-J. En effet, la population des nouveaux territoires est composée majoritairement de femmes, de personnes plutôt âgées, ayant peu d'antécédents judiciaires. Celle de la première cohorte est davantage marquée par une majorité d'hommes, d'âge moyen, ayant connu une trajectoire pénale importante. Or, ces variables sont parmi celles qui distinguent, mais de manière moins marquée, le profil de la population du territoire initial entre les deux périodes de référence (2003-2004 et 1996-1999), permettant d'envisager un effet statistique produit par l'entrée d'un nouveau profil depuis la mise en application du double mandat sur le territoire initial de l'UPS-J.

Ces premiers résultats semblent indiquer que la Loi P-38.001 agit effectivement sur les pratiques des acteurs ciblés, directement et indirectement, pour la mettre en œuvre et sur les populations-cibles. Ce qui ne veut pas dire que les effets de la loi soient conformes aux visées qu'elle poursuit. Cette nouvelle loi est-elle en train de cibler des phénomènes (dérangements urbains, conflits privés, vieillesse, déchéance sociale, etc.) antérieurement «gérés» par d'autres formes de régulation et d'autres intervenants ? Assiste-t-on à un codage «psychiatrique», «psychosocial» ou «mental» des problèmes hétérogènes en fonction de la référence au critère d'«état mental» inscrite dans la loi, plus large que celui de «maladie mentale» ?

Qui appelle l'UPS-J et pourquoi ?

Après une période de croissance dans le volume d'appels reçus à l'UPS-J de l'ouverture du service en octobre 1996 jusqu'en 1999, on traverse quelques années de relative stabilité jusqu'en 2003. Survient alors le déploiement du mandat P-38.001 en 2003 qui se traduit par une augmentation de la demande en novembre 2003, c'est-à-dire dix mois après le début du déploiement. Contrairement à ce qui était appréhendé, notamment par les centres de crise et les psychiatres, l'UPS-J n'a pas été submergée d'appels du moins, au cours de la période de l'étude.

Quelques pistes non mutuellement exclusives peuvent être avancées pour expliquer la relative stabilité de la demande entre 1999-2003, à savoir : 1) la police et l'UPS-J continuent pour l'essentiel de fonctionner comme avant en ce sens qu'il y aurait une concentration des cas visés par P-38.001 sur le territoire initial de l'UPS-J et par conséquent, l'UPS-J et la police avaient déjà l'habitude de les gérer; 2) il y aurait très peu de cas d'article 8 dans les nouveaux territoires et ceux qui surviennent continuent d'être gérés par la police pour la majorité au lieu d'être référés à

l'UPS-J; 3) malgré les éléments mis en place pour faire changer les pratiques (désignation, formation, colloques, sensibilisation des milieux et des partenaires, etc.), celles-ci sont très lentes à bouger en raison d'un ensemble de facteurs (perception de rôle, maintien des organisations, résistance aux changements, flou de la loi, etc.); 4) l'intervention en concertation de l'UPS-J sur le territoire initial produit un transfert de compétence vers le milieu (police et intervenants du réseau de l'itinérance), ce qui semble stabiliser la demande et même la réduire. En outre, le conflit entourant l'attribution du mandat à l'UPS-J plutôt qu'aux centres de crise aurait pu ralentir la mise en application de la loi; 5) la loi n'a pas d'effet marqué sur le volume des appels jusqu'à présent; il est trop tôt pour percevoir un effet durable de la loi, une plus longue période d'observation serait nécessaire.

En ce qui concerne les «référants» à l'UPS-J, la police occupe le premier rang sur les nouveaux territoires et le deuxième rang sur le territoire initial, derrière les ressources communautaires, principalement celles du réseau de l'itinérance. Étant donné la concentration de ces ressources au centre-ville, il est peu probable qu'on retrouve une situation similaire sur les nouveaux territoires dans l'éventualité où l'UPS-J offrirait son double mandat sur tout le territoire de l'Île de Montréal. Quant au profil de la population référée par les policiers des deux territoires, il est sensiblement le même quant aux profils d'âge, des antécédents psychiatriques, de toxicomanie et judiciaires. On peut faire l'hypothèse de l'existence d'une forte homogénéité au sein de la population référée par la police.

Il est intéressant de souligner que les policiers des nouveaux territoires ne semblent pas chercher systématiquement une estimation du danger grave et immédiat, mais du soutien pour réussir leur « orientation » vers l'hôpital ou encore la mise en place de « suivi » des individus à la suite de leur renvoi à l'hôpital. Ces actions, on le sait, correspondent davantage à la définition du mandat initial, celui de la déjudiciarisation. On peut faire le constat que l'accent mis sur la dimension « évaluative » et l'« intervention directe » du mandat P-38.001 dans tout le processus d'implantation (chapitre 3 et 4) se pose en décalage par rapport à l'importance de la fonction « référence-conseil » dans l'application du mandat P-38.001 sur les nouveaux territoires.

En outre, le nombre d'inscriptions pour le motif P-38.001 est étonnamment faible. Seulement 14 appels sont inscrits sous cette rubrique dont 13 proviennent des nouveaux territoires. La mise en œuvre du mandat P-38.001 dans le contexte du changement de plate-forme informatique est un élément qui doit être pris en compte dans cette analyse. Ceci dit, trois interprétations peuvent être proposées pour tenter de comprendre ce résultat : 1) les appels ou les besoins se définissent davantage dans les termes du premier mandat que dans ceux du second; 2) au moment de l'appel, il y a une impossibilité de définir la demande en termes stricts de P-38.001, car les situations sont complexes, peuvent changer rapidement et ne pas être interprétées de la même manière selon les intervenants; 3) on poursuit plutôt la routine en place et le changement qui pourrait être insufflé par l'ajout d'un nouveau mandat ne s'est pas encore produit dans les pratiques. Puisque les appels du territoire initial incluent des « référants » autres que les policiers, il pourrait s'agir d'un effet de la réalité policière.

L'analyse des données sur les situations-problèmes soulève plusieurs commentaires. D'abord, *elles questionnent la notion d'urgence et de crise au cœur de la définition de l'UPS-J*. Que veut

dire l'urgence ou la crise avec une catégorie «autre» aussi importante (1/5 des événements) qui comporte des situations plus près de l'idée de prévention que de celle de l'urgence ou de la crise et ce, particulièrement sur le territoire initial ? Trois observations peuvent être formulées :

1) Le fait que cette catégorie soit deux fois plus importante sur le territoire initial que sur les nouveaux territoires pourrait appuyer l'idée de la spécificité de situations-problèmes sur ce terrain reliées à l'extrême précarité de cette population.

2) Les situations susceptibles d'être judiciairisées (conflits avec des étrangers et avec des proches) apparaissent relativement peu fréquentes (27,0%, territoire initial vs 35,1%, nouveaux territoires) alors que le mandat initial a été conçu pour y répondre. Est-ce que cela signifie que l'UPS-J arrive à intervenir en amont, avant que les situations dégénèrent et déclenchent leur judiciarisation ? Ou encore, est-ce plutôt le fait que la police filtre les appels « santé mentale » et ne rapporte à l'UPS-J que les situations considérées comme banales, celles qui, de toutes façons, n'auraient pas donné lieu à une judiciarisation ? Continuerait-elle à judiciariser les plus sérieuses en confiant la responsabilité de la décision aux intervenants judiciaires (y compris à l'UPS-J, volet cour) ?

Par ailleurs, la plus grande fréquence des conflits avec des proches sur les nouveaux territoires indiquerait que cette population est moins isolée que celle du territoire initial. La population des nouveaux territoires se compose davantage de personnes qui habitent un logement autonome par rapport à celles du territoire initial. Si les centres hospitaliers demeurent les principaux « requérants » de la garde régulière en établissement, ce sont les familles et les proches qui occupent le premier rang des requêtes pour garde provisoire³⁵⁷. La réforme, malgré l'ajout majeur relatif à l'article 8, serait-elle avant tout une loi pour gérer, dans la filière psychiatrique, les conflits avec des proches ? Cette loi serait-elle perçue comme étant plus acceptable, accessible et moins stigmatisante pour les familles et les proches que la loi pénale (judiciarisation) lorsque survient un conflit grave?

La condition de domiciliation qui distingue fortement les populations des deux territoires — davantage en logement autonome sur les nouveaux territoires mais plus souvent en refuge, ou en ressources d'hébergement, sur le territoire initial—, donnerait lieu à des conditions distinctes d'appel. En effet, sur les nouveaux territoires, près du quart des appels surviennent la nuit, ce qui est deux fois plus que sur le territoire initial en 2003-2004 comme en 1996-1999. L'absence de ressources disponibles la nuit sur les territoires périphériques au centre-ville expliquerait sans doute ces différences.

3) Le risque suicidaire apparaît peu fréquent en tant que «situation-problème». Étant donné que les appels policiers concernant le risque suicidaire sont deux fois plus nombreux sur les nouveaux territoires que sur le territoire initial, les résultats pourraient confirmer la perception des intervenants de l'UPS-J en ce sens que l'orientation vers l'hôpital se présente comme la seule option possible pour la police des nouveaux territoires dans ce type de situations, car celles-ci sont jugées sans ambiguïté et il n'y a aucun besoin d'évaluation du danger grave et immédiat par l'UPS-J.

³⁵⁷ Action autonomie, *Quand la liberté ne tient qu'à[...], Étude de l'application de la Loi. Région de Montréal 1999*, avril 2001. Le même constat apparaît dans son étude pour l'année 2004 (Action autonomie, mai 2005. *Des libertés bien fragiles. Étude sur l'application de la Loi P-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, District de Montréal 2004*, 64 p.)

L'action de l'UPS-J : entre la déjudiciarisation et l'application de la loi

La nature de l'action de l'UPS-J est complexe et variée. Les gestes posés varient également selon le territoire d'application des mandats. Sur les nouveaux territoires, il est essentiellement question de référence-conseil et d'intervention directe. Sur le territoire initial, l'action apparaît plus diversifiée et, dans l'ordre d'importance, il est question d'intervention directe, de référence-conseil et de back-up. Lorsqu'on examine les seuls appels de la police, la différence est encore plus marquée : sur le territoire initial, 48,6% des appels policiers donnent lieu à une intervention directe et 23,9% à de la référence-conseil. Sur les nouveaux territoires, on obtient respectivement 35,7% et 42,7%. Sur le territoire initial, l'action de l'UPS-J est associée à la situation-problème en ce sens qu'une intervention directe est plus susceptible de survenir dans les cas de risque suicidaire et d'incohérence que dans celle de conflits avec des proches.

Il est intéressant de remarquer que selon le territoire de référence, l'équipe se déplace pour des événements différents : pour le territoire initial, ce sont les situations de risque suicidaire, de comportements incohérents, de conflits avec des étrangers; pour les nouveaux territoires, ce sont les situations de conflits avec des proches. Il faut retenir surtout que le fait de se déplacer n'est pas systématiquement une modalité « d'orientation » vers l'hôpital en vertu de l'article 8. En effet, le tiers des références en vertu de l'article 8 n'ont pas donné lieu à un déplacement de la part de l'UPS-J. Les données qualitatives ont aussi permis de voir que dans ces cas, le recours à l'UPS-J n'était pas lié à l'estimation du danger grave et immédiat. En général, la police et l'Urgences-santé sont déjà sur les lieux, ont déjà pris la décision d'un transport vers un centre hospitalier et recourent à l'UPS-J davantage pour des fonctions de liaison et d'arrimage de la personne avec les différents services et ressources du milieu.

L'incidence de l'estimation du danger grave et immédiat est exactement la même quelque soit le territoire de référence : 8,8%. Toutefois, durant la période 2003-2004 le nombre de cas où les estimations de dangerosité sont positives est deux fois moins élevé qu'en 1996-1999. Cette donnée peut apparaître contradictoire dans la mesure où l'arrivée de la nouvelle loi aurait pu impulser une vague de recours à l'UPS-J pour des situations gérées antérieurement par d'autres filières, ou encore, encourager les intervenants à définir l'événement de plus en plus en termes de dangerosité. Ce résultat pourrait signifier que les filières existantes pour gérer cette question dont celle de la Cour du Québec, chambre civile³⁵⁸, seraient « efficaces » actuellement à Montréal, comme certains l'ont laissé entendre au cours des entrevues. Il faut souligner qu'au plan des procédures, l'ordonnance par un tribunal d'une évaluation psychiatrique pour déterminer si une personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui permet d'obtenir la garantie d'être « vue » par un psychiatre dans un délai de 24 heures en général³⁵⁹. Le nombre de requêtes pour évaluation psychiatrique en vertu de la Loi P-38.001 est, en chiffre absolu, en croissance depuis 1997. Cette donnée soulève l'hypothèse d'un renversement possible de tendance qu'illustrerait la théorie des vases communicant selon laquelle la baisse des populations prises en charge par un système (judiciarisation) fait augmenter celles de l'autre (psychiatriation) et inversement. Alors que cette hypothèse est très complexe à démontrer, les données obtenues dans cette recherche nous interrogent sur le sens des mouvements perceptibles dans les modes de régulation de populations marginalisées au cours des trente dernières années.

³⁵⁸ La requête pour évaluation psychiatrique de la dangerosité en raison de l'état mental ou garde provisoire.

³⁵⁹ Entrevue no 16.

L'« orientation » vers l'hôpital est plus fréquente en 2003-2004 qu'en 1996-1999. Sur les nouveaux territoires l'hôpital est une option plus souvent retenue, notamment dans les cas de risques suicidaires, que sur le territoire initial. Quant à la modalité de référence à l'hôpital, y être référé de façon involontaire survient nettement plus souvent pour les appels en provenance des nouveaux territoires que pour ceux du territoire initial (44,4% vs 31,6%). Est-ce que le résultat serait le même si l'UPS-J avait effectué davantage de déplacements lors de ces appels ? Nous avons en effet remarqué que l'UPS-J ne fait pas de déplacements dans plus de la moitié des appels, territoires et mandats confondus. Or, cette situation, si elle survient moins souvent dans le cas de « l'orientation » vers l'hôpital, survient quand même dans près de 40% des cas quelque soit les territoires concernés.

Les observations et les entrevues ont mis en évidence le fait que les intervenants de l'équipe de l'UPS-J craignaient être submergés d'appels lors du déploiement du mandat P-38.001 alors que les ressources disponibles étaient limitées. Il existait également la préoccupation de protéger le mandat de déjudiciarisation, en préservant suffisamment de ressources pour continuer à l'exercer. Dans la même optique, le désir d'offrir le double mandat sur tout le territoire de l'Île, qui s'est manifesté clairement à plusieurs reprises, aurait pu se traduire par une tendance à définir, dans la pratique, le mandat P-38.001 dans un sens très large. Cette ambivalence, palpable au cours de cette période de déploiement, s'est cristallisée autour d'une valse hésitation sur la question du déplacement : « y va-t-on ou pas ? ». Deux tendances au sein de l'équipe se sont manifestées : 1) se déplacer sur chacun des appels même s'il ne cadre pas parfaitement avec l'idée qu'on se fait du mandat P-38.001; 2) faire une bonne évaluation de la demande au téléphone pour éviter de bouger pour des appels « qui ne rentrent pas dans le mandat ».

L'ambivalence des intervenants sur le modèle à mettre en œuvre ne souligne-t-elle pas le dilemme dans lequel les placent les deux mandats en ce sens qu'ils sont semblables sur le plan « clinico-pratique » tandis qu'ils sont dissemblables sur le plan normatif ? Le premier mandat découle de l'ordre socio-politique (entente interministérielle portant sur l'objectif de déjudiciarisation en santé mentale en 1990) tandis que le second mandat découle de l'ordre juridico-politique et bénéficie de la force du droit. Il est vrai que la loi restreint la marge de manœuvre de l'UPS-J qui aurait préféré sans aucun doute intégrer les deux mandats, mais il est vrai également que la loi redéfinit le statut de l'UPS-J de par sa désignation officielle et renforce sa légitimité institutionnelle et son autorité vis-à-vis d'autres acteurs du champ de l'intervention en santé mentale.

Le processus d'implantation de cette loi et ses effets concrets ont été très peu étudiés jusqu'à présent. Ce rapport est un premier pas dans le but de mieux connaître l'articulation de la norme prescriptive et les pratiques concrètes qui sont visées, celles des intervenants et des populations ciblées. Il nous semble que, et c'est le cas de bien des lois, l'arrimage entre la loi et la pratique est problématique à plusieurs niveaux. Nous en avons identifié quelques uns qui apparaissent les plus importants.

- 1) L'estimation/évaluation du danger grave et immédiat de l'état mental dans un contexte d'urgence est forcément une activité «clinique» au sens large du terme et fort difficile à objectiver par des outils standardisés ou par des critères psychiatriques ou médicaux trop restrictifs. L'expérience de l'intervenant en situation de crise devrait être mise de l'avant et davantage valorisée car elle joue un rôle majeur, notamment dans un contexte d'urgence;
- 2) la coexistence de deux mandats (P.38.001 et déjudiciarisation) est une source de confusion et de dépense inutile d'énergies pour les acteurs concernés, notamment l'UPS-J et la police;
- 3) différents constats vont dans le sens des avantages de l'intégration réfléchie des deux mandats :
 - a) la relative stabilité de la demande;
 - b) le peu de cas P.38.001;
 - c) l'importance de la demande de «référence-conseil» témoignée par la police dans les nouveaux territoires où seul le deuxième mandat devrait être appliqué;
 - d) l'inutilité de faire appel à l'UPS-J lorsque le danger grave et immédiat est clair et net aux yeux des policiers et des ambulanciers;
 - e) l'importance de la catégorie «autre» dans les interventions d'UPS-J;
 - f) le décalage entre l'importance accordée à l'estimation du danger et à l'intervention directe dans le processus d'implantation de la loi (voir chapitres 3 et 4) et le besoin d'autres types d'action sur le terrain (le tiers des références en vertu de la loi ne donnent pas lieu à un déplacement de l'UPS-J) mis en évidence par la demande des acteurs traditionnels de l'intervention d'urgence (police et ambulanciers);
- 4) les effets de la loi sur les populations devraient mettre en garde le législateur et les intervenants sur les possibles dérapages de son utilisation trop fréquente, loi somme toute d'exception;
- 5) le codage parfois abusif de problèmes hétérogènes (pauvreté, itinérance, conflictualité privée et publique, etc.) sur le registre du «mental» pourrait contribuer à négliger des réponses plus adéquates à ces problèmes non forcément (ou entièrement) mentaux lorsque les énergies sont concentrées sur la seule gestion du danger d'origine «mentale» dans l'urgence et dans l'immédiateté;
- 6) Les nombreux appels pour des conflits avec des proches sur les nouveaux territoires de même que l'augmentation du recours à des «requêtes» de garde provisoire pour gérer des conflits familiaux, posent la question de la légitimité de l'utilisation d'une loi d'exception comme instrument courant de gestion de ce type de situations.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abramson, M. (1972). The Criminalization of Mentally Disordered Behavior: Possible Side Effect of a New Mental Health Law. *Hospital and Community Psychiatry*, 23(4), 101-105.
- Amyot, A., Aird, G., Charland, C. et Robillard, L. (mars 1985). *Rapport du comité d'étude sur les services psychiatriques de la région de Montréal (06-A) présenté à M. Guy Chevrette, Ministre des Affaires sociales* (Tome I).
- Arvanites, T.M. (1988). The Impact of State Mental Hospital Deinstitutionalization on Commitments for Incompetency to Stand Trial. *Criminology*, 26(2), 307-320.
- Bergeron, V. (1981). *L'attribution d'une protection légale aux malades mentaux*. Montréal: Yvon Blais Inc.
- Bittner, E. (1967). Police Discretion in Emergency Apprehension of Mentally Ill Persons. *Social Problems*, 14(3), 278-292.
- Borzeki, M. et Wormith, J.S. (1985). The Criminalization of Psychiatrically Ill People: a Review with a Canadian Perspective. *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 10(4), 241-247.
- Boudreau, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institutions*. Montréal: Editions St-Martin.
- Brinded, P., Malcolm, F., Fairley, N. et Doyle, B. (1996). Diversion versus Liaison: Psychiatric Services to the Courts, Wellington, New Zealand. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 167-176.
- Cardinal, C. (2001). La police, un intervenant de première ligne pour le réseau de la santé mentale. in H. Dorvil et R. Mayer (Sous la dir. de), *Problèmes sociaux — Études de cas et interventions sociales*. Tome II, (pp. 447-469). Montréal : Presse de l'Université du Québec.
- Cardinal, C. (1997). 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec 1961-1996 dans *Le Comité de la santé mentale du Québec. Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*. Québec: Gouvernement du Québec. MSSS, 264 p.
- Cardinal, C. et Laberge, D. (1999). Le système policier et les services de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, XXIV(1), 199-220.
- Clément, M. (2001). Dans la ligne de mire des audiences de révision de cure fermée : l'état mental et la dangerosité. *Santé mentale au Québec*, XXVI(1), 9-26.
- Cohen, D., Thomas, G., Dallaire, B., Morin, P., Fortier, R. et McCubbin, M. (1998). *Savoir, pouvoir et dangerosité civile : une étude des décisions de révision de cure fermée de la Commission des Affaires sociales du Québec*. Montréal: GRASP, Université de Montréal.
- Daigneault, M.-M. (1998). Le projet de loi 39 : trop ou assez ? L'intervention policière auprès de personnes présentant un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. in Barreau du Québec. Service de la formation permanente, *Développements récents en droit de la santé mentale*, (pp. 43-76). Cowansville: Éditions Yvon Blais.
- Davis, S. (1992). Assessing the "Criminalization" of the Mentally Ill in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(8), 532-538.
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157.
- Dorvil, H. (1988). *De l'Annonciation à Montréal. Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*. Montréal: Editions Emile-Nelligan.

- Fondaire, M. et Cossette, D. (2001). Quand l'application d'une loi exige le partenariat. *Santé mentale au Québec*, XXVI(1), 9-26.
- Green, T.M. (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.
- Guberman, N., Dorvil, H. et Maheu, P. (mai 1987). *Amour, bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation* (Tome I). Rapport de recherche no 23 soumis à la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon) . Québec: Les publications du Québec, 450 p.
- Hochstedler Steury, E. (1991). Specifying "Criminalization" of the Mentally Disordered Misdemeanant. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 82(2), 334-359.
- Holstein, J.A. (1993). *Court-Ordered Insanity. Interpretive Practice and Involuntary Commitment*. New York: Aldine de Gruyter.
- Laberge, D., Landreville, P. et Morin, D. (2000). Pratiques de déjudiciarisation de la maladie mentale : le modèle de l'Urgence psychosociale-justice. *Criminologie*, 33(2), 81-107.
- Laberge, D., Landreville, P., Morin, D. et Casavant, L.. (1997). *L'urgence psychosociale. Évaluation de la période de rodage* (Rapport de recherche soumis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre). Montréal: École de criminologie, U. de Montréal, Département de sociologie, UQÀM, 91 p.
- Laberge, D., Landreville, P., Morin, D., Robert, M. et Soullière, N.. (1991). *Le traitement judiciaire des personnes connaissant des problèmes de santé mentale* (Cahier no 13). Montréal: Les cahiers du groupe de recherche et d'analyse sur les politiques et les pratiques pénales (G.R.A.P.P.P.), 221 p.
- Laberge, D. et Morin, D. (1993). Troubles mentaux et intervention pénale; questions entourant les évaluations de la judiciarisation en Amérique du Nord. *Déviance et Société*, 17(3), 309-348.
- Laberge, D. et Morin, D. (1992). *Les clientèles "psychiatrie-justice": problèmes de prise en charge et d'intervention*. Montréal: Les cahiers du G.R.A.P.P.P., 101 p.
- Laberge, D., Morin, D. et Robert, M. (1995). La réforme du *Code criminel canadien* en matière de troubles mentaux et son impact sur la détention des justiciables. *Criminologie*, 28(2), 61-83.
- Landreville, P., Morin, D. et Laberge, D. (2002). La prise en charge de femmes à l'Urgence psychosociale-justice de Montréal (UPSJ) : réflexions sur les politiques de tolérance zéro. *Politiques sociales*, 1-2, 94-104
- Lefebvre, Y. (1985). *Psycauses* . Montréal: Recherche subventionnée par la section nationale du Bien-Etre social de la Santé et Bien-Etre social Canada.
- Ménard, J.-P. (1998). L'impact de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui sur le consentement aux soins. in Barreau du Québec. Service de la formation permanente, *Développements récents en droit de la santé mentale*, (pp. 237-266). Cowansville: Éditions Yvon Blais.
- Menzies, R.J. (1987). Psychiatrists in Blue: Police Apprehension of Mental Disorder and Dangerousness. *Criminology: An Interdisciplinary Journal*, 25, 429-453.
- Migneault, P. et O'Neil, J. (Sous la dir. de). (1988). *Consentement éclairé et capacité en psychiatrie. Aspects cliniques et juridiques*, Douglas Hall, Verdun. Verdun: Editions Douglas.

- Morin, D., Roy, S., Rozier, M. et Landreville, P. (2005). Homelessness, Mental Disorder, and Penal Intervention: Women Referred to a Mobile Crises Intervention Team. in W. Chan, D.E. Chunn et R. Menzies (Eds), *Women, Madness and the Law: A Feminist Reader*. Portland, Oregon : Glass House Press.
- Morin, P., Dallaire, B., McCubbin, M. et Cohen, D. (1999). *L'opérationnalisation de la notion de dangerosité civile lors des audiences pour ordonnance d'examen clinique psychiatrique et d'hospitalisation psychiatrique obligatoire. Rapport de recherche soumis au CQRS*. Montréal: Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP) Université de Montréal.
- Patch, P.C. et Arrigo, B.A. (1999). Police Officer Attitudes and Use of Discretion in Situations Involving the Mentally Ill: The Need to Narrow the Focus. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(1), 23-35.
- Pfohl, S.J. (1978). *Prediction dangerousness. The Social Construction of Psychiatric Reality*. Mass.: Lexington Books, D.C. Health.
- Porporino, F.J. et Motiuk, L.L. (1993). La libération conditionnelle des délinquants atteints de troubles mentaux. *Forum*, 5(3), 19-22.
- Ritchie, J. et Lewis, J. (2003). *Qualitative Research Proactive. A Guide for Social Science Students and Researchers*. London: Sage Publications.
- Robertson, G.B. (1987). *Mental Disability and the Law in Canada*. Toronto, Calgary, Vancouver: Carswell.
- Santos, P. L'urgence psychosociale-justice et le rôle de protection sociale envers les personnes présentant des problèmes de santé mentale. *Intervention*, 119, 100-104.
- Teplin, L.A. (1984a). Criminalizing Mental Disorder: The Comparative Arrest Rate of the Mentally Ill. *American Psychologist*, 39(7), 794-803.
- Teplin, L.A. (1984b). Managing Disorder. Police Handling of the Mentally Ill. In L.A. Teplin (Ed.), *Mental Health and Criminal Justice*, (pp. 157-175). Beverly Hills: Sage.
- Wachholz, S. et Mullaly, R. (1993). Policing the Deinstitutionalized Mentally Ill: Toward an Understanding of Its Function. *Crime, Law and Social Change*, 19(3), 281-300.
- Warren, C.A.B. (1982). *The Court of Last Resort. Mental Illness and the Law*. Chicago: University of Chicago Press.

ANNEXES

ANNEXE 1 ORGANISMES REPRÉSENTÉS AUX DIFFÉRENTS COMITÉS

Comité d'implantation 2002-2003

Action autonomie

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (auparavant Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre)

Centre de crise L'Appoint

Centre de crise Le Transit

CLSC des Faubourgs, UPS-J

Regroupement des CLSC

SPVM

Table régionale des chefs de département de psychiatrie

Université de Montréal

Urgences-santé

UQÀM

Consortium

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (auparavant Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre)

Centre de crise Le Transit

Centre de psychiatrie légale de Montréal

Centre Dollard-Cormier

CLSC des Faubourgs, UPS-J

Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI), UQÀM

Diogène

Direction générale des Services correctionnels du Québec, ministère de la Sécurité publique

Service social psychiatrique, CHUM, Notre-Dame

SPVM

Substitut du procureur général, Cour du Québec à Montréal

Comité-outil

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Centre de crise Le Transit

Centre de crise IRIS

CLSC des Faubourgs, UPS-J

ANNEXE 2
CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS DU PROCESSUS D'IMPLANTATION
DU NOUVEAU MANDAT DE L'UPS-J (ARTICLE 8 DE LA LOI P-38.001)

26 mai 1998

La sous-ministre de la santé et des services sociaux mandate les Régies régionales pour désigner les services de crise afin de remplir le mandat d'application de la *Loi P-38.001* (délai 3 ans).

Publication par le MSSS d'un dépliant d'information sur les droits et recours des personnes mises pour garde en vertu de la *Loi P-38.001*.

1^{er} juin 1998

Entrée en vigueur de la *Loi P-38.001*.

4 juin 1998

Le SPCUM lance ses directives aux commandants d'unités pour l'application de la *Loi P-38.001*.

5 juin 1998

La Régie régionale de Montréal-Centre convoque des représentants des principaux partenaires à une rencontre pour définir un plan d'action pour l'application de la *Loi P-38.001*.

18 juin 1998

Le SPCUM avise les commandants de poursuivre les pratiques antérieures en attendant la désignation des intervenants des services d'aide en situation de crise.

25 juin 1998

La Régie régionale annonce son mandat de mise en œuvre de la loi auprès de ses partenaires.

Été 1998

Consultation des partenaires par la Régie régionale.

11 septembre 1998

Première rencontre officielle et mise en place du Comité régional d'implantation de la *Loi P-38.001*.

6 novembre 1998

Deuxième rencontre du Comité régional d'implantation de la *Loi P-38.001*.
Rencontre de planification.

Janvier 1999

Travaux actualisant le mandat de la Régie en regard de la *Loi P-38.001* et création du comité ad hoc « formation », sous-comité régional d'implantation.

27 janvier 1999

Rencontre des groupes d'intervention de crise du RRASMQ sur la question de la désignation des intervenants des services d'aide en situation de crise et ses enjeux.

Février 1999

Proposition d'un modèle d'intervention de crise par le regroupement des CIC au Comité régional d'implantation de la *Loi P-38.001*.

Mars 1999

Demande de financement pour la désignation des CIC auprès du MSSS.

21 mai 1999

Réunion du Comité régional d'implantation : comptes-rendus du sous-comité sur la formation et sur les rôles et responsabilités. Plan d'action 1999-2000.

17 juin 1999

Réunion interne de la Régie régionale réunissant les services concernés par l'application de la *Loi P-38.001*. État d'avancement des travaux de planification et d'organisation des services suite à l'adoption de la loi.

5 octobre 1999

Appui de l'Association québécoise des parents et amis du malade mental à la proposition de désignation du regroupement des CIC.

Août 2000

Rencontre du Comité régional d'implantation.

Août 2000 et hiver 2001

Projet-pilote de formation des intervenants sur l'outil de dangerosité.

Septembre 2000

Publication de l'avis du CSMQ sur la mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la *Loi P-38.001*.

Octobre 2000

Colloque de Trois-Rivières sur la *Loi P-38.001*, organisé par le regroupement des CIC.

Automne 2000 et hiver 2001

Projet pilote de formation pour expérimenter les nouveaux outils afin de soutenir l'application de la loi et s'assurer que ces derniers sont adaptés aux besoins des intervenants de première ligne (Urgences-santé, SPCUM, 911 et Suicide Action Montréal) et les autres (CLSC, CH, CIC, UPS-J).

Mars 2001

Crédits non disponibles pour l'attribution du mandat général selon le scénario initial désignant les CIC pour appliquer l'article 8 de la *Loi P-38.001* sur l'Île de Montréal.

Mars à mai 2001

Consultation de la Régie régionale pour l'élaboration d'un nouveau plan de désignation.

13 mars 2001

Dépôt du rapport du coroner Kronström dans l'affaire B. Bédard.

11 mai 2001

Tenue du forum d'Action autonomie sur la garde en établissement (*Loi P-38.001*).

28 mai 2001

Le MSSS demande aux Régies régionales le bilan de mise en application de la loi et rappelle l'échéancier du 1^{er} juin 2001.

Mai 2001

Nouvelle proposition de la Régie régionale concernant le mandat général (mandat qui sera attribué à l'UPS-J). Réallocation des ressources pour le développement de services de base en CLSC.

Le Comité régional d'implantation est dissout.

Publication d'un premier bilan national sur l'application de la loi par l'AGIDD-SMQ.

Juin 2001

Dépôt de l'avis du CSMQ sur la *Loi P-38.001*.

1^{er} juin 2001

Date limite pour informer le MSSS de la désignation officielle des intervenants des services d'aide en situation de crise dans toutes les Régies régionales de la province. Échéance imposée par le MSSS.

11 juin 2001

Lettre du Regroupement des CIC à la Régie régionale pour contester la décision de la Régie régionale dans sa proposition d'un plan B (i.e. désigner l'UPS-J pour remplir le mandat général) et présenter une contre proposition.

14 juin 2001

La Régie régionale désigne le CLSC des Faubourgs (UPS-J) pour mettre en application l'article 8 de la *Loi P-38.001* (mandat général).

18 juin 2001

La Régie régionale annonce à tous ses partenaires la désignation de l'UPS-J pour appliquer l'article 8 de la *Loi P-38.001* (mandat général).

26 juin 2001

Accord de principe du CA du CLSC des Faubourgs pour remplir le mandat général.
Juillet 2001

Le SPVM accepte de continuer à intervenir en vertu de son pouvoir de maintien de la paix et assurer la sécurité publique (rôle supplétif) en attendant la mise en œuvre du mandat général de l'UPS-J.

Février 2002

Le CA de la Régie régionale accepte la proposition de désignation de l'UPS-J pour la mise en œuvre du mandat général.

Mai 2002

Engagement du consultant par le CLSC des Faubourgs pour l'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J.

27 mai 2002

Le CLSC des Faubourgs obtient la confirmation de l'octroi des fonds pour mettre en œuvre son nouveau mandat.

Automne 2002

Consultation des partenaires de l'UPS-J sur les modalités de mise en œuvre du nouveau mandat.

Septembre 2002

Projet-pilote de formation des policiers sur l'intervention en santé mentale par l'UPS-J.

30 septembre et 1^{er} octobre 2002

1^{ère} conférence nationale sur l'intervention policière en santé mentale organisé par le Comité canadien de liaison sur l'intervention policière en santé mentale.

2 octobre 2002

1^{er} rencontre du Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs pour la mise en œuvre du nouveau mandat de l'UPS-J.

24 octobre 2002

2^e rencontre du Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs pour la mise en œuvre du nouveau mandat de l'UPS-J.

7 janvier 2003

3^e et dernière rencontre du Comité d'implantation du CLSC des Faubourgs pour la mise en œuvre du nouveau mandat de l'UPS-J.

15 février 2003

1^{er} jour d'entrée en fonction de l'UPS-J sur les nouveaux territoires pour mettre en application le mandat P-38.001.

Avril 2003

Révision des règles d'application de la sectorisation des services psychiatriques de courte durée pour adultes par la Régie régionale de Montréal-Centre.

Automne 2003-Printemps 2004

Formation de policiers sur la *Loi P-38.001* par l'UPS-J.

Automne 2003

Soumission d'un devis de recherche à la Régie régionale pour l'étude du processus d'implantation du nouveau mandat de l'UPS-J.

23 septembre 2003

Désignation — mandat spécifique (volet A) : lettre de relance de la Régie régionale du plan de désignation d'intervenants de services d'aide en situation de crise pour les clientèles « connues et en présence ». À ce jour, le mandat général (volet B) attribué à l'UPS-J est déployé à 75 %. Planification d'une rencontre d'information avec un représentant de tous les établissements susceptibles d'être désignés (CHSGS et CHSP, Dollard-Cormier) dans le cadre du mandat spécifique.

22 octobre 2003

Désignation du mandat spécifique (volet A) : lettre de relance de la Régie régionale du plan de désignation d'intervenants de services d'aide en situation de crise pour les clientèles « connues et en présence » pour les CIC.

4 décembre 2003

Désignation — mandat spécifique (volet A) : rencontre d'information et lancement du plan de désignation. La Régie régionale invite les établissements à accepter ou non la désignation. La réponse est attendue au plus tard le 23 janvier 2004.

Janvier 2004

Mise sur pied par la Régie régionale du Comité-outil pour l'actualisation du mandat spécifique (volet A de la désignation). Le Comité se réunira à au moins dix occasions entre janvier 2004 et printemps 2005.

13 janvier 2004

Rencontre entre l'UPS-J et les CIC : clarification des rôles et des responsabilités.

29 janvier 2004

La Régie régionale devient l'Agence de développement de réseaux locaux de services sociaux et de santé.

16 février 2004

Début de la formation, mandat spécifique (volet A de la désignation pour les clientèles "connues et en présence») des intervenants rattachés aux établissements qui ont demandé à être désignés).

Mars 2004

Début de formation des intervenants désignés mandat spécifique, jour 1.

20 avril 2004

Première rencontre d'équipe de l'UPS-J pour définir leur modèle d'intervention (ou cadre de référence).

30 avril 2004

Date limite imposée à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, pour soumettre au MSSS un nouveau modèle d'organisation des services conforme aux visées de la réforme.

4 mai 2004

Deuxième rencontre d'équipe de l'UPS-J pour définir leur modèle d'intervention (ou cadre de référence).

1^{er} juin 2004

Entente de service pour l'application de la *Loi P38.001* entre l'Agence et la Corporation d'Urgences-santé.

Août 2004

Fin du déploiement de l'UPS-J sur tout le territoire de l'Île de Montréal.

19 janvier 2005

Rencontre de l'Agence, de l'UPS-J et du SPVM sur la clarification des rôles et responsabilités dans l'application de la loi et élaboration d'une demande conjointe de révision de la loi.

Printemps 2005

Début de la formation des intervenants désignés dans le cadre du mandat spécifique, jour 2.