

Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers, intervenants sociaux et intervenants de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal

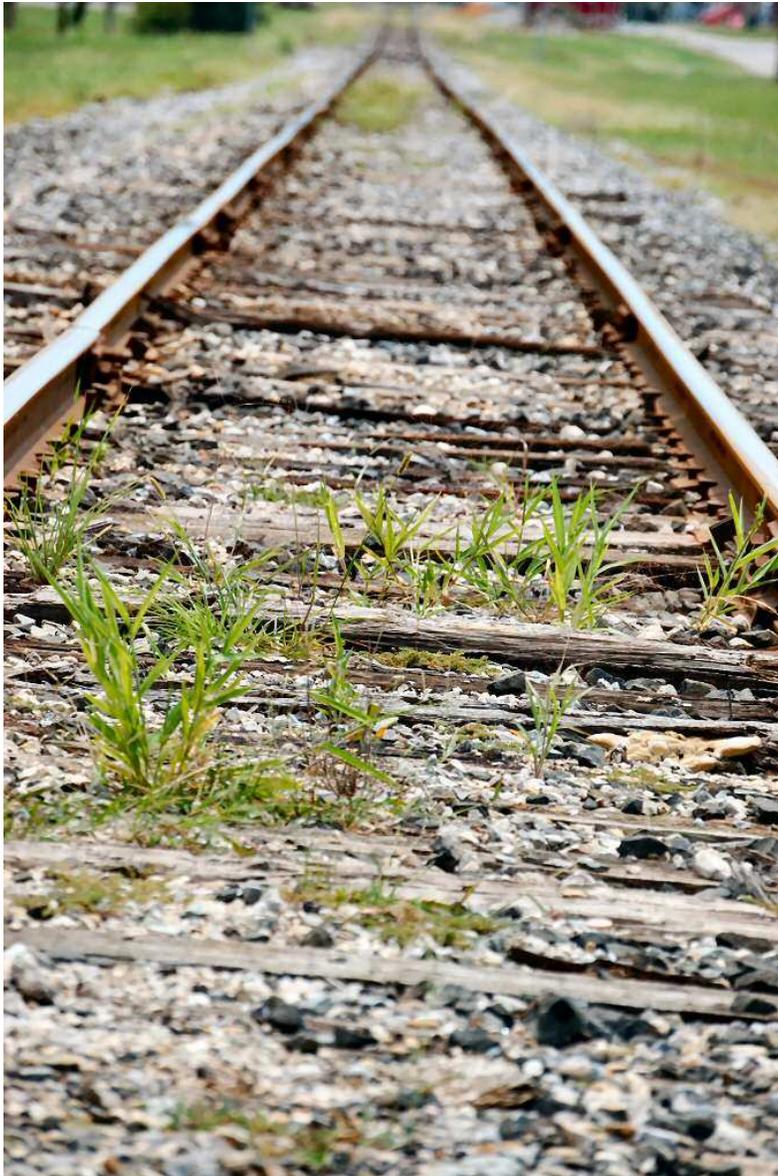
Rapport de recherche
exploratoire

Novembre 2012

Rose, Marie-Claude
Baillergeau, Evelyne
Hurtubise, Roch
Mc All, Christopher

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales, les
discriminations et les pratiques
alternatives de citoyenneté (CRÉMIS)

Centre affilié universitaire
CSSS Jeanne-Mance



Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance

Centre affilié universitaire

CREMIS

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales
et les discriminations

LilGoldWmn, 2007. Certains droits réservés. CC

Rapport de recherche déposé à l'Agence de santé et des services sociaux (ASSS)
et au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)

Novembre 2012

Remerciements

Cette recherche exploratoire a bénéficié du soutien de nombreux collaborateurs. Elle a notamment été rendue possible grâce à l'implication des professionnels et des gestionnaires de l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), tant au Centre de santé et des services sociaux Jeanne-Mance (CSSS J-M) qu'au Service de police de la Ville de Montréal (SPVM). Nous les remercions chaleureusement de leur accueil, de leur intérêt, ainsi que de la grande disponibilité dont ils ont fait preuve tout au long de cette recherche.

Il s'agit, pour l'équipe EMRII-CSSS Jeanne-Mance, de **Judith Arseneault** (travailleuse sociale, 2011-2012), **Rudy Escoffier** (éducateur spécialisé, 2012), **Nathalie Gallant** (infirmière, 2010-2012), **Frédéric Maari** (agent de relations humaines, 2009-2010) et **Daniel Plante** (spécialiste en activités cliniques, 2012). Pour l'équipe EMRII-SPVM, **Any Gravel** (coordonnatrice, 2009-2012), et les agents **Sophie Bellemare** (2009-2012), **Laurent Dyke** (2009-2012), **Stéphanie Gendron** (2011-2012) et **Mélanie Thibert-Leduc** (2012).

Nous remercions également les personnes desservies par EMRII, qui bien que dans une situation souvent difficile ont accepté la présence d'une chercheuse lors de certaines de leurs interactions avec les membres de l'équipe mixte. Un merci tout particulier aux sept personnes qui ont accepté de partager leur expérience avec nous dans le cadre d'une entrevue individuelle.

Enfin, nous remercions l'Agence de santé et des services sociaux et le Service de police de la Ville de Montréal qui ont financé cette recherche, ainsi que **Francine Côté** (Cheffe d'administration de programmes/direction des services spécifiques au CSSS J-M), **Isabelle Billette** (Conseillère à la Section recherche et planification au SPVM), **Michelle Côté** (Cheffe de la Section recherche et planification au SPVM) qui ont participé aux travaux du comité de suivi de la recherche aux côtés des quatre chercheurs. Dans le cadre d'une approche collaborative en recherche, ce comité de suivi a été mis sur pied afin d'assurer un dialogue entre gestionnaires et chercheurs.

Résumé

L'objet de cette recherche exploratoire fut de documenter un type d'intervention qui se déploie actuellement à une échelle réduite à Montréal dans le cadre d'une équipe mixte de policiers et d'intervenants sociaux et de la santé : *l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance* (EMRII). Ce modèle de collaboration entre intervenants sociaux (travailleur social, éducateur spécialisé), intervenants de la santé (infirmier) et policiers se veut une alternative proactive pour offrir des réponses individualisées à des personnes en situation d'itinérance, vulnérables et faisant l'objet de nombreuses interventions policières. EMRII a offert un suivi intensif à 95 personnes entre l'automne 2009 et l'automne 2012 (suivi d'une durée moyenne de treize mois). Plus de 150 autres personnes ont aussi reçu directement ou indirectement une aide ponctuelle de la part de l'équipe, afin de les orienter vers les services, d'arrimer les services entre eux et d'orienter le travail des patrouilleurs. À travers cette recherche exploratoire, nous avons souhaité identifier les enjeux que soulève un tel travail de collaboration interprofessionnelle et participer à la réflexion sur les retombées d'une équipe mixte en itinérance.

Concrètement, il s'est agi de :

- a) **Documenter l'implantation et la mise en œuvre d'EMRII à Montréal**
- b) **Documenter les pratiques d'intervention et de collaboration des professionnels de l'équipe mixte**, afin d'illustrer les enjeux cliniques et éthiques rencontrés dans l'intervention auprès de personnes en situation d'itinérance et de dégager les divers registres d'intervention d'EMRII.
- c) **Documenter l'expérience de personnes qui reçoivent les services de l'équipe mixte**. Quels sont les usages ou stratégies adoptés par les personnes à la rue pour améliorer leurs conditions de vie et comment l'utilisation des services offerts par EMRII en fait-elle partie?
- d) **Identifier les modes d'appropriation sociale qui se construisent à travers EMRII chez les policiers, les usagers et les intervenants spécialisés**, pour dégager les constats qui permettent de baliser ces pratiques et les défis qui se posent pour desservir adéquatement la population itinérante.
- e) Sur la base de la littérature et du terrain, **identifier des constats, des indicateurs de suivi dans une approche évaluative axée sur les résultats, ainsi que les pistes de recherche**, afin d'alimenter les équipes dans le développement des projets de première et deuxième ligne en itinérance.

La méthodologie de la recherche se situe au croisement de l'analyse des pratiques professionnelles et de la théorie de l'appropriation sociale. Cette recherche exploratoire a été réalisée au cours d'une période de huit mois, entre mars et octobre 2012. Dans ce rapport, nous décrivons, dans un premier temps, la rencontre de deux cultures institutionnelles au sein d'une équipe mixte, sa mise en œuvre et l'établissement de diverses pratiques de co-intervention. Dans un deuxième temps, nous explorons la question des retombées d'une équipe mixte sous différents angles: divers constats à propos de cette équipe, tels que vécus par les principaux acteurs qui la composent (les policiers, les intervenants sociaux, les intervenants de la santé et les personnes en situation d'itinérance); des indicateurs de suivi continu afin de contribuer à la gestion et au développement des pratiques interprofessionnelles en itinérance; et des pistes de recherche pour poursuivre la réflexion sur les retombées d'une équipe mixte.

Parallèlement à ce rapport, a également été réalisée une synthèse bibliographique sur la collaboration entre police, santé et services sociaux au sujet de l'itinérance aux États-Unis, en Australie et en Europe.

Table des matières

Remerciements	1
Résumé	2
Liste des abréviations, sigles et acronymes.....	4
<i>Avant-propos</i>	5
Introduction – améliorer la réponse en itinérance	7
1 – INTERVENTION EN ITINÉRANCE ET COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE	13
1.1 – Les obstacles à l'accès aux services par les personnes en situation d'itinérance	13
1.2 – Itinérance, cohabitation dans les espaces publics et judiciarisation	17
1.3 – Orientations théoriques de l'analyse des pratiques d'intervention	19
1.4 – Méthodologie de la recherche	23
2 – PRATIQUES D'INTERVENTION D'UNE ÉQUIPE MIXTE EN ITINÉRANCE	27
2.1 – Collaboration interprofessionnelle entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux : la rencontre de deux cultures d'intervention	27
2.1.1 – Collaboration interprofessionnelle en itinérance	27
2.1.2 – Contexte d'implantation et de mise en œuvre d'EMRII	33
2.1.3 – S'inventer comme équipe.....	38
2.2 – Fonctionnement d'une équipe mixte	47
2.3 – Pratiques de collaboration et d'intervention au sein d'EMRII.....	61
2.3.1 – Rencontre des mandats et division des rôles	61
2.3.1 – Trois moments de l'intervention : observer, analyser et agir.....	67
OBSERVER	68
ANALYSER	74
AGIR	78
2.4 – Registres d'interventions au sein d'EMRII — quelques exemples de suivis.....	94
2.5 – Appropriation sociale d'EMRII par les intervenants du CSSS et les policiers : la tension entre la pratique EMRII et les mandats premiers	109
2.6 – Quelques réflexions pour poursuivre l'analyse	115
3 – REGARDS CROISÉS SUR LES RETOMBÉES D'EMRII	119
3.1 – Expérience des personnes desservies par EMRII.....	121
3.2 – Expérience des professionnels de l'équipe mixte	130
3.3 – La gestion et le développement des pratiques : des indicateurs de suivi des équipes EMRII et ESUP	139
Conclusion – Poursuivre la recherche sur les impacts d'une équipe mixte	145
Bibliographie	151

Liste des abréviations, sigles et acronymes

SPVM – Service de police de la Ville de Montréal

CSSS J-M – Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

EMRII – Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance

ESUP – Équipe de soutien aux urgences psychosociales

UPS-J – Équipe d'Urgence Psychosociale-Justice

PAJ-SM – Programme d'accompagnement justice-santé mentale

P38 – (Loi P-38.001) Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui

9-1-1 – Centre d'appels d'urgence faits sur le territoire de l'île de Montréal

CLSC – Centre local de services communautaires

PDQ – Poste de quartier (du Service de police de la Ville de Montréal)

TAQ – Tribunal administratif du Québec (Division de la santé mentale)

P.I. – Plan d'intervention

Avant-propos

Juillet 2012. La policière engage le véhicule lettré EMRII dans une ruelle du centre-ville. Elle va y valider de nouvelles informations au sujet de l'endroit où Monsieur V., âgé de 61 ans, dort depuis quelque temps. Elle repère un bout de carton et quelques effets personnels posés sur l'asphalte, derrière l'édifice de la station-essence. Elle note que l'endroit est propre. En retournant sur la rue Ontario, elle s'arrête devant un groupe de femmes réunies à l'extérieur et qu'elle identifie comme des intervenantes d'une ressource communautaire. Elles se saluent et la policière leur demande si elles connaissent l'homme qui vit dans la ruelle. Elles confirment le voir à l'occasion. Elles ont d'ailleurs eu des échos de certains voisins qui se sont plaints que ce dernier se masturbe à la vue de tous. La policière informe les intervenantes qu'EMRII est au dossier et les invite à communiquer avec l'équipe au besoin. Elle parcourt ensuite les rues avoisinantes à la recherche de Monsieur V., s'attardant près des espaces verts où il se trouve parfois, puis s'arrête à un dépanneur où il va régulièrement vendre des bouteilles. Elle m'indique au passage l'abribus où s'était installé Monsieur V. lorsqu'il a été référé à l'équipe par des policiers patrouilleurs. Le caissier du dépanneur a vu Monsieur V. il y a moins de dix minutes. De retour vers la ruelle, la policière aperçoit Monsieur V. sur le trottoir. Elle arrête le véhicule, baisse la fenêtre et le salue. Elle lui rappelle son nom, lui dit qu'elle travaille avec l'infirmière du CSSS. Monsieur V. la salue, puis elle sort du véhicule pour échanger quelques mots avec lui : « Comment ça va ces temps-ci? Et avec les policiers? Je suis venue vous féliciter de respecter vos deux quadrilatères¹. Nous sommes contents des efforts que vous faites. » À peine quelques minutes. Un bon contact. En quittant les lieux, la policière me précise qu'elle ne lui a pas parlé des indécentes signalées par le voisinage. Cette information sera communiquée à l'éducateur spécialisé de l'équipe pour qu'il aborde cette question avec Monsieur V. en temps opportun.

Au début de la semaine suivante, en retournant vers leurs bureaux respectifs, un policier et l'infirmière aperçoivent Monsieur V. sur la rue St-Denis. Demi-tour pour aller le saluer. L'infirmière sort du véhicule et marche d'un bon pas pour rejoindre Monsieur V. qui a continué son chemin et se trouve maintenant dans la ruelle de la Grande bibliothèque. Il reconnaît l'infirmière et lui sourit. Elle s'informe de lui et de son œil blessé à l'arcade sourcilière. Elle lui propose de venir la voir dans deux jours au CLSC pour y regarder de plus près. Il dit qu'il viendra. Une conversation de quelques minutes, puis chacun poursuit son chemin.

Deux jours plus tard, en matinée, une policière et une travailleuse sociale d'EMRII aperçoivent Monsieur V. qui marche sur la rue Ontario. Elles s'arrêtent pour le saluer et entament une brève conversation par la fenêtre du véhicule de police. Elles lui rappellent le rendez-vous avec l'infirmière la journée même. Monsieur V. dit qu'il est passé au CLSC un peu plus tôt en matinée. On se salue.

Les patrouilleurs interviennent régulièrement auprès de Monsieur V. lorsqu'il a été référé à EMRII à l'automne 2009. Les motifs d'interpellation sont multiples : gisant ivre sur la voie publique, comportements indécents, usage inapproprié du mobilier urbain. Les professionnels de l'équipe racontent qu'il a fallu un certain temps avant qu'un lien de confiance s'établisse avec lui. Pendant les

¹ Secteur délimité par quatre rues où une personne est dans l'interdiction de se trouver dans le cadre des conditions de probation fixées par la cour.

deux premières années, Monsieur V. refuse de parler aux policiers de l'équipe EMRII et le lien avec les gens de la santé est ténu. Puis, en 2011, des intervenants du CSSS nouvellement sur l'équipe vont le visiter en détention à quelques reprises, lui expliquent les services d'EMRII, l'invitent à venir profiter de divers services dans les locaux du CSSS, où il pourra obtenir une nouvelle carte d'assurance sociale, recevoir des soins pour sa santé physique. On lui promet un service VIP!

Début juin 2012, Monsieur V. est arrêté pour avoir consommé de l'alcool sur l'espace public et s'être baladé à quelques reprises en sous-vêtements. EMRII saisit cette occasion de comparution pour faire des recommandations à la cour. Les professionnels de l'équipe, à la fois policiers et intervenants, s'entendent pour recommander que soit retirée la condition « de ne pas boire d'alcool » au dossier de Monsieur V. Les intervenants du CSSS font valoir que cette condition risque de mener à des arrestations à répétition et qu'elle ne va pas dans le sens du rétablissement de cet homme. Par ailleurs, dans l'optique de favoriser une cohabitation plus harmonieuse dans le quartier où vit Monsieur V, les policiers vont proposer que lui soit interdit l'accès à deux petits quadrilatères où les relations avec les commerçants et les résidents sont plus difficiles. Une policière se présente à la cour pour parler du travail de l'équipe auprès de cet homme et de l'investissement de Monsieur V. dans son suivi. Ces recommandations sont retenues par le juge. Les professionnels identifient ce moment comme le début d'un lien avec les policiers, après plus de deux années de suivi. Suite à cette intervention à la cour, Monsieur V. va démontrer une certaine ouverture à l'égard des policiers EMRII dans la recherche de compromis pour favoriser une meilleure cohabitation entre les différents acteurs dans l'espace public.

À la mi-août 2012, nouvelle arrestation de Monsieur V. qui circule dans un secteur où il lui est interdit de se trouver. Ce matin-là, l'avocat de la défense appelle les intervenants du CSSS pour connaître leurs recommandations. S'enclenche alors une discussion d'équipe par l'entremise de divers coups de téléphone: doit-on faire de nouvelles recommandations à la cour? Les policiers estiment que non. Si la première fois, l'équipe a fait valoir certaines conditions allant dans le sens de la réduction des méfaits et du rétablissement, cette fois-ci, Monsieur V. a contrevenu à ses conditions de probation et un suivi par l'équipe EMRII ne donne pas l'immunité... L'équipe fera le point sur le suivi auprès de la cour, sans par ailleurs faire de nouvelles recommandations.

Au moment de l'observation, à l'été 2012, après plus de deux années de suivi, les intervenants notent qu'ils ont un bon lien avec Monsieur V.: ce dernier reconnaît certains membres de l'équipe EMRII lorsqu'on le visite sur la rue et il les accueille en souriant, il se rend par lui-même au CLSC pour y rencontrer les professionnels de l'équipe, notamment pour différentes blessures qu'il se fait lorsqu'il est intoxiqué et pour des problèmes de peau liés aux rigueurs de la vie à la rue. Les divers professionnels s'arrêtent régulièrement le saluer, voir où il dort et prendre le pouls du voisinage. On reste à l'affût d'une demande, on évalue les risques liés à sa santé et aux enjeux de cohabitation. Dernièrement, Monsieur V. a parlé pour la première fois d'un intérêt à l'égard de la vie en appartement. Ce vers quoi les intervenants sociaux d'EMRII l'accompagneront lorsqu'il se dira prêt.

« Il faut prendre un recul, faire un travail de recherche, sortir les appels, voir le topo. Puis dire : OK, qu'est-ce qu'on peut faire autrement pour éviter que ça *spin* de même? Nous on est des gestionnaires de dossier.» (Policier)

« La particularité d'EMRII, c'est qu'on fait de la gestion de cas et on va suivre la personne partout où elle est, à travers tous les services, même les services judiciaires, pour éviter le phénomène des portes tournantes. » (Intervenant)

Introduction – améliorer la réponse en itinérance

Ce rapport de recherche, issue d'une demande des acteurs sur le terrain, vise à alimenter la réflexion sur l'amélioration des services destinés aux personnes itinérantes dans le cadre d'équipes mixtes réunissant d'intervenants sociaux, de la santé et de policiers. Il s'est agi, dans le cadre d'une recherche exploratoire de huit mois, de documenter les pratiques d'intervention et de collaboration d'une équipe mixte à Montréal et de dégager certains éléments d'analyse et d'évaluation afin d'outiller les équipes et les gestionnaires dans la consolidation et le développement de projets d'intervention en itinérance.

Les organismes et institutions œuvrant de près ou de loin avec les populations itinérantes s'entendent pour dire que le fait que ces personnes tendent à cumuler plusieurs problématiques psychosociales et de santé (problèmes physiques, maladie mentale, toxicomanie, troubles concomitants, déficience intellectuelle, atteintes neurologiques), qui agissent comme autant de vecteurs d'exclusion et de désaffiliation, commande des actions concertées entre les acteurs qui les côtoient (Roy et *coll.*, 2006). Les équipes mixtes visent à prendre en compte et à s'adapter aux diverses conjonctures de l'itinérance, telles que la crise de l'hébergement, la montée de l'intolérance et de l'insécurité dans la population, la judiciarisation et la criminalisation des pratiques d'occupation de l'espace public, la discrimination par certaines institutions du réseau de santé ou la méfiance des personnes à l'égard des institutions. Elles s'inscrivent dans la reconnaissance de la complexité et de la pluralité des enjeux liés à l'itinérance, et de la nécessité d'une action concertée entre les divers acteurs impliqués auprès des personnes.

C'est dans ce contexte et pour tenir compte des difficultés spécifiques à la vie à la rue que des professionnels ont développé des pratiques de concertation qui permettent d'adapter et de réinventer les services qui sont dédiés aux personnes en situation d'itinérance. Au cœur de la recherche proposée, il s'est agi de documenter le travail de **L'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance** (EMRII) à Montréal, mise sur pied en septembre 2009. EMRII est la première équipe mixte entre policiers et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux au Québec. L'équipe est composée de 5 policiers du SPVM et de 4 intervenants du CSSS J-M (infirmière, travailleuse sociale, éducateur spécialisé, spécialiste en activités cliniques). Elle a pour but d'améliorer la réponse aux personnes en situation d'itinérance dans le cadre du mandat suivant : « *Réaliser du travail de proximité pour rejoindre des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui sont régulièrement l'objet d'interventions policières et présentant des facteurs de vulnérabilité; voir à les référer et/ou les*

accompagner vers des services appropriés en fonction de leurs besoins afin d'améliorer leurs conditions de vie et de favoriser leur réinsertion » (Protocole d'entente, 2011). Si on situe EMRII parmi la gamme des initiatives police-santé mises sur pied depuis les vingt dernières années aux États-Unis, elle peut être classée parmi les modèles d'intervention conjointe : il s'agit d'un service initié par les services de police et qui s'inscrit dans un étroit travail de collaboration avec des intervenants de la santé et des services sociaux.

L'équipe mixte s'adresse à des personnes à la rue vivant des situations particulièrement complexes. On entend par là la chronicité dans l'itinérance, la comorbidité (présence simultanée de plusieurs diagnostics) et le phénomène des portes tournantes (accès de courte durée et à répétition aux services sans qu'une réponse satisfaisante ne soit apportée aux besoins de la personne). Outre qu'elles présentent divers facteurs de vulnérabilité, ces personnes font également l'objet d'interventions policières à répétition, généralement pour des raisons liées à leurs conditions de vie précaires et les multiples problématiques avec lesquelles elles sont aux prises. Cette équipe de deuxième ligne² se veut une alternative proactive pour offrir des réponses individualisées à des personnes socialement désaffiliées en offrant un filet de sécurité et de contrôle plus dense que ce que les institutions partenaires sont habituellement à même d'offrir. Policiers et intervenants demeurent en lien avec la personne où qu'elle se trouve : rue, hôpital, prison, refuge, thérapie, ressource communautaire. EMRII se situe à l'interface des personnes et des services afin de favoriser une plus grande continuité entre les acteurs en itinérance, de prévenir le phénomène des portes tournantes et d'assurer aux personnes l'accès à des services adaptés à leurs besoins adaptés. EMRII est une équipe mixte s'inscrivant dans une pratique de gestion de cas et de suivi intensif : en tant que telle, cette équipe figure parmi les pionniers au plan international.

EMRII a offert un suivi intensif à 95 personnes entre l'automne 2009 et l'automne 2012 (suivi d'une moyenne de treize mois)³. Plus de 150 autres ont également reçu directement ou indirectement une aide ponctuelle de la part de l'équipe, afin de les diriger vers les services, d'arrimer les services entre eux et d'orienter le travail des patrouilleurs.

EMRII est fondée sur la rencontre de deux cultures professionnelles pour le moins contrastées. **Comment cette rencontre s'opère-t-elle sur le terrain? Quel en est l'impact sur la trajectoire des personnes desservies?** Dans le cadre de cette recherche exploratoire, il s'est agi de problématiser les référents qui orientent le travail de l'équipe mixte SPVM – CSSS. À travers la description des trois moments de l'intervention « observer, analyser et agir », nous documentons quels sont les logiques d'action, les espaces de collaboration et les registres d'intervention au sein de cette collaboration

² En comparaison, les services de première ligne se caractérisent par leur accessibilité et une réponse immédiate pour des services de base (refuges, urgences, centres de jour, unités mobiles, etc.). Les policiers patrouilleurs qui répondent aux appels d'urgence travaillent en « première ligne ».

³ Parmi ceux-ci, trente dossiers sont aujourd'hui fermés : vingt-quatre dossiers ont été fermés suite à l'arrimage des personnes à divers services (hébergement, services spécialisés en itinérance, équipes en santé mentale, services réguliers du réseau de la santé et des services sociaux, services communautaires), trois dossiers ont été fermés puisqu'inactifs depuis une année (personnes hors du secteur du SPVM) et trois personnes sont décédées.

interprofessionnelle. Afin d'alimenter la réflexion sur les retombées d'une équipe mixte en itinérance, nous identifions ensuite certains impacts d'EMRII, et ce, pour les différents groupes d'acteurs en cause, en partant du principe que la mise en œuvre réussie du projet n'implique pas nécessairement des progrès effectifs pour la qualité de vie des personnes vivant à la rue. C'est pourquoi nous avons notamment choisi d'impliquer la parole des usagers dans cette réflexion sur les pratiques d'intervention et de collaboration de l'équipe EMRII. **Après trois années d'implantation, quels sont les résultats de l'équipe mixte, à la fois du point de vue des policiers, des intervenants et les personnes à la rue?** Selon les trois groupes d'acteurs qui composent ce service, les résultats, à la fois prévus et réels, vont différer. Nous avons ici fait le choix non pas d'amalgamer ou de hiérarchiser ces résultats, mais de les saisir tel qu'ils font sens pour chacun des acteurs.

Les résultats de la recherche exploratoire sont organisés en trois parties, comme autant de sections distinctes qui pourront être saisies selon les intérêts des différents lecteurs, qu'ils soient gestionnaires, praticiens ou chercheurs :

1 - Quels sont les enjeux de l'intervention en itinérance? La **première partie** du rapport retrace le parcours théorique et méthodologique de cette recherche sur les pratiques de collaboration interprofessionnelle d'intervention en itinérance : les obstacles à l'accès aux services par les personnes en situation d'itinérance; les enjeux de la cohabitation dans l'espace public et la judiciarisation de l'itinérance; ainsi que les approches théoriques de l'analyse des pratiques professionnelles et de l'appropriation sociale des services. Nous y discutons également le choix de recueillir l'expérience des trois principaux acteurs qui sont au cœur des pratiques de collaboration observées : usagers, policiers et intervenants sociaux et de la santé.

2 - Pourquoi une équipe mixte à Montréal et quels sont les services développés dans le cadre de cette initiative? Dans la **deuxième partie**, nous traçons les grandes lignes de l'implantation et de la mise en œuvre d'une équipe mixte en gestion de cas composée de policiers, d'intervenants de la santé et d'intervenants sociaux. Puis, au cœur de ce rapport nous proposons une description et une analyse des pratiques d'intervention et de collaboration d'EMRII : le partage des rôles dans l'intervention, les enjeux cliniques, éthiques et légaux de cette collaboration, les divers registres d'intervention, ainsi que les nouvelles pratiques qui émergent de cette initiative.

3 - Quels sont les résultats de cette équipe, selon les uns et les autres? Et comment est-il possible d'évaluer les résultats des équipes mixtes en tenant compte de la pluralité des voix et des points de vue? La **troisième partie** de ce document propose une discussion sur les retombées d'une collaboration interprofessionnelle santé – services sociaux – policiers. Les expériences des personnes desservies par l'équipe mixte et des professionnels qui la composent permettent de dégager certains résultats de cette initiative. Puis, sur la base de la littérature et du travail de terrain, nous identifions certains indicateurs pour suivre l'évolution d'équipes d'intervention mixtes en itinérance, ainsi que des pistes de recherche afin d'alimenter les équipes dans le développement des projets de première et deuxième ligne en itinérance.

Contexte et limites de cette recherche exploratoire

EMRII est une équipe novatrice à maints égards. Dans le cadre de cette recherche exploratoire, nous documentons principalement la *rencontre de deux univers professionnels* dans l'intervention en itinérance, afin d'en saisir les retombées sur le parcours des personnes desservies. Nous n'avons donc pu produire une description fine des pratiques de chacun des professionnels de l'équipe mixte. De plus, l'intervention dans un contexte interprofessionnel auprès d'une population marginalisée pose divers défis aux professionnels et nécessite un travail de réflexion et de réajustement constant des pratiques. Nous documentons donc ici des pratiques de collaboration en évolution, dans le cadre d'une équipe composée de policiers et d'intervenants soucieux d'élaborer les meilleures pratiques possible. Enfin, la transmission des pratiques innovantes qui ont été développées au sein de cette équipe demanderait de les situer dans leurs conditions d'implantation : leur contexte social, institutionnel et politique, afin de comprendre les conditions d'émergence de pratiques de collaboration entre santé et police, et de leur succès. Ce que nous n'avons pas pu faire en détail ici.

Démarche méthodologique

L'idée que des pratiques d'intervention policière novatrices doivent être mises en œuvre afin de répondre au nombre croissant de personnes en situation d'itinérance fait largement consensus dans les milieux scientifiques et de pratiques en Amérique du Nord. Si cette orientation est largement partagée et que des expériences d'équipes mixtes de policiers/intervenants sociaux et de la santé ont été mises sur pied dans différentes villes aux États-Unis, peu d'études existent actuellement pour comprendre et évaluer la manière dont une telle intervention est perçue par les personnes vivant à la rue et les impacts sur leurs conditions de vie et leurs possibilités de réinsertion sociale. Il existe à cet égard un réel besoin de documenter les pratiques des équipes mixtes, de mettre en évidence les enjeux qu'elles soulèvent et d'évaluer leurs impacts sur la population desservie.

Considérant l'état des connaissances sur les pratiques de collaboration entre professionnels de la santé, des services sociaux et policiers dans l'intervention en itinérance, nous nous sommes appuyés sur une approche sociologique qui met le sens des actions au centre de l'analyse. Dans un premier temps, nous avons documenté l'implantation et la mise en œuvre d'EMRII à Montréal, puis nous nous sommes attachés à décrire les pratiques d'intervention de l'équipe mixte auprès des personnes en situation d'itinérance. Nous avons utilisé une méthodologie qualitative croisant travail d'observation, entretiens, consultation de la littérature grise et consultation des dossiers institutionnels des usagers. Quatre semaines d'observation sur le terrain ont été effectuées, accompagnant au jour le jour les policiers et les intervenants dans leurs diverses interventions et assistant aux rencontres d'équipe hebdomadaires au cours desquelles sont discutés les enjeux d'intervention de l'heure. Dix entrevues, individuelles ou de groupe, ont été réalisées avec les professionnels de l'équipe afin de documenter certains suivis et les enjeux de cette collaboration⁴. Sept entrevues ont également été réalisées avec des personnes

⁴ Étant donné le petit nombre d'acteurs impliqués dans l'équipe EMRII (5 policiers du SPVM et 4 intervenants du CSSS), nous ne pouvons garantir entièrement la confidentialité du contenu des entrevues ici citées. Dans la rédaction de ce rapport, nous avons fait au mieux pour éviter de porter préjudice aux professionnels qui ont partagé leur expérience avec nous. Afin de favoriser la confidentialité des personnes, nous avons notamment

desservies par EMRII. Cette parole apporte un éclairage singulier dans la réflexion sur les retombées de l'équipe mixte.

Afin de soutenir le développement rapide de nouveaux services à l'intention de la clientèle en situation d'itinérance, le Centre de Santé et Services sociaux Jeanne-Mance (CSSS J-M) – centre affilié universitaire, a sollicité, en partenariat avec le Service de police de la Ville de Montréal, trois chercheurs de son centre de recherche qui ont déjà à leur actif plusieurs recherches sur la question de l'itinérance : Roch Hurtubise, Christopher McAll et Evelyne Baillergeau. Ces derniers ont supervisé le travail de la professionnelle de recherche, Marie-Claude Rose, qui a mené la recherche à Montréal et effectué la rédaction du présent rapport. Parallèlement à cette recherche terrain, une revue de littérature internationale a été réalisée sous la supervision d'Evelyne Baillergeau, afin d'identifier des pratiques de collaboration comparables aux pratiques montréalaises (États-Unis, Australie, Grande-Bretagne, Norvège et Pays-Bas). Cette recension fait l'objet d'un autre document⁵.

Cette recherche exploratoire s'est basée sur une approche collaborative avec les milieux de pratique afin de maximiser les résultats et les retombées de la recherche. Le Centre de Santé et Services sociaux Jeanne-Mance (CSSS J-M) est un organisme du réseau de la santé et des services sociaux reconnu comme Centre affilié universitaire par le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les intervenants du CSSS J-M sont des pionniers dans l'organisation et la prestation de services auprès des personnes itinérantes. Le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) a été à l'initiative de l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance, dans la suite de ses nouvelles orientations en matière d'itinérance (2009). Cette recherche a fait l'objet d'une approbation par le comité d'éthique de la recherche du CSSS J-M.

*En tant que centre affilié universitaire (CAU), le CSSS Jeanne-Mance abrite le **Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, la discrimination et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS)**. Ce centre de recherche en établissement compte sur la participation de plusieurs regroupements de chercheurs universitaires et de chercheurs praticiens sur des enjeux tels que l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (Collectif de recherche sur l'itinérance); le logement, la vie de quartier et la gestion urbaine de la marge; et les jeunes, la marginalité et la discrimination. Le CRÉMIS contribue à l'avancement des connaissances et à la production scientifique, à la diffusion des connaissances auprès des intervenants et des partenaires du milieu et à la formation de la relève en santé et services sociaux.*

englobé sous le même vocable « intervenant » à la fois la parole de l'infirmière, de la travailleuse sociale, de l'agent de relation humaine, du spécialiste en activités cliniques et de l'éducateur spécialisé qui ont été à l'embauche du CSSS dans le cadre d'EMRII au cours des trois dernières années. Nous sommes par ailleurs conscients que ce choix tend à aplanir la spécificité des mandats et des points de vue de professionnels de la santé et des services sociaux qui ont des mandats spécifiques au sein d'EMRII.

⁵ « Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux dans l'intervention en itinérance à Montréal. Synthèse bibliographique sur les expériences comparables aux États-Unis, en Australie et en Europe. » Evelyne Baillergeau, avec la participation de Dorieke Wewerinke, Prescillia van Noort et Max Huber. CRÉMIS, 15 novembre 2012

1 – INTERVENTION EN ITINÉRANCE ET COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Historiquement, les personnes en situation d'errance et leurs figures analogues à travers l'histoire – le clochard, le vagabond – ont toujours suscité une attention et une réaction de la part des autorités publiques qui prenaient la forme, alternativement ou, le plus souvent simultanément, de mesures répressives et d'assistance.

Au cours des dernières décennies, on a assisté à une augmentation significative des personnes à la rue et à une diversification des réalités menant à l'itinérance dans la plupart des grandes villes américaines et européennes. Pour endiguer ce phénomène, les États se sont le plus souvent engagés dans des pratiques répressives à l'égard des populations itinérantes et marginales, qui ont mené à des dérapages dans l'intervention et à de vives critiques sociales. Parallèlement, divers acteurs se sont mis à la recherche de pratiques alternatives, donnant notamment lieu à l'émergence de pratiques de collaboration entre policiers et milieux de la santé et des services sociaux.

À Montréal, des équipes mixtes de policiers et d'intervenants sociaux et de la santé ont été mises sur pied pour améliorer la réponse aux personnes en situation d'itinérance ayant des contacts répétés avec les policiers.

1.1 – Les obstacles à l'accès aux services par les personnes en situation d'itinérance

La condition itinérante et la diversité des problèmes qui y sont associés ont pour effet de contraindre l'individu à faire appel aux autres, et notamment au réseau de services, pour satisfaire ses besoins (abri, nourriture, vêtements, soins, réconfort, formation, aide financière). La demande d'aide, parfois quotidienne et répétitive, marque la condition de l'itinérance et place la personne dans un rapport d'assisté.

Depuis les 30 dernières années, on assiste à une augmentation et à une transformation du phénomène de l'itinérance (Roy et Hurtubise, 2007). Les personnes qui vivent à la rue ont des trajectoires de vies plurielles et sont aux prises avec des problématiques multiples et complexes. De plus en plus de jeunes, de femmes, de personnes âgées et d'autochtones sont à la rue. Ces populations présentent souvent un cumul de problèmes de santé : santé mentale, santé physique, déficience, dépendance, atteintes neurologiques, comorbidité. Diverses études démontrent que de 40 % à 60 % des personnes en situation d'itinérance sont confrontées à des problèmes larges de santé mentale (détresse, dépression, idéation suicidaire, schizophrénie, bipolarité) (Poirier et coll., 2000; Fournier et Mercier, 1996). La prévalence des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie est aussi importante. De façon générale, l'état de santé des

personnes circulant dans ces réseaux indique l'ampleur et la diversité des besoins en matière de soins et de services (Carrière, Hurtubise et Lauzon, 2003) : compte tenu de la précarité de leurs conditions de vie, le taux de mortalité serait de deux à huit fois supérieur à celui observé dans la population générale (Hwang, 2000; Barrow et coll., 1999). La multiplicité des problèmes chez cette population complexifie d'autant plus la mise en œuvre d'interventions adéquates.

Malgré des besoins importants, les personnes itinérantes sont les moins bien desservies au niveau des services de santé, tant au niveau de la prévention que de l'intervention (Webb, 1998; Roy et coll., 2006)⁶. Les travaux de recherche ont mis en évidence un ensemble de barrières à l'accès. Roy et coll. identifient dans leur étude trois grands obstacles à l'accès aux services pour les personnes en situation d'itinérance : 1) l'incompatibilité entre l'organisation des services et les conditions de vie des personnes itinérantes, 2) le rapport que celles-ci entretiennent avec les services et 3) une rupture entre les philosophies d'intervention des différents acteurs qui œuvrent auprès des personnes en situation d'itinérance. Nous verrons plus loin qu'EMRII se propose d'agir sur ces trois obstacles.

- *Inadéquation entre organisation des services et réalité de l'itinérance*

Un premier obstacle à l'accès aux services pour les personnes à la rue est qu'il y a souvent une inadéquation entre l'organisation des services et la réalité de l'itinérance. Dans le milieu de la santé, les principes généraux guidant la nouvelle réorganisation des services de santé et des services sociaux en 1995 connue sous le terme de « virage ambulatoire » se sont révélés irréconciliables avec la réalité quotidienne de la population itinérante. Ce virage qui repose sur une durée de séjour limitée dans les établissements, suivie d'une prise en charge par la « communauté », a provoqué des transformations profondes dans le réseau de services (Roy et coll., 2006, p. 36). La personne itinérante ne peut s'insérer dans ce cadre du « retour dans la communauté » puisque, mis à part des ressources communautaires, elle possède peu de liens solides avec la communauté ou la famille. Souvent, les contacts que les personnes itinérantes ont avec le réseau de la santé sont sporadiques et limités aux seules situations de crise, les urgences constituant souvent une porte d'entrée pour des séjours courts et répétés en milieu hospitalier. Ces personnes se voient alors administrer des soins de courte durée et se retrouvent, à la sortie de l'institution, sans suivi thérapeutique durable et adapté à leurs besoins, ce qui compromet alors l'efficacité des traitements prodigués, en particulier aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale ou de dépendance graves. La réduction des durées de séjour pour les problèmes de santé physique et de santé mentale a notamment exercé une pression énorme sur les ressources de première ligne, dont les ressources d'hébergement (Roy et coll., 2006). La réorganisation des séjours hospitaliers a également eu des impacts sur la réalité du travail policier.

⁶ « Malgré l'existence de régimes de protection sociale (dont l'accès repose sur des principes de droits universels), un réseau étendu de ressources communautaires dédiées à l'itinérance ainsi que la mobilisation de nombreux acteurs impliqués dans ce champ, la réponse adéquate aux besoins des personnes itinérantes est une question qui revient de manière récurrente depuis près de trente ans. L'accès au réseau de services constitue un enjeu central de la problématique de l'itinérance. Même si à Montréal, la proportion de personnes itinérantes ne bénéficiant jamais de services serait peu élevée, l'accès demeure un enjeu quotidien et la dispensation de services adéquats et adaptés, un défi de taille. » (Roy et coll., 2006, p.11)

La philosophie d'intégration sociale des personnes souffrant de troubles mentaux des dernières décennies n'a pas été accompagnée par une augmentation suffisante du support communautaire pour compenser la perte de services institutionnels ou l'augmentation de la population en besoin. C'est ainsi que, dans les faits, les policiers se retrouvent souvent à agir à titre d'intervenants de première ligne, ainsi que de derniers recours, auprès de nombreuses personnes en situation d'itinérance, en jouant un rôle de premier répondant auprès de personnes vulnérables sans avoir les ressources, la formation ou le support nécessaires pour le faire correctement. Des études ont identifié que, pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, le fait que les policiers soient souvent les premiers répondants à intervenir auprès d'elles peut donner lieu à de longs délais d'attente pour recevoir des services. Dans certains cas, des traumatismes inutiles, des accidents violents et la criminalisation pourraient être évités si les personnes recevaient les soins nécessaires plus rapidement (Bellot et coll., 2005; Teller, 2006). En l'absence d'une connaissance générale en santé mentale, toxicomanie et itinérance, et d'une connaissance du réseau de la santé et des services sociaux, les interventions policières auprès de personnes en situation d'itinérance peuvent donner lieu à des arrestations et des incarcérations alors que la référence et le traitement auraient été plus appropriés (Alderman, 2003).

Alors que la majorité des professionnels interviewés par Roy et coll. (2006) soutiennent que Montréal dispose de la gamme de ressources nécessaires pour répondre aux besoins de base des populations itinérantes (refuges, nourriture, vêtement), les professionnels des services d'urgence mobiles rencontrent plusieurs difficultés d'arrimage avec les ressources d'hébergement d'urgence. Le cas de la police est à ce titre exemplaire. Le moment des signalements à la police, notamment lorsqu'ils surviennent en soirée ou dans la nuit, confronte les policiers aux modes de fonctionnement et aux conditions d'admission de ces différents services ou ressources. Faisant face à ce type de problème tous les jours, il existe bien, pour le Service de police de Montréal entre autres, un grave problème d'accès aux services d'hébergement d'urgence, non pas tant en raison d'insuffisance de places, mais surtout à cause des modes de fonctionnement et des règles d'admission de ce type de services (Roy et coll., 2006, 116-117). Ces difficultés ne sont pas sans conséquence sur les manières de résoudre ces demandes pour les policiers. Le temps constitue un des éléments déterminants de la pratique policière : on attend du policier qu'il traite le signalement le plus rapidement possible pour être disponible pour les prochains appels. En général, trois voies s'offrent à eux pour résoudre les appels : la voie informelle (résolution de problème dans le milieu), l'urgence hospitalière et la judiciarisation. La dernière serait la moins fréquente (Boivin et Billette, 2012). Toutefois, c'est l'option qui est retenue lorsque les deux autres sont bloquées et que le policier estime qu'il doit y avoir prise en charge ou intervention. Les problèmes d'accès aux services représentent donc un risque réel de judiciarisation de situations anodines (sur le plan des risques pour la santé et la sécurité des autres citoyens), mais qui engendrent son lot de coûts pour l'individu et la collectivité (Bellot, 2005; Commission des droits de la personne, 2008).

- *Itinérance comme obstacle à l'utilisation des services*

Par ailleurs, l'itinérance peut constituer en soi un obstacle à l'utilisation des services sociaux et de santé. Quand on vit à la rue, l'accès continu et la mobilisation des ressources matérielles, physiques et relationnelles sont pratiquement impossibles (Boydell, Goering et Morell-Bellai, 2000; Laberge, 2000). En

effet, cela transforme de façon importante, voire radicale, les représentations de la vie, des rapports interindividuels et sociaux chez les personnes concernées. La perception de soi et les repères temporels s'en trouvent affectés. La projection de soi est réduite aux contraintes de l'immédiat et de la quotidienneté. Dans un tel contexte, l'organisation des actions se fait selon des priorités mettant de l'avant la vulnérabilité sur le plan des conditions de vie et la nécessité de survivre dans l'immédiat, tel que le fait de manger, de s'abriter et d'assurer sa sécurité. De plus, l'expérience de la rue affecte de façon négative l'image de soi, la perception de sa propre valeur et de sa capacité personnelle à s'en sortir (Roy et Hurtubise, 2007). Dans ce contexte, l'organisation de la vie quotidienne et le suivi médical relèvent de l'exploit. Par exemple, le simple respect d'un rendez-vous avec un professionnel de la santé est difficile puisque le rapport au temps et à l'engagement est perturbé. La capacité de se projeter dans l'avenir est aussi affectée par la précarité des conditions d'existence. Enfin, l'adoption d'une identité itinérante, décrite principalement dans le cas d'itinérance de longue durée (Snow et Anderson, 1987), entrave souvent l'établissement des liens avec le milieu de soins qui seraient nécessaires à la reprise en main de sa santé. En effet, une intervention efficace suppose une collaboration étroite entre patients et soignants afin d'accroître les pratiques de prévention et le suivi thérapeutique (Friedland et Williams, 1999).

Les personnes itinérantes ont ainsi la réputation d'être de « mauvaises » utilisatrices des services : elles ont tendance à agir quand elles sont en situation de crise (Marks et coll., 2000; Stein, Lu et Gelberg, 2000) et à utiliser fréquemment les services d'urgence des centres hospitaliers (Thibaudeau 2000, Kushel, Vittinghoff et Haas, 2001). Ces personnes ont des rapports quotidiens difficiles avec les ressources, entre autres des difficultés d'ordre interpersonnel, relationnel, des problèmes de perception négative et de non-conformité aux règles des établissements. Cela complexifie encore davantage leur situation (Khandor et Mason, 2007). La désorganisation, les priorités différentes liées à la survie, de même que les expériences négatives liées à l'utilisation du système de santé nuisent à l'accès aux soins et aux services. Tous ces facteurs font en sorte que souvent leurs problèmes s'aggravent parce qu'elles tardent à consulter (Desai et Rosenheck, 2005).

- *La rencontre non articulée de différentes logiques d'action*

Enfin, bien qu'il existe un éventail de services s'adressant aux populations en situation d'itinérance, à la fois en première, deuxième ou troisième ligne⁷, Roy et coll. (2006) identifient dans leur étude que la rencontre non articulée de différentes logiques d'action contribue à un bris dans l'accès aux services pour les personnes en situation d'itinérance : « *Selon que l'intervention est envisagée du point de vue de l'individu ou de l'intérêt collectif, peut donner lieu à des interventions parallèles qui sont à la source de*

⁷ Les services de première ligne se caractérisent par leur accessibilité facile et une réponse immédiate pour des services de base (ex. : refuges, urgences, centres de jour, unités mobiles, services de référence, etc.). Les services de deuxième ligne sont ceux plus spécialisés auxquels on doit être référé (ce qui implique un délai pour l'obtenir) et qui permettent de répondre à certains besoins spécifiques au cours d'une période donnée (ex. : programme de désintoxication, rendez-vous médicaux, thérapie, hébergement à moyen terme, etc.). Les services de troisième ligne recoupent ceux pour lesquels une demande est formulée (ce qui implique également un délai pour l'obtenir) et qui répondent à des besoins à plus long terme (ressources d'hébergement supervisées et non supervisées à plus long terme, centre local d'emploi, etc.).

fractures dans l'accès aux services pour les personnes à la rue. Ainsi, au nom de l'intérêt collectif on applique des mesures répressives envers des populations itinérantes pour assurer le maintien de l'ordre public sans tenir compte de l'action des autres professionnels impliqués auprès de personnes qui sont la cible de mesures de réduction des méfaits au nom de la santé publique, risquant ainsi de provoquer des ruptures de services (perte de sa place, arrêt de suivi, etc.), de remettre en jeu le lien de confiance sur lequel repose quelques philosophies dont l'action s'exerce au nom de l'intérêt de l'individu, d'entretenir un stigmate négatif (jeunes de la rue et dangerosité, délinquants, déviants) et de participer à l'enracinement dans l'univers de la rue. » (Roy et coll., 2006, p. 127). C'est ainsi que plusieurs dossiers qu'on peut associer au syndrome du « pas dans ma cour » provoquent des délocalisations qui sont à la source de confrontations entre des acteurs. Faute d'une vision intégrée de l'offre de service, les efforts consentis pour assurer une sortie de rue durable aux personnes itinérantes sont souvent voués à l'échec. On voit ainsi apparaître des discontinuités qui ont des effets directs et concrets sur l'accès aux services.

Pour toutes les raisons précédemment évoquées, certaines personnes itinérantes sont ainsi confrontées au phénomène des « portes tournantes », un problème caractérisé par la judiciarisation répétée des mêmes individus qui, faute d'être traités adéquatement, font des allers-retours constants entre la rue, le réseau de la santé et des services sociaux, le système judiciaire et la prison. L'absence de collaboration entre les policiers et le système de santé et des services sociaux peut notamment être identifiée comme un des facteurs expliquant l'émergence du phénomène complexe de la judiciarisation des personnes vulnérables qui vivent à la rue.

C'est dans ce contexte et pour tenir compte de ces difficultés spécifiques à la vie itinérante que des professionnels ont développé une pratique pour adapter, transformer et réinventer les services qui leur sont dédiés. Au Québec, et à Montréal en particulier, une diversité de mesures a été déployée pour améliorer l'accès aux services des personnes itinérantes. Les approches de gestion de cas, d'outreach et de suivi intensif dans le milieu, par exemple, ont contribué à atténuer les difficultés liées à la spécialisation des services, à leur fragmentation et à l'absence de circulation d'information. Elles se sont avérées pertinentes dans le soutien aux personnes itinérantes, particulièrement pour celles ayant des problèmes de santé mentale, réputées difficilement accessibles par les interventions traditionnelles.

1.2 – Itinérance, cohabitation dans les espaces publics et judiciarisation

Les analyses de la criminalisation ont montré que les personnes qui vivent une situation d'itinérance majeure, en vivant dans l'espace public et en adoptant des stratégies de survie, sont plus susceptibles d'être judiciarisées (Bellot et coll., 2005, 2012). Faute d'espace privé, les personnes en situation d'itinérance occupent l'espace urbain pour répondre à leurs besoins et se retrouvent souvent en violation des espaces publics ou privés. Sans compter qu'en raison de la grande précarité de leurs conditions de vie, les personnes recourent parfois à des activités plus ou moins licites telles que la prostitution, le vol, la vente ou la consommation de stupéfiants, le squeegee et la quête. Les tensions qui émergent de cette cohabitation avec les autres résidents se traduisent par une pression auprès des

autorités municipales et de la justice pour répondre à cette présence « dérangeante ». C'est ainsi que les policiers sont sollicités de nombreuses fois par jour pour intervenir auprès de personnes itinérantes⁸.

En 2009, un rapport tripartite de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec concluait à une discrimination systémique des personnes en situation d'itinérance à Montréal de la part de la Ville et le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) : « *Appliquée au cas qui nous intéresse, la discrimination systémique [est] caractérisée par l'interaction entre des normes, politiques et pratiques institutionnalisées, ainsi que des règlements municipaux et des dispositions législatives qui, pris ensemble, ont pour effet de soumettre les personnes itinérantes à une surjudiciarisation qui, au sens de la Charte, constitue un traitement différentiel créant une distinction préjudiciable entre elles et les autres citoyens.* » (p.54) On note dans ce rapport que l'image de l'itinérant nuisible, agressif et dangereux est fortement enracinée dans l'imaginaire social et que la surjudiciarisation des personnes itinérantes pour troubles à l'ordre public ne peut que contribuer à renforcer les préjugés dominants à leur égard.

S'il n'y a pas systématiquement judiciarisation de l'itinérance et qu'une majorité des personnes vivant à la rue reçoivent peu ou pas de contraventions, le SPVM confirme qu'une minorité de personnes sont responsables d'une part disproportionnée des constats d'infraction remis à la population itinérante (Boivin et Billette, 2012). La majorité des infractions reprochées aux personnes itinérantes en vertu de la réglementation municipale concerne des troubles à l'ordre public pouvant pour la plupart être considérés comme des « incivilités ».

Diverses recherches et rapports ont souligné que la judiciarisation, le déplacement et la dispersion des populations marginalisées peuvent accentuer les problèmes d'isolement, la perte de réseau social, l'exclusion et la vulnérabilité (Barreau du Québec, 2008; Commission des droits de la personne, 2009; Bellot et Sylvestre, 2012). Faute d'être en mesure de payer les contraventions et les frais associés, la judiciarisation des personnes itinérantes pour des délits mineurs comporte le risque d'une incarcération qui, la plupart du temps, ne débouche sur aucune solution. On observe que l'accumulation d'amendes impayées n'entraîne aucun effet chez la personne en situation d'itinérance, sinon celui de créer un obstacle important à la réinsertion. Les contraventions engorgent le système judiciaire occasionnant des coûts importants pour les contribuables, aggravent la situation des personnes itinérantes et contribuent à les maintenir dans une situation précaire. En 2008, le Barreau du Québec constate : « *Le recours à la judiciarisation est en outre inefficace, car il ne semble aucunement réduire le nombre des diverses infractions d'incivilités constatées (au mieux, il les déplace), ni répondre aux immenses besoins des personnes en situation d'itinérance. Au pire, elle nuit au travail des institutions et du milieu communautaire, qui cherchent à aider les personnes en situation d'itinérance à vivre le mieux possible, et*

⁸ Par ailleurs, les personnes itinérantes ne sont pas toutes judiciarisées dans les mêmes proportions. Dans leur étude « *la judiciarisation et criminalisation des populations itinérante* », Bellot et coll. (2005) identifient que les 22 685 constats d'infraction qui leur ont été remis entre avril 1994 et mars 2004 à Montréal ne concernaient en fait que 4036 individus – sur une population estimée à quelque 30 000 individus. Parmi ceux-ci, quelque 600 individus cumulaient dix constats ou plus, tombant sous la catégorie des personnes « surjudiciarisées ». Les gestes reprochés à ces cas extrêmes touchent presque essentiellement la présence dans le métro et la consommation d'alcool. (Bellot et Sylvestre, 2012)

contribue à produire de l'itinérance. » (cité dans Bellot et Sylvestre, 2012, p. 160). C'est ce qui amène de nombreux acteurs à conclure que l'utilisation du système judiciaire, et du système pénal en particulier, est une stratégie qui s'avère coûteuse, contre-productive et inefficace.

1.3 – Orientations théoriques de l'analyse des pratiques d'intervention

Au départ de cette recherche exploratoire se trouve une demande provenant des gestionnaires du CSSS Jeanne-Mance et à laquelle se joindra peu après le Service de police de la Ville de Montréal. La question initialement posée est la suivante : comment évaluer l'impact d'une équipe mixte de gestion de cas, sachant qu'on a peu de balises en regard de ces nouvelles pratiques en itinérance? Un recensement de la littérature nous a permis de constater que peu d'expériences de partenariat santé-police ont été documentées du point de vue des résultats ou de l'impact de ces collaborations dans l'amélioration de la réponse aux personnes vivant en situation d'itinérance (Alderman, 2003; Compton et coll., 2008; Cotton et Coleman, 2010; Kisely, 2010). Étant donné l'état des connaissances sur les retombées des équipes de collaboration interprofessionnelles santé / services sociaux / policiers, nous avons enrichi le questionnement des acteurs-terrains avec les sous-questions de recherche suivantes, afin d'être en mesure, dans un second temps, d'alimenter la réflexion des gestionnaires et des praticiens en regard des impacts de l'équipe EMRII :

Quels sont les services qui naissent de cette collaboration? Comment parvient-on à concilier les préoccupations liées aux diverses professions qui se rencontrent au sein de l'équipe mixte? Quels sont les enjeux éthiques et cliniques de ce partenariat? Quelle est l'expérience des personnes à la rue desservies par l'équipe? En quoi est-ce que la rencontre de ces deux cultures d'intervention permet d'améliorer la réponse aux personnes, du point de vue des divers acteurs en présence?

C'est sur la base de la description des pratiques d'intervention et de collaboration au sein de l'équipe mixte, ainsi que de l'expérience des professionnels d'EMRII et de certains usagers, que nous proposerons, en fin de rapport, une réflexion sur divers impacts d'une équipe mixte, tel qu'ils peuvent se décliner selon les trois principaux groupes d'acteurs qui s'y rencontrent : personnes à la rue, policiers et intervenants de la santé et des services sociaux.

Cette recherche s'est développée, d'une part, autour de l'orientation théorique de l'analyse des pratiques professionnelles (Hurtubise et coll., 1999), du besoin des intervenants d'être outillés dans leur réflexion et de la nécessité de mieux cerner la spécificité et l'intérêt d'une pratique innovante. Plusieurs postulats orientent la démarche. Premièrement, ces pratiques s'appuient sur des référents implicites et des savoirs spécifiques que nous souhaitons mettre de l'avant. Ensuite, l'équipe mixte EMRII témoigne d'une volonté de rendre visibles les actions posées, et nous supposons que cette volonté est liée à la quête de légitimité de cette pratique et à son potentiel de transfert vers d'autres milieux, surtout dans le contexte actuel du *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013* qui réunit dix ministères du Québec, où l'itinérance est reconnue comme un problème important de santé publique auquel les sociétés doivent faire face, et notamment à travers des pratiques de concertation et de collaboration.

Finalement, la réflexion sur la pratique fait partie du quotidien des professionnels, et ce, sous des formes multiples. Parmi ces espaces de réflexion sur la pratique notons : la réflexion au cas par cas dans laquelle les intervenants se questionnent sur leur lecture d'une situation, le bien-fondé de leur action ou leur compréhension d'une dynamique; et la réflexion plus globale sur la pratique d'une équipe mixte, sa pertinence, sa légitimité et ses limites.

D'autre part, considérant l'état des connaissances sur les pratiques de collaboration entre professionnels de la santé et policiers dans l'intervention en itinérance, la compréhension de cette problématique nécessite une approche sociologique qui met la rationalité des acteurs au centre de l'analyse. Dans cette étude, nous mettons de l'avant une approche compréhensive de l'équipe mixte où nous privilégions le sens que les individus — les personnes itinérantes desservies par l'équipe, les policiers et les intervenants du CSSS — donnent à leurs actions. Nous parlerons ici d'une théorie de la socialisation posée en termes d'appropriation sociale (Sabourin, 1997) : l'usage et la prestation des services, comme ordonnancement de possibilités et de contraintes, font l'objet d'une appropriation sociale par les groupes sociaux. Il s'est agi ici de *reconstruire les activités d'une équipe mixte en itinérance*, du point de vue des trois principaux acteurs composant l'équipe mixte.

Quelques postures à propos de la pauvreté et de l'itinérance

Une sociologie de la connaissance sur le phénomène social de la pauvreté montre que les notions de pauvreté et d'itinérance relèvent d'un rapport de connaissance qui procède par le manque (Messu, 2003). En termes cognitifs, la notion de pauvreté, et à plus forte raison celle d'itinérance, parlent d'un écart à une norme dominante. Du point de vue d'une norme sociale idéale d'existence, les notions de pauvres et d'itinérants indiquent ce que les gens ne seraient pas : autonomes, au travail, vaillants, responsables, éduqués, en santé, etc. Le caractère social de la pauvreté et de l'itinérance se manifeste dans la multiplicité des conditions d'existence qui recouvre ce terme dans le sens commun. « L'itinérance » est une notion résiduelle par laquelle sont désignés ceux dont la condition ne répond pas aux normes dominantes. En ce sens, elle n'est pas substantive, mais relationnelle. Elle s'inscrit dans des relations sociales, à la mesure des activités socio-économiques de production, de circulation et de consommation propres à différents milieux⁹.

Nous nous appuyons ici sur trois postures théoriques en regard du phénomène social de l'itinérance : l'itinérance est une catégorie sociale; l'itinérance repose sur un double processus social traversé par diverses formes de stigmatisations et d'accentuation de la vulnérabilité; et les personnes à la rue sont des acteurs sociaux (Sabourin, Hurtubise et Lacourse, 2001; Roy et Hurtubise, 2007).

L'itinérance ne réfère à aucun espace social « consistant », elle n'indique pas un groupe social homogène. C'est ce qui fera dire à Simmel qu'est *sociologiquement pauvre* celui qui reçoit assistance ou

⁹ Si les groupes sociaux en situation de pauvreté et d'itinérance sont fréquemment perçus comme une excroissance ou un désordre social, les travaux de la sociologue indienne Rangasami mettent bien en évidence que même le noyau irréductible de privation absolue que traduit la famine n'est pas un épiphénomène ou un problème périphérique, mais un processus organisé socialement (Rangasami, 1993).

qui devrait la recevoir étant donné sa situation. « *Ce groupe ne demeure pas uni par l'interaction de ses membres, mais par l'attitude collective que la société adopte à leur égard. La pauvreté est un phénomène social unique : un groupe d'individus dont la position sociale est déterminée par le fait que les autres – individus, associations, communautés – essaient de rectifier cette condition.* » (Simmel, 1907). Les itinérants, en tant que **catégorie sociale**, constituent une population visée par une série d'interventions publiques qui participent à la définition de cette catégorie sociale. Les conditions de vie des personnes à la rue tendent à les placer dans une posture d'assisté, non seulement en raison des besoins élémentaires qu'ils ont à satisfaire, mais par le type de rapport qui s'établit dans une telle condition, dont la dépendance, la résistance, la contrainte ou la victimisation. L'itinérance est le résultat d'un processus de catégorisation qui se construit à travers un ensemble de rapports sociaux et l'analyse de ces rapports apparaît centrale pour saisir l'impact des services d'EMRII.

Le second postulat est que l'itinérance correspond à un **double processus social marqué à la fois par la stigmatisation (mise à l'écart) et l'accentuation des vulnérabilités (fragilisation)** (Roy et Hurtubise, 2007). Ce processus tend à exclure les individus des lieux de socialisation pour les confiner dans un univers marginalisé (la rue, la survie, le réseau de services) qui a pour effet d'exposer les personnes dans l'espace public et de favoriser leur stigmatisation. Les dynamiques entre les personnes itinérantes et les passants, les dispensateurs de services ou la police ne sont pas sans conséquence sur l'identité des personnes en cause (Roy et coll., 2006). À travers ces rapports, les personnes essaient de négocier leur identité alors que tout ce qui les entoure est dévalorisé : pensons aux stratégies et pratiques de survie, aux autres itinérants ou au réseau communautaire en itinérance.

Enfin, une troisième posture est que les personnes itinérantes, tout comme les intervenants et les policiers, sont des **acteurs sociaux**. Les personnes itinérantes sont souvent décrites comme des individus désorganisés, ayant des comportements irrationnels. Bien qu'elles s'inscrivent dans un univers contraignant, leurs actions sont motivées par des valeurs, des représentations du monde, des besoins et des opinions. Les personnes en situation d'itinérance sont productrices de normes sociales qui ne sont pas réductibles aux normes dominantes. L'itinérance témoigne non pas d'une absence de normes, mais s'inscrit dans l'élaboration d'autres normes sociales. *C'est en ce sens que nous parlerons de l'appropriation sociale des services d'EMRII par les personnes à la rue.*

Il nous est apparu important d'aborder la problématique des retombées de l'équipe mixte en considérant le point de vue des acteurs qui reçoivent les services ou qui décident d'y renoncer (du moins à certaines occasions). Cette parole est centrale pour tenter de cerner l'expérience de l'usage ou du non-usage des services.

Modes d'intervention et formes d'appropriation sociale au sein de l'équipe mixte

Il s'est agi ici de *reconstruire les activités d'une équipe mixte en itinérance*, du point de vue des trois principaux acteurs la composant.

Voici les dimensions opératoires que nous avons considérées pour décrire **l'expérience et les pratiques d'intervention des professionnels d'EMRII** : la relation aux personnes desservies; la collaboration / négociation interprofessionnelle au sein d'EMRII; et le travail avec les acteurs autour de la personne.

Une importante partie du travail de collaboration au sein d'EMRII consiste à convenir du registre d'intervention dans lequel on se situe avant de passer à l'action. Au sein de ce travail de négociation, divers modèles d'intervention sont en tension, l'un ou l'autre pouvant prévaloir et être redéfini à la mesure du statut accordé à l'individu, de l'évaluation de sa condition physique et mentale, de ses comportements dans l'espace public, des actions des autres professionnels autour de la personne, des exigences et pressions exercées par la Ville, les citoyens et les résidents, sans compter des responsabilités de chaque professionnel.

Pour décrire **l'expérience des services telle que vécue par les personnes** desservies par EMRII, nous avons considéré : l'organisation de la vie à la rue; les réseaux sociaux; le rapport aux normes sociales et aux institutions; et la relation établie aux professionnels d'EMRII.

Nous devons situer l'appropriation des services dans un ensemble qui soit à la mesure de la vie des usagers, soit la vie à la rue : l'établissement de priorités, combler ses besoins de base, les réseaux sociaux. La vie sociale des personnes à la rue est souvent caractérisée en termes de manque et de dépendance. Du point de vue des professionnels, les personnes itinérantes sont souvent qualifiées comme faisant un usage inapproprié des services ou adoptant une stratégie de non-usage des services. On omet ainsi de considérer toute la diversité et les configurations spécifiques à la vie de ces personnes à la rue. Roy et coll. (2006) identifient dans leur étude sur l'accès aux services et les populations en situation d'itinérance plusieurs facteurs pouvant agir sur le rapport que les personnes entretiennent à un service : une organisation de la vie dans l'immédiateté et l'urgence; des expériences antérieures négatives avec les services; un état de désorganisation; les « risques » associés à la fréquentation des services qui met en jeu des dimensions identitaires et peut être vécue en terme d'enfermement.

C'est sur la base de la description des expériences des professionnels et des usagers d'EMRII que nous proposons ensuite une analyse des types d'appropriation de ce service. Parmi les questions que l'on peut se poser pour baliser les formes d'appropriation, notons : Quels sont les facteurs qui influencent la relation qu'établissent les usagers à EMRII et aux autres services et professionnels? Quels sont les atouts, les défis, les zones de tension, de non-collaboration au sein de cette collaboration? Quels sont les impacts de l'équipe mixte sur le parcours et les conditions de vie des personnes? Qu'est-ce qu'un suivi réussi, selon les trois points de vue en présence?

1.4 – Méthodologie de la recherche

Nous nous intéressons ici aux significations que les différents acteurs donnent à leurs actions et à celles des autres suivant la place qu'ils occupent dans ces rapports sociaux. Nous avons donc privilégié une approche qualitative du discours des trois groupes d'acteurs : les personnes en situation d'itinérance, les policiers et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthodologie qualitative croisant l'observation des pratiques d'intervention, la réalisation d'entrevues, la consultation de la littérature grise des institutions partenaires, ainsi que la consultation des dossiers institutionnels des usagers (qui font l'objet de dossiers distincts au CSSS et au SPVM).

Dix-sept entrevues ont été réalisées : dix avec les policiers et les intervenants du CSSS (d'une durée moyenne de 120 minutes) et sept avec des personnes desservies par EMRII (d'une durée moyenne de 45 minutes). Considérant les objectifs poursuivis, nous avons procédé pour les deux groupes d'acteurs à des entrevues semi-ouvertes dans lesquelles différentes thématiques ont été explorées avec chacune des personnes.

Au printemps 2012, nous avons documenté la mise en œuvre de l'équipe mixte EMRII à Montréal. Des documents internes produits par les institutions partenaires sur l'implantation de l'équipe mixte ont été mis à la disposition de la professionnelle de recherche, ainsi qu'une entrevue de groupe de 6 h auprès des quatre intervenants fondateurs d'EMRII, réalisée à l'automne 2010 par Isabelle Billette (Conseillère/Section recherche et planification au SPVM). Des entrevues auprès d'informateurs-clefs (intervenants, coordonnateurs et gestionnaires du CSSS et du SPVM) ont été réalisées afin de compléter la documentation au sujet de l'implantation et de la mise en œuvre d'une équipe mixte.

Les thèmes des entrevues portant sur l'implantation et les modalités de fonctionnement d'EMRII furent les suivants : un aperçu d'une journée de travail; la mission et la mise en œuvre d'EMRII; les personnes desservies; les différentes facettes du travail d'intervention; les enjeux et défis de la collaboration interprofessionnelle; le travail avec les autres acteurs en itinérance; les apprentissages au sein d'une équipe mixte et sa pertinence du point de vue des divers mandats de l'équipe.

À l'été 2012, nous avons documenté plus précisément les pratiques d'intervention et de collaboration des policiers et des intervenants sociaux et de la santé, ainsi que l'expérience de certains usagers d'EMRII.

Pendant trois semaines, nous avons réalisé un travail d'observation de différentes situations d'intervention de l'équipe mixte: des journées entières en patrouille mixte ou avec les policiers; présence aux rencontres d'équipe au cours desquelles il y a échanges d'informations et discussions de cas, lors de présentations de l'équipe à des patrouilleurs et un groupe d'agents de sécurité; présence lors de nombreuses interventions : sur la rue; travail d'arrimage avec un hôpital, des ressources d'hébergement, ressources de thérapie ou curatelle publique; échanges d'informations avec l'équipe d'Urgence Psychosociale-Justice (UPS-J); premières rencontres et ouverture de deux nouveaux dossiers; arrestation et hospitalisation dans le cadre d'une intervention d'urgence; accompagnement lors de deux

demi-journées de rencontres en prison; fermeture d'un dossier (personne prise en charge par une équipe du suivi intensif de son secteur); et présence régulière dans les locaux des intervenants et des policiers où la professionnelle de recherche était tenue au courant de l'évolution des dossiers, des décisions à prendre et des divers échanges entre les professionnels. Près d'une centaine d'interactions entre les professionnels d'EMRII et les personnes desservies ont ainsi été documentées lors de ces trois semaines d'observation. Quelque vingt-cinq personnes différentes ont été rencontrées sur la rue, dans les différentes institutions hospitalières et carcérales, dans des refuges d'hébergement ou les bureaux du CSSS. Dans la majorité des cas, nous les avons rencontrées à plusieurs reprises.

Le travail de terrain s'est poursuivi par des entretiens avec les policiers, les intervenants sociaux et de la santé, ainsi qu'avec les usagers des services de l'équipe mixte. Il s'agit d'entrevues (individuelles ou de groupe avec une même catégorie d'acteurs) visant à documenter certains suivis du point de vue des trois principaux acteurs concernés¹⁰.

La première série d'entrevues réalisées au printemps nous ayant permis de saisir certaines dimensions constitutives de l'expérience d'EMRII et différentes configurations des activités d'intervention, nous avons, dans un second temps, sélectionné des suivis susceptibles d'exprimer des points de vue socialement différenciés sur cette équipe mixte¹¹. Différents dossiers (treize) ont été choisis en collaboration avec les professionnels d'EMRII, afin de rendre compte de la diversité des contextes d'intervention rencontrés, des profils des usagers, des défis rencontrés et des types de collaboration mobilisée. Sans nous limiter à ce seul critère, nous avons également documenté certains suivis au sein desquels les personnes desservies étaient disposées à partager leur expérience de l'équipe mixte, afin de pouvoir croiser ces différents points de vue sur une même relation d'intervention. Notons que peu d'attention fut accordée aux suivis auprès de femmes et de jeunes. La raison en est que peu de temps est alloué par l'équipe à ces profils d'individu au moment de la réalisation de la recherche.

Les thèmes des entrevues auprès des professionnels à propos divers suivis sélectionnés ont porté sur : le motif de la référence de cette personne à EMRII; le portrait de cette personne, du point de vue de la santé et de son parcours juridique; les diverses interventions réalisées dans le cadre du suivi; le travail de concertation entre les professionnels EMRII pour établir des stratégies d'intervention; les acteurs sollicités; et l'état du suivi au moment de l'entrevue (situation de la personne, état de la relation, prochains pas prévus dans l'intervention).

C'est à l'occasion du travail d'observation que la professionnelle de recherche fut introduite par les professionnels de l'équipe auprès de différentes personnes desservies par l'équipe. Sept personnes ont par la suite été rencontrées en entrevue. L'échantillon a été pensé de manière à tenir compte de la diversité des personnes desservies par l'équipe : âge, parcours d'itinérance, profil santé / présence dans

¹⁰ Des informations ont aussi été recueillies sur différents suivis, sans par ailleurs que nous soyons en mesure de les documenter de manière systématique, puisque nous ne disposions pas du temps de rétroaction nécessaire.

¹¹ Nous parlerons ici non pas de représentativité statistique, mais de représentativité sociologique : c'est le cumul d'expériences sociales différenciées qui nous renseignent sur la dimension sociale, plutôt que l'addition aléatoire d'expériences individuelles.

l'espace public, types d'intervention menée par l'équipe, durée du suivi par EMRII. Les quatre premières personnes interviewées avaient été rencontrées à au moins deux reprises sur la rue en compagnie d'EMRII au cours du travail d'observation. C'est lors de cette deuxième rencontre qu'il leur a été proposé de participer à un entretien. Un moment était alors convenu pour une prochaine rencontre, lors de laquelle les membres de l'équipe n'étaient pas présents. Trois autres rencontres ont été grandement facilitées par les professionnels de l'équipe dans le cas de personnes n'étant pas à la rue et qui font l'objet d'un suivi moins intensif de la part de l'équipe : une première est hospitalisée, une seconde est détenue et une troisième est logée.

Âge	Temps à la rue	Enjeux santé – services sociaux	Enjeux policiers	Suivi EMRII	Statut	Lieu de l'entrevue
72 ans	10-15 années	Pertes cognitives, santé physique	Interventions policières régulières – transports hospitaliers et enjeux de cohabitation	1 ½ an <i>En voie de fermeture</i>	À l'hôpital - en attente CHSLD	Hôpital
30 ans	Quelques années	Déficience intellectuelle	Méfais : entrées par infraction, fraude de lignes téléphoniques	6 mois	Maison de chambre avec services	CSSS
45 ans	Quelques années	Alcoolisme et dépression	Peu d'interventions policières. Signalé par la bibliothèque	3 mois	À la rue	Rue
61 ans	1 an	Trouble délirant	Peu d'interventions policières. Signalé par un centre sportif	6 mois	À la rue	Rue
57 ans	2-3 années	Alcoolisme, santé physique	Interventions policières régulières aux abords d'une station de métro – transports à l'hôpital et entraves aux règlements municipaux	2 ½ ans <i>En voie de fermeture</i>	En HLM autonome + soutien à domicile	Restau- rant
51 ans	25 ans	Toxicomanie +?	Interventions policières régulières pour des enjeux de cohabitation	3 mois	À la rue	Rue
50 ans	18 ans	Alcoolisme + hypothèse de troubles mentaux	Interventions policières régulières et méfait (violence conjugale)	8 mois	En détention	Prison

Réaliser des entrevues sur la rue avec des personnes souvent méfiantes et aux parcours de vie difficiles demande un peu d'acclimatation et une réflexion sur la construction des connaissances issues de cette relation d'entrevue. Les premiers entretiens ont été l'occasion de réviser la façon de faire. Le plus souvent, le statut accordé *a priori* à la chercheuse était celui d'une intervenante. En début de rencontre, la lecture du formulaire de consentement s'est avérée un outil intéressant pour s'assurer que la personne comprenait le rôle de la chercheuse, qu'elle la distinguait des intervenants de l'équipe et qu'elle avait bien saisi le principe de confidentialité auquel la chercheuse était soumise. Nous avons amorcé les entretiens en expliquant aux personnes que l'entrevue était confidentielle et qu'elle ne ferait

pas l'objet d'échanges ultérieurs avec les membres de l'équipe EMRII. Le moment retenu pour les entrevues a été laissé à la discrétion des personnes, sur la base de leurs préférences, emploi du temps et habitudes de vie.

Les thèmes des entrevues ont porté sur le contexte de la rencontre avec EMRII; l'organisation de la vie à la rue (réponse à ses besoins, habitudes de vie); le rapport aux institutions et aux normes sociales; les diverses rencontres avec l'équipe et les démarches réalisées; et les éventuels impacts d'EMRII dans leur vie. Le schéma d'entrevue, qui portait sur les besoins des personnes à la rue et l'impact d'EMRII pour y répondre, a donné lieu à des échanges portant principalement sur le parcours ayant mené les personnes à l'itinérance, sur la réalité quotidienne de la vie à la rue, ainsi que sur les habilités nécessaires pour subvenir à ses besoins et assurer sa sécurité.

La professionnelle de recherche a bénéficié d'un grand support de la part des membres de l'équipe qui l'ont présentée à chacune des personnes. Parmi les personnes qui n'ont pas été rencontrées, on compte celles avec lesquelles l'équipe n'a pas créé un lien significatif et celles dont l'état de santé ne le permettait pas (trouble délirant, atteintes neurologiques, notamment). Avec le recul, et bien qu'il soit difficile de dresser un portrait général dans la grande variété des suivis, nous estimons que dans le cadre de cette recherche exploratoire, nous avons rencontré certaines personnes relativement atypiques, parmi lesquelles deux ont été référées à l'équipe alors qu'elles ne suscitaient pas d'appels policiers. Nous voyons par ailleurs dans la discussion en troisième partie de ce rapport que cette parole apporte un éclairage intéressant sur les pratiques d'intervention d'une équipe mixte.

2 – PRATIQUES D’INTERVENTION D’UNE ÉQUIPE MIXTE EN ITINÉRANCE

2.1 – Collaboration interprofessionnelle entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux : la rencontre de deux cultures d’intervention

En matière d’itinérance, la réponse sociale et politique privilégiée par les différents acteurs au cours des dernières décennies a été le développement d’un réseau de services adressé spécifiquement aux personnes itinérantes (Roy et coll., 2006). Diverses initiatives ont notamment été mises sur pied visant une intervention concertée entre différents acteurs en lien avec les personnes itinérantes. Les équipes mixtes en itinérance visent à prendre en compte et à s’adapter aux diverses conjonctures qui limitent l’accès aux services et à la pleine citoyenneté des personnes, telles que la crise de l’hébergement, la montée de l’intolérance et de l’insécurité dans la population, la judiciarisation et la criminalisation des pratiques d’occupation de l’espace public ou la discrimination par certaines institutions du réseau de santé (Hurtubise et Babin, 2010).

EMRII mise sur le travail concerté de policiers et d’intervenants sociaux et de la santé qui interviennent auprès des personnes en situation d’itinérance selon diverses philosophies d’action (moyens, objectifs, visions et approches multiples). Cette collaboration vise à colmater les failles existantes entre les services, en améliorant la cohérence entre les actions du SPVM et du CSSS, afin d’améliorer l’accès aux services et les conditions de vie des personnes, prévenir le phénomène des portes tournantes et favoriser des interventions policières qui répondent efficacement aux besoins des personnes vivant en situation d’itinérance.

EMRII tente d’offrir une réponse aux situations les plus complexes de l’itinérance, où se combinent vulnérabilité des personnes, complexité des problèmes qu’elles rencontrent et interventions récurrentes des policiers à leur endroit. L’équipe s’inscrit dans une pratique de gestion de cas en suivi intensif pour rejoindre des personnes désaffiliées socialement. Une des caractéristiques premières de ce service est de se situer à l’interface des populations, des services publics (hôpitaux, services sociaux, santé publique), des policiers, du réseau des organismes communautaires et des divers acteurs concernés par ces populations, tels que le voisinage, les commerçants ou les propriétaires d’appartement.

Dans la section qui suit, nous situons brièvement les deux institutions qui composent EMRII, soit le Service de police de la Ville de Montréal et le Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance, puis nous retraçons les grandes lignes de l’implantation et de la mise en œuvre de cette équipe à Montréal.

2.1.1 – Collaboration interprofessionnelle en itinérance

Les collaborations interprofessionnelles ont beaucoup été étudiées au sein des services sociaux et de santé (D’Amour 1997, 2004). Si ces travaux considèrent des collaborations entre des univers *a priori* plus

proches que ne le sont la santé/services sociaux et la police, ils nous permettent néanmoins d'identifier certaines dimensions relatives aux collaborations entre secteurs d'activité qui se réunissent autour d'objectifs communs. Le concept de la collaboration interprofessionnelle peut être défini, après les travaux de D'Amour, comme « *le lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage, ce processus étant dynamique, évolutif et complexe. La justification de l'existence de la collaboration interprofessionnelle réside dans l'optimisation des résultats visés par rapport à un but commun, par exemple la prestation de services à l'individu appréhendé dans sa globalité et son intégrité plutôt qu'en pièces détachées.* » (Cité dans *École en chantier*, 2007, p. 12).

Tout en se rassemblant autour d'un but commun, les individus, groupes et organisations impliqués dans la collaboration interprofessionnelle ont des intérêts, des références et des agendas variés, voire conflictuels. La diversité des points de vue, qui constitue l'essence même de la collaboration interprofessionnelle, est aussi le plus grand obstacle qu'elle rencontre. Individus différents, groupes professionnels différents, structures et organisations différentes; autant de perspectives qui sont à la fois source d'enrichissement mutuel sur le plan de l'information, mais aussi de divergence de points de vue et de conflits potentiels. Ces enjeux sensibles déterminent les conditions d'existence de la collaboration interprofessionnelle.

EMRII est un service de deuxième ligne de co-intervention entre des policiers de la Société de police de la Ville de Montréal (SPVM) et des intervenants du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance. Le mandat de l'équipe est de faciliter l'accès aux services pour des personnes vivant en situation d'itinérance qui présentent des facteurs de vulnérabilité (problème de santé mentale, problème de santé physique, toxicomanie, déficience intellectuelle, atteintes neurologiques, perte d'autonomie) et sont l'objet d'interventions policières répétées. Policiers et intervenants sociaux et de la santé travaillent conjointement à remplir la mission suivante : *Réaliser du travail de proximité pour rejoindre des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui sont régulièrement l'objet d'interventions policières et présentant des facteurs de vulnérabilité; voir à les référer et/ou les accompagner vers des services appropriés en fonction de leurs besoins afin d'améliorer leurs conditions de vie et de favoriser leur réinsertion.* (Protocole d'entente sur la mise en place d'EMRII, 2011)

La collaboration entre professionnels est au cœur de cette entente : « *Les parties liées par ce protocole appuient le principe d'intervention interdisciplinaire qui est au cœur de la création d'EMRII et acceptent de prioriser cette forme d'intervention dans la mesure du possible.* » Un des objectifs premiers d'EMRII est de privilégier des interventions en concertation entre des acteurs qui se caractérisent traditionnellement par l'écart de leurs philosophies d'action auprès des personnes à la rue. EMRII constitue une rencontre inédite entre ces deux cultures d'intervention. Plusieurs objectifs sont poursuivis par les acteurs qui composent cette équipe, des objectifs qui, sans être nécessairement contradictoires, répondent à des mandats différents :

- Le mandat du SPVM est de protéger la vie et les biens des citoyens; de prévenir et de combattre le crime et de faire respecter les lois et règlements en vigueur; de maintenir la paix, la sécurité et de favoriser une cohabitation harmonieuse.
- Le mandat du CSSS J-M est de jouer un rôle de premier plan dans la communauté en matière de traitement et de prévention de la maladie physique et mentale; d'assurer l'accès aux services sociaux et de santé offerts par le réseau local de services à toute la population de son territoire.

Avant d'aborder plus spécifiquement l'équipe EMRII, dans les prochaines pages, nous problématisons brièvement la question de l'itinérance au sein de chacune des institutions partenaires, ainsi que les raisons pour lesquelles chaque acteur s'est inscrit dans cette aventure de collaboration.

Le point de vue de la santé et des services sociaux : promouvoir la santé et l'insertion sociale

Associée à une grande vulnérabilité, l'itinérance constitue depuis longtemps une préoccupation pour les intervenants de la santé et des services sociaux. Cette population, difficilement accessible et souvent perçue comme réfractaire aux pratiques habituelles de soins, de traitements et de prévention présente un bilan de santé bien inférieur à la moyenne de la population (Frankish, Hwang et Quantz, 2005). À l'intérieur des institutions de santé et de services sociaux, des approches novatrices pour considérer les besoins des personnes itinérantes dans leur globalité (santé, social, sécurité, faim, hébergement) se sont développées au cours des deux dernières décennies.

Le CSSS Jeanne-Mance a développé au fil des ans divers services pour mieux rejoindre les populations en situation d'itinérance : l'équipe *outreach* Itinérance en 1990, Urgence psychosociale – Justice (UPS-J) en 1996, l'équipe Jeunes de la rue en 2000 et le Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) en 2006. Le CSSS Jeanne-Mance participe également au projet de recherche et d'intervention *Chez soi*.

- Équipe Itinérance L'expertise multidisciplinaire développée par cette équipe va de la réponse à des demandes particulières exprimées par des personnes jusqu'au travail d'outreach, en passant par le maillage et le réseautage des ressources du réseau public et du milieu communautaire. L'équipe développe des pratiques adaptées, intersectorielles et multidisciplinaires pour améliorer la qualité de vie et la santé des personnes en situation d'itinérance.
- Urgence psychosociale-justice (UPS-J) est en opération 24 heures par jour, sept jours sur sept. Ce service a pour mandat d'éviter la judiciarisation des personnes qui ont un problème de santé mentale sévère et persistant. L'équipe est aussi l'instance régionale désignée pour estimer la dangerosité d'une personne en crise conformément à la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (Loi P-38.001).
- Clinique des jeunes de la rue. Les intervenants de la clinique ont le mandat de fournir des services de santé et des services psychosociaux adaptés aux besoins des jeunes de la rue, des jeunes marginaux et de ceux qui vivent une situation qui risque de les conduire à la rue.
- Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM). Il s'agit d'un projet conjoint de la ville de Montréal, du ministère de la Justice et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le programme vise des adultes présentant des problèmes de santé mentale et qui font face à des accusations mineures, portées à la cour municipale de la Ville de Montréal.

- Projet Chez soi. Un projet de recherche et d'intervention pancanadien en itinérance. À Montréal, le projet implique trois équipes cliniques (dont une équipe de suivi intensif et une équipe de suivi à intensité variable chapeautées par le CSSS J-M, une troisième équipe de suivi à intensité variable étant sous la responsabilité d'un groupe communautaire) et offre du logement et un suivi à 260 personnes en situation d'itinérance tout en documentant le parcours de 200 autres personnes qui reçoivent les services habituels.

Ces différentes équipes visent à établir des corridors de services entre les populations vulnérables et le réseau de la santé et des services sociaux. Ils ont en commun d'avoir permis de développer une expertise dans l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance, par un travail basé sur des pratiques d'outreach, de gestion de cas, de suivi intensif et la mise en œuvre de principes d'intervention axés sur le rétablissement¹².

Travail de suivi intensif

EMRII s'inscrit dans les pratiques d'intervention de gestion de cas et de suivi intensif en santé. On pourrait résumer les caractéristiques du travail des **équipes de suivi intensif** de la manière suivante : a) le dépistage proactif (outreach) qui cherche à rejoindre la personne là où elle est, c'est-à-dire dans les rues, les ressources, les espaces publics (parcs, métro) et semi-publics (hall d'immeuble, centre d'achats) dans l'objectif de bâtir un lien et d'assurer un suivi; b) le dépistage et la liaison qui visent à développer les collaborations avec les autres professionnels; c) le travail de liaison avec divers milieux – communautaire, justice, santé, etc. — qui favorise le développement d'un réseau de services et la complémentarité des ressources; d) la défense des droits et la protection des personnes, à travers la dénonciation des abus, la sensibilisation à la discrimination ou l'assurance que les personnes peuvent évoluer dans un environnement sécuritaire et salubre; e) la prévention de l'itinérance auprès des personnes qui sont inscrites dans des trajectoires susceptibles de leur faire vivre diverses ruptures et de se retrouver à la rue (Hurtubise et Babin, 2010 : sur la base des travaux de McKeown et Plante, 2000; Denoncourt et coll., 2007). Ainsi, on va au-delà des objectifs de traitement, de la prévention de la santé et de la réduction des méfaits, pour inclure la promotion du bien-être au sens large, voir la justice sociale.

Le point de vue policier : sécurité publique et cohabitation harmonieuse

Les analyses de la criminalisation ont montré que les personnes qui vivent une situation d'itinérance, en vivant dans l'espace public et en adoptant des stratégies de survie, sont plus susceptibles d'être judiciarisées (Bellot et coll., 2005, 2012). Faute d'espace privé, les personnes en situation d'itinérance occupent l'espace urbain pour répondre à leurs besoins et se retrouvent souvent en violation des règlements s'appliquant aux espaces publics ou privés. Sans compter qu'en raison de la grande précarité de leurs conditions de vie, les personnes recourent parfois à des activités plus ou moins légales (prostitution, vol, vente ou consommation de stupéfiants, squeegee, quête). Les tensions qui émergent

¹² Le rétablissement est défini ainsi par le Ministère de la Santé et des Services sociaux : « Le processus qui permet à l'individu malade de développer ou de restaurer une identité positive et riche de sens malgré la condition qui l'afflige, puis de reconstruire sa vie en dépit ou dans les limites imposées par son état. » (Thomas Kirk, cité dans MSSS, 2010).

de cette cohabitation avec les autres citoyens se traduisent par une pression auprès des autorités municipales et de la justice pour répondre à cette présence qui dérange ou qui inquiète. C'est ainsi que les policiers sont sollicités de nombreuses fois par jour pour intervenir auprès de personnes itinérantes.

Les interventions policières auprès des personnes en situation d'itinérance sont fréquentes et complexes. Chaque année, le Service de police de la ville de Montréal (SPVM) doit répondre à plus de 10 000 appels de services qui contiennent le mot itinérant ou ses déclinaisons¹³, auxquels s'ajoutent les nombreuses interventions effectuées par les policiers. Cette réalité est préoccupante pour le SPVM qui est dans l'obligation d'intervenir dans le cadre de sa mission première de protection et de gestion de l'ordre public.

Les interventions répétées des patrouilleurs auprès de ces personnes sont de nature multiple, mais elles sont souvent liées à leurs conditions de vie précaires (dont la nécessité de subvenir à leurs besoins de bases dans l'espace public) et aux multiples problématiques avec lesquelles elles sont aux prises. Confrontés à des plaintes et des désordres bien réels, les policiers doivent intervenir à l'aide des outils qui leur sont disponibles. Si ce sont régulièrement des citoyens qui appellent Urgence santé pour signaler l'état inquiétant d'une personne à la rue, ces citoyens ne demandent pas nécessairement une judiciarisation de cette population : ils souhaitent que soit apportée une réponse à une situation problématique.

Police communautaire et police de résolution de problèmes

Les nouvelles pratiques de « police communautaire, police de proximité, police préventive, police de résolution de problèmes » sont autant de tentatives pour répondre à un malaise qui touche l'ensemble des polices et, plus généralement, les mécanismes de contrôle social dans les démocraties occidentales (Monjardet, 1996). Aux dires de Monjardet, depuis les années 80, avec la montée perçue de la délinquance de masse et de l'émeute urbaine, on questionne la police urbaine, une police quotidienne dont on attend qu'elle assure la tranquillité et la sûreté des villes. Si dans le cas de la criminalité, ce qui est en cause, c'est le rapport direct entre le criminel et la police; dans le cas de la petite délinquance, ce qui est en cause, c'est le tissu social lui-même¹⁴. Ce partenariat, sous le vocable de police communautaire, propose de partager la responsabilité de la police, en impliquant aussi l'école, la justice, les services sociaux, les élus.

¹³ Un dénombrement manuel indique une moyenne de 35 appels par jour qui contiennent spécifiquement « itinérant(s) », « itinérante(s) » ou « itinérance » (35 appels X 365 jours = 12 775 appels/année). Il s'agit d'une estimation conservatrice puisqu'elle n'inclut pas les cas où aucune référence n'est faite à la condition des personnes impliquées (ex. : « homme ivre couché dans la rue »), ni ceux où le libellé contient plutôt « sans-abri(s) », « SDF », etc. (Boivin et Billette, 2012)

¹⁴ « La petite délinquance, qui est le plus souvent une appropriation d'opportunités, est avant tout le fait d'un tissu social qui s'effiloche, lorsque les normes ne sont plus transmises en amont (crise des institutions de socialisation, dont la famille et l'école), lorsque les contrôles sociaux ne fonctionnent plus (individualisation, séparation des lieux de travail et de résidence), et lorsque la disparition de l'emploi laisse démuné de toute activité, et de toutes ressources. (...) La délinquance est ainsi l'affaire de tous et l'ensemble des instances de socialisation et des instances normatives sur un territoire donné sont appelés à répondre aux problèmes de la petite délinquance et des incivilités. » (Monjardet, 1996, p. 246)

Dans la foulée de ce renouvellement des politiques de sécurité urbaine, on doit la notion de « police de résolution de problème » à Goldstein (1979) qui faisait observer qu'en passant son temps à traiter ponctuellement les « incidents », la police se privait des moyens de s'attaquer à leurs causes, et se condamnait ainsi à la répétition infinie des mêmes interventions. L'exemple classique est celui de l'analyse des appels téléphoniques au 911 qui fait apparaître une proportion importante d'appels pour un même individu ou un même secteur : « *Plus généralement, l'approche par "problèmes" permet de faire la part de ce qui relève de la police et de ce qui est de la responsabilité d'autres services, et de les en saisir, au lieu d'y trouver, comme dans les services traditionnels, une raison suffisante pour ignorer ces problèmes.* » (Monjardet, 1996, pp.252-253)

EMRII s'inscrit dans le modèle d'une police d'expertise axée sur la résolution de problèmes. Un des objectifs de cette équipe pour le SPVM est de réduire la congestion créée par les interventions à répétition mettant en cause des personnes en situation d'itinérance. La prise en charge de ces personnes par une équipe spécialisée vise à dégager les patrouilleurs de ces situations récurrentes. Voici quelques caractéristiques principales de l'approche de « résolution de problèmes » (Brodeur, 2003) :

- La police devient une agence dont les objectifs et les missions *dépassent le maintien de l'ordre.*
- Les outils conventionnels (arrestation, emprisonnement) ne sont plus des priorités; ils peuvent même être à éviter si leur emploi menace la cohésion du quartier ou la confiance des citoyens. Ceci est possible en partie parce que la performance policière n'est plus mesurée par les arrestations.
- En parallèle avec la variété des problèmes, la résolution de problèmes suppose que le policier puisse, et doive, établir des partenariats pour « régler » le problème

Ces philosophies nouvelles viennent redéfinir la relation entre policiers et communauté, ainsi que le thème central des résultats du travail policier. Chalom et Leonard soulignent que ces pratiques policières nécessitent de nouveaux indicateurs pour en mesurer les impacts : « *Axés sur la prévention (absence de crimes et de désordres, résolution durable des problèmes) et sur le rapprochement avec les collectivités (prise en compte de la demande sociale, obligation de résultat et partenariat), ces nouveaux modèles [police communautaire, police d'expertise] impliquent d'autres critères d'évaluation, comme la réduction du nombre des appels de la part de citoyens, l'atténuation du sentiment d'insécurité, la capacité à mobiliser la collectivité dans la lutte contre la criminalité ou l'amélioration de la qualité de vie des citoyens.* » (Chalom et Leonard, 2001, p. 98).

En 2009, le Service de police de Montréal se dote de nouvelles visions et orientations en matière d'itinérance. Si, au cours de la dernière décennie, le SPVM a été partie prenante d'initiatives de collaboration, afin de mieux coordonner les interventions de divers acteurs autour des personnes en situation d'itinérance et d'améliorer la situation, « *tant du point de vue des personnes itinérantes que de celui des nuisances physiques et sociales qu'on leur attribue* », ces nouvelles orientations visent plus spécifiquement à identifier quelles sont les meilleures interventions policières en matière d'itinérance (SPVM, 2009). Les stratégies de résolution de problèmes y sont favorisées et la question de la

collaboration avec les partenaires y est centrale. C'est dans la foulée de ces orientations en matière d'itinérance que le SPVM sera à l'origine de la mise sur pied d'EMRII.

2.1.2 – Contexte d'implantation et de mise en œuvre d'EMRII

Lors du fondement d'EMRII, des préoccupations portées par les acteurs terrain vont rencontrer des préoccupations organisationnelles et politiques. Divers services aux populations en situation d'itinérance sont déjà en place et l'idée d'une collaboration police-santé va émerger de l'expérience des policiers et des intervenants.

L'équipe mixte démarre dans un contexte politique favorable, où la question de l'itinérance fait l'objet d'un important débat public. Nombreuses sont les voix qui soutiennent la nécessité d'une collaboration accrue entre les divers acteurs en lien avec les personnes en situation d'itinérance. L'implantation de l'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) s'inscrit dans la convergence des discours sur l'itinérance mettant de l'avant la nécessité d'établir des pratiques de collaboration. L'établissement du *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*, rendu public en 2009, soulève les difficultés d'accès aux services pour les populations itinérantes et le manque de cohérence entre les différents acteurs. Parmi les priorités identifiées par le Plan d'action, la troisième consiste à « améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes », et la quatrième à « favoriser une cohabitation tolérante et sécuritaire entre les différents groupes de citoyens ». Ainsi, on propose : l'amélioration des compétences des policiers pour intervenir auprès des personnes en situation d'itinérance (objectif 59); d'encourager les organisations policières à utiliser l'approche de la police communautaire dans l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de s'y trouver (objectif 61); et la mise en place de protocoles d'entente entre les corps policiers et les organismes du milieu pour favoriser l'accès et la continuité des services offerts aux personnes itinérantes (objectif 62) (*Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*, 2009).

La mise sur pied d'une équipe d'intervention mixte policiers / intervenants sociaux et de la santé se fait par ailleurs dans un contexte social où l'intervention policière auprès des personnes itinérantes suscite de vives critiques. On pointe du doigt le profilage exercé par le Service de police de Montréal et les impacts négatifs de l'intervention policière sur le parcours de réinsertion des personnes à la rue (entre autres, le Barreau du Québec, en 2008, et la Commission des droits de la personne, en 2009)¹⁵. Si le

¹⁵ En 2008, le Barreau du Québec constatait : « *Le recours à la judiciarisation est inefficace, car il ne semble aucunement réduire le nombre des diverses infractions d'incivilité constatées (au mieux, il les déplace), ni répondre aux immenses besoins des personnes en situation d'itinérance. Au pire, elle nuit au travail des institutions et du milieu communautaire, qui cherchent à aider les personnes en situation d'itinérance à vivre le mieux possible, et contribue à produire de l'itinérance.* » En 2009, un rapport tripartite de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec conclue à une discrimination systémique des personnes en situation d'itinérance à Montréal de la part de la Ville et du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) : « *La discrimination systémique [est] caractérisée par l'interaction entre des normes, politiques et pratiques institutionnalisées, ainsi que des règlements municipaux et des dispositions législatives qui, pris ensemble, ont pour effet de soumettre les personnes itinérantes à une surjudiciarisation qui, au sens de la Charte, constitue un traitement différentiel créant une distinction préjudiciable entre elles et les autres citoyens.* » (P.54) On y note que l'image de l'itinérant nuisible,

SPVM souligne que la majorité des interventions policières envers les itinérants ne sont pas de nature judiciaire et que les contacts avec les personnes en situation d'itinérance, le nombre de résolutions sur le site et de transports à l'hôpital surpassent de beaucoup le nombre d'interventions qui se concluent par une arrestation ou un constat d'infraction (Boivin et Billette, 2012), le SPVM va néanmoins noter dans ses nouvelles visions et orientations en matière d'itinérance (2009) qu'il importe d'identifier quelles sont les « *meilleures interventions policières pour qu'elles aient les effets escomptés (ex. : arrêter un comportement dérangeant, faire respecter la réglementation) tout en étant adaptées aux personnes itinérantes.* » On y reconnaît en outre qu'émettre à une même personne itinérante « *des contraventions à répétition en vertu du code de la sécurité routière ou des règlements municipaux ont peu de conséquences sur ses comportements qui provoquent l'intervention et peut nuire à ses possibilités de sortie de l'itinérance [...].* » (SPVM, 2009). C'est dans ce contexte qu'il est apparu pertinent d'assigner une équipe spécialisée pour intervenir auprès de la population itinérante qui représentait le plus de défis pour le SPVM.

Le SPVM est à l'origine d'EMRII. Parmi différents modèles d'équipe réunissant santé et policiers aux États-Unis¹⁶, les initiateurs d'EMRII vont particulièrement s'inspirer d'équipes de San Diego, en Californie¹⁷. Ce modèle est retenu compte tenu des similitudes sociodémographiques entre les deux villes : la superficie, la population, un nombre important de personnes en situation d'itinérance, le nombre de policiers et l'approche (police communautaire et de résolution de problèmes). Afin de s'outiller pour la mise en œuvre d'EMRII, une délégation composée de représentants du SPVM (2), du milieu des affaires (1), du milieu municipal (1) et du milieu communautaire (1), se rendra à San Diego en 2008 pour quatre jours afin de se familiariser avec le fonctionnement de leurs équipes spécialisées¹⁸.

L'équipe est mise sur pied au cours de l'année suivante, en septembre 2009, avec la désignation de deux agents de police du SPVM. En décembre 2009, deux intervenants du CSSS J-M (un infirmier et un agent de relations humaines spécialisé en toxicomanie) viennent compléter l'équipe. Du côté du SPVM, EMRII ne reçoit pas d'argent frais; deux policiers sont dégagés de leurs fonctions pour se joindre à l'équipe. La sélection des policiers se fait sur la base de leurs aptitudes et de leur intérêt pour la nouvelle équipe mixte, et ils se verront accorder le statut d'agents sociocommunautaires. Le CSSS va obtenir pour ce

agressif et dangereux est fortement enracinée dans l'imaginaire social et la surjudiciarisation des personnes itinérantes pour troubles à l'ordre public ne peut que contribuer à renforcer les préjugés dominants à leur égard.

¹⁶ Aux États-Unis, marqués par un contexte social de violence où les armes à feu sont en libre circulation, les équipes interprofessionnelles seront le plus souvent mises sur pied en ayant pour préoccupation centrale de réduire l'usage de la force dans l'intervention auprès des personnes souffrant de troubles mentaux.

¹⁷ Le *Homeless outreach team* (HOT) – est une équipe mobile ayant pour but d'intervenir en deuxième ligne auprès d'individus vulnérables, et à partir de laquelle on s'est inspirée dans la mise en œuvre de **l'équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance** (EMRII). Le *Psychiatric emergency response team* (PERT) – est un service de première ligne pour offrir de l'assistance à des personnes en crise et qui s'apparente au projet-pilote de **l'équipe de soutien aux urgences psychosociales** (ESUP), une patrouille mixte composée d'intervenants de l'équipe Urgence psychosociale – Justice (UPS-J) et de patrouilleurs du SPVM, mis sur pied à Montréal en juin 2012.

¹⁸ Cette initiative se décide à quelques semaines de préavis, un délai trop court pour que des responsables du CSSS J-M puissent aménager temps et budget afin de se joindre à la délégation.

projet-pilote un financement de trois ans via le *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*. Seront embauchés pour ce projet des intervenants ayant œuvré dans des équipes spécialisées en itinérance au CSSS J-M.

L'équipe démarre sans structure de gestion clairement établie. Ce qui est d'abord clair pour chacune des parties, c'est qu'il y a nécessité d'une pratique de collaboration et que le fonctionnement sera déterminé au cours de la première année. Il y a aura ainsi un travail en progression pour définir le type de fonctionnement, la structure et une vision commune des enjeux éthiques de cette collaboration interprofessionnelle. Ce n'est qu'en mars 2011 qu'un protocole d'entente est formalisé entre le CSSS et le SPVM pour consolider la mission, les objectifs et le fonctionnement de l'équipe mixte.

Au cours de la première année (2009 et 2010), agents et intervenants se réunissent dans les locaux du SPVM pour clarifier le travail de partenariat au sein de l'équipe mixte. En 2010, une troisième policière est affectée à la coordination de l'équipe EMRII-SPVM, dont le mandat consistera notamment à évaluer les dossiers soumis à l'équipe mixte par les patrouilleurs, à rassembler les informations judiciaires sur ces personnes et à les garder à jour. Du côté du CSSS, les coordonnatrices des équipes Itinérance et UPS-J apporteront leur soutien ponctuel aux intervenants d'EMRII dans le cadre de discussions cliniques, mais sans qu'un mandat précis leur ait été confié au niveau de la coordination du travail terrain. Ce n'est qu'en mars 2012 qu'un coordonnateur sera embauché spécifiquement pour l'équipe EMRII-CSSS. Il y aura une plus grande stabilité du personnel du SPVM, tandis qu'au CSSS on note un certain roulement au cours des premières années d'existence de l'équipe.

Consolidation de l'équipe

En octobre 2010, la ville de Montréal se prévaut d'un Plan d'action ciblé en itinérance¹⁹ afin de venir en aide rapidement et de façon concertée aux personnes vivant en situation de précarité sur son territoire. Ce plan prévoit la consolidation de l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance. C'est ainsi qu'en novembre 2010, deux policiers provenant des ressources régulières du SPVM s'ajoutent à l'équipe mixte, portant leur nombre à quatre policiers, dont une agente occupant la fonction de coordonnatrice. En juillet 2011, EMRII devient une unité permanente du SPVM. Il est alors convenu que l'équipe passera progressivement de 4 à 6 policiers.

Au CSSS, EMRII est un projet pilote qui se termine en 2013 et qui devra faire l'objet d'une évaluation. Cependant, les effectifs augmentent également au CSSS au début de l'année 2012, alors qu'un spécialiste en activités cliniques/coordonnateur et un éducateur spécialisé se joignent à l'équipe. L'équipe est désormais dotée de deux coordonnateurs, issus de chaque institution, qui assurent de part et d'autre une permanence au bureau, évaluent les dossiers et établissent des contacts avec les différents partenaires. Du côté CSSS, le coordonnateur assure également la gestion clinique des interventions.

¹⁹ Plan d'action ciblé en itinérance de la ville de Montréal, 8 octobre 2010 : *Agir résolument pour contrer l'itinérance*: <http://servicesenligne2.ville.montreal.qc.ca/sel/publications/>

En octobre 2012, cinq agents du SPVM (quatre femmes et un homme), dont quatre policiers sur le terrain et une coordonnatrice, et quatre intervenants sociaux et de la santé du CSSS J-M²⁰ (deux hommes et deux femmes : infirmière clinicienne, travailleuse sociale, éducateur spécialisé et spécialiste en activités cliniques/coordonnateur) composent cette équipe.

Mandat de l'équipe mixte

C'est en mars 2011 qu'un protocole d'entente est officiellement signé entre le SPVM et le CSSS Jeanne-Mance afin de préciser les rôles au sein d'EMRII. L'équipe est composée de professionnels qui demeurent attachés à leur institution respective, soit le poste de quartier 21 et le site Sanguinet du CSSS Jeanne-Mance. Bien que les deux institutions soient situées au centre-ville, l'équipe est dotée d'une mission pour toute l'île de Montréal. Dans cette entente, policiers du SPVM et intervenants sociaux et de la santé du CSSS Jeanne-Mance sont appelés à travailler conjointement à remplir la mission suivante :

Réaliser du travail de proximité pour rejoindre des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir qui sont régulièrement l'objet d'interventions policières et présentant des facteurs de vulnérabilité; voir à les référer et/ou les accompagner vers des services appropriés en fonction de leurs besoins afin d'améliorer leurs conditions de vie et de favoriser leur réinsertion. (Protocole d'entente sur la mise en place d'EMRII, 2011)

Les principaux objectifs d'EMRII y sont ainsi énoncés :

- Mieux comprendre la réalité des personnes en situation d'itinérance, leurs besoins, les possibilités et les limites des services offerts.
- Favoriser l'accessibilité et la continuité des services afin d'assurer un meilleur arrimage avec les partenaires : Service de police, réseau de la santé et des services sociaux, services judiciaires et correctionnels, organismes communautaires, ville et autres, dans le cadre de solutions concertées.
- Favoriser le partage de l'information, pour le mieux-être des personnes et dans le respect des règles de confidentialité.
- Réduire les barrières du partage des informations.

Dans le protocole, on résume le principal objectif d'EMRII de la manière suivante : « *Cette équipe permet d'offrir des alternatives aux personnes itinérantes pour prévenir le phénomène des portes tournantes et de développer des interventions policières mieux adaptées à leurs besoins. En effet, elle offre aux personnes itinérantes auprès de qui les policiers interviennent, généralement pour des raisons liées à leurs conditions de vie très précaires et les multiples problématiques avec lesquelles elles sont aux prises, d'accéder à des services adaptés à leur situation en tenant compte de leurs besoins, de leurs volontés, de leurs capacités et limites (judiciaire, de santé, de réinsertion, etc.).* » (Protocole d'entente EMRII, 2011)

²⁰ Un psychiatre de l'équipe Itinérance du CSSS J-M travaille également en collaboration avec EMRII pour faire des évaluations psychiatriques, accueillant les personnes à son bureau ou allant à leur rencontre sur la rue.

Voici comment sont déclinées *les responsabilités des membres d'EMRII*, dans le travail de collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé. (*Protocole d'entente EMRII, 2011*)

1. Travailler et intervenir en complémentarité auprès des personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir
2. Travailler spécifiquement pour les personnes en situation d'itinérance présentant des facteurs de vulnérabilité et qui sont l'objet régulièrement d'une intervention policière.
3. Appliquer les principes de la résolution de problèmes dans leurs interventions dans le but de réduire le nombre d'interventions policières à répétition auprès des personnes en situation d'itinérance, ainsi que la réduction des méfaits et l'approche motivationnelle au niveau de l'intervention.
4. Agir en soutien aux policiers de première ligne dans leurs interventions auprès des personnes itinérantes
5. Évaluer les besoins des personnes en situation d'itinérance
6. Informer et recommander les personnes en situation d'itinérance au sujet des services disponibles.
7. Accompagner la personne dans ses démarches auprès du réseau de la santé et des services sociaux.
8. Agir à titre d'intervenants pivots lorsque la situation requiert l'intervention de plusieurs prestataires de soins de services.
9. Mettre en place des mécanismes de suivi documentant ainsi l'évolution des dossiers traités.
10. Sensibiliser les personnes itinérantes sur les situations problèmes auxquelles elles peuvent être confrontées (judiciarisation, danger à leur intégrité physique, etc.)
11. Développer ou consolider des partenariats avec des services qui s'adressent aux personnes itinérantes
12. Développer ou consolider les liens entre le SPVM et les instances du système de justice qui traitent des dossiers des personnes itinérantes afin de mieux arrimer leurs actions.
13. Rechercher les meilleures pratiques d'intervention.
14. Contribuer aux diagnostics locaux en matière d'itinérance.
15. Promouvoir la mise en œuvre de l'EMRII auprès des instances concernées.

EMRII est une équipe fondée sur la rencontre de deux univers professionnels et effectuant un travail de deuxième ligne s'inscrivant dans une pratique de gestion de cas pour rejoindre des personnes parmi les plus désaffiliées socialement. EMRII est un service qui se situe à l'interface des populations, des services publics, du système juridique, du réseau des organismes communautaires et des divers acteurs concernés par ces populations (propriétaires, commerçants, citoyens, etc.), visant à assurer une cohérence entre les actions de divers acteurs et restant en lien avec les personnes peu importe où elles se trouvent : rue, prison, hôpital, ressources communautaires, séjour en désintoxication, etc. Nous verrons que cette équipe est confrontée à divers défis, dont les nouveaux profils des personnes en itinérance, les problématiques liées à la comorbidité (personnes combinant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie), les enjeux éthiques des suivis et des collaborations avec diverses instances.

2.1.3 – S’inventer comme équipe

« C’est particulier comme expérience, et c’est dû au fait que c’est police et CSSS, avec du monde qui sont la crème de la crème de la clientèle! » (Intervenant)

« Ça a été de grandes discussions dans l’auto, dehors, dans le bureau : toi qu’est-ce que tu es capable de faire? Jusqu’où tu es prêt à le faire? Puis moi ce que je suis capable de faire et jusqu’où je suis prêt à le faire. » (Policier)

Globalement, la mise en œuvre d’EMRII à Montréal est l’occasion d’un choc de cultures. La rencontre entre les logiques d’action policières et les logiques d’action du réseau de la santé et services sociaux ne se fait pas sans heurts. Il semble que l’on puisse identifier deux temps dans d’implantation et la consolidation de l’équipe mixte. Si la première année se caractérise par une certaine polarité dans la compréhension de l’équipe, de la définition de sa mission et du mandat de chaque professionnel, après trois années de fonctionnement, on parle d’une pratique aux balises relativement bien définies, d’une identité d’équipe et d’une cohésion où le travail de chacun est perçu comme essentiel et complémentaire. Dans les prochaines pages, nous discutons des principaux défis qui furent relevés dans la mise en œuvre de ce partenariat santé / services sociaux / police.

EMRII démarre avec peu de balises auxquelles se référer. Il en va d’une première collaboration en intervention entre le SPVM et le CSSS. Ce qui s’impose d’abord est la nécessité d’une pratique de collaboration pour répondre à des personnes socialement désaffiliées. Les acteurs de la première heure parlent de six mois à un an de flottement, à définir ce qu’on peut faire, ce qu’on veut faire, à fonctionner par essais-erreurs, sachant qu’il est toujours possible de « glisser » et de ne plus respecter son mandat; qu’il s’agisse des personnes à desservir, des priorités de l’institution partenaire ou du rôle de chacun des professionnels. Les paramètres de l’équipe vont principalement s’élaborer sur le terrain, dans le cadre d’un travail de négociation et de réflexion entre les quatre professionnels qui composent alors l’équipe :

« Ce projet-là n’était pas très bien défini et il fallait le définir à travers les cas qu’on rencontrait. Ce n’est pas évident quand tu es deux policiers, deux intervenants sociaux et qu’on te dit : tu as carte blanche. En même temps, il n’y a pas vraiment de direction. Tout se négocie à quatre. On a été chanceux d’être ces 4 personnes-là. On s’est entendu sur le fait qu’on travaille pour les clients, mais aussi pour la communauté et on veut faire progresser nos deux organisations là-dedans. Il faut vraiment rester collé chacun sur nos missions, mais il faut trouver un corridor où chacun peut passer, dans le respect de toutes les lois, etc. On s’est entendu là-dessus. Mais chaque semaine, il fallait qu’on se rassoie. Le mariage n’était pas gagné d’avance. Les mandats, les enjeux culturels, ça nous rentrait dedans, semaine après semaine. C’était beaucoup de discussions, mais avec beaucoup d’efforts pour se comprendre et se respecter. » (Intervenant)

Rapidement, on va statuer que les personnes auxquelles s’adresse EMRII sont non seulement celles qui font l’objet d’un nombre élevé d’interventions policières, mais qui présentent également des facteurs de vulnérabilité (santé mentale, santé physique, toxicomanie, déficience, démence, problèmes de mobilité,

perte d'autonomie, etc.)²¹. On veut ainsi éviter de s'adresser à des personnes occupant l'espace public principalement pour y conduire des activités illicites, un espace qui est strictement du ressort de l'intervention policière et où le CSSS n'a pas son rôle à jouer. La sélection et l'évaluation des dossiers référés par les patrouilleurs deviendront une pratique systématique de l'équipe, afin de s'assurer qu'on s'adresse à la population visée.

La rencontre de deux institutions

Ce sont d'abord les différences entre les divers professionnels qui retiennent l'attention des membres d'EMRII. Tout est à inventer. De nombreuses questions se posent au cours de la première année : À qui s'adresse-t-on? Que signifie la vulnérabilité? Jusqu'où va-t-on dans l'intervention? Quels sont les rôles de chacun? Quel est l'espace d'intervention conjointe? Quelles informations sont à partager entre les professionnels de l'équipe? Quelles sont des attentes raisonnables à l'égard de cette petite équipe? C'est aux points de rencontre des mandats de chaque institution que se définira l'espace de travail de l'équipe mixte.

« Ma perception de la culture policière c'est : faisons quelque chose! C'est un service d'urgence, action – réaction. Alors que nous c'est : attends un peu là. Compréhension de la problématique, connaissance du client, connaissance de son réseau, qu'est-ce qui a été fait avant, qu'est-ce qui a marché, qu'est-ce qui n'a pas marché, pourquoi ça n'a pas marché? Après ça, partir des volontés du client. Bon il ne veut pas, alors là il faut travailler sur la volonté... on est dans deux mondes diamétralement opposés : nous on est dans une logique d'accompagnement et d'aider la personne à faire du sens avec tout ça, alors que d'un point de vue policier on est dans une logique de démarche opérationnelle, faite de protocoles, et qui donne un résultat concret, quantifiable, calculable... » (Intervenant)

« Là où il y a dû y avoir une modification de notre pensée, moi comme policier, c'est clair que dans mon travail, dans ma formation, dans ma mentalité, dans ma pensée, tout ça, je suis beaucoup plus action-réaction. Avec le CSSS, ce n'est pas tout à fait la même chose. Moi je ne demande pas à quelqu'un la permission de l'arrêter. Et ça, comme mentalité, c'est sûr que c'est pas tout à fait la même que du côté du CSSS. » (Policier)

Mandat principal et mandats secondaires

Au SPVM, EMRII est d'abord un outil permettant de dégager les patrouilleurs en première ligne d'interventions à répétition et d'intervenir auprès de populations difficiles en sollicitant des partenaires, dans la tradition du travail de police communautaire. Du point de vue du CSSS, cette collaboration s'inscrit dans la continuité de nouvelles équipes cliniques réunissant une variété de professionnels autour d'une personne, où le partenariat avec les policiers offre des outils pour mieux rejoindre une population vulnérable qui ne vient pas vers les services.

On s'entend au sein de l'équipe pour dire qu'on répond à des situations exceptionnelles, autour desquels les deux institutions doivent collaborer. Le « mandat principal » d'EMRII consiste faire un état de la

²¹ Au départ de l'équipe mixte, la clientèle présumée d'EMRII sont les personnes composant une liste de quelque 150 individus qui suscitent un nombre élevé d'appels au 911, communément appelé le « noyau dur ». Mais l'équipe se rend rapidement compte que ces personnes très connues des policiers ont principalement un profil criminel et ne présentent pas de problèmes de l'ordre de la santé physique ou mentale.

situation (à la fois d'un point de vue de la santé, de l'insertion sociale et de l'ordre public) et proposer un suivi intensif dans le milieu, afin de sortir des interventions policières à répétition, des portes tournantes des hôpitaux et d'apporter des réponses durables à des personnes vivant un cumul de difficultés.

Dans le discours des acteurs de la première heure, si on souhaite améliorer les services offerts par sa propre institution, il y a également en filigrane du discours des professionnels le souci de contribuer à ce que le partenaire « se responsabilise ». Au CSSS, on souhaite qu'EMRII contribue à une intervention policière qui soit sensible à la réalité des personnes en situation d'itinérance et que ces dernières soient reconnues comme des êtres souffrants. Alors qu'au SPVM, on tend à insister sur le fait qu'il y a parfois inadéquation entre les services et les besoins des personnes à la rue et on souhaite que ce partenariat, notamment en termes d'échange d'informations, se généralise avec les autres services du CSSS.

Délimiter le rôle des policiers dans le cadre d'une collaboration avec la santé

Si on s'entend que chacun doit rester dans son rôle au sein de ce partenariat, tous les mandats ne sont par ailleurs pas compatibles au sein d'une collaboration santé – services sociaux – policiers. Au départ de l'équipe, les intervenants du CSSS font part de leur malaise à l'égard du travail de répression policier, auquel on ne souhaite pas être associé :

« On travaille dans une approche de réduction des méfaits et on cherche à créer une alliance avec ces populations-là. On ne peut pas être identifié au volet répressif en même temps qu'à la réduction des méfaits et à la résolution de problèmes. Les gens ne sauraient plus sur quel pied danser quand ils nous voient arriver. [...] À un moment donné, le commandant a dit : on va rassurer tout le monde. Les policiers EMRII ne feront pas de judiciarisation et lorsqu'il y aura matière à judiciarisation, d'autres personnes vont s'en occuper. Vous ne ferez pas d'arrestations. Vous ne ferez pas de dossiers d'accusation non plus. Donc, on est parti sur cette base-là. » (Intervenant)

Le rôle du policier EMRII diffère sensiblement du rôle des patrouilleurs. Son rôle principal consiste à « *supporter les postes de quartier en matière de prévention et de résolution de problèmes liés au phénomène de l'errance urbaine.* » (Document interne SPVM). Afin que ce rôle spécifique soit reconnu, il les policiers de l'équipe mixte ont notamment demandé à ce que le titre *d'agent d'intervention en itinérance* soit octroyé aux policiers d'EMRII – se distinguant ainsi des fonctions des patrouilleurs, tout comme celles des agents sociocommunautaires.

Si dans certaines équipes au Canada, les policiers sont habillés en civil, à Montréal, on a fait le choix de la visibilité policière. Alors que les intervenants du CSSS soulèvent au départ la crainte que l'uniforme policier suscite la méfiance chez une population qui a souvent eu de mauvaises expériences avec les policiers, du côté du SPVM, il importe que ce travail policier spécialisé en prévention effectué dans le cadre d'EMRII soit reconnu. Pour faciliter le repérage des policiers en uniforme affectés à EMRII, le SPVM opte pour l'ajout d'un brassard distinct « EMRII ». L'équipe se déplace dans une camionnette non banalisée du SPVM, également identifiée EMRII.

« On ne veut pas cacher qu'il y a un travail de police communautaire à Montréal. D'autre part, ces policiers sont clairement identifiés avec un badge au bras, car son mandat est différent des autres policiers : on ne veut pas que les policiers d'EMRII fassent de la judiciarisation, ce n'est pas leur rôle premier. Donc, il y a eu cette décision que les

policiers sont en uniforme pour sensibiliser la population et aussi pour que les personnes en situation d'itinérance sachent c'est qui et qu'il y ait une relation de confiance qui s'établisse avec la police. » (Gestionnaire – SPVM)

Cette visibilité des policiers EMRII balise les interventions lors des patrouilles mixtes. Les policiers affectés à l'équipe mixte ne sont pas exemptés de leurs devoirs plus généraux de policiers : ils continuent d'écouter les appels sur les ondes lorsqu'ils sont en déplacement, ils sont dans l'obligation de répondre aux citoyens qui les interpellent et de porter main forte à des collègues lors d'interventions d'urgence. Cette visibilité fait en sorte qu'il y a diversion fréquente de la mission première d'EMRII : s'arrêter lorsqu'il y a carambolage sur la route, répondre aux demandes d'informations de la part de passants, avertir un automobiliste qui a ignoré un passage piéton ou répondre aux demandes d'assistance de la part de patrouilleurs du secteur immédiat.

« On est visuel. On est dans l'espace public. Ce qui fait que parfois on se déplace pour faire une situation X et ce qu'on se trouve à faire, ça n'a rien à voir avec ça. [...] Les policiers rentrent en back-up sur certaines situations, alors c'est déjà arrivé qu'il y avait un vol qualifié. On était à un coin de rue de là. Ils sont partis, gyrophares, contraire de la circulation, à foule pine et préparez-vous à sortir les filles! *Lets go*, on était sur le coin de rue et eux ont continué, c'est la priorité. » (Intervenant)

Les policiers sont très visibles dans l'espace public, on se retourne à leur passage, on les regarde travailler. Dans le cadre des interventions EMRII, il n'échappe pas à l'attention du passant que la personne en situation d'itinérance fait l'objet d'une intervention policière, même si la relation est détendue et que le policier soit attablé devant un café avec la personne.²² En comparaison, le travail d'une infirmière, d'une travailleuse sociale ou d'un éducateur spécialisé passe le plus souvent inaperçu :

« Quand je fais de l'outreach seule, je passe inaperçue dans la foule. Personne ne sait qui je suis, qu'est-ce que je fais. Oui, parfois parce que Monsieur est tellement dans un état lamentable que les yeux vont se tourner vers nous. Pour voir, pourquoi elle lui parle? Mais en général, on n'est pas visible de loin. Ils ne savent pas qui je suis par rapport à Monsieur. Je pourrais être sa tante, sa sœur, une intervenante, ils ne savent pas. Mais quand je suis avec la police, c'est assez clair! On le voit tout de suite, tous les déplacements qu'on fait, les regards se tournent vers nous. On fait juste marcher sur la rue, tout le monde nous regarde avec un point d'interrogation parce qu'on se parle. » (Intervenant)

Le statut ainsi clairement défini par l'uniforme des policiers permet de faire des co-interventions où ces derniers avertissent, renseignent, mettent le cadre dans l'intervention auprès des personnes desservies. Les intervenants notent tous que leur travail au sein d'une équipe mixte ne nuit pas à la relation avec les personnes, comme ils auraient pu le craindre au départ. On peut même penser que l'uniforme permet à chacun de rester dans son rôle et d'accéder aux lieux qui correspondent à ce rôle.

« L'avantage, c'est qu'on voit la différence que la clientèle fait. On est identifié EMRII. Souvent on l'entend même dans le discours de nos clients et des autres itinérants : "ah, eux autres sont corrects, c'est EMRII. Ce n'est pas la police ordinaire, c'est EMRII." » (Intervenant)

²² Nous rapportons dans la troisième section de ce rapport l'expérience de certains usagers en regard de cette visibilité policière dans l'intervention.

« Ça ne m'est jamais arrivé d'être étiqueté EMRII, que quelqu'un refuse de me parler parce qu'il sait que je travaille avec les policiers. Jamais. » (Intervenant)

Quelle est la portée de l'équipe?

Au cours de la première année, le Service de police interpelle EMRII pour différents événements « situationnels » afin de faire de la sensibilisation/prévention, tel que l'éviction d'un groupe de personnes dans le métro ou patrouiller dans des parcs et des sections de la ville où l'on retrouve plusieurs personnes en situation d'itinérance. Il sera convenu que les intervenants EMRII-CSSS ont pour mandat le suivi de personnes spécifiques, et qu'ils ne seront pas présents lors d'interventions ponctuelles auxquelles pourraient être appelés à participer les policiers EMRII²³ :

« Il y a une immense pertinence à ce qu'on se parle, qu'on se comprenne, qu'on s'influence, qu'on puisse mettre ensemble tout le bagage qu'on a de certaines situations, mais il y a plusieurs interventions qui ne nécessitent pas une intervention conjointe entre présence policière et acteurs santé et services sociaux. » (Intervenant)

Cela dit, l'équipe mixte travaille sur des dossiers individuels et les policiers EMRII font le plus souvent de la patrouille ciblée, c'est-à-dire qu'ils se déplacent dans l'objectif de voir des personnes en particulier. S'il avait été question au départ de l'équipe qu'une part du travail consiste à travailler autour de lieux problématiques réunissant plusieurs personnes en situation d'itinérance (certaines stations de métro, certains parcs où il y a un usage fréquent de drogue injectable), ce travail de visibilité occupe une place relativement marginale dans le quotidien des policiers EMRII.

Créer des espaces de collaboration et de concertation

Si les gestionnaires de chaque institution portent le souci que leurs professionnels restent collés à leur mandat dans le cadre de cette équipe mixte, dans le travail au quotidien, un grand défi identifié par les membres de l'équipe est de parvenir à travailler ensemble. Une certaine cohésion au sein de l'équipe est nécessaire pour que cette collaboration fonctionne, pour développer une pratique commune fondée sur les outils et les possibilités de deux institutions qui interviennent avec les itinérants. Il y a là une tension permanente entre respect des rôles et travail de collaboration qui balise l'équipe de ces débuts jusqu'à aujourd'hui.

Au sein d'EMRII se côtoient deux cultures d'intervention pour le moins contrastées. Les membres de l'équipe parlent de divers apprentissages sur le terrain, au contact des autres professionnels et de la réalité du travail d'intervention. Pour les policiers, ce sont des apprentissages sur la réalité de l'itinérance

²³ Ces situations posaient également l'enjeu de la sécurité des intervenants. La co-intervention avec des policiers en uniforme, même dans un contexte de suivi intensif, demande une vigilance accrue de la part des intervenants du CSSS. Au cours du travail d'observation à l'été 2012, les professionnels de l'équipe ont vécu des situations qui auraient pu mettre leur sécurité en jeu, ce qui a mené l'équipe à identifier certains lieux à éviter en co-intervention, afin de ne pas mettre les intervenants en danger : entre autres, certaines maisons de chambres et certains parcs où les gens peuvent être particulièrement hostiles à la présence policière.

et sur des méthodes d'intervention psychosociale (création du lien de confiance, respect du rythme des personnes, petits pas). Pour les intervenants, c'est un meilleur accès aux personnes à la rue et une meilleure connaissance de l'univers de la justice et des stratégies possibles pour y faire entendre les besoins des personnes. De part et d'autre se forge une meilleure compréhension des mandats, des possibilités et des contraintes propres à chaque institution. Au fil du temps, on verra que s'établit une reconnaissance des préoccupations du partenaire institutionnel, du rôle et du jugement professionnel qui guide les différents membres de l'équipe. Lorsqu'ils parlent de leur travail, policiers SPVM et intervenants CSSS parlent non seulement au nom de leurs institutions respectives, mais ils se positionnent également en tant que membre de l'équipe mixte.

Les intervenants du CSSS notent désormais mieux connaître le travail policier. On se rend compte que les moyens dont disposent ces derniers sont dans certaines situations limités :

« Les policiers, on leur demande de nous comprendre, de comprendre les itinérants, les intervenants sociaux, de comprendre les limites du réseau. Mais il faut comprendre les policiers aussi. Ça, ç'a été une richesse. De la part de mon équipe [au CSSS], cette alliance était perçue bizarrement. C'est sûr, tu travailles à l'équipe Itinérance, ta clientèle est judiciarisée; une partie de leurs problèmes est due aux policiers. Là, tu te mets à être partenaire, le monde te trouve un peu bizarre. Et en plus, tu dis qu'il faut comprendre les policiers. Ce n'était pas tout le temps facile à passer. Mais je pense qu'on a avancé là-dedans pour que les gens s'utilisent mieux. » (Intervenant)

« Avec un policier, on a fait une intervention avec quelqu'un de très intoxiqué sur la rue [qui n'est pas un client EMRII]. On se posait la question : où est-ce qu'on l'emmène? Qu'est-ce qu'on fait avec ce client-là? Le policier m'a dit, si je pense qu'il va faire un sevrage et qu'il est très intoxiqué, qu'il est délirant, qu'il ne va pas bien, je vais l'amener à l'hôpital et ils vont le prendre en charge jusqu'à ce qu'il dégrise. Sinon, s'il a l'air juste très intoxiqué, je vais peut-être l'amener au c.o. [centre opérationnel de la police], pour le protéger. Si je fais ça, je n'ai pas le choix de donner un ticket. Parce qu'il faut que je justifie la mise en détention. Et là, il va se retrouver avec un ticket de 150 \$, que je ne veux pas lui donner! Il n'y a pas d'alternative pour l'instant. [...] On met les policiers dans une obligation de donner des tickets parce qu'il n'y a pas de meilleure réponse. » (Intervenant)

Les policiers avancent pour leur part mieux connaître la réalité de la santé, des services sociaux et du communautaire, ainsi que de certains enjeux liés à la santé mentale. Le travail de collaboration au sein d'EMRII permet de se familiariser au réseau de la santé, à ses nombreux services, ses logiques et ses acteurs :

« J'ai fait des rencontres sur EMRII, que je n'aurais jamais faites. Avec des personnes qui travaillent dans le communautaire. Je ne pensais pas qu'il y avait des gens qui se donnaient autant. Jamais. Je n'avais pas pensé qu'on pouvait faire carrière à donner autant à la vie, aux gens. De rentrer le soir et d'être complètement vidé de s'être donné autant dans une journée. Et d'avoir trouvé le temps et les mots pour l'entraide et de dire demain matin, je recommence. Et ils font des miracles avec ce qu'ils ont. Ils ne sont pas subventionnés. Il y a beaucoup plus de barrières de leur côté que du mien. » (Policier)

« J'ai compris que le trouble délirant, c'est quelque chose qui est complexe. Les gens de la santé n'ont pas nécessairement de médicaments. J'ai comme compris qu'il faut vivre un peu nous aussi avec ça. » (Policier)

Les membres d'EMRII font valoir à de nombreuses reprises que pour mener à bien une telle pratique de collaboration, il a fallu oser prendre des risques et être créatifs : « *On est dans deux systèmes complètement différents, c'est chaotique, avec une personne qui est dans le milieu... ça prend des fous pour trouver une solution!* » (Intervenant)

En 2012, on peut certainement parler d'une équipe qui a appris à se faire confiance, malgré que divers irritants demeurent quant aux méthodes de travail des uns et des autres et qu'il y a de régulières mises au point²⁴. Tous les membres d'EMRII notent l'important atout d'apprendre à travailler en collaboration avec des professionnels d'une autre institution, au quotidien et sur le long terme. Cette proximité était nécessaire pour se former les uns les autres à certains principes d'intervention, aux mandats et au fonctionnement de chaque institution. La collaboration repose sur des qualités personnelles d'ouverture et sur la reconnaissance de la plus-value du travail d'équipe. Les acteurs de ce partenariat sont perçus comme étant difficilement interchangeable. Il y a un travail de longue haleine pour arriver à se comprendre, à s'inventer comme équipe.

Le partage de l'information

À la base de l'équipe EMRII, il y a le souci que les informations et le pouvoir d'action que possèdent les policiers et les intervenants de la santé et des services sociaux soient mobilisés dans une même direction : « *Autant cet enjeu a causé beaucoup de problèmes depuis son implantation, autant c'est une raison d'être de la mise en œuvre.* » (Gestionnaire-SPVM). Il est déterminé dès le départ, à la demande du CSSS J-M, que chaque institution aura ses propres dossiers EMRII. CSSS et SPVM établissent des dossiers « EMRII » distincts, qui contiennent les informations propres aux mandats des institutions et aux champs d'expertise des professionnels. Ainsi, bien que le partage d'informations soit au cœur de la collaboration interprofessionnelle, de nombreuses informations demeurent par ailleurs confidentielles.

La perception quant aux informations qu'il est possible de partager changera au cours de la première année, sachant que l'intervention est souvent réalisée conjointement et qu'on discute régulièrement entre collègues sur les suivis. Au fil du temps, certaines balises particulières à cette équipe seront précisées afin de rendre la collaboration possible. Il sera d'une part convenu que ce qu'une personne dit devant les professionnels de l'équipe (CSSS et SPVM) peut être utilisé au dossier de chacune des institutions. Le SPVM s'engage également à ne pas diffuser aux autres patrouilleurs les informations auxquelles les policiers ont accès dans le cadre du travail de collaboration et qui ne sont pas nécessaires au travail des patrouilleurs. Selon le protocole qui sera par la suite signé entre les deux institutions, les dossiers EMRII-SPVM ne sont pas accessibles aux patrouilleurs du SPVM. S'ajoutera un peu plus tard un formulaire de consentement à faire signer aux personnes desservies par l'équipe mixte autorisant les deux institutions à échanger les informations pertinentes au travail de suivi. Plus généralement, il sera convenu avec le temps que les intervenants du CSSS partagent avec les policiers EMRII des informations qui sont nécessaires à la compréhension du suivi, mais qui ne contreviennent pas au droit à la vie privée des personnes desservies.

²⁴ La double coordination de l'équipe est de ce point de vue perçue par les acteurs du CSSS comme un ajout positif à l'équipe.

La spécificité de l'équipe mixte face aux services existants

Parallèlement à la précision du fonctionnement de l'équipe, les membres d'EMRII sont aussi appelés à établir la spécificité de l'équipe face aux services existants, à faire valoir la pertinence de cette collaboration atypique, ainsi que la responsabilité conjointe de chacune des institutions à l'égard de la population itinérante. Quelle est la valeur ajoutée à ce qui existe déjà, sachant qu'il y a des services dédiés en itinérance et qu'il existe également des policiers sensibles à la question?

Au cours de la première année, les professionnels vont régulièrement présenter ce nouveau service dans différents postes de quartier et organismes communautaires, afin de faire valoir que l'équipe mixte vise à collaborer avec les différents acteurs, sans s'y substituer ni dédoubler des services. Certaines résistances se font sentir à l'égard de la nouvelle équipe mixte et les professionnels doivent mettre de l'avant qu'EMRII occupe un espace vacant, à l'interface entre les services traditionnels offerts par le Service de police et le réseau de la santé et des services sociaux :

« On travaille avec des situations complexes où les gens sont activement là, ils sont dépassés, puis on arrive et on dit "nous autres on veut faire quelque chose"... Il faut faire attention de ne pas envoyer le message "puisque vous ne faites rien on va faire quelque chose". Il y a une ligne très mince. On vivait avec le stigmate que "le service de police travaille avec le service de santé parce qu'ils pensent qu'on ne s'en occupe pas". » (Intervenant)

Si dans le réseau communautaire, on a pu craindre qu'EMRII empiète sur le champ de compétence des organismes du milieu, au SPVM, les patrouilleurs ont davantage eu tendance à vouloir se défaire du « problème » et il a fallu sensibiliser ces derniers au fait qu'ils demeurent les acteurs de première ligne avec qui on souhaite collaborer:

« Il y a toujours la tranche traditionnelle de la police qui dit : "ce n'est pas à nous de les traiter. Les personnes sont passées à travers tous les filets, nous sommes les derniers intervenants, on fait notre job, on n'a pas le choix." Il a fallu expliquer que c'est notre problème parce que 35 appels par jour c'est énorme. Veux, veux pas, tu es appelé à intervenir auprès de ces personnes-là tous les jours. Est-ce qu'on peut s'améliorer à cet égard? » (Gestionnaire – SPVM)

Les policiers EMRII vont être soucieux au départ de poser les bases de la collaboration avec les patrouilleurs et de faire tout en leur pouvoir pour que cette équipe à contre-courant fasse sa place au sein de l'institution. Être reconnu par les patrouilleurs de première ligne, afin qu'ils passent par-dessus les préjugés attachés aux agents sociocommunautaires, qu'ils considèrent la pertinence du travail de l'équipe mixte, malgré qu'il s'agit de policiers qui participent rarement aux interventions d'urgence, n'est pas chose aisée au SPVM :

« On a fait des efforts monstres. On a gardé le cellulaire du service jusqu'à 9-10 heures tous les soirs pour être capables d'offrir un support en ligne aux policiers. On s'est regardé et on s'est dit : "On n'a pas le choix. Si on veut que ça marche, il va falloir faire des sacrifices personnels par rapport à ça". On a fait ça pendant un an de temps, à gardé le cellulaire discrètement chez nous. Pour offrir un service. Et rapidement, c'est comme toutes choses, à partir du moment où il y a quelques belles interventions, qu'il y a des dénouements, ça va bien. » (Policier)

« Je suis convaincu qu'on ne contaminera pas les policiers. Tout ce qu'on va faire, c'est une petite brèche dans leur façon de penser et à la longue, on va peut-être juste leur faire dire : ah, c'est peut-être un cas EMRII, laisse-moi appeler quelqu'un sur l'équipe. » (Policier)

S'il est convenu que l'équipe réalise un travail de suivi intensif auprès de certaines personnes qui ont échappé à tous les filets, les professionnels vont également se positionner quant aux retombées attendues à l'égard de l'équipe mixte. Les acteurs qui composent l'équipe au cours de la première année insistent pour dire qu'EMRII est avant tout une équipe spécialisée : « *on s'occupe des personnes, mais pas du système* », le rôle est de « *favoriser que le système offre une réponse adéquate à des situations vraiment singulières* ». Ils n'ont pas pour mandat de diffuser de nouvelles pratiques en matière d'intervention policière auprès des quelque 4000 patrouilleurs de Montréal, mais ils souhaitent par ailleurs obtenir suffisamment de crédibilité pour que s'établisse une collaboration avec certains d'entre eux. En entrevue, les policiers de l'équipe réitèrent leur mandat, qui ne saurait être confondu avec des attentes de réforme de la pratique policière au SPVM. EMRII n'a pas pour mandat central de former les patrouilleurs, mais de s'assurer que les cas très problématiques soient pris en charge par une équipe spécialisée :

« On est opérationnel. On ne peut pas demander à une petite équipe de diffuser *at large* du SPVM une formation. On va collaborer à des initiatives spécifiques. Mais on ne peut pas nous demander ce mandat-là spécifique. Il faudrait qu'ils agrandissent l'équipe. [...] On fait de la sensibilisation et on fait du support-référence au quotidien. En travaillant avec les policiers, on leur apprend déjà d'autres choses. » (Policier)

Les professionnels de l'équipe mixte notent également à plusieurs reprises que les paramètres inhabituels de cette intervention de deuxième ligne et les défis liés à l'émergence d'une réelle collaboration entre les univers de la santé, des services sociaux et de la police exigent d'être soutenus par l'institution à laquelle on appartient :

« Il y a un gros enjeu qui est d'apprendre à changer les mentalités. Le SPVM, c'est un gros bateau, le CSSS et le réseau de la santé, c'est un gros, gros bateau. Nous autres, on est une petite chaloupe, à côté. On a des policiers qui sont assez social [sic]. Et de notre côté on est des intervenants de la santé qui sont capables de voir les enjeux de sécurité. Parce qu'on porte vraiment les deux chapeaux. » (Intervenant)

2.2 – Fonctionnement d’une équipe mixte

« On se positionne comme une équipe pivot. Notre rôle est de coordonner tous les services et s’assurer que tout va dans le même sens. Et dans ce contexte-là, non seulement on va coordonner, mais on va se déplacer physiquement où le client est. Pour la première fois, on a vu des équipes du CSSS apparaître en prison, notre client est à l’hôpital suffisamment longtemps, on va se présenter à l’hôpital, notre client est en désintoxication, on va faire un arrimage avec l’équipe de désintoxication, s’il n’est pas trop loin, on va se déplacer là-bas pour le rencontrer, faire le plan de sortie. S’il est au centre opérationnel de la police pour évaluation, pour désintoxication on pourrait avoir à intervenir. On va se déplacer à la cour pour faire des recommandations au niveau de la sentence. » (Intervenant)

Diverses formes de collaboration ont été mises sur pied au cours des deux dernières décennies entre policiers et intervenants sociaux et de la santé pour améliorer la réponse aux personnes en situation d’itinérance en Europe et aux États-Unis (Adelman, 2003; Baillergeau et coll., 2012; Compton et coll., 2008)²⁵. Aux États-Unis, ces initiatives peuvent être regroupées sous trois formes : des policiers formés sur les enjeux de la santé mentale et les techniques de désescalade deviennent des spécialistes en intervention de crise dans leur équipe de travail (la collaboration santé-police est ici principalement au moment de la formation); des patrouilles mixtes santé-police intervenant en première ligne pour venir en support aux patrouilleurs et arrimer les personnes aux services; des équipes mixtes de gestion de cas santé-police qui prennent en charge à moyen et long terme des personnes à la rue qui génèrent beaucoup d’interventions policières. EMRII s’inscrit dans ce troisième type d’initiative de gestion de cas et de suivi intensif²⁶: en tant que telle, cette équipe figure parmi les pionniers au plan international.

Principes d’intervention d’EMRII : gestion de cas, suivi intensif et co-intervention

EMRII est un service de deuxième ligne qui prend le relais d’interventions complexes où se conjuguent facteurs de vulnérabilité et interventions policières à répétition, afin de trouver des solutions adaptées à chaque situation – d’où ont notamment émergé diverses pratiques novatrices. L’équipe est de nature proactive et préventive afin de rejoindre des personnes socialement désaffiliées, en offrant des réponses sur mesure qui peuvent être atypiques quant aux façons habituelles de travailler du Service de police et du Réseau de santé et des services sociaux – notamment par la mise en place d’un filet de sécurité et de contrôle plus dense que ce que les institutions partenaires sont habituellement à même d’offrir. Le travail s’organise principalement autour des pratiques d’outreach (langage de la santé) ou de patrouille ciblée (langage policier) pour rejoindre les personnes là où elles sont : dans la rue, à l’hôpital, en prison, en thérapie, dans les ressources communautaires.

²⁵ Une revue de la littérature internationale sur les pratiques d’intervention mixtes en itinérance a été produite parallèlement à ce rapport par Baillergeau et coll. (2012)

²⁶ À noter que le SPVM a également investi les deux premières formules en 2012. En collaboration avec le CSSS Jeanne-Mance, une équipe de patrouille mixte (composée d’un policier et d’un intervenant de la santé) de première ligne spécialisée en santé mentale est en fonction depuis juin 2012 à Montréal : l’équipe de soutien aux urgences psychosociales (ESUP). De plus, des patrouilleurs des différents postes de quartier recevront (à partir de janvier 2013) une formation spécialisée de réponse en interventions de crise (RIC).

Les personnes desservies par l'équipe font l'objet d'interventions récurrentes par les policiers pour une pluralité de motifs d'interpellation : des transports ambulanciers qui demandent une assistance policière, des entraves aux règlements municipaux, des appels au 911 par des citoyens qui s'inquiètent de l'état de santé d'une personne, des plaintes de résidents liées à la cohabitation dans l'espace public, le non-respect des conditions de probation ou des méfaits. Si certaines personnes ont des profils criminels (par exemple, délinquance sexuelle), et que d'autres ont commis des actes criminels (par exemple, vol, vente de stupéfiant), les personnes référées à EMRII font le plus souvent l'objet d'interventions policières répétées en raison de transports ambulanciers et des appels de citoyens en lien avec la cohabitation et le sentiment de sécurité dans l'espace public.

L'équipe dessert des personnes à la rue qui présentent différents facteurs de vulnérabilité, le plus souvent de l'ordre de la santé mentale et de la toxicomanie, mais qui peuvent également inclure, entre autres choses, la déficience intellectuelle, des problèmes de santé physique, des traumatismes crâniens ou des atteintes neurologiques. L'équipe s'adresse à des personnes difficilement desservies par les services, qui font les portes tournantes des hôpitaux – on parle de plusieurs « hauts utilisateurs d'urgence » – et qui sont souvent très judiciarisés. La complexité de leur situation fait parfois en sorte qu'ils ne répondent pas aux critères d'admission des services de santé. (Par exemple, un homme de 54 ans souffrant d'alcoolisme, de symptômes de Korsakov, d'un traumatisme crânien et qui est en perte d'autonomie.) On parle de personnes généralement peu en lien avec les ressources communautaires et qui sont particulièrement désaffiliées parmi la population itinérante.

Ce sont des personnes dont la situation se modifie continuellement, suite aux fréquents séjours hospitaliers et périodes de détention, et il est parfois difficile de garder leur trace. Dans le travail d'observation, il est également frappant de constater à quel point une partie des personnes desservies par l'équipe mixte sont présentes dans l'espace public. L'équipe les croise quotidiennement sur la rue lors de ses déplacements.

EMRII s'adresse à des personnes qui sont en contact avec de nombreux acteurs, dont les policiers et le personnel hospitalier, des contacts parfois récurrents à travers lesquels les personnes n'obtiennent cependant pas de réponse durable à leurs besoins. Parmi les principaux acteurs en liens avec les personnes desservies par l'équipe et avec qui les professionnels EMRII viseront à favoriser une intervention cohérente autour de la personne, notons : les patrouilleurs, les hôpitaux, les différents acteurs de la santé et des services sociaux, la détention, les ressources communautaires, la cour, l'environnement (plaignants) et le réseau de la personne. Ce sont autant d'acteurs qui ont un point de vue localisé sur la situation de la personne. EMRII, en tant que gestionnaire de cas, construit le portrait d'ensemble de la situation d'une personne et de son état. C'est sur la base d'un regard général — saisissant à la fois les préoccupations de l'ordre de la sécurité publique, de la santé et de l'insertion sociale — que les différents acteurs autour de la personne sont interpellés en vue d'une intervention cohérente, qu'il s'agisse des patrouilleurs, des acteurs de la santé, du communautaire ou de la justice :

« Les policiers n'ont pas de vue générale. Et encore moins le système de santé. Encore moins la cour. » (Policier)

« Je pense qu'il y a deux sphères sur lesquelles on intervient beaucoup, c'est l'individu, sensibiliser l'individu, essayer de le motiver, bien évaluer ce qu'on peut faire pour lui et avec lui. Puis on agit sur le système aussi, pas pour le changer, mais adapter certaines choses, parce que cette clientèle-là passe à travers les mailles du filet, à bien des égards, souvent parce qu'il y a une espèce de récurrence. Il y a quelque chose dans le système qui est très mal adapté à ces situations-là, qui sont des situations de santé mentale, de chronicité, de toxicomanie. Ils se trouvent dans un mauvais système des fois, à un mauvais moment, ils passent dans la moulinette. Ça va très vite. On accompagne la personne à travers ça et on essaie qu'il y ait une réponse plus adaptée. Ce qu'on réussit à faire, c'est de défendre les intérêts de la personne à travers l'espèce de réponse mal adaptée. Aider les autres à comprendre de façon un peu plus globale la situation. » (Intervenant)

Si EMRII vise à arrimer les personnes aux services, les professionnels de l'équipe ont fait le choix d'une pratique d'arrimage qui ne s'arrête pas à la porte des services : les professionnels de l'équipe échangent des informations, font des discussions de cas, convoquent des rencontres-réseaux avec les différents acteurs autour d'une personne afin de trouver des répondants et de s'assurer que les besoins des personnes soient entendus. On reste au dossier jusqu'à ce qu'on ait trouvé réponse aux enjeux de vulnérabilité et à la récurrence des interventions policières.

Espaces de travail et espaces de collaboration

L'équipe EMRII est disponible de 7 h à 19 h du lundi au vendredi et est investie d'un mandat d'intervention qui couvre le territoire de l'île de Montréal. Lorsqu'ils ne sont pas sur le terrain, intervenants et policiers travaillent chacun sous le toit de leur institution respective. Les locaux des intervenants au CSSS Jeanne-Mance/site Sanguinet et ceux des policiers au poste de quartier 21 sont cependant situés à quelques minutes à pied. Plusieurs espaces sont prévus afin que les divers professionnels échangent sur les suivis en cours :

- Une rencontre hebdomadaire des neuf membres de l'équipe (coordonnateurs, policiers et intervenants) pour échanger les informations pertinentes à propos des suivis en cours, établir les priorités de la semaine, clarifier les rôles de chacun, se positionner comme équipe sur l'orientation des interventions et chercher des solutions.
- Une rencontre hebdomadaire entre les quatre intervenants de la santé et des services sociaux du CSSS pour faire le suivi sur les plans d'intervention, déterminer l'intervenant pivot à chaque dossier, rechercher des pistes de solution et établir les priorités dans l'intervention.
- Les deux coordonnateurs (CSSS et SPVM) se rencontrent également régulièrement afin d'évaluer les nouveaux dossiers et faire le point sur des situations plus délicates dans le cadre de cette collaboration interprofessionnelle.

Au quotidien, les membres de l'équipe, tous munis d'un cellulaire, s'appellent régulièrement pour se partager de nouvelles informations (par exemple, des personnes recherchées ont été identifiées par des patrouilleurs), pour prévoir le prochain déplacement ou se consulter sur des décisions à prendre en commun rapidement. L'équipe se déplace le plus souvent dans une camionnette identifiée EMRII-

SPVM²⁷ et une part importante des échanges s'effectue lors de ces fréquents déplacements, le véhicule étant devenu un lieu privilégié pour échanger des informations sur les suivis en cours, planifier les rencontres à venir et faire un retour sur les interventions récentes.

Au quotidien, intervenants et policiers EMRII se partagent le travail en « inter », c'est-à-dire selon les mandats et expertises de chacun. Le travail à réaliser sera déterminé selon l'évaluation des besoins de la personne, de ses comportements dans l'espace public, ainsi que de ses demandes. Au dossier se trouveront les intervenants qui peuvent répondre aux besoins identifiés relatifs à la santé physique, la santé mentale, au suivi psychosocial, au logement, ou relativement à des enjeux liés à la cohabitation harmonieuse dans l'espace public:

« C'est une équipe inter. Si un moment donné, il n'y a aucune dynamique de santé physique ou médicale, je n'interviendrai pas avec l'infirmière. Des fois il y a les policiers, mais leur présence n'est pas obligatoire. Dans le fond, on regarde le plan d'intervention qu'on fait avec la personne et ce qui est pertinent au dossier. »
(Intervenant)

Le travail des membres de l'équipe se répartit en fonction des dossiers évalués prioritaires. Des interventions auprès de dix à quinze personnes sont prévues à l'horaire de chacun des professionnels du CSSS au cours d'une semaine : personnes à voir en *outreach*, rendez-vous pour accompagner dans les services ou pour une démarche, discussions de cas et rencontres-réseau avec divers acteurs. Le calendrier des policiers, beaucoup plus souple, se compose de quelques dates à l'horaire pour les comparutions à la cour et des rendez-vous dans le cadre d'interventions conjointes avec le CSSS. Autrement, l'horaire se dessine au fil des journées. À la fin d'une journée, les professionnels de l'équipe conviennent des priorités du lendemain, priorités qui seront parfois revues au matin à la lumière des nouvelles informations sur les dernières interventions policières concernant les « clients EMRII ».

Les interventions s'effectuent selon les expertises et les disponibilités des membres de l'équipe; la séquence de plusieurs interventions faisant parfois en sorte que plusieurs intervenants montent à bord de la camionnette. Une part significative des interventions se réalise dans le cadre d'interventions mixtes police-santé/services sociaux. Une autre part du travail, s'effectue séparément par les policiers et les intervenants du CSSS, en fonction des mandats propres à chaque professionnel : accompagnement dans le cadre de démarches de santé ou judiciaires, monter un dossier judiciaire complémentaire pour la cour, faire une requête en évaluation psychiatrique, être en contact avec les différents acteurs autour de la personne, etc.

Depuis le printemps 2012, un coordonnateur est attribué par chacune des institutions pour contribuer au bon fonctionnement de l'équipe. Ce sont d'abord eux qui évaluent la pertinence des références soumises à l'équipe par les patrouilleurs.

²⁷ Un second véhicule de police (non identifié EMRII) est également utilisé lorsque plusieurs policiers de l'équipe sont en service en même temps.

Travail du spécialiste en activités cliniques (au bureau) – à mi-temps :

- Collaborer avec les intervenants du CSSS aux plans d'intervention et à leur révision; animer les rencontres hebdomadaires des intervenants EMRII-CSSS
- Développement de partenariats santé/ressources afin d'améliorer l'accès aux services pour la population desservie (par exemple : évaluations, soins à domicile)
- Analyser les nouvelles demandes EMRII et vérifier si la personne est connue dans d'autres services
- Présenter EMRII aux partenaires
- Établir les statistiques, faire des bilans.

Travail de la coordonnatrice SPVM (au bureau) – à temps complet :

- Garder à jour les informations sur les personnes desservies par EMRII (récentes interventions policières, incarcérations, cour) et les transmettre à l'équipe
- Analyser les nouvelles demandes EMRII
- Répondre aux demandes des patrouilleurs, supports et référence
- Tenir les différents PDQ référents informés des suivis et des recommandations
- Favoriser les partenariats et siéger sur certains comités intersectoriels
- Établir les statistiques, bilan de l'équipe

Ouverture des dossiers : comment devient-on un cas EMRII?

D'abord pensée comme un service pour les policiers du SPVM, seuls ces derniers peuvent référer des personnes à l'équipe EMRII. Les dossiers pris en charge par l'équipe mixte sont des situations qui dépassent les capacités de réponse des équipes locales du SPVM et qui concerne des personnes combinant trois caractéristiques: être en situation d'itinérance, faire l'objet de nombreuses interventions policières²⁸ et présenter des facteurs de vulnérabilité (tels que des problèmes de santé mentale, de santé physique, de toxicomanie, des atteintes cognitives ou la perte d'autonomie). Au fil du temps, une procédure a été élaborée afin d'optimiser la référence et la prise en charge des personnes :

« Du SPVM, ce qu'on a réussi à avoir avec eux, c'est qu'il faut que l'agent socio-comm ait fait son travail déjà au niveau local, qu'ils soient dans une impasse. Qu'ils aient essayé plein de choses, avec le support téléphonique ou non d'EMRII pour aider ce client-là avec leurs ressources à eux. S'ils sont dans une impasse, que le client génère beaucoup d'appels policiers et semble vulnérable, ça arrive chez nous. C'est [coordonnatrice au SPVM] qui va faire le premier débroussaillage pour voir s'il rentre vraiment dans tous les critères d'EMRII, après ça passe à notre niveau à nous. Et nous, ce qu'on va essayer de voir [...] s'il y a déjà des services autour d'un client, il faut travailler

²⁸ La définition de la notion de comportement problématique qui prévaut ici est celle utilisée de manière opératoire par les services du SPVM : il s'agit de comportements qui entraînent de multiples interventions policières pour une diversité de raisons. Cela ne signifie pas pour autant que l'aspect problématique se réduise à la fréquence des situations qui nécessitent des interventions; il s'agit d'un critère opératoire déterminant de la mise en place d'un suivi.

Notons que quelques personnes qui ont également été référées à EMRII par les patrouilleurs, bien qu'elles ne faisaient pas l'objet d'interventions policières fréquentes, mais qu'elles leur semblaient très vulnérables.

avec et non pas créer un nouveau service. [...] Ensuite, si jamais il n’y a rien autour du client, qu’il est vraiment isolé, qu’il n’a aucune équipe, alors il devient à ce moment-là officiellement EMRII, comme équipe pivot. » (Intervenant)

Ce sont les agents sociocommunautaires des différents postes de quartier de l’île de Montréal, ou plus rarement des patrouilleurs particuliers, qui réfèrent des personnes de leur secteur à EMRII. L’intervention policière et le jugement professionnel sont ainsi plus déterminants que la quantité d’appels au 911 dans la référence des personnes à l’équipe EMRII. Les interventions de différents patrouilleurs auprès d’une personne peuvent s’accumuler et passer inaperçues, tant qu’un policier ne fait pas l’exercice de rassembler les événements correspondant à une personne. Lorsque la coordonnatrice rassemble les informations sur une personne référée à l’équipe, il arrive qu’elle découvre des années d’interventions policières à répétition qui n’avaient pas jusqu’alors retenu l’attention.

La coordonnatrice EMRII-SPVM rassemble donc les informations envoyées par le poste de quartier réfèrent sur la personne et le contexte des interventions policières, qu’elle complète par des informations colligées dans la base de données du SPVM. Chaque dossier fait ensuite l’objet d’une évaluation de la part des deux coordonnateurs. Le coordonnateur au CSSS voudra notamment connaître quels sont les présumés facteurs de vulnérabilité de la personne référée. Dans la pratique, il n’est pas toujours aisé de savoir si on s’adresse effectivement à des personnes en situation d’itinérance et qui présentent un cumul de facteurs de vulnérabilité. Un temps d’évaluation de la situation, à la fois d’un point de vue judiciaire et de la santé, sera nécessaire pour déterminer l’implication de l’équipe au dossier et les acteurs qui seront sollicités.

La coordonnatrice EMRII-SPVM, en collaboration avec le coordonnateur du CSSS, étudie la pertinence du dossier et établissent de quel type de dossier il s’agit : (1) Dossiers EMRII : gestion de cas et suivi intensif à l’endroit d’individus qui n’ont pas de suivi; (2) Dossiers ponctuels : réseautage des services déjà existant autour d’une personne, et collaboration des policiers EMRII avec les acteurs au dossier; (3) Support et références : service de soutien aux patrouilleurs et aux divers services qui interviennent auprès des personnes en situation d’itinérance.

1— Dossier EMRII – suivi moyen et long terme

Un « dossier EMRII » (95 dossiers ouverts entre septembre 2009 et octobre 2012) est un suivi à moyen et long terme auprès d’une personne qui est peu ou pas en lien avec les services de santé, les services sociaux et les ressources communautaires. La personne est alors rencontrée, un plan d’intervention est élaboré et chaque professionnel établit son rôle auprès de la personne, selon qu’il y a des enjeux de santé, juridique ou psychosocial dans le cadre du suivi. Les personnes suivies par EMRII sont vues sur une base régulière. Le cœur du travail des intervenants consiste alors à évaluer les besoins de la personne, notamment auprès de cette dernière, à proposer une marche à suivre pour lui permettre l’accès aux services et à solliciter divers acteurs pour offrir une réponse cohérente à ses besoins. Il s’agira notamment d’identifier des stratégies d’intervention congruentes avec les patrouilleurs. EMRII ne se

substitue pas aux services existants, mais vise plutôt à arrimer les personnes aux services²⁹. Cela dit, les personnes seront suivies par EMRII tant que leur condition le requiert; c'est-à-dire tant qu'elles ne sont pas dument arrimées à des services ou qu'elles continuent de faire l'objet d'interventions policières régulières.

2— Dossiers ponctuels : suivis court terme

Les « cas ponctuels » (39 dossiers ouverts en 2011 et 2012) constituent une seconde catégorie de dossiers et concernent des personnes référées à EMRII et ayant déjà un suivi dans le réseau de la santé ou les services sociaux : par exemple, projet Chez soi, équipe de suivi intensif hospitalier, Urgence-Santé, Tribunal administratif du Québec (TAQ), curateur public, équipes spécialisées au CSSS J-M (Jeunes de la rue, équipe Itinérance), programme des anciens combattants. Une évaluation commune de la situation est faite par les professionnels de l'équipe, puis un arrimage entre les services déjà au « dossier » est rapidement effectué par les intervenants du CSSS. Le rôle des policiers est alors de travailler en collaboration avec les autres services, avec le support du CSSS au besoin. Cette catégorie de dossier « ponctuel » a été clarifiée en 2011, par souci d'améliorer l'efficacité de l'équipe et de ne pas dédoubler le travail infirmier ou psychosocial déjà réalisé par d'autres. Il arrive par ailleurs que des cas ponctuels deviennent des cas EMRII (5 en 2011 et 9 en 2012), lorsqu'il n'y a plus de services autour de la personne ou que la collaboration des intervenants du CSSS Jeanne-Mance est sollicitée pour faire des pas de plus dans l'intervention.

3 – Support, référence et sensibilisation

L'équipe est également sollicitée dans le cadre de demandes d'informations en matière d'itinérance qui proviennent des patrouilleurs, des collaborateurs au sein du système de santé ou des ressources communautaires. En 2011 et 2012, la coordonnatrice EMRII-SPVM estime à plus de 100 les demandes de support de la part des patrouilleurs. Ces derniers sont invités à consulter l'équipe afin d'avoir accès à des pratiques alternatives d'intervention dans leur travail de première ligne auprès de personnes présentant des facteurs de vulnérabilité et de connaître les ressources disponibles. C'est dans cette optique qu'on été élaborés des aide-mémoires et un dépliant sur la santé mentale, les pratiques alternatives dans l'intervention policière et les ressources s'adressant à la population itinérante. Certaines demandes de support proviennent également du réseau de la santé et des groupes communautaires en lien avec la population itinérante.

Dans le choix des dossiers à retenir, la définition de la vulnérabilité va varier selon que l'on s'adresse aux policiers ou aux intervenants d'EMRII. Pour ces derniers, la toxicomanie n'est pas un problème suffisant pour justifier une prise en charge par l'équipe, auquel cas, le *case load* EMRII gonflerait au-delà des capacités de l'équipe. S'exprime ici une certaine tension entre des acteurs de la santé et des services sociaux qui souhaitent pouvoir offrir un suivi intensif aux personnes desservies, et des policiers qui ont le souci de répondre à la demande des patrouilleurs qui font face à des appels récurrents pour une même

²⁹ C'est notamment pourquoi une catégorie de « suivis ponctuels – SPVM » a fait son apparition en 2011, afin de ne pas dédoubler les services lorsqu'une personne est déjà desservie par des intervenants sociaux et de santé.

personne. Se pose notamment au CSSS la question du nombre de dossiers qu'il est possible de mener simultanément dans le cadre d'une pratique de suivi intensif :

« L'autre fois, le policier me dit, il y a Mme X à aller voir. On sortait d'un gros rush et je lui dis : attends, nous on a 45 clients actifs. En tout, il y en a 89 dans le case load EMRII police, on ne peut pas en prendre tant qu'on veut parce qu'à un moment donné, on ne va plus pouvoir intervenir efficacement. Il a dit oui, mais quand même le mandat d'EMRII c'est de répondre aux besoins de patrouilleurs. Donc, cette pression, elle est là quand même. Le fait de répondre, de dire OK, je vais me renseigner, je vais essayer de faire de quoi, je vais te réorienter. »
(Intervenant)

Quand ferme-t-on un dossier EMRII?

Comment trace-t-on la ligne du suivi offert par l'équipe? Quel que soit le parcours de la personne au sein des différentes institutions de la santé et de la justice, EMRII reste au dossier jusqu'à ce qu'on ait trouvé une réponse aux besoins de la personne et de son environnement. Cette réponse « satisfaisante » ou « durable » repose sur une évaluation de la situation de la personne en regard des préoccupations liées à chaque institution : il sera évalué que la personne bénéficie des facteurs de protection nécessaires à sa condition (le plus souvent grâce à l'arrimage à divers services) et que ses comportements n'occasionnent plus de problèmes importants pour la sécurité et la cohabitation dans l'espace public.

Sur la base des 28 dossiers fermés entre septembre 2009 et septembre 2012,³⁰ voici différentes raisons de fermeture des dossiers :

- Huit personnes vivent désormais en logement autonome ou avec un soutien communautaire, et ont été mises en lien avec à des services réguliers du réseau de la santé et des services sociaux ou des services communautaires (service à domicile du CLSC du secteur de la résidence, ressources communautaires, médecin de famille, fiducie avec un refuge d'hébergement, etc.).
- Cinq personnes sont hébergées en institution (CHSLD, lit d'urgence, résidence intermédiaire, unité fermée, unité prothétique) suite à un diagnostic d'inaptitude lié à un trouble de santé mentale sévère ou à des atteintes neurologiques. Ce sont souvent des personnes chez qui la toxicomanie cachait les problèmes de santé mentale et faisait en sorte qu'elles n'étaient pas investiguées plus avant par les professionnels de la santé. Il s'agit de personnes dont l'inaptitude est reconnue (ordonnance de traitement, d'hébergement, perte d'autonomie, démence) et qui sont prises en charge de façon permanente par le réseau de la santé.
- Quatre personnes ont été référées à une équipe de suivi en santé mentale. Ce sont des personnes qui n'avaient pas de diagnostic ou qui, tout en ayant un diagnostic de santé mentale, avaient perdu le lien avec une équipe traitante.
- Quatre dossiers ont été fermés puisqu'ils étaient inactifs depuis un an : suite à des vérifications fréquentes dans les banques de données du SPVM, on constate que la personne n'est plus

³⁰ Un suivi EMRII dure en moyenne treize mois. Parmi les dossiers ouverts en 2009, 10/11 sont fermés en septembre 2012. Parmi les dossiers ouverts en 2010, 8/25 sont fermés. Parmi les dossiers ouverts en 2011, 9/20 sont fermés. Parmi les dossiers 2012, 1/36 est fermé.

l'objet d'interventions policières et l'équipe a perdu sa trace (on peut penser qu'il s'agit de personnes qui ont une nouvelle situation de vie ou qui sont en dehors du territoire du SPVM).

- Trois personnes ont été référées à une équipe de soutien spécialisé en itinérance au CSSS J-M (équipe Jeunes de la rue, équipe Itinérance). Au moment de la fermeture, la personne ne présente plus les critères initiaux de la référence : elles sont suivies par une équipe et ne suscitent plus d'appels policiers.
- Trois personnes sont décédées au cours du suivi.
- Un dernier dossier a été fermé concernant une personne pour qui la référence s'est avérée non pertinente. Il est considéré qu'il y a peu d'éléments de vulnérabilité et que chez cette personne l'itinérance relève du choix d'un mode de vie. De plus, si les patrouilleurs la connaissent bien, elle suscite peu d'interventions policières et il y a peu d'enjeux liés à la cohabitation harmonieuse de l'espace public.

EMRII dessert des personnes qui glissaient entre les mailles des services et il y a un important travail fait par les intervenants du CSSS pour que les besoins de la personne soient reconnus et qu'elles reçoivent les services requis par leur condition, malgré la spécificité et le cumul des problèmes auxquels elles font face. Certains dossiers sont fermés seulement lorsque les personnes qui sont bien arrimées à une équipe traitante et à des services permanents, et pour qui on aura fait des rencontres-réseau avec les professionnels de la santé afin de leur faire part des observations de l'équipe et pour contribuer aux meilleurs soins possibles.

« On a fermé beaucoup de dossiers. Sur la quantité de dossiers fermés à EMRII, on est rendus à 5 hébergements. Ça veut dire des personnes qui étaient complètement inaptes dans la rue et qui ont été dans la rue pendant longtemps. Qui ont été vues par des services d'urgence et jamais été évaluées, parce qu'on va à la cause de l'hospitalisation et on ne va pas plus loin. Je pense qu'ils ont le souci de ne pas laisser des gens inaptes à l'extérieur, mais la structure elle-même demande à être revue. » (Intervenant)

La mise en institution des personnes demeure une exception. Dans de nombreux dossiers, les personnes retrouveront un toit et seront mises en lien avec des services et leur communauté. Il y a un important travail pour retisser les liens avec les différents services communautaires et du réseau de la santé, ainsi qu'avec la famille et le voisinage. Une fois la personne logée, mise en lien avec certains services, certains dossiers sont retournés au poste de quartier référent en tant que problématique locale pour laquelle l'équipe fait des recommandations en matière d'intervention. Le travail d'EMRII va notamment consister à favoriser une meilleure compréhension des acteurs autour de la personne :

« Une intervention réussie, ce n'est pas que la personne soit prise en charge nécessairement. [...] Je pense à Y. moi mon objectif, c'est de m'assurer qu'il puisse avoir des choix. Et qu'il réduise ses comportements qui peuvent irriter son entourage. Ou que son entourage et lui se comprennent mieux. » (Policier)

Le lien significatif qui est bâti avec des personnes méfiantes à travers le temps continue souvent à être déterminant dans le parcours de rétablissement avec la personne. En octobre 2012, il y a 14 dossiers « en voie de fermeture »; c'est-à-dire où EMRII reste en lien avec la personne, le temps que sa situation se stabilise et offre un support à la nouvelle équipe, en cessant graduellement d'agir à titre d'équipe

pivot avant de fermer définitivement un dossier (on parle d'un temps de transition entre les services d'une moyenne de trois mois). Avant de se retirer du dossier, il y aura encore un travail de la part de l'équipe pour faire une référence personnalisée aux services; des discussions de cas pour faire une transition réussie avec l'équipe traitante désormais au dossier et contribuer au lien entre la personne et la nouvelle équipe; pour voir à ce que, malgré qu'elle soit désormais sous ordonnance d'hébergement, la personne soit reconnue dans ses capacités et espaces d'autonomie par la nouvelle équipe traitante; ou pour accompagner les premiers mois d'emménagement d'un homme très anxieux et qui entretient un lien significatif avec l'équipe. Les intervenants du CSSS font ainsi valoir l'importance de terminer correctement la relation d'aide avec les personnes desservies avant de fermer définitivement un dossier :

« Même si oui, on pourrait se retirer demain du dossier parce qu'on sait que M. X ne va pas sortir et qu'il va avoir une place en hébergement, et que c'est ce qu'il veut et il ne veut pas retourner à la rue. D'un autre côté, autant qu'on soit là pour vraiment finir les choses correctement. On va travailler avec les équipes pour que dans l'hébergement, ça se passe bien. C'est de finir l'intervention. C'est important aussi. Monsieur Z, oui, on l'a aidé à déménager. On a fait tout le travail pour qu'il ait un nouvel HLM, dans un endroit où il veut, etc. On lui a donné un petit coup de main, il avait du monde, il s'était organisé et tout. Je pense que ce qui a bouclé l'intervention, c'est le fait qu'on s'assoit ensuite et qu'on mange tous ensemble et qu'on reparle comment ça s'était passé. C'est important de terminer les choses. Nous on met beaucoup d'emphasis sur le fait de commencer une relation, mais c'est aussi important de la terminer. » (Intervenant)

Enfin, sans être fermés, certains dossiers seront à certains moments considérés moins prioritaires. Ils concernent des personnes qui ne suscitent plus d'appels policiers, qui n'ont pas de demande à l'égard de l'équipe et pour qui il est évalué qu'il y a peu de facteurs de risques importants pour le moment (pas de danger immédiat pour sa santé et sa sécurité). L'équipe reste au dossier, maintient le lien, mais sur une base ponctuelle. Ces dossiers redeviennent prioritaires lorsque surviennent de nouveaux événements (interpellations policières ou nouveaux facteurs de vulnérabilité – crise de santé mentale, climat ou autres) :

Par exemple, le cas d'un homme de 65 ans souffrant d'un trouble délirant. Il a été référé à EMRII, car il appelle quotidiennement au 911 pour demander de l'aide (il se sent menacé par divers complots contre lui). Il a également bâti un abri permanent composé de divers matériaux recyclés dans un stationnement du centre-ville. Au cours de l'année, l'équipe le visite régulièrement sur la rue pour créer un lien avec lui et il y a diverses tentatives effectuées pour l'amener vers les soins de santé, sans succès. Par ailleurs, sur la base du lien construit, cet homme est invité à déposer ses plaintes directement à l'équipe EMRII-SPVM, plutôt qu'au 911. De transférer ainsi les appels au SPVM, aura pour résultat qu'il n'appelle plus du tout le 911 pour parler de complots et de diverses menaces perçues. Après une année, il laisse des messages presque quotidiennement sur la boîte vocale de l'équipe EMRII-SPVM. La teneur des propos n'est pas évaluée comme comportant des risques par les intervenants du CSSS.

Après une année de suivi, Monsieur n'a pas de demande envers l'équipe. Il est encore à la rue, très délirant, mais les intervenants du CSSS évaluent par ailleurs qu'il bénéficie de certains facteurs de protection : il s'organise bien, il encaisse son chèque d'aide sociale, il s'alimente, il répond à ses besoins de base. Dans l'espace public, il est connu des policiers qui le saluent régulièrement et il n'est pas souvent l'objet d'interventions policières. On maintient donc le lien, on reste à l'affût de son état de santé mentale et de ses conditions de vie. Il n'y a pas de danger immédiat pour sa santé et sa sécurité. À l'automne 2012, le dossier n'est pas considéré prioritaire, bien qu'il soit vraisemblable qu'il le redevienne dans les prochains mois avec l'arrivée de l'hiver.

Si les motifs de fermeture sont explicites, ils ne font pas consensus entre les membres de l'équipe. C'est notamment un rôle du spécialiste en activité clinique, en collaboration avec la coordonnatrice au SPVM, d'objectiver les fermetures de dossiers. Au CSSS, on vise un arrimage aux services et qu'il y ait de bonnes relations d'établies entre la personne et les nouveaux intervenants avant de se retirer du dossier. On porte le dossier et on supporte la personne jusqu'au moment où il est possible de relayer le dossier à des services réguliers ou spécialisés. Au SPVM, on tend à souhaiter rester plus longtemps au dossier, afin de s'assurer que la personne ne vive plus à la rue et qu'elle ne sera plus l'objet d'interventions policières. En fait, du point de vue d'une logique policière, les dossiers ne sont jamais vraiment fermés.

Quelques statistiques et caractéristiques sociodémographiques des populations desservies ³¹

Entre septembre 2009 et octobre 2012, l'équipe a ouvert 95 dossiers EMRII. À la fin octobre 2012, 51 dossiers sont « actifs », 24 sont « fermés » suite à la référence des personnes à des services appropriés, 14 sont « en voie de fermeture » (c'est-à-dire que l'équipe estime que la personne sera dument arrimée à des services au cours des 3 prochains mois), 3 dossiers sont « inactifs depuis 1 an » et 3 personnes sont décédées. ³²

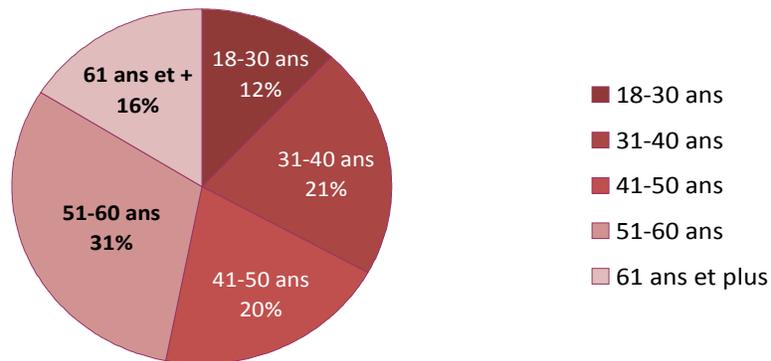
EMRII dessert majoritairement des hommes dans la cinquantaine qui présentent un cumul de problématiques. 87 % sont des hommes et 79 % sont francophones. Près de la moitié des personnes desservies par EMRII (45/95) combinent un problème de dépendance et de santé mentale. Seulement 7 % des dossiers ouverts par l'équipe mixte (7/95) concerne des personnes ne présentant ni l'un ni l'autre de ces problèmes. On parle alors de trouble neurologique, de problème de jeux compulsif, de problème physique, de déficience intellectuelle ou de problème inconnu.

95 Dossiers EMRII (2009-2012)	Portrait		Référence des postes de quartier
Fermeture – Référence : 24 Fermeture – Inactif 1 an : 3 Fermeture – Décès : 3 Actif — En voie de Fermeture : 14 Actifs : 51	83 Hommes (22-75 ans) Moyenne d'âge : 50 ans	12 Femmes (23-64 ans) Moyenne d'âge : 42 ans	Références en provenance de 16 postes de quartiers différents

³¹ Données tirées de la présentation de l'équipe EMRII lors de son bilan 2011-2012, le 5 novembre 2012.

³² Ces statistiques n'incluent pas les 39 « dossiers ponctuels » : 18 dossiers ouverts en 2011 et 21 dossiers ouverts en 2012. Elles n'incluent pas non plus une centaine de demandes de références de la part des patrouilleurs pour des informations et des conseils.

Âge des personnes desservies par EMRII en gestion de cas ³³



Il est à noter que dans le cas des « suivis ponctuels », l'âge moyen des personnes desservies diminue : on compte plus de personnes âgées de moins de 30 ans et moins de personnes âgées de 60 ans ou plus.

Au dire des intervenants CSSS, il est difficile de statuer sur un profil précis des personnes desservies. Plus de la moitié seraient en situation d'itinérance chronique lorsqu'elles sont référées à l'équipe. Ce que l'on constate par ailleurs, c'est que plus la personne est dans une situation d'itinérance chronique, désaffiliée de son réseau social, familial et du réseau des services, plus il est difficile de l'arrimer et de l'accompagner vers une sortie de l'itinérance.

Femmes et jeunes

Les femmes et les jeunes sont relativement peu desservis par EMRII, ce qui ne veut pas dire qu'ils sont peu présents à la rue. EMRII s'adresse à des personnes présentes dans l'espace public et qui sont l'objet de nombreuses interventions policières. Les femmes en situation d'itinérance sont possiblement moins visibles et bénéficient de certains facteurs de protection (offre de services destinée aux femmes, réseaux sociaux)³⁴. Une offre de service a également été développée pour les jeunes et on peut penser que leur ancrage à la rue se fait selon d'autres modalités (réseaux sociaux, activités lucratives) qui constituent des facteurs de protection. En comparaison, les hommes plus âgés qui sont chronicisés dans la vie à la rue ont une santé plus fragile et ont souvent épuisé leur réseau social (famille, amis).

³³ 11/95 ont entre 18 et 30 ans; 20/95 ont entre 31 et 40 ans; 19/95 entre 41 et 50 ans; 29/95 ont entre 51 et 60 ans; 15/95 ont 61 ans et plus (dont 5 ont plus de 71 ans). À noter que pour les personnes vivant à la rue, avoir 60 ans, c'était avoir beaucoup moins de résistance face aux difficultés de la vie à la rue (répondre à ses besoins de base, rigueurs du climat, violence entre les gens de la rue, etc.)

³⁴ Si l'itinérance des femmes est en hausse, elle demeure une itinérance relativement peu visible dans l'espace public : des femmes qui demeurent temporairement chez des amis ou des membres de leur famille, qui sont entretenues par des hommes en échange de faveurs sexuelles, ou qui utilisent les ressources d'hébergement et de soutien. (*Common Occurrence: The Impact of Homelessness on Women's Health* (Sistering, 2002)) On peut également penser que les femmes ont droit à un traitement différent de la part des policiers et des ressources de santé et de services sociaux. Elles sont moins judiciarisées et plus rapidement référées à des services de santé, parce que plus aisément considérées « vulnérables ».

En plus d'être moins nombreux dans le *case load* d'EMRII, les femmes et les jeunes desservis par l'équipe mixte le sont pour moins longtemps et dans le cadre d'un suivi souvent moins intensif. Les femmes, qui occupent 12 % des dossiers ouverts entre 2009 et 2012 (12/95), ont pour la plupart été rapidement mises en lien avec des ressources. Les jeunes de moins de 30 ans, s'ils constituent 11 % des dossiers, sont pour leur part relativement peu rencontrés par l'équipe, étant souvent difficiles à retrouver : ils changent fréquemment d'endroit et sont plus souvent temporairement logés (réseau social, location de chambres ou d'hôtel).

Nouvelles populations itinérantes

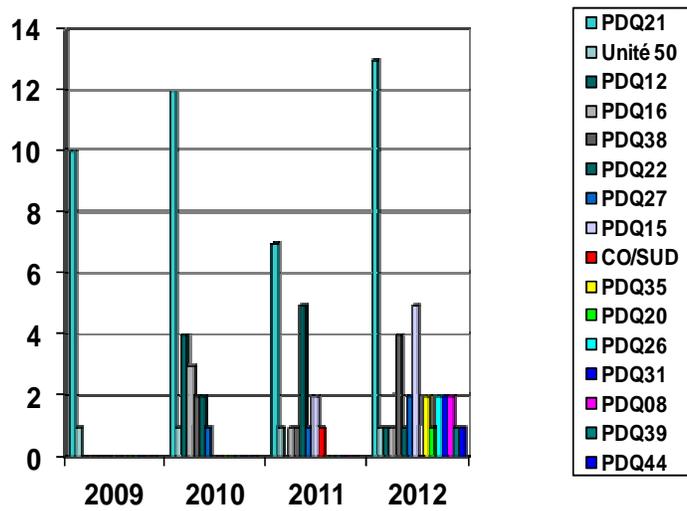
Les professionnels EMRII notent que le vieillissement prématuré des personnes qui vivent en situation d'itinérance, la présence de personnes de plus de 65 ans à la rue et ainsi que la récente réalité de personnes d'origine autochtone parmi les personnes desservies (2 Inuits, 3 personnes des premières nations) posent de nouveaux défis d'intervention à l'équipe mixte. Les problèmes « gériatriques » (perte d'autonomie, diminution de la mobilité, chutes multiples, incontinence, démence, syndrome de Korsakov, vieillissement précoce) qui touchent des personnes dans la cinquantaine vivant à la rue retiennent l'attention de l'équipe en tant que phénomène nouveau pour lequel il existe peu de services appropriés. De même, les populations itinérantes d'origine autochtone font l'objet d'un questionnement particulier au sein de l'équipe. Il semble que des stratégies d'interventions et des services particuliers soient nécessaires pour desservir ces gens qui fréquentent peu les services de santé et qui auront eu des parcours particulièrement difficiles pour que leur communauté d'origine cesse de les soutenir.

Cartographie des postes de quartier référents

On constate une progression du nombre de dossiers ouverts au cours des trois premières années de l'équipe et un nombre toujours grandissant de postes de quartier qui réfèrent des personnes à l'équipe EMRII (2 postes de quartier en 2009, 8 en 2012, 8 en 2011 et 15 différents postes de quartiers en 2012). Selon les praticiens et gestionnaires d'EMRII, au moins deux raisons peuvent expliquer le nombre grandissant de postes de quartiers faisant appel à EMRII: d'une part, EMRII est vraisemblablement de plus en plus connu parmi les patrouilleurs du SPVM; d'autre part, plusieurs acteurs sur le terrain font le constat d'un phénomène d'étalement de l'itinérance dans de nouveaux secteurs de l'île de Montréal.

	PDQ 21 – centre-ville (bureaux EMRII)	Unité métro	Centre-ville (PDQ 20, 22, 38)	Verdun et sud-ouest (PDQ, 15, 16)	Ahuntsic et Montréal-Nord (PDQ 27, 39)	Westmount, Côte des neiges (PDQ 26, 12))	Plateau, Villeray Petite patrie, Rosemont (PDQ 31, 35, 44)	autres
2009 (11)	10	1						
2010 (25)	14	1	3	3	1	3		
2011 (20)	8	1	6	3	1			1 (c/o sud)
2012 (36)	12	1	5	6	2	3	5	2 (Lachine)

Référence EMRII par les postes de quartiers (PDQ) du SPVM / par année³⁵



³⁵ Ce diagramme a été produit par les policiers d'EMRII. EMRII travaille parfois en concertation avec plusieurs postes de quartier (PDQ) à propos d'une même personne qui vit dans plusieurs secteurs de la ville. Est ici indiqué le PDQ référent. PDQ 8 – Lachine; PDQ 12 – Ville-Marie Ouest, Westmount; PDQ 15 – Sud- Ouest; PDQ 16 – Verdun; PDQ 20 – Centre-ville (Ville-Marie Ouest), parc du Mont-Royal; PDQ 21 – Centre-ville (Ville-Marie Est), île Notre-Dame, île Sainte-Hélène, Vieux-Montréal; PDQ 22 – Centre-Sud; PDQ 26 – Côte-des-Neiges; PDQ 27 – Ahuntsic; PDQ 31 – Villieray; PDQ 35 – La Petite-Italie, La Petite-Patrie; PDQ 38 – Plateau-Mont-Royal Sud; PDQ 39 – Arrondissement de Montréal-Nord; PDQ 44 – Rosemont – La Petite-Patrie; Unité 50 – Métro.

2.3 – Pratiques de collaboration et d'intervention au sein d'EMRII

« Le service de police, on est des gens d'urgence, on est des gens d'action, on est des gens du concret. Les gens du CSSS, ce sont des gens d'analyse, de réflexion. Ils vont se concerter, ils vont s'assurer. Il y a un clash. » (Policier)

« L'enjeu avec notre clientèle, c'est que ça bouge tout le temps. Tu bâtis quelque chose et deux jours après, ça ne marche plus. Le cœur de l'intervention c'est la communication, l'ouverture, la flexibilité, l'adaptabilité, parce que parfois le plan d'intervention qu'on vient de faire ne marche plus la semaine suivante parce qu'il y a eu un événement majeur. » (Intervenant)

Dans cette section, nous abordons différentes questions visant à qualifier les pratiques de collaboration interprofessionnelles au sein de l'équipe mixte EMRII: Comment se partagent les rôles? Quels sont les défis de cette rencontre entre deux cultures d'intervention et comment l'équipe y répond-elle? Comment s'aménagent les divers registres d'intervention? Qu'est-ce que cette collaboration permet de plus du point de vue de chacun des acteurs?

2.3.1 – Rencontre des mandats et division des rôles

L'articulation entre les logiques d'action propres à la santé, aux services sociaux et aux policiers est inhabituelle. Si généralement l'une commence là où s'arrête l'autre, dans le cadre d'EMRII se côtoient ces logiques d'action au sein d'une intervention commune. L'équipe doit travailler en concertation tout en étant composée de professionnels tributaires de diverses obligations professionnelles, chapeautés par différentes institutions et qui bénéficient d'espaces d'autonomie différents et sont soumis à des formes redditions de compte qui varient sensiblement³⁶. Comment se décide et se partage l'intervention dans la rencontre de deux cultures d'intervention : gestion de l'ordre public / promotion de la santé et insertion sociale?

Obligations et pouvoir d'action

Au départ de cette collaboration interprofessionnelle, il y a l'objectif commun de s'allier afin d'être en mesure de s'acquitter de ses obligations comme institution : au CSSS, il s'agit de porter assistance à des personnes vulnérables, au SPVM, de veiller à la cohabitation harmonieuse et à la sécurité du public. L'obligation d'agir face à certaines situations existe pour tous les professionnels de l'équipe et balise le travail d'intervention. Si tous les professionnels ont pour mandat la prévention et la protection, ces obligations se déclinent différemment. Chez les intervenants sociaux et de la santé, l'obligation d'agir repose sur l'évaluation professionnelle du danger encouru par la personne ou pour autrui. Chez les

³⁶ Les deux institutions (SPVM et CSSS) tiennent leurs dossiers respectifs sur les personnes desservies par EMRII et colligent les informations selon leurs mandats et responsabilités professionnelles. La distinction des mandats y est frappante : la façon dont on parle des personnes et les interventions qui sont mises de l'avant dans le cadre de ces dossiers pourraient difficilement être plus distinctes.

policiers, il y a obligation d'agir lorsqu'il y a des enjeux de protection et de sécurité du public (où se conjuguent jugement professionnel et l'obligation de répondre à la demande citoyenne pour une cohabitation harmonieuse).

Bien que de part et d'autre, on parle d'une marge de manœuvre conférée par son institution d'attache afin d'innover dans le cadre de cette initiative, les membres de l'équipe n'ont pas un même pouvoir d'action et d'intervention pour arrimer des acteurs autour d'une personne. Nous verrons plus loin que si du côté des intervenants de la santé et des services sociaux, on parle de pratiques de discussions de cas, de rencontres-réseau, de partage d'information, d'arrimage et de défense de droit; du côté policier on est dans la transmission des informations relatives au suivi et dans les recommandations destinées aux patrouilleurs et à la cour. Les policiers EMRII doivent établir un pouvoir d'influence sur des collègues patrouilleurs qui ont un pouvoir discrétionnaire sur leurs interventions en première ligne. Nous l'avons vu, il y a eu d'importants efforts déployés au départ de l'équipe pour faire reconnaître le travail d'EMRII auprès des patrouilleurs et solliciter leur collaboration. En comparaison, les intervenants du CSSS ont les coudées franches, en termes de prise de décision et de direction à donner dans une intervention : on interpelle les acteurs à se joindre au plan proposé, on cogne à d'autres portes au besoin, les gestionnaires s'emparent du problème s'il n'y a pas de réponse de la part des services sollicités, sans compter que l'on peut compter sur la collaboration avec des équipes spécialisées en itinérance au sein du CSSS, notamment pour faire la carte d'assurance sociale ou pour qu'un psychiatre consultant vienne voir la personne dans le milieu.

De plus, convenir des résultats attendus de l'équipe mixte n'est pas toujours chose facile lorsque les professionnels qui la composent relèvent d'attentes institutionnelles différentes. Alors que les policiers sont le plus souvent soumis à une obligation de résultat, redéfinie sur le moyen et le long temps dans le cadre d'EMRII, pour les intervenants de la santé et des services sociaux, on parlera plutôt d'une obligation de moyens.

« Nous on a de la pression de rendre des comptes, de dire : on a fait telle intervention, on doit faire nos stat, on doit faire nos notes. Eux, ils marquent trois lignes. Hop! c'est fini. Le citoyen ne peut pas dire : « OK, je vais aller lire mon rapport police. Je vais faire une demande auprès de mon avocat. » Non. Nous, on a cette pression-là. Eux ont quand même une pression en termes de résultat. [...] Le fait de répondre aux patrouilleurs, de dire OK, je vais me renseigner, je vais essayer de faire de quoi, je vais te réorienter. Ce n'est pas la même pression. Moi, je n'ai pas de pression de mes supérieurs qui me disent : il faut que tant de personnes soient relogées, tant de personnes qui aient arrêté de consommer. Et s'il y a un suivi qui prend 10 ans, il prendra 10 ans. Mais eux, c'est plus de la rapidité. Quand on va faire les présentations dans les PDQ, ils disent, pour M. X, c'en est où? Vous faites quoi? [...] Les patrouilleurs veulent un résultat tout de suite. L'itinérant, on va lui faire prendre une douche, on va lui acheter des habits propres et il ne va plus ressembler à un itinérant. Ce n'est pas les mêmes pressions. » (Intervenant)

« La santé, moi si je n'ai pas de résultat avec une personne itinérante au bout d'un an, personne ne va venir me taper sur la tête, ils vont voir les moyens que j'ai pris. Les policiers ont plus une obligation de résultat, ils ont beaucoup de pression des citoyens, des commerçants. Et quand on les appelle, il faut que les policiers aient l'air de faire quelque chose. Il faut qu'ils justifient leur travail. » (Intervenant)

Division des rôles

La division du travail au quotidien entre des divers professionnels a fait l'objet de nombreuses de discussions au sein de l'équipe. En 2012, les rôles se sont précisés, à la satisfaction des différents professionnels. Au SPVM, le mandat premier dans le cadre d'EMRII est de supporter les patrouilleurs dans des interventions difficiles et récurrentes. Au CSSS, le mandat premier est d'améliorer les conditions de vie des personnes. Cela dit, les divers professionnels de l'équipe s'entendent pour dire qu'EMRII se situe aux points de rencontre de ces mandats :

« Une intervention réussie, c'est quand on voit une amélioration de la situation de la personne. Vraiment. Parce qu'au bout du compte, tout le monde est content. Les policiers sont contents. Le CSSS est content parce qu'eux travaillent la personne, alors que moi je travaille tout l'aspect problématique de l'intervention récurrente. On est capables de se rejoindre. On ferme le dossier et on sait que fort probablement, il n'y aura pas de come-back. On est rendus au bout d'où on pouvait aller. ». (Policier)

Le partage et l'organisation du travail demeurent cependant l'objet de réflexions, d'améliorations, de redéfinitions, de précisions. Policiers et intervenants expriment en entrevues qu'il sera avantageux de continuer à préciser la place de chacun au sein des différents suivis : à la fois pour optimiser le travail et pour éviter les dérives qui consisteraient à manquer à ses devoirs professionnels.

Au quotidien, intervenants et policiers EMRII se partagent le travail en « inter », c'est-à-dire selon les mandats et expertises de chacun. Voici, résumés schématiquement, les principaux rôles et le regard posé sur l'intervention par les professionnels au sein d'EMRII.

Rôle des policiers :

Mandats : Favoriser une cohabitation harmonieuse et la sécurité du public / Répondre aux patrouilleurs / Répondre à la population

1. Rassembler les informations pour dresser un portrait des comportements d'un individu dans l'espace public (nombre d'appels et d'interventions, motifs d'interpellation, types de comportements)
2. Évaluer le danger
3. Établir un lien de confiance avec les personnes desservies, approche de la résolution de problèmes pour réduire le nombre d'interventions policières auprès des mêmes personnes, réduction de méfaits, prévention et sensibilisation.
4. Établir un lien avec divers acteurs (patrouilleurs, système de justice, commerçants, résidents) pour favoriser une cohabitation harmonieuse et veiller à la sécurité publique. Démarches judiciaires et pénales. Informations et recommandations aux patrouilleurs.

Dans l'évaluation de l'occupation de l'espace public, les policiers vont considérer les motifs d'interpellation policière et la nature des demandes de l'environnement de la personne (commerçants,

résidents). La nécessité de la présence policière dans un suivi et le type d'interventions réalisées sont déterminés selon l'axe suivant :

Peu d'interventions policières

Interventions policières récurrentes



Parmi les motifs d'interpellation, notons : des transports ambulanciers qui demandent une assistance policière, des entrave aux règlements municipaux, des appels au 911 par des citoyens qui s'inquiètent de l'état de santé d'une personne, des plaintes de résidents liées à la cohabitation dans l'espace public, des bris de condition de probation, des méfaits.

Le rôle des policiers EMRII diffère sensiblement de celui des policiers patrouilleurs au SPVM. Il s'agit d'un travail de deuxième ligne permettant de prendre la relève de situations complexes en y répondant par des pratiques de résolution de problème, de prévention et de concertation.

« Moi, mon rôle, c'est de m'assurer que les policiers de première ligne se sentent supportés. » (Policier)

Rôle des intervenants de la santé et des services sociaux :

Mandats : Favoriser la santé et l'insertion sociale / Répondre aux besoins des personnes / Arrimer aux services

1. Évaluation de la situation et des besoins de la personne (vulnérabilité) – ce qui requiert un certain temps, plusieurs mois, voire plus.
2. Évaluation des risques, mise en place des facteurs de protection et des filets de sécurité. Élaboration de plans d'interventions.
3. Travail d'accompagnement, de création de lien, approche motivationnelle, réduction des méfaits. Aller avec la volonté de la personne lorsqu'elle n'est pas évaluée comme un danger pour elle ou pour autrui.
4. Travail en lien avec divers acteurs (professionnels de la santé – hôpital, équipe traitante externe, psychiatre, prison, CLSC, pharmacie – et des services sociaux, propriétaires, voisinage, famille) pour favoriser une réponse aux besoins de la personne. Travail d'arrimage et de défense du droit à l'accès aux services.

Dans l'évaluation de la situation de la personne, les intervenants vont considérer les divers facteurs de protections et les facteurs de risques qui caractérisent la situation et l'état d'une personne. L'évaluation sera réalisée en considérant différentes dimensions à situer sur l'axe suivant :

Facteurs de protection

Facteurs de risque



Parmi les facteurs de protection que considèrent les intervenants du CSSS: répondre à ses besoins de base (se loger, se nourrir, se vêtir), être orienté, avoir les capacités de ne pas se mettre en danger, avoir un réseau social, fréquenter les ressources, avoir un revenu, etc.

Parmi les facteurs de vulnérabilité : personne au jugement altéré, déficience intellectuelle, personne dont les besoins de base ne sont pas répondus, problème de santé mentale, problème de santé physique, isolement, perte d'autonomie, atteintes neurologiques, etc.

Les intervenants d'EMRII se partagent les dossiers selon l'évaluation des besoins de la personne et ses demandes. Un intervenant pivot est déterminé à chaque dossier. Pour chaque suivi, les intervenants du CSSS vont élaborer un plan d'intervention (P.I.), un outil clinique qui vise à établir les capacités et les besoins d'une personne, et à trouver des moyens et ressources pour l'accompagner vers un mieux-être, en mobilisant différents acteurs autour d'elle. Le rôle de l'infirmière, de la travailleuse sociale et de l'éducateur spécialisé y sont spécifiés en fonction des objectifs poursuivis dans la relation d'aide. Il s'agit d'une pratique du CSSS au sein de laquelle les policiers sont relativement peu intégrés dans le cadre de l'équipe mixte³⁷.

« Nous c'est vraiment d'accompagner la personne et d'être là au moment M où il doit se passer de quoi. [...] Utiliser les bons leviers, avoir le déclic au bon moment et après intervenir, des fois ça se passe en dedans d'une semaine, des fois il faut six mois, des fois c'est plus dur. Il va y avoir des rechutes. Mais l'important c'est qu'on soit là et qu'on agisse au bon moment. » (Intervenant)

Notons qu'EMRII repose sur une collaboration interprofessionnelle non seulement entre policiers et intervenants du CSSS, mais suppose également la rencontre d'intervenants de la santé et d'intervenants des services sociaux, qui ont chacun leurs mandats et points de vue en tant que professionnels. Dans le présent rapport, nous nous intéressons principalement à la rencontre entre les cultures d'interventions du CSSS et du SPVM. Il y aurait également eu beaucoup à dire au sujet de la rencontre des divers professionnels au sein même du CSSS.

Pour n'en évoquer que quelques-uns : *Infirmière* : Évaluer l'état de santé, coordonner des services de soins curatifs et préventifs, évaluer et orienter l'utilisateur vers le psychiatre consultant de l'équipe. *Travailleuse sociale* : arrimer aux services en lien avec les besoins psychosociaux, suivis toxico, ouvertures de régimes de protection. *Éducateur spécialisé* : collaborer à l'évaluation de l'ensemble des besoins et évaluer l'adéquation de l'environnement à ces besoins, arrimage personnalisé vers d'autres ressources, réadaptation, accompagner dans diverses démarches, notamment liées à la vie en logement.

Collaboration interprofessionnelle : un équilibre à maintenir

La définition des rôles des différents professionnels au sein de l'équipe s'est précisée au fil du temps, de l'expérience acquise sur le terrain et des nombreuses discussions. Il y a eu des essais, des erreurs, chacun est allé trop loin dans le rôle de l'autre pour ensuite se réajuster. Et on continue de trouver de nouvelles

³⁷ Au moment que se réalise cette étude, certains intervenants parlent qu'il serait utile que le rôle des policiers auprès des personnes soit davantage explicité pour chacun des suivis, et que dans certains dossiers, il y ait des discussions cliniques incluant les policiers afin de déterminer les priorités et les stratégies d'action.

façons de collaborer afin que chacun exerce son rôle dans toute son étendue³⁸. Dans le travail de négociation pour déterminer dans quel registre d'intervention il faut se situer, il semble se dégager certains espaces que l'on a réussi à investir, à construire, où se rencontrent les objectifs pluriels liés aux exigences des divers professionnels. Corolairement, à la définition des rôles, il y a eu un important travail pour mieux travailler en complémentarité.

Ce travail de collaboration repose sur un équilibre fragile dans la rencontre de logiques d'intervention parfois antagonistes. Dans les entrevues, certains acteurs insistent spécialement sur la mission de leur institution, leurs obligations professionnelles et le regard que cette profession porte sur les enjeux rencontrés dans l'intervention (santé de l'individu, insertion sociale, protection des citoyens). Si cette collaboration interprofessionnelle permet de bonifier les pratiques, les acteurs notent le risque d'une uniformisation des pratiques et que se perde la spécificité des mandats.

« On est dans le respect des rôles, mais c'est facile de glisser. » (Intervenant)

« On n'est pas tous obligés d'être d'accord. Mais tout le monde se respecte. Et tout le monde reconnaît son champ d'expertise. » (Policier)

Le discours d'autres professionnels (issus à la fois du CSSS et du SPVM) part de la préoccupation de préserver cette collaboration et ils rappellent l'importance de la communication, de s'appuyer sur les observations de chacun plutôt que de travailler en vase clos, sans quoi le travail de collaboration perd de son intérêt. Ils portent particulièrement le souci qu'il y ait consensus sur la direction à prendre dans l'intervention, dans les recommandations à la cour, dans les directions proposées aux acteurs entourant la personne afin de favoriser une intervention cohérente, jouant un rôle de médiateur auprès des collègues de leur propre institution.

« On travaille en équipe et c'est important de s'appuyer sur les observations de chacun. C'est là où il faut qu'il y ait de la communication. On ne peut pas toujours leader et prôner notre façon de faire en oubliant un peu ce que les autres font. Ça ne sert à rien du coup de travailler en équipe. C'est important qu'eux [policiers] puissent se positionner aussi dans des situations et que nous on embarque là-dedans. Quand eux estiment qu'il y a un trop gros danger, c'est eux qui vont leader et nous on va continuer à suivre la personne là-dedans. » (Intervenant)

« Une intervention réussie, c'est pas nécessairement le résultat. C'est une intervention où on a pris le temps de se concerter, de se parler, de trouver des compromis entre nous, de réussir à travailler ensemble. À amener de la cohérence entre notre intervention et des gens autour, si on peut tous travailler dans le même sens. Une intervention qui réussit à influencer l'entourage, les perceptions, c'est une intervention qui est réussie. » (Policier)

Deux mouvements qui permettent vraisemblablement de maintenir un équilibre, où on se réajuste régulièrement en tant que professionnel et groupe de professionnel, où on apprend à se faire confiance, on reprécise les rôles, on trouve des façons plus efficaces de communiquer, on systématise certaines marches à suivre.

³⁸ Une des premières tâches du coordonnateur du CSSS fut de systématiser la définition des rôles des différents professionnels : Quels sont les rôles de l'infirmière, de la travailleuse sociale et de l'éducateur spécialisé? Et quels sont les rôles des policiers?

Le rôle et le mandat de chacune des institutions composant EMRII diffèrent sensiblement. Au quotidien, se sont autant de potentielles irritations, incompréhensions. Bien qu'une réelle complicité se soit développée entre les professionnels composant EMRII, les points de vue continuent de diverger sur la manière d'intervenir, sur le respect du rythme, sur la réduction des méfaits, sur le lien avec les partenaires, les suivis à prendre, sur les priorités. Au jour le jour, c'est une tolérance à l'égard du travail et mandat des autres qui est observé sur le terrain. Et lorsqu'il y a des tensions plus importantes, les membres de l'équipe rapportent les malaises aux coordonnateurs qui en discutent et ajustent le tir (manque de respect perçu à l'égard de professionnels de l'institution à laquelle on appartient, insatisfaction sur la délimitation des rôles, etc.).

2.3.1 – Trois moments de l'intervention : observer, analyser et agir

Les pratiques d'EMRII font l'objet de diverses négociations entre les professionnels de l'équipe et peuvent être décrites en trois temps : observer, analyser et agir. Ce découpage nous autorise à mettre en dialogue le travail effectué par les professionnels du CSSS et du SPVM, afin de considérer les atouts et les défis de cette collaboration, ainsi que les moyens trouvés pour concilier les exigences des divers professionnels.

- Il s'agit, d'une part, d'**observer** la situation : un travail de définition (ou de redéfinition) de la situation d'une personne, sur la base des diverses sources d'informations, des moyens de travail et des préoccupations de chaque professionnel mis en commun. *Comment les informations sont-elles partagées au sein de l'équipe et comment servent-elles dans l'intervention pour solliciter les divers acteurs autour d'une personne?*
- Le travail consiste ensuite à **analyser** la situation afin de convenir des différentes stratégies d'intervention possibles. Cette mise en commun est l'objet d'un travail de négociation : dans l'éventail des possibilités, quelles interventions serviront au mieux la personne, tout en respectant la sécurité du public et une cohabitation harmonieuse? La créativité et l'expertise sont ici de mise pour sortir des sentiers battus, trouver de nouvelles avenues d'intervention. *Divers enjeux cliniques et éthiques sont ici soulevés dans le travail de collaboration.*
- Enfin, **agir** va consister accompagner la personne et à mobiliser différents acteurs, à travers un important travail de référence, de collaboration et de partenariat, afin de privilégier des interventions cohérentes et qui vont dans le sens du rétablissement de la personne. *Comment se rencontrent les expertises des divers professionnels dans le cadre d'une intervention conjointe?*

Ce découpage est théorique. Dans la pratique, observation, analyse et action se chevauchent; une intervention auprès d'une personne offrant de nouvelles informations à partir desquelles sont réanalysées la situation et les stratégies d'action. La réflexion sur cette pratique de gestion de cas où chaque suivi est unique fait partie du quotidien des professionnels, au cours duquel ces derniers se

questionnent régulièrement sur leur lecture d'une situation, le bien-fondé de leur action ou leur compréhension d'une dynamique.

Nous verrons à travers la description des pratiques d'intervention que cette rencontre de deux institutions confère à EMRII des moyens d'intervention incomparables. Elle donne par ailleurs également lieu à divers débats cliniques et éthiques, balisés par les mandats des institutions partenaires et les rôles des professionnels de l'équipe. Parmi les zones grises au sein desquelles se négocie et s'aménage l'intervention, notons : le rythme de l'intervention; l'échange d'informations vs la confidentialité; accompagner au rythme des personnes vs arrêt d'agir; l'évaluation des risques; obligation de résultat vs obligation de moyens; se positionner face aux différents acteurs autour de la personne : qui le fait, comment et pourquoi?

OBSERVER

Observer : rassembler les informations au sujet de la personne référée et établir un portrait d'ensemble qui tienne compte de divers paramètres tels que la santé, les capacités, les besoins, les interventions policières et les comportements dans l'espace public.

La diversité des points de vue, qui constitue l'essence même de la collaboration interprofessionnelle, est aussi un des plus grands obstacles qu'elle rencontre. Individus différents, groupes professionnels différents, structures et organisations différentes; autant de perspectives qui sont à la fois source d'enrichissement mutuel sur le plan de l'information, mais aussi de divergence de points de vue et de conflits potentiels. Ces enjeux sensibles déterminent les conditions d'existence de la collaboration interprofessionnelle. Un objectif central de l'équipe mixte est que les informations et les pouvoirs d'actions que possèdent les policiers et les intervenants de la santé et des services sociaux soient mobilisés dans une même direction. Il y a partage d'information du fait qu'on rapproche deux secteurs d'intervention autour d'une même personne, notamment parce que de nombreuses interventions sont réalisées conjointement, mais plus largement parce qu'on tente d'avoir une vision d'ensemble de la situation de la personne.

Au départ de la plupart des dossiers, on ne sait pas « dans quoi on est ». Dans la pratique, parmi les personnes référées par les patrouilleurs, il n'est pas toujours aisé de savoir si on s'adresse effectivement à des personnes en situation d'itinérance et qui présentent un cumul de facteurs de vulnérabilité. Un suivi débute par un travail considérable pour rassembler les informations au sujet d'une personne, à la fois du point de vue de son état de santé et des préoccupations liées à la sécurité publique et à la cohabitation. En tant que gestionnaire de cas, EMRII vise à construire le portrait d'ensemble de la situation d'une personne. Cependant, ce que signifie « documenter un dossier » varie selon les professionnels : ce que l'on cherche à savoir, mais également la façon dont on s'y prend.

Pour les policiers, documenter un suivi consiste à rassembler l'information sur les interventions policières et sur les comportements d'une personne dans l'espace public. Au départ d'un suivi, un travail d'investigation est réalisé à travers les banques de données du SPVM, un rôle principalement investi par

la coordonnatrice sur la base d'une expertise acquise au fil des années à l'emploi du SPVM. Puis, tout au long d'un suivi, il y a une recherche constante qui s'opère pour connaître les nouvelles interventions policières, les interpellations, les transports hospitaliers, les comparutions à la cour, les conditions émises par un juge, etc., dans les bases de données et par l'intermédiaire de divers échanges avec les patrouilleurs. Ce travail de documentation au SPVM permet à l'équipe de suivre une personne dans le réseau des services, de continuellement s'ajuster et de prioriser les interventions. On réduit ainsi sensiblement le temps de la prise en charge :

« Les policiers sont beaucoup plus à jour et à l'affût des comportements de ces personnes-là. Alors, si la personne pour une raison X décide qu'elle boit énormément et qu'elle dérange le public, la majorité des policiers vont savoir si cette personne-là a des conditions, ou s'ils ont à intervenir avec UPS-J. Et ça fait en sorte qu'on resserre un peu les comportements des gens. Pour savoir au quotidien ce qu'ils font, être en mesure de mieux orienter notre référence, de mieux réorienter notre intervention conjointe entre le CSSS et nous. » (Policier)

« On sait où la personne est. C'est assez pratique. La personne disparaît, mais rapidement, ils vont dire, ben c'est parce qu'elle est emprisonnée. » (Intervenant)

« J'essaie d'arriver tôt, de donner un maximum d'information : qui s'est fait arrêter? Il y a eu des appels? Un tel est rentré, un autre client est rendu à l'hôpital et là on établit une liste de priorités avec le CSSS. » (Policier)

Au CSSS, documenter la situation d'une personne est souvent un travail de longue haleine. Il s'agit d'abord de la rencontrer et de s'informer de ses demandes. L'information que l'on obtient en la rencontrant régulièrement dans son milieu est centrale au travail de documentation et à l'évaluation des risques qui sera faite par les intervenants. Aller voir les personnes là où elles se trouvent peut également signifier de les rencontrer en détention, à l'hôpital, en thérapie :

« En y allant régulièrement, en étant présents dans le quotidien de la personne, on va pouvoir intervenir sur d'autres choses qui se passent et qu'on ne va pas nécessairement voir dans un bureau. Comme Monsieur B., comment il interagit avec les gens, avec son réseau, du coup on est bien moins inquiets de savoir qu'il est dans la rue. Il se débrouille, même si des fois il a des comportements qui dérangent, le résultat il est poli, il ouvre la porte aux gens, il y a des gens qui lui donnent de l'argent pour qu'il aille leur acheter une bouteille, il leur ramène le change. C'est plein d'aptitudes que tu ne verrais pas dans un bureau. Dans un bureau s'il dit : "il y a des gens qui me donnent de l'argent et je leur ramène leur change", tu en prends et t'en laisses. » (Intervenant)

Au cours des premières rencontres, on demande aux personnes leur autorisation pour consulter les dossiers médicaux et psychosociaux, parler avec d'autres intervenants qui les connaissent afin de rassembler les informations à propos de l'état de santé d'une personne. De nombreuses personnes desservies par l'équipe présentent un cumul de difficultés, notamment de l'ordre de la santé mentale et de la toxicomanie (comorbidité). Étant donné qu'il est souvent difficile de distinguer entre des symptômes liés à la toxicomanie et ceux reliés à des problèmes de santé mentale. Les professionnels du CSSS auront régulièrement pour tâche d'interpeller divers professionnels (psychiatre, neurologue, ergothérapeute, etc.) pour une meilleure évaluation de l'état d'une personne. On insiste parfois pour que les professionnels de la santé investiguent de nouvelles avenues, telles que les problèmes de santé mentale, la déficience intellectuelle ou des atteintes cognitives, sur la base de certaines hypothèses qui

seront forgées dans le suivi auprès de la personne, et à propos de qui on acquiert une vision d'ensemble des comportements en divers lieux :

« C'est quelqu'un qui avait 15 ans d'histoire d'itinérance. Il entraînait souvent en urgence, mais il était toujours *taguer* psychose toxique, psychose toxique. En détention, je suis allée le voir et je me suis dit : il n'a pas l'air si mal que ça présentement. Il n'y a pas une grosse introspection, mais il ne semble pas délirant. J'ai discuté avec l'équipe de détention pour m'apercevoir – ce Monsieur-là avait tellement été judiciarisé à outrance, on était rendu avec une peine de 6 mois pour troubler la paix, en état d'intoxication, ça n'avait pas de sens – pour me rendre compte qu'il est sous antipsychotique. Il ne consomme plus présentement, "*expliquez-moi comment il se fait que vous le gardiez sous antipsychotique 6 mois après qu'il ait arrêté de consommer?*" Ça a fait un argument de poids, c'était un dossier médical qui contrebalançait ce que l'urgence faisait. Ce dossier-là, c'est une échappée. À un moment donné, une équipe l'avait déclaré inapte, l'avait déclaré avec un problème de santé mentale et commencé beaucoup de choses, puis il a été échappé ce dossier-là. Il y a eu un transfert d'hôpital et dans ce transfert, il y a eu une réévaluation et il a été jugé apte. » (Intervenant)

S'adressant à des personnes vivant à la rue, le travail de l'équipe repose sur les pratiques d'outreach et de patrouille ciblée. Les membres de l'équipe se tiennent au courant des endroits que les personnes fréquentent, les lieux où elles dorment. On s'informe auprès de la personne elle-même, on fera également appel à l'environnement de la personne (patrouilleurs d'un poste de quartier, commerçants, personnes qui la connaissent sur la rue), afin de la retrouver lorsqu'elle n'a pas été vue pendant longtemps.

Tous les professionnels identifient qu'un atout certain de cette collaboration est de ne pas perdre d'information sur la personne, peu importe où elle se trouve. Le travail d'outreach et le suivi sont facilités par les sources d'informations qui sont mises à la disposition de l'équipe : accès aux dossiers médicaux et psychosociaux; accès aux banques de données du SPVM sur les arrestations, incarcérations, événements à propos d'une personne; accès aux répartiteurs du 911 pour retracer quelqu'un dont on a perdu la trace; informations de la part des policiers patrouilleurs au sujet d'une personne suivie par l'équipe. Les intervenants du CSSS notent qu'ils bénéficient grandement des moyens de travail et l'expertise de la rue que détiennent les policiers. Par rapport aux moyens de travail usuels du CSSS, cette collaboration offre aux intervenants sociaux et de la santé de l'information sur les comportements des personnes dans l'espace public, ses relations aux policiers et les motifs pour lesquels elle est interpellée :

« Je suis mille fois plus efficace avec EMRII. Parce que, un, on est avec un véhicule le trois quarts du temps. Ça veut dire qu'on couvre beaucoup de terrain en moins de temps. On est plus efficaces. Il y a aussi qu'on est capables d'interpeller les policiers du métro, les policiers de quartier pour voir s'ils ont vu notre client, où est-ce qu'il est. On a accès aussi à un logiciel des policiers, qui nous dit si certains de nos clients sont en détention, et où ils sont. S'il y a une intervention policière pendant la fin de semaine ou pendant la nuit, que nos clients ont été arrêtés et qu'ils sont détenus quelque part, on le sait le lendemain matin. [...] C'est très très rare qu'on perde le client. Si on les perd, c'est parce qu'ils sont sortis du territoire, du Québec ou de Montréal. » (Intervenant)

« Dans l'après-midi, on est allés avec un intervenant et une policière sur une intervention dans l'ouest. EMRII, on couvre l'île de Montréal au complet. La première chose qu'on a faite, c'est de communiquer avec le poste de quartier pour leur demander s'ils avaient vu le client, et dans quel secteur ils l'avaient vu et pour avoir un peu

d'information. S'il a été arrêté entre temps, on ne se déplacera pas, on va essayer de minimiser les déplacements à longue distance parce que c'est beaucoup de temps. Comme de fait, il avait été vu. On s'est déplacé. Quand on est arrivé là, un des policiers du poste de quartier était déjà là avec Monsieur. C'est un policier qui connaît beaucoup Monsieur. On a fait le contact. En arrivant, la policière EMRII a discuté avec le policier du PDQ qui connaissait bien Monsieur. Elle a réussi à avoir un historique. » (Intervenant)

Dans leur travail de collaboration avec les patrouilleurs, les membres de l'équipe vont inciter ces derniers à mieux documenter ce qu'ils voient sur la rue. Les patrouilleurs ont accès aux comportements quotidiens dans l'espace public des personnes qui sont suivies par l'équipe, ils les voient régulièrement, peuvent noter l'organisation de la personne à la rue ou des changements dans son comportement :

« Nous, on a travaillé très fort à encadrer les policiers dans leurs interventions avec R. pour que systématiquement, ils fassent des rapports. Et ça, ça c'en est un enjeu qu'on s'est rendu compte en travaillant sur EMRII. C'est que les policiers, ils ont énormément de paperasse à faire. Ils en font tout le temps des rapports. Et quand ils peuvent ne pas être obligés d'en faire un, je les comprends, ils n'en font pas. Ils font juste compléter directement sur le terminal. Ils mettent ce qu'ils peuvent et ils passent au prochain appel, parce qu'il y en a toujours d'autres. [...] On s'était rendu compte que dans le détail des rapports des policiers, il manquait le comportement de la personne. Comment est-ce qu'il agissait? Qu'est-ce qu'il disait? Est-ce qu'il était sale? Est-ce qu'il avait des souliers? Était-il pieds nus? Pas de chapeau il fait moins vingt. A-t-il les mains enflées comme des ballons de soccer parce qu'il avait gelé, dégelé, gelé, dégelé? Il sentait tellement mauvais, qu'on ne pouvait pas l'approcher. Il manquait tout ça comme information. Ce sont des détails pertinents, importants, mais dans ton quotidien, tu l'as vu et tu sais qu'il pue, tu ne l'embarqueras pas dans ton auto de patrouille, c'est clair, net et précis. Pourquoi l'indiquer au rapport? Ils ne voyaient pas la pertinence de le faire. Il n'y avait pas de but. Ils n'avaient pas de directive par rapport à ça. Et là, évidemment, on leur disait, c'est important dans l'éventualité qu'on soit obligés d'aller à la cour. » (Policier)

« On apprend aux policiers à bien documenter. Pour que ça ressorte dans le rapport qu'il y a un problème de santé mentale et qu'il devrait être référé, sans qu'on ait à demander. [...] Et nous, ça nous permet de progresser dans le dossier. "Vous êtes nos yeux et nos oreilles, vous êtes toujours là sur le terrain. Et l'information que vous nous rapportez, si c'est bien rapporté, nous permet d'avoir une meilleure idée de ce qu'on fait avec le client." » (Intervenant)

Confidentialité et partage des informations

Les points de vue divergent au sein de l'équipe quant à l'usage des informations disponibles au sujet des personnes et cette question a été depuis le départ de l'équipe la source de diverses tensions. La confidentialité et le respect du droit à la vie privée des personnes desservies constituent des balises centrales du travail des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Hormis dans les situations où on estime devoir protéger la personne ou son environnement d'un danger immédiat, le consentement de la personne est requis lorsque le partage des informations entre différents acteurs vise à faire avancer la collaboration et à offrir un meilleur soutien. En fait, pour tout autre professionnel que le policier, l'usage non consenti de l'information constitue une violation caractérisée des libertés individuelles. Ce moyen d'action non contractuel est à la disposition de la police, au même titre que la force (Monjardet, 1996). Il s'agit d'un enjeu majeur qui fut beaucoup discuté entre les membres de l'équipe. Voici ce qu'en dit un intervenant de la première heure :

« Il fallait être très prudents par rapport à ça. Autant, même entre collègues on se censure nous-mêmes, on a une culture dans le réseau de dire seulement ce qui est nécessaire. On est très à cheval au niveau de la confidentialité, du respect des règles. Les policiers ne sont pas de même! On était très soucieux de dire le strict nécessaire, parce que tu perds le contrôle ensuite de l'information. » (Intervenant)

Par ailleurs, il importe pour les policiers de l'équipe de pouvoir informer les patrouilleurs sur les suivis en cours afin de solliciter leur collaboration dans le cadre d'interventions auprès des personnes suivies par EMRII. Fournir certaines informations aux patrouilleurs permet d'avoir la crédibilité nécessaire pour que ces derniers considèrent les stratégies d'intervention proposées. D'un point de vue clinique, les intervenants du CSSS reconnaissent que le partage des informations entre les acteurs est essentiel pour que cette collaboration porte tous ses fruits. Si les informations pertinentes à la compréhension d'une situation sont transmises aux partenaires (policiers d'EMRII), et aux collaborateurs (patrouilleurs), il y a une possibilité d'éviter les ruptures de services et de permettre l'accès aux soins. Dans certaines situations, on estime également qu'il faut divulguer certaines informations dans une visée de gestion des risques :

« On ne peut pas tout dire. On essaie de doser ça. C'est plus des discussions de cas. Je vais dire aux policiers : telle personne a un problème cognitif. Vous avez l'impression des fois qu'elle vous niaise, qu'elle revient toujours au même endroit et qu'il ne comprend pas, mais il commence à faire une démenche à cause de l'alcool. » (Intervenant)

Les policiers EMRII communiquent notamment avec les patrouilleurs à l'aide de tableaux de recommandation au sujet des différents suivis en cours pour les informer du travail de l'équipe et des recommandations d'intervention. Dans le cadre du travail des policiers pour communiquer avec les patrouilleurs, les intervenants du CSSS souhaiteront être consultés afin de respecter le droit à la vie privée des personnes desservies. S'il a fait l'objet d'importants débats au départ de l'équipe, le tableau de recommandations est moins contesté aujourd'hui, bien qu'il demeure l'enjeu de discussions :

« Je me suis fait dire à un moment donné que c'était quasiment une chasse à la sorcière, ils trouvaient qu'on donnait trop d'information aux policiers. Et je disais non, non, ils n'ont pas besoin de savoir qu'il a un diagnostic de schizophrénie, mais on peut le dire que la personne a de l'instabilité mentale. Je me bats encore aujourd'hui à ce niveau-là. Parce que ça change tout le portrait d'une intervention. C'est pour ça qu'on alimente beaucoup les policiers, qu'on fait des tableaux de suivi. » (Policier)

« Moi, j'ai ce côté-là à cœur, je ramène beaucoup vers la police, je trouve ça important l'image qu'on reflète envers les policiers patrouilleurs aussi. Les polices, il faut que tu leur expliques concrètement ce que tu fais, et pas juste : nous faisons des démarches! C'est un petit peu trop vague, et je peux comprendre que ça les fâche, parce qu'eux autres sont tout le temps appelés quand c'est un problème à régler. » (Policier)

« Souvent, dans la transmission d'informations qu'on va donner aux patrouilleurs, c'est là que ça va être déterminé. C'est là où est-ce qu'on va être en mesure de tirer la ligne de ça peut passer ou ça ne passe plus. Mais toujours de concert avec le CSSS. Pis jusqu'à maintenant, oui il y a eu des discussions, qui ont duré peut-être plus longtemps que d'autres, mais en bout de ligne on a toujours trouvé un moyen de rester dans la fameuse zone grise. » (Policier)

« Les tableaux de suivi, un outil au niveau du service de police avec des photographies et tout ça. Ils donnaient des informations là-dedans aux autres patrouilleurs et des fois, ils allaient un peu trop loin. Il y a eu beaucoup de discussions sur ça. On n'a pas de problème à ce que vous disiez que quelqu'un est sous TAQ, parce que c'est de notoriété publique. Je n'ai aucun problème à dire que Monsieur a un risque suicidaire, parce que pour moi, c'est de la protection et à ce moment-là, je ne suis pas tenue par la confidentialité. Risques hétéroagressifs, risques suicidaires. Ça va, on va mettre ça dans le tableau parce que c'est de la protection publique, c'est de la protection du client. [...] Par contre, de dire : démarches d'hébergement en cours. Non, ils n'ont pas besoin de savoir ça. Toutes ces affaires-là, j'ai dit, vous nous mettez dans l'eau chaude. C'est important qu'on sache vers où on s'en va et que vous sachiez que nous on est en train de faire une démarche d'hébergement [pour inaptitude], parce qu'il faut faire du sens au niveau de la concertation. Mais on ne marquera pas ça comme ça dans le tableau. On va le dire autrement. "Portez une attention particulière, personne très vulnérable." » (Intervenant)

Au fil du temps, des règles régissant le partage d'information entre les intervenants du CSSS et les policiers d'EMRII ont été établies. C'est là une des forces et des réalisations d'EMRII que d'avoir réussi à baliser l'échange d'informations. Des ententes formelles et informelles visent à garder un équilibre toujours fragile entre en dire trop – et contrevenir aux règles de la protection de la vie privée – et n'en dire pas assez – et nuire au travail de collaboration en limitant la compréhension d'une situation ou des stratégies d'intervention préconisées.

Rapidement, on convient que ce qui est dit par la personne en situation de co-intervention est de l'information commune, qui peut être mise aux dossiers de chaque institution. Par ailleurs, le protocole d'entente EMRII précise que les informations de nature confidentielle partagées entre les professionnels du CSSS et les policiers affectés à EMRII ne doivent pas être partagées avec les autres membres du SPVM. Ceci signifie que ces informations n'apparaissent pas aux dossiers généraux du SPVM et que les discussions d'équipes doivent se réaliser dans un lieu confidentiel (ce qui n'est pas toujours une simple tâche dans l'exigu poste de quartier 21). Puis, au quotidien, il y a des discussions et des ajustements constants pour discerner entre des informations qui sont à garder entre professionnels du CSSS, celles à partager avec le partenaire EMRII-SPVM et celles qui seront diffusées plus largement aux patrouilleurs de première ligne du secteur, sans contrevenir aux règles de confidentialité et au droit à la vie privée des usagers. Les informations transmises aux policiers EMRII seront celles jugées pertinentes à la compréhension de la situation ou à la poursuite de l'intervention. Les antécédents médicaux et familiaux sont au compte des informations qui ne seront généralement pas divulguées. Une pratique de plus en plus systématique s'est installée consistant à demander aux personnes desservies leur autorisation pour que des informations soient échangées entre policiers et intervenants sociaux et de la santé, ainsi qu'avec certains acteurs autour de la personne, et elle est mise de l'avant à plusieurs reprises par les intervenants du CSSS :

« De plus en plus, on a le réflexe de demander à la personne son consentement. Quand la personne est recommandée à EMRII, en partant on lui fait signer un consentement pour échanger avec les policiers d'EMRII. Pis une fois qu'on a commencé à suivre la personne, je vais vérifier avec elle : toi tu es au PDQ X, qui vous avait référé à nous, est-ce que vous me permettez de donner des nouvelles un peu d'où on est rendus. Parce qu'eux souvent ils vous voient, et ça peut être positif. Je regarde avec la personne ce que je vais dire aux policiers. » (Intervenant)

ANALYSER

Analyser : évaluation des risques et réflexions sur la relation d'aide : prioriser la demande, respect du rythme, accompagnement, se positionner à l'égard des rapports de pouvoir dans l'intervention.

Devant des situations qui interpellent à la fois des enjeux relatifs à la santé et à l'ordre public, les acteurs d'EMRII se concertent pour établir des stratégies d'interventions qui tiennent compte de la complexité des situations. On fait face à des situations pour lesquelles il n'y a pas de solution immédiate. Les professionnels de l'équipe appartiennent à des institutions qui se positionnent différemment à l'égard des individus, qui n'ont pas les mêmes pouvoirs sur eux, hormis dans des situations de danger grave et imminent. Une importante partie du travail de collaboration de l'équipe mixte va consister à convenir du registre dans lequel se situe l'intervention avant de passer à l'action. Le choix des interventions à réaliser est en continuelle réévaluation à la lumière de la relation avec la personne, des nouveaux faits et informations, ainsi que des stratégies d'intervention ultérieurement employées.

Les informations colligées par les différents professionnels au sujet d'une personne et d'une situation permettent de faire l'évaluation des risques et de statuer si la personne est dangereuse pour autrui ou pour elle-même. Dans ces situations, somme toute exceptionnelles, on réagit rapidement. Les intervenants du CSSS reconnaissent ici aux policiers une expertise dans la lecture de l'environnement et du risque.

Travail en deuxième ligne et planification de l'intervention

Le plus souvent, on parle moins d'intervention d'urgence que de la recherche de solutions à moyen et long terme et de la planification des interventions. Au sein de cette collaboration, les intervenants du CSSS vont souvent chercher à ralentir le temps de réaction pour d'abord favoriser une vue d'ensemble et une analyse. Cela pose notamment le défi de définir des espaces pour se concerter entre acteurs afin que l'analyse d'une situation bénéficie du point de vue de chacun. La priorité accordée à une évaluation de la situation fait désormais consensus au sein de l'équipe. C'est sur la base de cette évaluation que l'on détermine quelles sont les orientations à prendre au sein d'un suivi. Il est convenu que les situations des personnes desservies peuvent être plus complexes qu'elles n'y paraissent; que derrière la toxicomanie, se trouvent souvent divers autres facteurs de vulnérabilité (santé mentale, déficience intellectuelle, atteinte neurologique). Il faut également prendre le temps nécessaire pour construire un lien avec des personnes souvent méfiantes :

« Comme équipe, il ne faut pas perdre de vue qu'on est en deuxième ligne et qu'on ne fait pas de l'urgence. »
(Policier)

« Même les policiers qui sont à EMRII depuis longtemps ont encore des fois le réflexe d'intervenir en urgence. C'est dur de planifier. Mais on commence à bien s'organiser. Nous (CSSS), on se rencontre et regarde notre case load. [...] À partir de là, on peut aviser les policiers d'avance : jeudi matin, j'aimerais qu'on aille faire du outreach ensemble ou qu'on aille voir telle personne, mercredi j'aimerais aller à Bordeaux. On se rencontre aussi tout le monde ensemble. Les policiers amènent des idées : "cette personne-là, il faudrait que je la voie pour régler ses mandats, c'est une demande qu'elle m'avait faite pour sa situation judiciaire, faudrait que je la vois". Les policiers parfois arrivent avec des demandes de suivi, mais c'est plus le contraire qui se passe. » (Intervenant)

Petits pas, respect du rythme et volontariat

Les intervenants sociaux et de la santé au sein de l'équipe mixte détiennent une expertise dans l'intervention en itinérance : desservir des personnes qui n'ont pas de demandes tout en respectant leur rythme, bâtir un lien de confiance avec des personnes méfiantes, les petits pas de l'accompagnement. On évalue la motivation de la personne, la relation d'intervention dans laquelle on est, on fait des pas, mais on ne fait pas tout le chemin. La ligne est mince. Il s'agit d'évaluer les risques, mais de ne pas aller plus vite que la personne si ce n'est pas nécessaire, d'avoir un regard bienveillant, de faire des propositions, d'être suffisamment présent pour accueillir la demande lorsqu'elle se présentera :

« La tolérance à l'impuissance, c'est une qualité importante, et la capacité de suivre le rythme du client, d'enlever tes enjeux personnels et ton rythme à toi. Supporter le rythme de l'autre. » (Intervenant)

« Les gens qui travaillent en itinérance ont bien compris que les personnes n'arrivent pas avec une demande tout le temps très claire. On se fait signaler des personnes. [...] En itinérance, déjà on sait qu'il faut commencer par créer un lien. Et ça je pense que tout le monde qui travaille en itinérance comprend la méfiance, comprend que la personne est passée par beaucoup de mauvaises expériences. » (Intervenant)

« Intervenir en outreach, tu apprends qu'il y a 4 murs invisibles autour de toi qui font la maison. Tu es très intrusif, tu es dans leur environnement, il faut que tu considères que tu es dans leur maison. Il y a des murs autour de toi qui sont invisibles, mais qui sont là et il faut que tu les respectes. Si le client te signifie qu'il ne veut pas te voir, il n'a pas de porte à te mettre au nez. Il faut que tu le détectes dans son non verbal que ce n'est pas le bon temps et que tu es mieux de remettre ça. Sois sensible à ça. » (Intervenant)

Les intervenants du CSSS rappellent à plusieurs reprises qu'il faut être vigilant à l'égard des rapports de pouvoir dans la relation d'intervention et rester sensible au rythme des personnes. Ils soulèvent notamment que les policiers sont d'emblée investis d'une autorité par leur uniforme. Diverses situations impliquant l'autorité implicite des intervenants et des policiers sont discutées en équipe, où les intervenants font valoir que certaines personnes couperont les liens avec l'équipe si on ne leur offre pas leur juste place dans cette relation d'intervention:

« Il faut faire attention, parce que c'est un Monsieur qui dit facilement oui et qui est soumis à l'autorité. Comme police, tu as un pouvoir non dit. Ça fait partie des discussions qu'on a eues, on peut lui proposer, mais si les policiers disent : "tu vas venir, on va t'amener", il va le faire. On risque de le perdre dans l'intervention, il va s'isoler pour ne plus qu'on ne le trouve. Il faut faire attention pour ne pas trop pousser. On priorise la demande du client. » (Intervenant)

« Ça m'est arrivé de faire des interventions avec les policiers d'EMRII que je trouvais qui allait trop vite et après ça il fallait que je le reprenne parce que je sentais qu'on était en train de perdre la personne. Ou de poser trop de questions lors d'un premier contact. Les policiers sont habitués de poser beaucoup de questions : "ça fait combien de temps que vous êtes dans la rue, tata, pis tata". À un moment donné, on n'est pas obligé de tout savoir. Le but, c'est que la personne trouve le contact agréable. » (Intervenant)

« Les policiers on est action-réaction et quand les choses prennent trop de temps, on accélère. Il faut que ça aille vite. Et il faut que la personne avec qui on intervient roule à la même vitesse que nous. On n'est pas habitués

d'aller à sa vitesse à elle. C'est nous qui leadons dans une intervention, et pas l'inverse. On ne demande pas trop trop l'avis des gens. Ce n'est pas : est-ce que ça te tente? C'est : tu me suis, c'est tout. Alors, parfois ça peut être difficile pour mes collègues du CSSS. Ça a créé beaucoup beaucoup de stress au début. » (Policier)

Du point de vue des règles de la santé et des services sociaux – qui sont des choix de société en matière de liberté individuelle – la limite de l'intervention (une fois les filets de sécurité installés et bien que l'on demeure présent auprès de la personne) est tracée là où la personne ne désire pas être accompagnée dans différentes démarches vers un mieux-être et qu'elle n'est pas considérée un danger pour elle-même ou pour les autres. Dans le cadre du travail de prévention réalisé au sein d'EMRII, les policiers disent avoir appris à aborder les personnes en misant d'abord sur l'établissement d'un bon lien avec la personne, qui sort d'un rapport d'autorité et d'un résultat à court terme. On comprend mieux les subtilités de l'intervention d'aide, bien qu'il demeure parfois difficile de ne pas réagir rapidement :

« Moi, j'ai dû apprendre à ne pas réagir rapidement. Les gens de la santé, à ce moment-là, disaient tout le temps, on intervient, mais on laisse la personne faire un bout de chemin. Et ça, dans un contexte policier, on n'est pas habitués à ça. Moi, j'aurais appelé l'ambulance à toutes les fois que je l'aurais vu. Ils ne voulaient pas que je fasse ça. Ça, ça a été un apprentissage pour nous. D'ailleurs, ça l'est toujours. » (Policier)

« Comme policier, c'est clair que dans mon travail, dans ma formation, dans ma mentalité, dans ma pensée, je suis beaucoup plus action-réaction. Moi je ne demande pas à quelqu'un la permission de l'arrêter. Et ça, comme mentalité, c'est sûr que c'est pas tout à fait la même que du côté du CSSS. Et on le voit nous tous les jours. Il y a beaucoup de notre clientèle qui refuse des traitements et on est comme : voyons donc! Ça n'a pas de sens! C'est clair qu'elle est malade cette personne-là. Mais elle a droit de refuser, elle a le droit de signer en bas et tout le monde s'en va et ça finit là. Moi, tu ne peux pas refuser que je t'arrête. Tu ne peux pas refuser que je t'emmène à la cour. Mais, dans notre travail de collaboration entre les deux, c'est sûr qu'il y a du travail d'adoucir notre pensée comme policiers, à être tolérant sur le fait que la personne peut refuser. » (Policier)

Et à travers les années de travail, les policiers EMRII parlent d'une certaine tolérance à l'impuissance dans l'intervention, forgée à même la réalité du travail de terrain, et identifient le droit à l'autodétermination et reconnaissent aux personnes le droit d'apprendre et de faire des erreurs. Cette vision de la réalité de l'itinérance et de l'intervention va également teinter les recommandations faites aux patrouilleurs en première ligne :

« Les policiers on est la première ligne, mais on est aussi la dernière ligne d'intervenants. Il y a plusieurs filets, puis tu as des gens qui passent à travers. Ces gens-là restent au fond de cette cuve, tout ce qu'il faut existe pour qu'ils puissent se raccrocher, mais tout est dans l'autodétermination, ils ne veulent pas s'accrocher. Donc il reste dans le fond de la cuve, puis c'est mélangé à de l'alcool, c'est mélangé à de la santé mentale, c'est mélangé avec toutes sortes de problématiques. Puis on espérait que notre système de santé soit hermétique pour certains et que ça ne passe pas, mais notre système de santé il n'est pas comme ça. Il y a des espaces où les gens peuvent quand même passer. » (Policier)

« Pour certains individus qu'on suit, on est rendu à se dire "donnons-leur ce qu'on peut". Suite à de multiples efforts, on se rend compte que le système de santé a ses limites, le système judiciaire à ses limites aussi. Moi je suis rendu à dire à mes collègues policiers "regarde, on est rendu là. On a tout fait ce qu'on a pu, on a essayé ce qu'on a

pu. On vous demande, pas d'avoir de la pitié, mais au lieu de lui donner une contravention, allez lui jaser voir comment il va aujourd'hui, si vous voulez faire quelque chose, allez lui parler". [...] Je suis frustré des fois qu'on ne puisse pas aller au-delà que ce que le monsieur ou la madame veut faire. J'aimerais ça avoir un résultat. Mais je me rends compte que je ne peux pas. Fait que j'aime autant le valoriser en allant le voir puis en faisant un petit suivi quotidien ou hebdomadaire, puis c'est correct. Peut-être que dans un an ou dans six mois il va me dire "m'amènerais-tu aujourd'hui dans un refuge, parce qu'aujourd'hui je pense que j'en aurais vraiment besoin". Donnons-lui la chance de nous le demander. » (Policier)

Pour les policiers, prendre du temps pour créer une alliance avec la personne, oui. Attendre qu'elle soit volontaire à être suivie par l'équipe mixte, non si elle suscite à répétition des interventions policières. Les deux prochaines citations mettent en dialogue le point de vue d'un policier et d'un intervenant à propos de la dimension « volontaire » d'un suivi. Des points de vue qui, somme toute, arrivent à se rejoindre :

« On développe des choses, on regarde les attentes de la personne. Si la personne ne veut vraiment pas s'aider, ça ne veut pas dire qu'on ferme le dossier, au contraire. C'est pour ça qu'on n'a pas mis qu'il fallait que ce soit sur une base volontaire. Parce que moi c'est pas vrai qu'on ne va pas régler une problématique en disant : le dossier est fermé parce qu'elle ne voulait pas. On continue sur une base judiciaire, présence à la cour, profil de la personne et on continue à établir le lien. Les policiers nous alimentent sur la personne. Et plus souvent qu'autrement, il se développe des choses. Des fois, ça va être plus au niveau de la travailleuse sociale ou de l'infirmière ou de l'éducateur qui vont avoir une première emprise, un premier lien, ou sinon des fois ça va être nous autres. Dans certaines circonstances il faut ralentir, il faut prendre en considération la personne et essayer de faire des actions très concrètes et réalisables. » (Policier)

« L'aspect volontaire demeure important. La nuance que je fais c'est que quelqu'un qui se présente au CLSC qui n'est pas EMRII et qui n'est pas volontaire, il ne reviendra pas et on ne courra pas après. EMRII, on va relancer. On va essayer de créer le lien différemment. Peut-être qu'on va persévérer plus. C'est notre mandat d'éviter qu'il y ait des portes tournantes continues avec les hôpitaux, au niveau de la judiciarisation, tout ça. C'est sûr qu'on a cette sensibilité-là. Mais il demeure que si quelqu'un ne donne pas d'autorisation de renseignements, quelqu'un qui ne veut pas qu'on aille le voir en prison, on va respecter ça. » (Intervenant)

Si l'intervention est balisée par les obligations d'agir des uns et des autres, on voit dans les pages qui précèdent que cette collaboration permet une meilleure compréhension des obligations et jugements professionnels du partenaire et l'établissement de nouveaux critères dans l'évaluation des situations.

AGIR

Agir : selon les expertises de chacun. Idéalement sur la base d'une concertation entre les divers professionnels. Régulièrement dans le cadre de patrouilles mixtes, parfois en co-intervention. Le travail d'intervention s'effectue auprès de divers acteurs. Les professionnels de l'équipe distingueront : 1) le travail auprès de la personne, 2) le travail pour interpeller les différents acteurs autour d'elle, ainsi que 3) le travail pour favoriser de meilleurs liens entre les services en itinérance. En fin de section, nous discutons également 4) du travail de collaboration CSSS-SPVM face aux acteurs judiciaires.

1) Travail auprès des personnes

Le travail auprès des personnes est au cœur du quotidien des intervenants du CSSS. Il s'agit d'une intervention basée sur les principes du rétablissement : création du lien, entrevue motivationnelle, reflet, respect du rythme, accompagnement dans les démarches (logement, désintoxication, santé mentale et santé physique, revenus, cartes d'identité), faire avec, réduction des méfaits. Les intervenants restent en lien avec la personne à travers les différents lieux où elle se trouve (hôpital, rue, prison, ressource communautaire), afin de favoriser un rapport de confiance, de travailler la motivation, de faire des plans de sortie, etc. Une dimension du travail tel qu'identifié par les intervenants consiste à redonner du pouvoir aux personnes, en travaillant dans le sens de leurs demandes et en respectant leurs priorités et leur rythme. L'établissement d'un lien de confiance et la connaissance de la personne seront par la suite mis à profil pour personnaliser l'arrimage vers d'autres services et aider les acteurs à desservir et accompagner la personne :

« Nous c'est vraiment d'accompagner la personne et d'être là au moment M où il doit se passer de quoi. [...] Pour nous si on ne fonctionnait que sur rendez-vous, si la personne vient, disons tous les mois, tu vas pouvoir lui refléter une fois pas mois qu'elle n'est pas venue et qu'est-ce qui s'est passé? Alors que nous on y va toutes les deux semaines ou tous les deux jours. C'est sûr que les choses avancent plus vite. En y allant régulièrement, en reflétant les choses en étant présents dans le quotidien de la personne, on va pouvoir intervenir sur d'autres choses qui se passent et qu'on ne va pas nécessairement voir dans un bureau. » (Intervenant)

« Au départ on a créé le contact avec Monsieur en détention. Ce qu'on sentait, c'était : moi je suis bien dans la rue, pis je bois. Mais quand même, on voyait qu'il n'était pas fâché de nous voir. [...] Dans le fond, on prenait les portes qu'il nous offrait. À un moment donné, il voulait faire ses impôts. Alors, go, impôts. Aujourd'hui, c'est un bon lien. Il nous reconnaît dans la rue, il est content de nous voir. C'est de toutes petites étapes, mais je pense qu'il va de mieux en mieux. Il commence à parler de logement, il commence à respecter ses quadrilatères. Il ne *pop* pas tant que ça [en terme d'interventions policières]. » (Intervenant)

Certains principes d'intervention généralement portés par les intervenants sociaux et de la santé ont été au fil du temps adoptés par les policiers d'EMRII. Il y a consensus qu'on s'adresse à des personnes peu reconnues, peu entendues : un travail de tous les membres EMRII consiste à faire exister la personne à travers la **création d'un lien**. On estime que, pour avoir un impact sur la vie des personnes (favoriser l'accès aux services, améliorer les conditions de vie), on doit **établir un lien de confiance** avec ces personnes qui ont connu de mauvaises expériences avec les institutions et qui sont parfois devenues

méfiantes. Ainsi, acquérir la confiance de l'autre, l'appivoiser, faire en sorte que survienne « la rencontre » s'inscrit au cœur de la pratique d'intervention. L'**accompagnement** est perçu comme une des conditions les plus efficaces pour faciliter l'accès aux services (santé, logement, aide sociale, régularisation de la situation judiciaire, désintoxication). L'accompagnement est conçu comme un service de *soutien* dans un univers où les rapports sont hiérarchisés et où les ressources sont inégalement réparties au sein du réseau de services. L'accompagnement suppose le **respect du rythme** des personnes. S'en trouve redéfini ce que sont des réussites dans l'intervention : on reconnaît les petits pas et l'établissement d'une relation avec une personne comme un pas vers son intégration sociale.

Le travail d'un policier EMRII auprès d'une personne peut grandement varier en termes de proximité et de types d'intervention : rechercher une personne dans l'espace public ou favoriser le déplacement des intervenants du CSSS dans des lieux éloignés du centre-ville, puis rester tout à fait en retrait lorsqu'un intervenant social ou de la santé intervient; faire de la réduction des méfaits face aux risques encourus à l'égard de comportements problématiques; faire du renforcement positif, sensibiliser aux conséquences juridiques ou de cohabitation liées à certains comportements (ex. ne pas uriner au bord de l'édifice); coordonner une intervention d'urgence lorsqu'il y a crise; créer un lien, donner des vêtements, de la nourriture, des cigarettes, des bouteilles d'eau; accompagner les personnes pour connaître leurs antécédents judiciaires, régler son casier judiciaire, aller vers les travaux compensatoires, etc. :

« Il y a des situations où on y va sans les policiers. Il y a d'autres situations où les policiers vont venir, mais on n'est pas rendus au fait que les policiers parlent au monsieur. Il y a d'autres situations où même si le monsieur ne veut pas parler aux policiers, il va falloir qu'il y ait un recadrage qui soit fait par les policiers. Parfois, ils font le tampon entre le système de police classique et le méfait. Il y a d'autres fois où il va falloir qu'ils agissent comme des polices, qu'ils recadrent quand une personne fait des menaces de frapper quelqu'un, etc. » (Intervenant)

« Ils parfois vont accompagner quelqu'un à la cour. Si la personne est sous mandat – disons qu'elle avait une promesse de comparaître et qu'elle ne s'est pas présentée, elle est automatiquement sous mandat – les policiers qui vont lui indiquer: « tu peux te présenter au comptoir, si tu veux, on peut y aller ensemble. » (Intervenant)

Les policiers se répartissent l'intervention selon leurs affinités et la compréhension de leur rôle auprès des personnes. S'ils sont polyvalents au sein de l'équipe, on peut par ailleurs parler d'une certaine division des rôles chez les policiers, bien que non écrite. Cette division s'opère entre deux types de suivis : ceux auprès de personnes où il faut mettre des limites, avertir, faire respecter les lois et règlements en vigueur; par rapport à d'autres suivis où le travail policier repose davantage sur des pratiques de réduction des méfaits, de médiation, de protection et de création de lien. Cette division est également reconnue par les intervenants du CSSS, qui interpellent un ou l'autre policier selon les besoins d'un suivi.

Si les policiers EMRII sont perçus positivement par un nombre grandissant de personnes à la rue, ils ont par ailleurs le souci de ne pas se mettre en porte à faux du travail des patrouilleurs en première ligne. On souligne également à plusieurs reprises que les personnes desservies par l'équipe ne sont pas au-dessus de la loi.

2) Arrimer les acteurs autour des personnes

Les membres d'EMRII définissent leur travail comme l'établissement d'un chaînon manquant entre les services et les acteurs qui gravitent autour des personnes vulnérables vivant en situation d'itinérance. Sur la base d'un portrait d'ensemble de la situation d'une personne, un rôle central de l'équipe consiste à interpeller les différents acteurs pour favoriser une intervention cohérente qui tienne compte de la réalité et des besoins de la personne. Il y a également un réseau informel autour de la personne avec lequel travaille l'équipe, à divers niveaux.

On se présente aux différents services comme une équipe qui est en support, qui reste au dossier, bref, qui ne fait pas de « dumping » : l'acteur sollicité, qu'il s'agisse d'un hôpital, d'une ressource communautaire ou d'un patrouilleur, ne sera pas seul dans un dossier aux enjeux complexes. On travaille à tisser la toile. Les membres de l'équipe ont tous une connaissance fine de leur propre institution et savent s'y prendre pour favoriser la collaboration et parfois ouvrir des portes :

« Les histoires de succès (d'EMRII), c'est souvent quand les gens ont travaillé ensemble, pas "on n'est plus capable, tiens réglez le problème". C'est là où il y a à bien véhiculer le message à tout le monde : Tu fais partie de la solution, toi aussi, eux aussi, puis comment on peut travailler ensemble? » (Policier)

« C'est un peu avec les policiers comme avec nos clients, il faut créer un lien de confiance. Créer un lien de confiance avec les policiers ou avec une autre organisation, ça ne se crée pas en arrivant pis en disant, vous faites les choses pas correctes. [...] C'est d'apprendre comment travailler en partenariat. » (Intervenant)

« L'itinérance, c'est complexe. Et souvent, les services de santé sont dépassés par la complexité, la lourdeur, ils ne veulent pas être pris avec tout ça. Mais dès qu'ils voient qu'il y a une équipe, et une équipe qui fait du sens, qui a des moyens, qui a des plans d'interventions, ils embarquent. » (Intervenant)

Au fil du temps, les professionnels ont investi divers espaces fréquentés par les personnes qu'ils desservent, afin de favoriser le dialogue avec les différents acteurs des institutions et services par lesquels elles transitent, dont les hôpitaux, la cour et la prison. L'équipe a fait le choix non seulement de référer les personnes aux différents services, mais également de travailler à susciter la collaboration des différents acteurs et de rester au dossier le temps nécessaire pour que la personne soit bien arrimée. Les professionnels parlent de la nécessité d'être créatif pour trouver des solutions à des situations de portes tournantes qui perdurent parfois depuis des années, et face auxquelles les acteurs des services ont parfois démissionné :

« Il y avait beaucoup de réticence de la santé d'aller en détention. Tranquillement ils ont réalisé que c'était très positif parce qu'on avait accès à des gens pas intoxiqués, on pouvait préparer un plan de sortie. On a pallié à des services qui n'étaient pas existants dans les prisons. On s'est rendu compte que la cour souvent, ne savait pas trop quoi faire avec les cas de portes tournantes n'était pas créative, ils répétaient des choses. On s'est rendu compte qu'EMRII était vraiment apprécié à la cour. En milieu hospitalier, il y a une valeur ajoutée pour l'arrimage et tout ça. Même chose pour les organismes communautaires. C'est important de travailler dans le même sens que l'organisme communautaire. Eux autres, ce qu'ils apprécient énormément, c'est qu'ils ont souvent l'impression que les policiers *dumpent* et ils s'en vont. Mais là, au contraire, on revient le lendemain matin, on travaille ensemble.

C'est un peu ça la valeur ajoutée : c'est de s'assurer que tout se passe bien et de supporter l'organisation. Dire : vous n'êtes pas seuls, on partage la responsabilité avec vous. On ne lâchera pas cette personne-là. » (Policier)

« Au début, une responsable du CSSS disait : "dans chaque ressource, il y a des forces, une équipe. Nous, on fait l'arrimage, mais pas jusqu'à aller à l'intérieur des murs d'une autre institution, par exemple à l'hôpital, en prison. Laissons les institutions faire, occupons-nous de l'arrimage". Mais nous, ce qui est arrivé, c'est qu'on a été un peu déçus. Alors, on suit cette personne-là, et des fois on met un petit peu de pression sur les équipes, parce qu'il y a des choses qu'il faut qui bouge. Et ce petit bout-là, c'est beaucoup d'énergie. On vit la frustration du système. C'est dur, le système est dur. C'est dur pour les gens. » (Policier)

Travail des intervenants :

Pour les intervenants du CSSS, un enjeu important consiste à trouver des répondants dans le système de santé et des services sociaux pour des personnes qui souvent ne correspondent à aucune catégorie de service. Il y a un important travail pour faire entendre leur voix, faire valoir le besoin de service et pousser pour que les différents acteurs travaillent dans une même direction. Dans le travail de liaison, d'arrimage et de défense de droit auprès des différents acteurs de la santé et des services sociaux, les intervenants font face à des procédures d'admission et de références parfois complexes, doivent contourner les filières d'accès et se battre contre les pratiques de « dumping », faire entrer les individus dans les catégories de service (hébergement, évaluation, santé physique, santé mentale, désintoxication, aide à domicile, etc.). Une part importante du travail se réalise dans le dialogue avec divers services : pratiques de discussion de cas, rencontres-réseaux, plan de soin infirmier, plan d'intervention.

Les intervenants sociaux font preuve de créativité pour trouver des services, des avenues d'hébergement, ouvrir l'accès aux ressources : recenser les maisons de chambre, faire des ententes avec des organismes communautaires pour offrir une fiducie aux personnes desservies par EMRII (et ainsi répondre à la demande de garantie de paiement de certains propriétaires de logement privé) ou encore établir des ententes avec des maisons de transition à la sortie de prison pour que les personnes ne retournent pas à la rue. Il y a aussi tout un travail pour accompagner les services à mieux entrer en lien avec des personnes méfiantes et qu'EMRII a peu à peu appris à connaître. Il y a également diverses démarches qui vont se réaliser en lien avec l'entourage de la personne (famille, voisins, propriétaires) :

« Les collaborateurs d'EMRII, c'est tous ceux qui veulent collaborer avec nous et qui font du sens par rapport au suivi du client. Ça peut être des organismes communautaires. C'est sûr que nos clients, quand on commence à les suivre, souvent, ils ne vont pas dans aucun refuge, mais éventuellement, dans la progression normale, c'est de l'amener, la première étape, dans les refuges. Ou ce qu'on fait beaucoup, dans l'approche de la réduction des méfaits par rapport à la toxicomanie, l'alcoolisme, ça va être de l'arrimer à une fiducie. » (Intervenant)

Ce travail d'arrimage nécessite notamment de sensibiliser les acteurs aux réalités de l'itinérance. Les intervenants notent qu'une part importante du travail consiste à faire de la défense de droit et à faire valoir la parole des personnes qu'ils desservent :

« La clientèle EMRII est très complexe, ce qui fait qu'un gros rôle a EMRII, c'est de faire de la défense de droit pour que la personne ait accès à des services, et se battre avec le système de santé pour que quelqu'un sorte de leurs cases prédéfinies et soit moins rigide pour accepter une personne qui n'est peut-être pas leur clientèle type, mais si quelqu'un n'est pas flexible, cette personne-là va restée dans la rue. » (Intervenant)

« On a eu des clients qui étaient des hauts consommateurs d'urgence et il y avait des transports en ambulance, au jour, aux deux jours, deux fois par jour, et qui étaient problématiques parce qu'urgence santé, c'était X transports dans un mois et ils ne savaient plus quoi faire de ces dossiers-là. Quand on est rendu là, c'est qu'on a besoin d'avoir un hôpital répondant. On peut faire des rencontres-réseau très élargies. On va s'asseoir avec les X hôpitaux, ou avec Urgence santé et demander s'il y a quelqu'un qui peut se dédier à ce client-là et accepter que de façon systématique il soit orienté vers cette urgence-là. Pour qu'on réussisse à faire quelque chose, parce que là c'est tout le monde qui intervient dessus et on n'arrive à rien. Ce n'est pas évident, mais habituellement on arrive à des choses. » (Intervenant)

« Monsieur n'avait toujours pas eu sa médication, deux jours après sa sortie de l'hôpital. On l'a accompagné jusqu'à la pharmacie, où j'ai dû faire de la défense de droit. Il a fallu que je fasse de la pression et qu'ils fouillent plus dans le dossier. Après, malgré que j'avais dit que je voulais que Monsieur, pour des enjeux de sécurité et de suivi de ma part, ait sa médication une fois par semaine, ils lui ont donné tout son mois de médicament. J'avais discuté avec Monsieur pour savoir s'il serait d'accord pour qu'on lui donne une fois par semaine sa médication, parce qu'il est dans la rue, il risque de les perdre, il risque de se les faire voler et s'il perd ça, ça va être plus difficile de les ravoir si c'est un mois de médicament que si c'est une semaine. Monsieur était d'accord. Mais encore là, ç'a été un débat avec l'équipe de la pharmacie. Monsieur a fini par avoir sa médication. » (Intervenant)

Les intervenants estiment qu'au fil du temps, on a acquis une crédibilité comme équipe qui favorise la collaboration des différents acteurs interpellés qui assouplissent les règles d'accès aux services pour des personnes aux profils complexes. On parle de liens personnalisés pour accélérer le suivi et faire des échanges de services, ainsi que du développement de collaborations formalisées :

« Quand je disais aux hôpitaux : j'ai besoin de faire faire des évaluations. Si après ces évaluations, il en ressort que ce client est totalement apte, ça revient dans ma cour et je vais faire avec. On travaillera à ce que tout le monde soit plus compréhensif autour sur la rue, d'autres choses. Mais si par exemple ce client-là au bout des évaluations est inapte, je m'excuse, mais ça devient votre responsabilité de le protéger. Et je peux vous aider. C'est moi qui ai le dossier, si on a besoin d'aller pour une requête en hébergement et une ordonnance en hébergement, je suis prête à aller témoigner en cours. » (Intervenant)

« Un problème qu'on a, c'est d'avoir des évaluations plus poussées : des évaluations et des suivis neuro, la réadaptation, les suivis en psychiatrie, ça, c'est des enjeux. Parce que souvent nos gens sont intoxiqués, c'est très difficile de faire ces évaluations-là à l'externe. Il faut qu'ils soient sevrés. Mais en même temps, une fois qu'ils sont sevrés, le centre de désintox ne fait pas partie de l'hôpital. C'est difficile d'avoir des vases communiquant avec les services réguliers. Ça aussi, c'est de l'arrimage. On a des bons contacts avec les travailleuses sociales, l'urgence, les infirmières de liaison de l'urgence qui font un travail extraordinaire. Il y a vraiment des personnes qui prennent à cœur notre clientèle, qui ont le souci de nous aider dans nos plans d'intervention, quand on se donne la peine de communiquer avec eux et de les inclure dans notre plan. » (Intervenant)

Travail des policiers :

Le travail des policiers EMRII consiste à être en lien avec l'environnement de la personne (patrouilleurs, résidents, commerçants) afin de favoriser une cohabitation harmonieuse et de rassurer ces derniers qu'ils sont entendus et qu'on répond à leurs préoccupations. Pour les policiers de l'équipe mixte, le travail auprès des patrouilleurs est central. Ils sont en contact régulier avec ces derniers, les tenant informés du développement des suivis, et faisant régulièrement des recommandations sur les interventions préconisées auprès des personnes desservies par l'équipe. Ce travail de deuxième ligne a demandé de développer divers outils de communication avec les patrouilleurs, afin favoriser une continuité dans les interventions avec les patrouilleurs en première ligne :

« Le rôle le plus important [du policier EMRII], c'est la courroie de transmission. On vit l'intervention, on observe ce qui se passe au niveau psychosocial, on obtient certaines informations par rapport à l'individu, ses forces, ses difficultés. Notre rôle premier c'est de faire des recommandations et de soutenir les patrouilleurs, pour qu'après ça les interventions soient cohérentes avec ce qu'on fait EMRII et les autres partenaires. Et c'est nous [policiers EMRII] qui avons ce rôle. Les policiers c'est une famille, on se comprend. On a l'expertise de la mentalité policière, on est les meilleures personnes pour pouvoir les aider et comprendre leur réalité et leur donner les bons outils pour travailler avec ces gens-là quand on n'est pas là. » (Policier)

S'ils offrent un service aux patrouilleurs afin de les dégager d'interventions récurrentes liées à des personnes en situation d'itinérance, les policiers EMRII vont par ailleurs sensibiliser leurs collègues du SPVM au mandat spécifique d'EMRII, qui ne consiste pas à prendre en charge toutes les interpellations policières liées à l'itinérance. Les policiers d'EMRII situent l'équipe dans la continuité des pratiques existantes de police communautaire au SPVM et qui contribue à développer ce type de pratiques au sein du Service de police. C'est ainsi qu'on va insister sur le rôle des agents sociocommunautaires dans chaque poste de quartier, afin qu'ils se saisissent de la problématique de l'itinérance, qu'ils travaillent en concertation avec le milieu et les organismes communautaires, et qu'ils soient les principaux référents vers l'équipe mixte lorsqu'ils évaluent que des situations ne peuvent pas être réglées localement.

« Il y a vraiment la question d'amener les postes de quartier, notamment par les socio-comm, à prendre en charge les situations problématiques. Quelles sont les ressources que tu as autour de chez vous, quel est le problème de la personne, voici ce que tu peux faire? Vraiment, c'est de remettre cela dans les mains des policiers et éviter que les policiers se déchargent de cette problématique-là. » (Gestionnaire SPVM)

Au cours des trois dernières années, les policiers EMRII ont fait reconnaître leur travail auprès de policiers de différents secteurs de la ville. C'est sur la crédibilité de l'équipe que repose la collaboration des patrouilleurs : pour qu'il y ait références de la part des différents postes de quartier et une ouverture à l'égard des recommandations formulées par l'équipe pour les personnes desservies. Le patrouilleur est responsable de ses interventions de première ligne et il a le pouvoir de choisir la façon de répondre à un appel et de suivre ou non les recommandations faites par EMRII. Les policiers ont un rôle de conseil auprès de leurs collègues du SPVM :

« Oui, on est là pour les gens, on améliore la qualité de vie, mais en tous cas le SPVM on est là pour les patrouilleurs de première ligne. C'est ça ma job principale. C'est de les aider là-dedans. Et pour ça, je ne peux pas simplement

dire [aux intervenants CSSS], faites vos choses, moi je ne suis pas là. Si je ne comprends pas toute la complexité, c'est dur après ça pour moi d'aider les patrouilleurs. Si je vois un peu ce qui se passe, je connais mieux la personne, les enjeux, les difficultés, ben là, je vais filtrer ce que je vais dire : je ne dirai pas que X a un trouble délirant il a un diagnostic, tout ça. Mais je vais trouver une façon d'amener des recommandations sans nécessairement donner des diagnostics ou des informations qui peuvent être intrusives, mais dans le fond, le policier il n'a pas besoin de savoir le diagnostic. Il a besoin de savoir, quand je suis devant, qu'est-ce que je vais. Est-ce que j'appelle UPS-J, est-ce que je l'arrête? Je fais quoi? » (Policier)

« Mon travail policier a été d'informer beaucoup et on ne pensait pas d'être obligé de donner autant d'informations aux policiers du poste de quartier. Ça, ça été quelque chose qu'on a dû rapidement mettre sur pied. Comment communiquer certaines informations? Comment rejoindre les policiers? Quoi leur dire sans tout leur dire? C'est toujours dans la finesse de la communication qui fait en sorte qu'on comprend finalement, qu'on leur donne une directive, sans leur donner de directive. » (Policier)

Pour développer une collaboration avec les patrouilleurs dans le cadre d'un travail de deuxième ligne, différents moyens ont été mis en place : des tableaux de recommandation envoyés aux patrouilleurs d'un poste de quartier au sujet des « sujets EMRII » dans leur secteur; des points d'informations et des discussions de cas lors des fall-in³⁹. La collaboration des patrouilleurs de première ligne est un enjeu de taille pour l'équipe mixte et de nombreux efforts seront mobilisés pour favoriser la cohérence des interventions entre EMRII et patrouilleurs auprès d'une même personne à la rue :

« Nous, quand on reçoit une référence d'un poste de police, et ça les policiers l'expliquent bien quand on va rencontrer les socio-comm, c'est que EMRII on est là aussi un peu pour vous soulager et pour vous soutenir dans votre charge de travail. Ce qu'on demande en échange de la part du référent, des policiers, c'est qu'ils nous aident à localiser la personne, qu'ils nous transmettent l'info et si nous on a de l'info, qu'ils le transmettent aux patrouilleurs. Mais ça ne se fait pas tout le temps. Des fois, on est en train de chercher quelqu'un à Verdun, on ne connaît pas trop ses spots ou il n'est plus à ses spots habituels, fait que là on appelle au PDQ, "allo, on cherche telle personne que vous avez référée à EMRII". Qui ça? Ils ne savent même pas qu'il y a un cas EMRII dans leur territoire, les patrouilleurs. D'où les discussions de cas. » (Intervenant)

Les policiers EMRII font des recommandations aux patrouilleurs d'un secteur sur des façons d'intervenir auprès d'une personne. C'est notamment sur la base du portrait des facteurs de vulnérabilité d'une personne et de l'historique des interventions auprès d'elle que seront faites des recommandations aux patrouilleurs. Ça peut vouloir dire faire des rapports d'évènements plus documentés afin d'outiller l'équipe face à la cour, de s'en tenir à des transports hospitaliers plutôt qu'à des incarcérations, de proposer des façons d'intervenir auprès d'une personne pour faciliter le contact, de limiter le nombre de contraventions émises à un individu dans une visée de réinsertion ou, au contraire, d'appliquer plus systématiquement les règlements en vigueur ou les conditions de probation⁴⁰. La collaboration des

³⁹ Rencontres entre policiers d'un poste de quartier entre les quarts de travail.

⁴⁰ Voici deux exemples de personnes pour lesquelles les policiers sont fréquemment appelés parce qu'ils gênent la circulation :

La première situation est celle d'un jeune homme très délirant, qui fait du squeegee et marche entre les voitures. Les policiers EMRII évaluent qu'il n'a pas d'intention criminelle. Il a reçu plus de 20 000 \$ de billets de

patrouilleurs varie selon les individus et les circonstances, mais l'équipe raconte que plusieurs suivis ont bénéficié de la collaboration déterminante de certains d'entre eux. Puisque les personnes sont référées par les patrouilleurs de leur secteur, un certain nombre d'entre eux les connaissent et sont intéressés par le travail et les recommandations d'EMRII à propos de cette personne :

« On a fait je ne sais combien de P 38 avec ce client-là parce qu'il se mettait à risque régulièrement. C'est là la beauté d'EMRII, c'est qu'on a dit aux policiers EMRII de donner comme consigne aux patrouilleurs — c'est pas toujours EMRII qui intervient avec nos clients — "dès que vous intervenez avec ce client-là et qu'il est psychotique, intoxiqué, c'est l'urgence. Vous ne l'amenez pas en détention, vous faites une 38 et vous le rentrez en urgence." Naturellement, l'urgence, 24 h après, il avait son congé. Quelques jours plus tard, les policiers étaient encore dans la même situation, on a dit, "38 encore!" Ils ont dit : "ils ne font rien avec!" "38 encore quand même, c'est notre problème, ce n'est pas le vôtre." Il a fallu 5 ou 6 P38 avant que finalement, la semaine qu'on est tombé sur l'hôpital de garde qui avait échappé ce client-là, avant même qu'on ait pu se rendre en cour pour aller chercher la requête, ce qui était notre but, on a été obligé de faire une 38 dessus et on l'a amené là. On est arrivés et on a dit : on s'est préparés à faire une requête, voilà la situation. Ils l'ont gardé, ils l'ont évalué longtemps et ils l'ont déclaré inapte. Puis pris en charge par une équipe de santé mentale intensive et là il est en attente pour être en hébergement en santé mentale. C'est ce qui montre l'avantage d'EMRII et ça amène les enjeux qu'il faut communiquer comme équipe qui vient de deux milieux différents; si on n'est pas capable de donner un certain niveau d'information aux policiers EMRII pour que ça fasse un sens, ce qu'on demande, on ne l'aura pas. » (Intervenant)

Le travail de collaboration avec les patrouilleurs prend le plus souvent la forme d'échanges d'informations et de recommandations. Étant une équipe de deuxième ligne, les policiers EMRII ne sont pas toujours disponibles pour prendre une intervention au pied levé et là n'est pas leur principal rôle. Cependant, il arrive parfois qu'on se déplace sur les lieux d'une intervention lorsqu'un patrouilleur signale une intervention en cours avec un client EMRII et que les professionnels de l'équipe estiment qu'il s'agit d'une situation prioritaire.

Tous les policiers s'entendent pour dire que le rôle premier d'EMRII est de soutenir les patrouilleurs et de prendre le relais de situations où il y a des interventions policières récurrentes. Certains policiers notent qu'un rôle important de l'équipe mixte consiste également à outiller les patrouilleurs dans leur travail de première ligne. Cette sensibilisation s'effectue notamment dans le cadre du travail quotidien avec les patrouilleurs autour des suivis EMRII, par l'entremise des discussions de cas et des recommandations (par exemple, référer la personne à des services, transporter vers un centre temporaire de dégrisement plutôt que d'amener la personne au centre opérationnel, stratégies de médiation entre les commerçants et de la personne à la rue). De plus, l'expertise développée au sein d'EMRII sera saisie par les membres de l'équipe afin de créer des outils destinés aux patrouilleurs pour

contraventions. Constats : cette pratique policière ne change pas le comportement de la personne. Par ailleurs, il est très collaborant, il n'est jamais agressif. Recommandation aux patrouilleurs : tenter de trouver un arrangement avec lui afin que ses comportements soient moins dérangeants.

La seconde situation concerne un homme dans la cinquantaine qui est toujours intoxiqué et qui fait la circulation des voitures. Les patrouilleurs le transportent régulièrement à l'hôpital. Constats : cette personne n'a pas de problèmes de santé mentale, on parle problèmes de comportements et de toxicomanie. Il se met à risque d'être happé par une voiture. Recommandation aux patrouilleurs : aller vers la judiciarisation puisqu'il y a peu d'éléments de vulnérabilité.

une meilleure intervention auprès des personnes en situation d'itinérance : une capsule sur l'intranet du SPVM offrant différentes informations sur l'itinérance et proposant des stratégies d'intervention auprès de cette population, dont une pyramide de l'état mental et un continuum des diverses étapes d'intervention avant judiciarisation, et qui a été mise en ligne au printemps 2012; un dépliant sur les services en itinérance largement distribué aux patrouilleurs, notamment à ceux qui travaillent dans le métro; des points d'information insérés dans le calepin des patrouilleurs pour favoriser de meilleurs arrimages avec les services sociaux et de la santé.

À travers le travail de collaboration avec les patrouilleurs, l'équipe va proposer de nouvelles pratiques policières en prévention. Il s'agira notamment de faire un recadrage des comportements des patrouilleurs qui sont jugés problématiques pour proposer une analyse qui introduit le point de vue de la personne concernée et les impacts de certaines interventions sur cette personne. Ainsi, on fera valoir que certains comportements de survie sont à distinguer d'un méfait, ou qu'il peut être préférable de relayer l'évaluation du risque, notamment du risque suicidaire, à un service spécialisé dans l'évaluation de l'état mental :

« Des fois on va à des rencontres, dans des discussions de cas ou on fait juste croiser des policiers de métro qui nous parlent de situations, on ne peut pas tout reprendre. On serait vus comme des espèces d'experts qui disent toujours aux policiers quoi faire. Des fois, il faut juste lâcher prise sur des propos, choisir un peu notre combat et faire beaucoup de renforcement positif. [...] C'est délicat, parce que les policiers des fois sont vraiment convaincus qu'ils font la bonne chose. Et un des mythes, je trouve, le plus difficiles à défaire, c'est le mythe qui entoure le suicide. Les policiers, aussitôt qu'ils entendent le mot suicide, c'est l'hôpital. Fait que des fois quand ils ne savent pas quoi faire avec une personne, les policiers me le disent eux-mêmes « j'espère quasiment qu'il va me sortir une phrase genre – je suis téné, je voudrais tout lâcher – ah! Suicide, on l'amène à l'hôpital. OK, on vient de régler notre problème. » On leur apprend : quand vous avez un doute, appelez UPS-J, mettons. [...] Et on défait le mythe du suicide en leur disant : « toi tu es déprimé, tu as des idéations suicidaires, tu as envie qu'on t'écoute, d'être dans un milieu chaleureux, avec du monde qui vont être là auprès de toi. Tu n'as pas envie d'être les fesses à l'air dans une jaquette d'hôpital, avec personne qui va te parler et tu vas attendre 24 h avant de voir un psychiatre 10 minutes et qui va te donner ton congé. » (Intervenant)

« On fait beaucoup d'éducation. Je trouve qu'il y a des choses qui changent, ils comprennent mieux. On peut nuancer notre discours, dans le sens qu'un des enjeux que je pense qu'ils comprennent plus, c'est qu'ils font la différence entre des comportements de survie, qui peuvent générer des tickets et qui ne devraient pas générer des tickets, et des méfaits. Quand on parle de quelqu'un qui est couché sur un banc de parc, on devrait déplacer la personne, mais on ne devrait pas donner de tickets pour ça parce que ça fait partie de la survie. Coucher dans un parc, la même affaire. Et on travaille beaucoup à ce qu'ils arrêtent de vider les bouteilles de bière de nos clients, toutes. En fait, s'ils voient visiblement une bouteille, ils n'ont pas le choix, mais ne demande pas de vider ses sacs, parce que tu le mets à risque de sevrage. Pour quelqu'un qui boit beaucoup beaucoup beaucoup, et que tu lui vides sa bière, tu vas peut-être intervenir dessus en urgence dans une heure parce qu'il est en sevrage et en convulsion. On développe d'autres stratégies avec eux. » (Intervenant)

Les policiers EMRII ont également l'expertise des liens avec la cour et la justice : création d'un profil dans un contexte de judiciarisation et présence à la cour, faire des recommandations à la cour, suivi en milieu carcéral, support aux enquêtes ou démarches de réinsertion dans un contexte pénal. Nous y revenons

dans la prochaine section.

Enfin, dans leur travail quotidien, les policiers EMRII accordent une importance particulière à la connaissance des acteurs sur le terrain et au développement de partenariats. Dans le cadre des entrevues et lors du travail d'observation, les policiers notent à plusieurs reprises l'importance que les policiers soient plus présents dans les ressources communautaires, afin que les intervenants les connaissent et hésitent moins à faire appel à eux en cas de crise. Par ailleurs, la façon de créer des liens avec les acteurs sur le terrain peut occasionner des tensions au sein de l'équipe (par exemple, en invitant des intervenants d'une ressource d'hébergement à venir patrouiller avec EMRII, ce qui pose des enjeux de confidentialité du point de vue des intervenants du CSSS).

Suivi et référence

EMRII est une équipe spécialisée à laquelle les patrouilleurs sont invités à s'adresser. Il y a un travail au quotidien sur le terrain, lors des fall-in et les discussions de cas avec les patrouilleurs pour les pister vers des interventions auprès des personnes desservies par l'équipe, mais également dans l'intervention de première ligne auprès des personnes vulnérables, afin de les sensibiliser à propos de ce qu'ils peuvent faire de plus. L'équipe agit à titre de référence pour des questionnements, des inquiétudes relatives à des personnes vulnérables dans l'espace public. Certains cas référés à EMRII par les patrouilleurs ne sont pas retenus, car il ne s'agit pas de personnes combinant itinérance, vulnérabilité et interventions policières récurrentes. Le travail de l'équipe sera alors d'évaluer la situation, puis d'en informer les patrouilleurs ou les agents sociocommunautaires et de leur recommander certaines interventions. L'expertise en itinérance et en prévention acquise au fil des trois dernières années permet souvent aux policiers d'EMRII de proposer des solutions aux impasses rencontrées par les patrouilleurs. On se positionnera alors le plus souvent en faveur de pratiques alternatives à la judiciarisation, en proposant notamment l'arrimage vers certaines ressources. Voici deux exemples de situations identifiées par les patrouilleurs impliquant une personne potentiellement vulnérable pour lesquelles EMRII fera des recommandations :

Homme, début trentaine

Un homme sourd et muet quète régulièrement devant une boutique à l'intérieur du métro. La société de transport de Montréal (STM) fait une référence à EMRII pour problème de cohabitation suite aux pressions des commerçants qui souhaitent que cet homme cesse de quêter à proximité de leur commerce. Lorsque la référence est faite à EMRII, les policiers du métro s'approprient à faire les quatre étapes (avertissement, constat, constat, arrestation).

Une intervenante de l'équipe va le voir et évalue qu'il n'est pas très vulnérable, il loge chez un ami. Il est par ailleurs en réaction à l'égard des policiers qui lui demandent régulièrement de quitter les lieux. Elle fait la référence à une équipe du CSSS afin que des intervenants fasse de la médiation entre le propriétaire du magasin, les policiers et le jeune homme, et contribuent à décrystalliser les deux positions : des policiers qui reçoivent beaucoup de pression du magasin et qui veulent « casser » le mendiant en lui remettant beaucoup de contraventions, et le l'homme interpellé qui déchire les contraventions devant eux. L'équipe Itinérance ira parler avec monsieur afin d'explorer d'autres options pour quêter et voir avec lui pourquoi il insiste pour s'installer devant cette boutique en particulier.

Une policière d'EMRII va observer à quelques reprises le jeune homme à son insu, puis elle va lui parler. Monsieur est assis près du mur, tend la main, il n'est pas agressif. Il n'entrave pas la circulation, n'est pas insistant. Elle rencontre les patrouilleurs du métro pour connaître leur version des faits. Elle s'informe également des règlements qui régissent les couloirs du métro de Montréal. Une note est par la suite envoyée par courriel au PDQ métro disant que l'individu a été rencontré, que l'on constate qu'il ne contrevient à aucune réglementation du métro. Il est recommandé de trouver une entente entre les deux parties avec l'aide d'un interprète (l'homme est sourd et muet). On informe également les patrouilleurs que l'équipe Itinérance est au dossier afin qu'il obtienne l'aide nécessaire.

Femme mi-vingtaine

Personne signalée qui semble délirante, vit sous un escalier au centre-ville et se promène en soutien-gorge. Des membres de l'équipe se déplacent à deux reprises pour voir comment elle est installée et discuter avec elle. On apprend que la jeune femme va quotidiennement dans une ressource pour femmes, elle dit être originaire d'Ontario et compte y retourner dans quelques mois. Les policiers EMRII vont informer le PDQ référent que la personne est desservie par une équipe et qu'elle n'est pas évaluée particulièrement vulnérable par EMRII.

3) Travailler en vue d'une meilleure liaison entre les acteurs en itinérance

Il y a traditionnellement une méfiance entre les acteurs des milieux de la santé, des services sociaux et communautaires et les policiers ; et notamment de fréquentes incompréhensions quant à la façon d'exercer son jugement professionnel. Un impact souhaité par les membres d'EMRII est de contribuer à tisser des liens entre les acteurs de ces différentes institutions. Les professionnels de l'équipe insistent sur l'importance de sensibiliser les divers acteurs autour d'une personne. Différentes approches ont été développées au fil des ans afin de contribuer à un meilleur arrimage entre les acteurs en itinérance en proposant des façons de mieux communiquer et en informant sur l'existence de certains services (notamment le service Urgence psychosociale-justice – UPS-J) et sur leurs modes de fonctionnement :

« Ça fait partie du rôle policier, de coaching, d'enseignement, d'éducation au niveau du service de police, d'apprendre aux policiers que oui ça vaut la peine de peut-être prendre un vingt minutes de plus pour écrire ton rapport pour bien documenter des observations de façon objective au niveau de la santé mentale, pour qu'à un moment donné, ce monsieur-là soit bien orienté au niveau de la cour, plutôt que de faire à la va-vite et finalement tu vas avoir à intervenir à outrance. » (Intervenant)

« Souvent les hôpitaux se plaignent que les policiers dumpent les personnes, eux appellent ça du dumping parce que les policiers ne font pas de liaison. Et les policiers sont fâchés parce qu'ils ne les gardent pas. Mais les hôpitaux n'ont pas les informations nécessaires, c'est un peu la même chose avec les CLSC. Fait que les policiers ne font pas de bonnes références. Ils ne sont pas formés pour le faire. » (Intervenant)

« L'infirmière à l'hôpital ne savait pas où l'orienter. Alors, il y a quand même eu une partie qui a été faite au téléphone. "Es-tu encore capable de le garder un 24 h? La partie que je pourrais voir, c'est discute avec le client. Si tu n'as pas le client là-dedans, tu l'enverras où tu veux, il n'ira pas. D'après ma connaissance de ce client-là, la seule place que tu risques d'avoir un accord de sa part, c'est à telle place. Il faut que tu appelles l'autre place pour voir s'ils sont d'accord de le prendre." Elle a dit : "est-ce qu'ils vont l'accepter?" "Je ne peux pas répondre pour eux. Mais ça vaut la peine de les appeler et d'expliquer la situation.» (Intervenant)

« Certains policiers à un moment donné avaient la demande de connaître toutes les ressources pour les référer eux-mêmes. Ce n'est pas qu'on veut les déresponsabiliser, mais on ne veut pas que le policier se substitue à l'intervenant, et ils ne prennent pas toujours les bonnes décisions pour amener la personne à la bonne ressource. On leur dit : appelez UPS, c'est 24 h, et dites c'est quoi la situation de la personne devant vous et eux vont vous trouver la ressource appropriée. » (Intervenant)

Les professionnels d'EMRII se définissent comme des passeurs qui permettent peu à peu une meilleure compréhension entre deux univers organisationnels. On estime avoir un rôle à jouer à l'égard des collègues de sa propre institution, pour qui cette collaboration peut parfois continuer de paraître inusitée, voir peu légitime :

« Quand je vois un policier EMRII, dans son impuissance, vouloir aller trop vite, après ça je comprends mieux les policiers aussi à l'extérieur, tu commences à voir un peu la mentalité policière. Et eux c'est pareil. Depuis tant d'années qu'ils se disaient probablement, "ils ne font rien le service de santé". Là maintenant qu'ils nous voient travailler, avec nos petits pas et notre lien de confiance, et qu'ils voient les résultats, eux commencent à comprendre la mentalité du réseau de la santé. Fait que c'est vraiment une rencontre entre deux mentalités. Ce qui nous permet aussi d'avoir de l'influence auprès de mon institution. [...] On défait des mythes policiers au sein de nos institutions de santé et des organismes communautaires; et les policiers défont des mythes auprès des policiers sur le système de santé. Fait que je ne vois vraiment que du positif. » (Intervenant)

« Moi, ça me fait toujours un peu dresser les poils sur les bras quand les gens me disent : ah! Tu es une police / t.s! Euh, non. Si tu me dis ça, c'est clair que tu ne reconnais pas le travail. Tu ne reconnais pas ou tu ne sais pas ce que ça prend pour être travailleur social et je ne suis pas travailleur social. Je fais mon travail de policier, mais peut-être juste à un autre niveau d'entraide, mais je ne suis pas travailleur social. Remettre une paire de culottes et une paire de bas n'égal pas d'être travailleur social. C'est complètement absurde. Et ça me choque. Mes collègues policiers EMRII aussi, ça nous choque tous. Ça des fois on va être un peu plus prompt sur la réponse. On va dire, non, vous m'offensez moi, mais vous offensez ben plus ma collègue travailleuse sociale, vous ne reconnaissez pas son expertise. » (Policier)

4) Le travail de collaboration CSSS-SPVM face aux acteurs du système judiciaire

Le travail de collaboration entre les professionnels d'EMRII face aux acteurs du système judiciaire (procureurs, avocats de la défense et personnels des prisons) permet de noter le chemin parcouru au sein de l'équipe concernant l'articulation entre judiciarisation et rétablissement des personnes. Ce fut au départ des espaces de rencontre difficiles à concilier dans ce travail d'intervention conjointe. Mais, après trois années, les professionnels de l'équipe sont parvenus à identifier des « zones grises » considérées intéressantes de part et d'autre. Pour les intervenants du CSSS, cette collaboration permet une meilleure connaissance de l'univers de la justice, des stratégies possibles pour faire entendre les besoins de la personne face à la cour et d'avoir un impact sur le rétablissement des personnes et leur parcours juridique. On utilisera notamment la comparution et la détention comme leviers dans l'intervention pour contribuer au mieux-être des personnes. Pour les policiers, l'évaluation de la vulnérabilité des personnes et une meilleure compréhension de la situation permettra de faire des recommandations originales à la cour en lien avec la récurrence des interventions policières et la cohabitation dans l'espace public :

« C'est arrivé dans plusieurs dossiers où on a utilisé une judiciarisation comme opportunité pour faire des interventions soit à la cour, soit aller voir la personne en détention, pour que les problématiques spécifiques à la personne soient adressées et qu'il ne passe pas dans l'espèce de moulinette habituelle, c'est-à-dire une courte période de détention, retour à la rue, qu'il recommence... Puis ça, c'est de la communication. » (Intervenant)

« Le fait de travailler avec des policiers, on sait le fond des choses, on sait où ça peut aller pour la personne quand ils font un méfait. Ce qu'ils risquent, ce qui va se passer, la suite c'est quoi et les possibilités c'est quoi? Comment on peut jouer dans le système judiciaire pour que ce soit bénéfique à la personne? Pas juste, on a ramassé un itinérant alcoolique, on va mettre la condition d'arrêter de boire. Nous ça ne nous aide pas, lui ça ne l'aide pas, les policiers, ça ne les aide pas. Amener des pistes de solutions pour la cour, je pense qu'eux ça les aide et nous derrière ça nous aide aussi. Et les policiers. Du coup, ça aide un peu tout le monde. » (Intervenant)

Détention

Quel que soit le parcours juridique de la personne, EMRII reste au dossier. Parmi les nouveaux lieux qui ont été investis par les intervenants sociaux et de la santé EMRII, on compte la visite des personnes en détention : « *C'était controversé au début, mais on a vu l'avantage au niveau clinique.* » Les intervenants vont y rencontrer les personnes afin de garder le lien et poursuivre le travail d'accompagnement, préparer la sortie de prison, discuter avec la personne dans un autre contexte que celui de la rue. Ils vont également être en lien avec les acteurs de l'institution carcérale, notamment le personnel médical, les travailleurs sociaux et les agents de probation, afin de favoriser une meilleure réponse à leurs besoins et pour échanger sur les différentes observations des uns et des autres, ce qui permettra dans certains cas d'avancer dans l'évaluation de l'état mental d'une personne :

« On a débuté notre fameuse tournée des prisons provinciales. C'était inusité. Des gens du CSSS qui vont en milieux carcéraux pour rencontrer un détenu. Du jamais vu! On a créé un malaise incroyable au début par rapport à ça. Moi j'y tenais mordicus. Je ne savais pas trop ce qu'on faisait, c'était des choses qu'on développait au fur et à mesure. Et là maintenant, en 2012, c'est hyper important d'y aller. La personne, ça fait trois semaines, un mois qu'elle est en prison, elle n'a pas consommé. On es-tu capable d'avoir une conversation de plus que cinq minutes avec? Et ça se peut qu'elle soit contente de se faire parler. [...] Et on prépare la sortie. Sinon, ils sortent avec un petit sac en papier brun et c'est : merci, bonsoir! Il y a des personnes qu'on est allé chercher (à la sortie de prison). » (Policier)

« Dans la rue, tout est mélangé et c'est souvent difficile de ressortir des majeurs : est-ce que c'est plus la toxicomanie qui cause des psychoses toxiques, est-ce qu'il ya des pertes cognitives qui se rajoutent à tout ça? C'est un peu difficile parce que tout est mixé dans la rue. Le fait de se retrouver en détention, on vient d'éliminer un gros problème qui est la toxicomanie. La personne ne devrait pas consommer, ou minimalement, en détention. Ce qui nous permet de voir ce client-là à jeun, et ce qu'il a d'air. » (Intervenant)

Recommandations à la cour

Si les policiers EMRII estiment nécessaire d'être présents à la cour, d'y faire des recommandations, puisqu'il en va d'un rôle au cœur du travail policier, les intervenants sociaux et de la santé vont d'abord être réticents à cette présence de l'équipe mixte. Au fil du temps, on conviendra que la posture de l'équipe face à la cour consiste à faire des recommandations qui répondent aux différents objectifs des professionnels de l'équipe. À travers sa présence à la cour, EMRII va notamment demeurer au service de

la personne et se servir de cette opportunité pour tenter de faire valoir sa situation et favoriser l'accès aux services dont elle a besoin:

« On a eu des grandes discussions. Moi c'était : "ce n'est pas vrai qu'on va se faire barrer de la cour en tant que policier, en tant même que membre d'EMRII". Il fallait y aller. Mais la grande différence avec EMRII c'est : "OK, on va aller à la cour, mais on va demander au client ce qu'il veut, puis on va lui suggérer des choses". Ça été le rattachement de bien des ponts. OK, on va à la cour, mais dans l'intérêt du client, on se concerta avant, on regarde le dossier. Ça a été comme wow! Ça, c'est intéressant! Parce qu'il y a eu beaucoup de discussions au début. »
(Policier – entrevue de groupe)

« Il y a eu une évolution au niveau de la judiciarisation. Au début, notre perception des choses était que le système judiciaire n'est pas une réponse appropriée, et n'est pas non plus un outil utile dans l'intervention. Il y a eu plusieurs discussions. [...] Moi je ne peux pas aller à la cour pour aider le Service de police à dénouer son problème. Ce n'est pas mon rôle, ni mon mandat et c'est contraire à l'éthique. Mais je peux aller en cour à la demande du client pour le soutenir dans ces démarches, pour l'aider à trouver des solutions favorables qui améliorent sa situation. Je peux aider les policiers EMRII à voir comment on peut comprendre ça et qu'ils fassent un petit bout de chemin eux pour leur organisation. » (Intervenant)

« D'habitude, il y a un avocat qui dit : "voilà, ça n'a pas de bon sens". Ces cas-là vont tellement vite, le client ne dit même pas un mot, ça ne vaut pas la peine de l'entendre, c'est un itinérant poqué. C'est un papier, une feuille, c'est deux minutes dans une salle de cour, puis on passe à quelqu'un d'autre. On amène une compréhension un peu plus large du phénomène. "Écoutez, ce n'est pas la première fois que vous le voyez, ce n'est peut-être pas la dernière non plus si on ne s'arrête pas deux minutes pour comprendre." [...] Avec le temps, les policiers [d'EMRII] ont adhéré à une philosophie de diversion dans les ressources plutôt que de l'incarcération. Avant, la logique policière c'était : judiciarisons davantage pour que la personne ne recommence pas. Plus tu vas encadrer quelqu'un, plus tu vas le mâter. C'est un peu ça la logique. » (Intervenant)

Si le travail de concertation en lien avec la cour est en évolution au sein de l'équipe, on s'entend pour dire que les policiers doivent assurer une direction dans la représentation à la cour. On ne se déplace pas systématiquement à la cour. Il faut qu'il y ait un sens clinique à le faire, ainsi qu'une pertinence du point de vue des policiers EMRII, à savoir que l'on apportera un éclairage nouveau pour comprendre la situation. C'est au cas par cas. Lorsque l'équipe estime qu'une présence à la cour est utile, les policiers seront présents et, au besoin, l'intervenant pivot au dossier. Ce sont également les policiers qui rédigent les rapports complémentaires destinés à apporter de nouvelles informations pour éclairer le juge.

Les dossiers EMRII présentés à la cour relèvent d'un travail de mise en commun des informations que possède chaque professionnel afin de dresser un portrait de la situation, mais également un travail d'analyse sur des recommandations qui soient susceptibles de permettre à la personne d'être entendue dans ses choix, d'accéder à des services et de briser le cycle des portes tournantes. Si traditionnellement les intervenants de la santé se situent du côté de l'accusé et que les policiers se positionnent du côté du procureur, les membres de l'équipe conviennent avec le temps que l'on se positionne au centre, en présentant les mêmes informations et recommandations à la fois au procureur de la Couronne et à l'avocat de la défense. Dans les informations et les recommandations qui sont données à la cour, l'objectif est d'arriver à un consensus, sur la base des expertises de chacun :

- L'angle des policiers est la sécurité du public et les problèmes de cohabitation. Ils orientent les recommandations en lien avec les quadrilatères, interdiction de contact, profil judiciaire, conditions de probation.
- L'angle des intervenants est la personne dans la perspective du rétablissement. Ils orientent les recommandations en lien avec les demandes d'évaluation, de suivi, de thérapie et participent à la réflexion des conditions de probation en regard des impacts sur les conditions de vie de la personne.

Au niveau judiciaire, le travail d'EMRII sera de proposer une judiciarisation modulée vers le rétablissement de la personne. On va faire des recommandations afin que donner une meilleure vue d'ensemble de la personne (nature du suivi et investissement de la personne; situation de santé physique et mentale, situation à la rue) et d'obtenir des conditions qui vont dans le sens du rétablissement (ex. retirer la condition d'interdiction de boire) et d'une meilleure cohabitation (ex. interdire l'accès à un quadrilatère). De plus en plus connue, l'équipe EMRII est parfois sollicitée dans certains dossiers pour faire des recommandations :

« On a travaillé fort à EMRII et maintenant je pense qu'ils le savent les procureurs que c'est mettre un client en échec, s'il a un problème d'alcool, de lui demander de ne pas consommer. C'est sûr et certain que vous allez le réarrêter en quelques semaines, on fait juste monter des dossiers. On fait juste coûter cher au système, c'est irréaliste. Je pense que c'est un discours qui commence à porter fruit au niveau de la cour. » (Intervenant)

« Le pouvoir qu'on a à la cour est super grand. Regarde, il y a deux procureurs qui m'ont appelé par rapport à Monsieur V. Pour moi, c'était clair, je ne voulais pas parler à un procureur sans parler aux autres policiers, et collègues CSSS, pour savoir sur quoi on s'enlignait. On s'était donné comme ligne de ne pas prendre parti, de donner des faits, c'est ce que j'ai fait. C'est important, on a du pouvoir à la cour, envers les avocats, et tout le monde veut nous utiliser aussi. Les avocats sont contents quand on leur dit : "Monsieur vient à ses rdv, on est dans telle démarche, telle démarche". Il va aller défendre ça. Mais d'un autre côté, que le procureur le sache aussi. Puis après ils débattent leur affaire et il y a un juge qui tranche. » (Intervenant)

Les membres de l'équipe constatent également l'impact de la présence de l'équipe à la cour dans l'établissement d'une relation de confiance avec les personnes desservies :

« Après cette intervention à la cour, on pouvait se parler, on pouvait trouver des compromis, pour moi je trouvais que c'était des interventions réussies. [...] Avec Monsieur V., on a atteint quelque chose. Les gens alentour aussi ont des choses à apprendre par rapport à Monsieur. Lui aussi à des choses à apprendre. [...] C'est de réussir à trouver un équilibre entre tout le monde. » (Policier)

Ainsi, cette description des pratiques de l'équipe (observer, analyser, agir) permet d'identifier que les axes d'évaluation qui balisent le travail des professionnels se trouvent enrichis par la rencontre interprofessionnelle au sein d'EMRII :

Le travail du CSSS (axe facteurs de protection / facteurs de risque)

- ❖ Le travail en collaboration avec les policiers comme facteur de protection et éléments d'évaluation : il permet de suivre efficacement la personne à travers le réseau et d'avoir des informations sur son état général de santé et sur ses comportements dans l'espace public via les rapports des patrouilleurs.
- ❖ Nouvelle pratique consistant à rencontrer certaines personnes en détention : visant la création du lien, la préparation de la sortie de prison, éléments d'évaluation de l'état mental, etc.
- ❖ Participer à la réflexion sur les recommandations à faire à la cour, afin d'aller dans le sens du rétablissement de la personne.
- ❖ Participer à la réflexion sur les recommandations à faire aux patrouilleurs afin de trouver des alternatives à la judiciarisation et d'améliorer les conditions de vie à la rue des personnes.
- ❖ En dernier recours, saisir la judiciarisation comme un levier pour une évaluation psychiatrique ou proposer la thérapie au lieu de la détention. Dans tous les cas, on reste en lien avec la personne.
- ❖ Certaines requêtes d'évaluation peuvent inclure un historique juridique.

Et le travail du SPVM (axe comportements non problématiques / problématiques)

- ❖ Nouveaux repères dans l'intervention policière sur la base de l'évaluation des facteurs de vulnérabilité par le CSSS (incapacités ou non-collaboration / problème de santé mentale ou intention criminelle / droit à l'autodétermination / dérangeant ou dangereux).
- ❖ Développement d'une expertise judiciaire en matière d'itinérance. Recommandations à la cour autour des questions liées à la sécurité et à la cohabitation harmonieuse (en tenant compte de l'évaluation de l'état physique et mental d'une personne).
- ❖ Favoriser une meilleure cohabitation, en sensibilisant l'environnement à la complexité des enjeux de l'itinérance, le travail réalisé, les différents acteurs au dossier, etc.
- ❖ Expertise au niveau des accusations criminelles. En dernier recours, nouvelles pratiques pour monter des accusations criminelles lorsqu'il y a récurrence des interventions policières (sur des années) pour des personnes (peu vulnérables) qui contreviennent continuellement aux règlements municipaux et à l'égard de qui les patrouilleurs ont peu de leviers.
- ❖ Développer une plus grande vigilance à l'égard de certains facteurs de risques et bien exercer son rôle de protection comme policier – canicule, hydratation, symptômes de sevrage.
- ❖ Développer de nouvelles connaissances pour mieux interpeller les acteurs de la santé (UPS-J pour faire l'évaluation, meilleures liaisons avec hôpitaux, CLSC, ressources communautaires).

2.4 – Registres d'interventions au sein d'EMRII — quelques exemples de suivis

Au départ, nous faisons l'hypothèse qu'entre la gestion de l'ordre public, la promotion de la santé et la réinsertion sociale, il était probable que l'un ou l'autre des acteurs soit à l'occasion freiné dans sa mission dans le cadre des interventions conjointes d'EMRII. On aurait également pu craindre que cet espace qui combine les obligations d'agir de plusieurs professions soit fort étroit et qu'il signifie pour les personnes desservies des relations de contrôle accru. Or, ce qui se dessine est davantage un continuum entre les différents registres d'interventions, où il y a une définition commune qui s'établit à propos d'une personne et de son état. Si on a une obligation d'agir dans certaines situations, et qu'à terme l'évaluation des risques balise l'intervention, il semble que l'essentiel du travail des policiers et des intervenants consiste à améliorer leur capacité à évaluer les situations et à intervenir de façon créative sur la base des possibilités offertes par chacune des expertises et institutions.

Il y a établissement d'un jugement professionnel et d'un langage commun propre à l'équipe mixte et sur la base desquels se partage le travail des professionnels. L'intervention procède d'une analyse commune qui est souvent exprimée par les professionnels par le fait de convenir « dans quoi on est ». Au sein de ce travail de négociation, des stratégies d'intervention peuvent prévaloir et être redéfinies à la mesure du statut accordé à l'individu, de l'évaluation de sa condition physique et mentale, de ses comportements dans l'espace public, des actions des autres professionnels autour de la personne et des exigences et pressions exercées par la Ville, les citoyens et les résidents. Le travail de chaque professionnel consiste notamment à s'assurer que les préoccupations dont il est garant ne soient pas échappées dans l'élaboration des stratégies d'intervention. Ce travail nécessite non seulement d'être un professionnel qui maîtrise bien les tenants et les aboutissants de sa fonction (dont la rigueur, l'expertise et une bonne connaissance des rouages de son institution), mais qui possède également les qualités nécessaires à un travail de concertation, telles que l'ouverture, la recherche du consensus et la créativité.

Rappelons que le rôle des policiers affectés à EMRII diffère sensiblement de celui des policiers patrouilleurs du SPVM. Au sein d'EMRII les policiers font un travail de suivi et de prévention auprès des personnes; ils ne procèdent pas à des arrestations, remises de contravention ou autre travail de nature répressive. Lorsque des situations l'exigent (mandat d'arrêt, comportements violents, état mental perturbé nécessitant un transport hospitalier), ils font appel à d'autres patrouilleurs. Par ailleurs, l'équipe ne se donne pas pour mandat de déjudiciariser les personnes qu'elle dessert. Si EMRII est parfois une alternative à la judiciarisation des personnes, les professionnels de l'équipe parlent plutôt de la recherche de meilleures pratiques policières, contextualisées en regard du profil des personnes et de la complexité de leur situation. EMRII vise à trouver des solutions durables à des situations problématiques, où les personnes font des allers-retours dans les différentes institutions de la santé et de justice. Si la plupart du temps on vise une prise en charge par le réseau de la santé, parfois c'est la prise en charge par la justice qui sera préconisée. On verra par ailleurs que l'équipe tente différentes avenues avant de miser sur la judiciarisation :

« Notre mandat, c'est d'avoir des meilleures pratiques. D'être plus professionnels, de développer une expertise et tout ça. Et à travers ça, il se peut, du cas par cas, que ce soit une bonne pratique d'éviter d'émettre des constats, parce qu'on n'atteint pas nos objectifs, donc de faire autrement. Mais ce n'est pas un objectif premier. » (Policier)

On peut voir dans les différents suivis décrits plus bas que les contours de la judiciarisation sont redéfinis à la mesure de l'évaluation de la vulnérabilité de la personne (réalisée par les intervenants du CSSS) et de l'historique des diverses interventions de l'équipe. Si la réduction de la nuisance et une cohabitation harmonieuse demeurent des priorités dans le cadre de cette collaboration interprofessionnelle, on tente d'y répondre à travers des pratiques de prévention, de réduction des méfaits, d'accompagnement, tant qu'il n'est pas évalué qu'il y a des enjeux de sécurité ou une impasse dans le suivi. Le cadre demeure juridique, mais il est contextualisé – par l'évaluation de la vulnérabilité et des capacités des personnes, par des stratégies pour obtenir des conditions qui vont dans le sens du rétablissement ou qui vont dans le sens d'une meilleure cohabitation entre différents acteurs de l'espace public.

S'il est reconnu dans l'équipe mixte que les intervenants sociaux et de la santé détiennent l'expertise de l'évaluation de la vulnérabilité et des capacités des personnes, les policiers sont pour leur part reconnus pour leur lecture de l'environnement et du risque. Les intervenants du CSSS vont également souscrire au mandat des policiers de favoriser une cohabitation sociale plus harmonieuse entre les personnes en situation d'itinérance et les autres citoyens :

« Si des policiers dans une situation disent : c'est trop dangereux, il y a trop de risques, Monsieur est à risque de se faire tirer s'il retourne à la rue, on en parle, on prend cette décision : le facteur risque est trop grand. Nous on va continuer à le suivre de la même façon le Monsieur. Sauf qu'on va le suivre, il va être en dedans, il va avoir des conditions plus serrées. » (Intervenant)

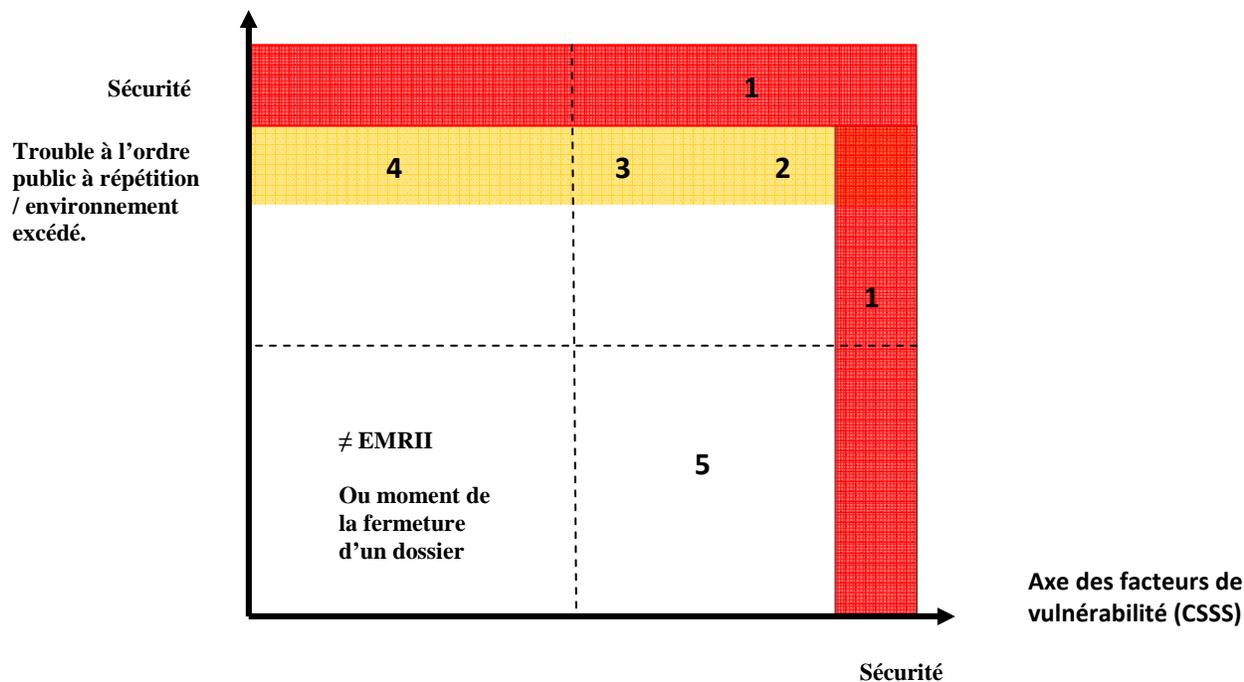
« Les policiers d'EMRII ne sont pas là pour faire de la répression. Mais en même temps, comme équipe, et moi j'endosse ça comme CSSS, c'est que nos clients ne sont pas au-dessus de la loi non plus. [...] On est d'accord pour mettre un certain quadrilatère parce que c'est vrai, qu'en étant une équipe mixte, la sécurité, l'ordre public, il faut contrebalancer, on ne peut pas juste être du côté du client. Il y a des comportements problématiques au niveau des commerçants, de l'espace public, on va donner un break au secteur. On sait qu'on le déplace, on va mettre le minimum, juste le petit espace qui est problématique, pour ne pas qu'on le perde non plus. » (Intervenant)

Globalement, il est possible de décrire le travail de l'équipe mixte à l'intersection des préoccupations et du pouvoir d'action de chaque profession. EMRII se positionne sur la base des préoccupations à la fois de la santé, de l'insertion sociale de la personne et de la sécurité publique : soit on cherche des solutions qui permettent de concilier ces différentes exigences ou encore on vise un consensus dans leur priorisation. On peut parler d'un continuum d'interventions qui met en dialogue évaluation des risques, mandats de chacun des professionnels, facteurs de vulnérabilité, besoins / demandes de la personne et récurrence des interventions policières. Tel qu'illustré dans le schéma qui suit, les deux axes d'évaluation (facteurs de vulnérabilité au CSSS / récurrence des interventions policières au SPVM) constituent un élément central dans l'organisation des pratiques de l'équipe. Le plus souvent, c'est l'évaluation de la vulnérabilité qui va venir déterminer comment on se positionne dans un suivi, dans l'accompagnement de la personne, l'arrimage aux services et en regard des interventions policières à répétition. On peut relever au moins cinq cas de figure selon l'évaluation qu'en font les professionnels de l'équipe, à la fois sur l'axe de la vulnérabilité des personnes et l'axe de la récurrence des interventions policières.⁴¹

⁴¹ Nous proposons ici un aperçu des rationalités qui organisent les pratiques de l'équipe mixte. Cette section pourrait être le point de départ d'une autre étude sur les pratiques d'intervention d'EMRII, en collaboration avec

Schéma 3 — Suivis EMRII : différents registres d'intervention

Axe de la récurrence des interventions policières (SPVM)



Le plus souvent, c'est l'évaluation sur l'axe de la vulnérabilité qui va déterminer comment on se positionne dans le suivi et en regard des interventions policières à répétitions.

1 — PERSONNE DANGEREUSE. Dans certaines situations, la personne est évaluée **dangereuse soit pour elle-même, soit pour les autres**, et l'équipe mixte ou les acteurs autour de la personne vont vers un **arrêt d'agir** – via l'incarcération ou l'hospitalisation. L'équipe reste en lien avec la personne et communique avec le personnel hospitalier ou la cour afin d'offrir un portrait d'ensemble de la situation et de favoriser que la personne obtienne les services dont elle a besoin.

2 — PERSONNE TRÈS VULNÉRABLE. Dans quelques situations, la personne est considérée comme **très vulnérable** : il s'agit de personnes pour lesquelles il y a une **hypothèse d'inaptitude en lien avec des problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle**, et, à côté du travail d'accompagnement de la personne, il y aura d'importants efforts, **dans une optique de protection, pour sensibiliser son environnement à sa situation, l'arrimer aux services et pour éviter qu'elle soit judiciairisée.**

3 — PERSONNE VULNÉRABLE. Dans de nombreuses situations où la personne est considérée comme vulnérable (**toxicomanie, santé mentale, santé physique, perte d'autonomie**), le travail de l'équipe est **d'accompagner la personne en misant sur ses capacités et le respect de ses choix**, de proposer de nouvelles avenues et d'arrimer à divers services, **mais également de concerter les acteurs qui l'entourent, et d'agir à titre de médiateur vers de meilleures conditions de vie et trouver des alternatives à la judiciarisation.**

les professionnels de l'équipe mixte, afin de mettre à plat les divers raisonnements qui organisent leurs pratiques et de les diffuser dans d'autres milieux.

4 — PERSONNE PEU VULNÉRABLE. Des personnes qui, après évaluation de leurs capacités et de leurs limites, sont considérées comme peu vulnérables (pas de problème de santé mentale ou d'incapacités importantes) : il est estimé que leurs comportements problématiques dans l'espace public sont à mettre au compte de **troubles de comportements et de problèmes de toxicomanie. On relaye alors ces situations à la justice ou, dans certains cas exceptionnels, les policiers EMRII vont travailler activement pour favoriser la judiciarisation.** Les intervenants du CSSS continuent alors le travail de création de liens, d'arrimage, de réduction des méfaits, dans le cadre d'une approche motivationnelle, peu importe où se trouve la personne.

5 — PERSONNE SUSCITANT PEU D'INTERVENTIONS POLICIÈRES. Quelques dossiers concernent des **personnes vulnérables** qui ont été référés par des patrouilleurs bien qu'ils suscitent peu d'appels policiers. Les policiers sont ici essentiellement dans un rôle de prévention et d'entraide, en appui au travail des intervenants du CSSS qui vont miser sur la création du lien, l'arrimage aux services et la défense de droits. **Le travail de l'équipe visera alors à favoriser la cohérence des interventions à la fois policières et de santé pour contribuer à la réinsertion sociale des personnes.**

Les courtes capsules qui suivent n'épuisent pas la diversité du travail d'intervention d'EMRII, tant s'en faut. Il s'agit de quelques illustrations sur la base du travail d'observation, ainsi que des suivis documentés auprès des professionnels de l'équipe dans le cadre d'entretiens individuels ou de groupe⁴². Nous mettons ici l'emphase sur la rencontre de deux univers professionnels. Nous n'abordons donc qu'indirectement le travail entre intervenants EMRII et leurs collègues du réseau de la santé et des services sociaux⁴³, ainsi que le travail entre policiers EMRII et les patrouilleurs.

1^{er} cas de figure — Arrêt d'agir pour des enjeux de sécurité

Certaines personnes desservies par l'équipe seront à divers moments évaluées comme un danger imminent pour elles-mêmes ou pour les autres. Les acteurs autour de la personne ou les professionnels d'EMRII procéderont alors à un arrêt d'agir. À travers le processus juridique, l'incarcération ou l'hospitalisation, l'équipe reste en lien avec la personne. EMRII va également être en lien avec le personnel hospitalier ou la cour afin d'offrir un portrait d'ensemble de la situation et favoriser que la personne obtienne les services dont elle a besoin (obtenir une évaluation psychiatrique, approfondir des tests sur les capacités cognitives, offrir des possibilités liées à diverses thérapies, etc.).

Incarcération

L., un homme de 22 ans d'origine autochtone, est référé à EMRII par des patrouilleurs qui interviennent auprès de lui quasi quotidiennement dans le parc où il vit. Ils sont appelés sur les lieux parce que L. est

⁴² Il est à noter que les capsules qui suivent n'ont pas été validées par les professionnels d'EMRII avant d'être publiées dans ce rapport, puisque le temps nous a manqué pour faire ce travail de rétroaction auprès d'eux. Il est ainsi possible que se soient glissées certaines imprécisions ou que nous ayons omis des informations qui seraient apparues importantes aux professionnels de l'équipe dans le travail de révision. Ces capsules ne prétendent pas rendre compte de toute la variété et de la richesse des pratiques d'intervention mises en œuvre dans le cadre des suivis évoqués, mais visent tout au plus à illustrer certaines rationalités d'intervention de l'équipe mixte.

⁴³ Des pratiques de collaboration interprofessionnelles entre intervenants de la santé et intervenants des services sociaux dans le cadre d'équipes de suivi intensif dans le milieu auprès de personnes en situation d'itinérance ont été documentées ailleurs. (Hurtubise et Babin, 2010; Hurtubise et Rose, 2011)

intoxiqué, agressif et souvent désorganisé. EMRII amorce le suivi et l’infirmière le rencontre deux fois au parc, où L. raconte un peu son histoire et l’autorise à accéder à son dossier médical. Elle y constate notamment les résultats d’un scan qui montre des lésions cérébrales sévères pour son âge. Lors de la troisième visite au parc, elle le trouve désorganisé, il fait des menaces à l’égard des policiers, il est agité. Les policiers EMRII – qui étaient demeurés à l’écart lors de ces trois premières visites, car L. ne voulait pas être en contact avec des policiers – appellent des patrouilleurs en renfort pour faire un transport ambulancier. Les six policiers doivent le maintenir au sol afin de lui passer les menottes et l’installer sur une civière. L’infirmière accompagne le convoi dans le véhicule EMRII pour faire la liaison avec le médecin de garde de l’urgence, et notamment l’informer que Monsieur L. a une atteinte cognitive. Le médecin est peu réceptif et l’infirmière doit insister pour lui livrer toutes les informations au sujet du scan. Dans le garage de l’urgence, Monsieur L. est déshabillé par les infirmiers, contentionné à la civière et on lui met une couche. Pour une dixième fois, il est libéré le lendemain lorsque désintoxiqué. Quelques semaines plus tard, Monsieur L. est mis en état d’arrestation par des patrouilleurs qu’il a menacés à l’aide de faux fusils. À la cour, les policiers EMRII se contenteront de donner des informations sur le suivi en cours et sur la situation de Monsieur L., se gardant bien d’intervenir dans le processus judiciaire comme on l’a fait dans tant d’autres dossiers, étant donné le potentiel de dangerosité du jeune homme.

« Monsieur L. est très souvent judiciairisé. Il est vraiment instable. Et la dernière fois qu’il s’est fait prendre par les policiers, il avait deux faux guns dans son pantalon et il était à deux doigts de se faire tirer. On est là dans cette situation. Il est vraiment à risque. S’il soulève son chandail et qu’il prend son truc, c’est sûr que le policier va faire son devoir. [...] Quand eux estiment qu’il y a un trop gros danger, c’est eux qui vont leader et nous on va continuer à suivre la personne là-dedans. Sauf qu’on va le suivre, il va être en dedans, il va avoir des conditions plus serrées, etc. » (Intervenant)

Hospitalisation

Monsieur G., 63 ans, vit à la rue depuis 37 ans lorsqu’il est référé à EMRII à l’été 2012. Il est vu une première fois par la travailleuse sociale, qui estime que son état de santé demande de rester vigilant. Il semble psychotique, il est trop vêtu en temps de canicule et son hygiène est négligée. Puis il sera difficile de le retrouver pendant les semaines qui suivent, malgré les nombreuses tentatives de l’équipe de le voir à la rue. On déplore le peu de collaboration des patrouilleurs du secteur pour le retrouver. Monsieur G. est ensuite revu par la nouvelle équipe de patrouille mixte ESUP. Il est amené à l’hôpital, car il présente des plaies couvertes d’asticots. Monsieur signe un refus de traitement et l’hôpital le laisse partir quelques heures plus tard, au grand étonnement de l’équipe. En collaboration avec ESUP, l’intervenante EMRII présente à la cour dès le lendemain une requête en évaluation psychiatrique. La requête est acceptée et Monsieur G. est transporté à l’hôpital le jour même. Il sera cette fois-ci gardé en établissement plusieurs semaines⁴⁴. L’équipe le visite à quelques reprises, puis l’accompagne à sa sortie de l’hôpital pour visiter une maison de chambre où il va s’installera immédiatement.

⁴⁴ Le médecin qui demande la garde en établissement va déposer une plainte au collège des médecins contre le médecin qui a laissé partir Monsieur G. lors du séjour précédent.

2^e cas de figure — Protéger des personnes très vulnérables

Une part significative des personnes desservies par EMRII seront, après un temps plus ou moins long, évaluées comme très vulnérables : il s'agit de personnes pour qui on émet une hypothèse d'inaptitude liée à des problèmes de santé mentale ou à la déficience intellectuelle. À côté du travail d'accompagnement de la personne pour faire des pas vers un mieux-être, il y aura d'importants efforts de la part de l'équipe, dans une perspective de protection, pour sensibiliser l'environnement à la situation (patrouilleurs, cour, acteurs du réseau de la santé, plaignants) et l'équipe mettra de l'avant des interventions visant activement à arrimer les personnes à des services appropriés et à éviter qu'elles ne soient judiciairisées.

« Du moment où il y a une déficience ou un TED, c'est sûr qu'on ne va pas prôner qu'ils soient judiciairisés, ils ne vont pas comprendre. Ça ne va pas leur rendre service, à part le fait de les rendre plus anxieux, plus tristes, plus impatients. Les frères P., quand ils se sont retrouvés à la rue pendant sept ou dix jours, qu'ils sont allés dormir dans le parc Viger, et se sont pris deux tickets de 145 \$ chacun, ils sont arrivés ici, ils étaient en pleurs. C'était la fin du monde pour eux. Dans ce cas-là, la répression policière, c'était inutile.

I – Un policier EMRII m'a dit avoir envoyé un courriel à ses collègues pour leur parler de la situation et ça s'est plus ou moins bien passé.

Oui. La policière a été excellente là-dedans. Peut-être qu'on aurait dû s'y prendre différemment, aller plus vers la contestation. Je pense que ça aurait eu le même impact, mais moins rapide. On travaille avec des policiers qui sont sensibilisés. Mais eux travaillent avec d'autres policiers, et certains s'en foutent. » (Intervenant)

Déficience intellectuelle et trouble envahissant de développement

A., 38 ans, est un homme souffrant d'un trouble envahissant du développement (TED). Il souffre également un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) à propos de l'économie d'énergie qui balise de nombreux de ses comportements. Il a par ailleurs de grandes habiletés techniques, notamment liées aux technologies. Au moment où il est référé à EMRII, Monsieur A. entre régulièrement par infraction dans un hôpital et un centre médical, et un peu plus tard, il sera également arrêté suite à la fraude de lignes téléphoniques. EMRII travaillera principalement en vue de protéger cet homme évalué comme très vulnérable. Le travail de l'intervenant au CSSS consistera à arrimer divers acteurs autour de A. et d'accompagner ce dernier vers la réduction de ses comportements qui le mettent à risque d'être judiciairisé. Le rôle policier auprès de cet homme consistera à créer le lien, à mettre le cadre en faisant valoir quelles sont les lois en vigueur, et de faire valoir en cour qu'étant donné un diagnostic de TED à venir, l'équipe EMRII ne favorise pas la judiciairisation.

« On est intervenus beaucoup avec une policière EMRII et ç'a été vraiment gagnant. À l'hôpital, on est allés rencontrer la coordonnatrice, le service de sécurité, puis le concierge du centre médical. On leur a dit qu'on était dans le décor. On leur a expliqué quelles interventions on allait faire et ce qu'on ne souhaitait pas pour Monsieur. C'est-à-dire, on ne souhaitait pas qu'il soit judiciairisé et c'est pour ça qu'on était là. Eux leur objectif c'était : dès qu'on le voit on fait le 911 et on l'arrête. On a organisé une rencontre. On a clairement identifié les rôles de chacun pour bien préparer l'intervention. Pour que ce soit clair pour A. La coordo elle avait le rôle de remettre le cadre, de dire ce qui est interdit, d'être ferme. La policière reprenait par rapport à la loi, qu'est-ce qu'il risquait. Et moi je reprenais les affaires et je lui réexpliquais, je mettais un sens pour lui. Et la sécurité étaient là physiquement pour dire : on est là, en tenue en plus et si tu reviens ici, c'est le 911 qu'on appelle.

Pendant deux mois il n'y est pas retourné à l'hôpital. En parallèle, on a travaillé fort pour l'amener à un rendez-vous pour qu'il puisse visiter une chambre et pension. Tout ça a été fait. On a fait aussi un suivi régulier au niveau du concierge du centre médical, au niveau de l'hôpital pour voir s'il ne revenait pas, pour au moins les rassurer qu'on était là et s'il y avait de quoi, qu'ils nous appellent. Et, la semaine dernière quand A. est allé à l'hôpital [*en entrant à nouveau par infraction*], ils n'ont pas appelé la police, ils nous ont appelés nous. C'est super intéressant. Nous, on a pu reprendre ça encore une fois avec A. Et on continue à le suivre et à le soutenir. [...] Et maintenant, l'étape suivante c'est qu'il puisse avoir un diagnostic et des services d'un CRDI [*Centre de réadaptation en déficience intellectuelle*]. Et on va l'accompagner aussi à la cour, pour les lignes téléphoniques qu'il a fraudées. Ça va être un travail d'équipe. La policière va embarquer là-dedans pour montrer toute la sensibilisation qu'elle a faite, toutes les interventions au niveau police. Nous, nous allons documenter le suivi qu'on a fait avec lui. Vraiment l'objectif pour lui, c'est qu'il ne soit pas judiciairisé. L'autre fois qu'il s'est fait arrêter [*pour la fraude de lignes téléphoniques*], les policiers n'étaient pas capables de décoder qu'il avait un TED. Lui tirait sur son manteau, du coup il a fini menotté, je ne pense pas que ça été si tranquille comme intervention. Ce gars-là, s'il se retrouve en prison, c'est sûr qu'il va vivre de mauvais moments si son compagnon de cellule en a marre de se faire demander quinze fois la même question. »
(Intervenant)

Problèmes sévères de santé mentale

R. est un homme dans la cinquantaine qui vit à la rue depuis quinze ans lorsqu'il est référé à EMRII. Il s'agit du premier dossier qui est confié à l'équipe mixte par la direction du SPVM. R. est bien connu des policiers du centre-ville qui interviennent auprès de lui plusieurs fois par jour. Cet homme a une dépendance aux drogues dures et est réputé faire des psychoses toxiques à répétition. On parle d'un nombre record de transports hospitaliers. Les professionnels d'EMRII devront beaucoup insister auprès des collègues de leur institution respective afin de faire valoir un plan d'intervention commun qui vise à aller vers l'évaluation psychiatrique de cet homme, à l'égard de qui les intervenants du CSSS soupçonnent un problème de santé mentale suite aux différentes observations faites sur le terrain et dans le travail de concertation avec les acteurs autour de Monsieur R. Les professionnels d'EMRII vont mettre en œuvre diverses stratégies afin que patrouilleurs et personnels hospitalier participent à une intervention cohérente sur la base d'une hypothèse d'inaptitude, et permettent ainsi que cesse le cercle de la sur-judicialisation et des portes-tournantes des hôpitaux.

« C'est quelqu'un qui avait quinze ans d'histoire d'itinérance. Il entrait souvent en urgence, mais il était toujours *taguer* psychose toxique, psychose toxique. En détention, je suis allée le voir et je me suis dit : il n'a pas l'air si mal que ça présentement. Son discours, il n'y a pas une grosse introspection, mais il ne semble pas délirant, tout ça. J'ai discuté avec l'équipe de détention pour m'apercevoir – ce Monsieur-là avait tellement été judiciairisé à outrance, on était rendus avec une peine de 6 mois pour troubler la paix, en état d'intoxication, ça n'avait comme pas de sens – pour me rendre compte qu'il est sous antipsychotique. Il ne consomme plus présentement : « expliquez-moi comment il se fait que vous le gardiez sous antipsychotique six mois après qu'il ait arrêté de consommer? » Ça a fait un argument de poids, il a eu un dossier médical qui contrebalançait ce que l'urgence faisait. C'est une échappée ce dossier-là. Il y avait une équipe à un moment donné qui l'avait déclaré inapte, qui l'avait déclaré avec un problème de santé mentale et commencé beaucoup de choses, et il a été échappé. Il y a eu un transfert d'hôpital et dans ce transfert, il y a eu une réévaluation et il a été jugé apte. Tout ce qui avait été commencé a été annulé. Ce n'était vraiment pas drôle. Nous, le but ultime, on ciblait une requête sur l'hôpital qui l'avait échappé. Pour leur dire : « *regardez, deux ans plus tard, voilà où on en est. Voulez-vous réviser votre premier jugement, parce que nous on n'est pas sûrs qu'on est d'accord avec vous.* [...] »

On a fait je ne sais pas combien de P-38⁴⁵ avec ce client-là parce qu'il se mettait à risque régulièrement. C'est là la beauté d'EMRII, c'est qu'on a dit aux policiers EMRII de donner comme consigne aux patrouilleurs – parce que c'est pas toujours EMRII qui intervient avec nos clients — : *“dès que vous intervenez avec ce client-là et qu'il est psychotique, intoxiqué, c'est l'urgence. Vous ne l'amenez pas en détention, vous faites une P-38 et vous le rentrez en urgence.”* Naturellement, l'urgence, 24 h après, il avait son congé. Quelques jours plus tard, les policiers étaient encore dans la même situation : *“P-38 encore!”* Les patrouilleurs disaient : *“Ils ne font rien avec!”* *“P-38 encore quand même, c'est notre problème, ce n'est pas le vôtre.”* Il a fallu 5 ou 6 P-38 avant que finalement, la semaine qu'on est tombé sur l'hôpital de garde⁴⁶ qui avait échappé ce client-là, avant même qu'on ait pu se rendre en cour pour aller chercher la requête [d'évaluation psychiatrique], on a été obligé de faire une P-38 et on l'a amené là. On est arrivés à l'hôpital et on a dit : *“on s'est préparés à faire une requête, voilà la situation.”* Ils l'ont gardé, ils l'ont évalué longtemps et ils l'ont déclaré inapte. Puis il a été pris en charge par une équipe de santé mentale intensive et là il est en attente pour être en hébergement en santé mentale. C'est ce qui montre l'avantage d'EMRII et ça amène les enjeux qu'il faut communiquer comme équipe qui vient de deux milieux différents; si on n'est pas capable de donner un certain niveau d'information aux policiers EMRII pour que ça fasse un sens, ce qu'on demande, on ne l'aura pas. » (Intervenant)

« Les plus vieux des policiers du poste connaissent R. Il a toujours fait partie de la réalité du poste de quartier. C'est quelqu'un qui a un lourd passé. Un toxicomane qui faisait des roulades dans la rue, Ste-Catherine/Berri, Ste-Catherine/St-Hubert. Il se penchait, il ramassait des petites roches; dans sa tête à ce moment-là, il pensait que chaque roche pouvait potentiellement être une roche de crack, que quelqu'un aurait échappée. En plein milieu de la rue, entre les véhicules. Il s'est fait frapper à quelques reprises par des véhicules. Il recommençait. Les commerçants le connaissaient. [...] Ça a pris quinze ans avant qu'on réalise que ce n'était pas juste un problème de crack, il y avait bien d'autres choses. Nous, on a travaillé très fort à encadrer les policiers dans leurs interventions avec R. pour que systématiquement, ils fassent des rapports. C'est sûr que si R., dans ton quart de travail, ça fait huit fois que tu lui dis : *“R., arrête d'être dans le milieu de la rue, va-t-en sur le trottoir”*. Ben, tu ne fais pas huit rapports. Même si tu intervient. Même si tu t'arrêtes, que tu es obligé de le sortir de la rue, le mettre sur le trottoir. Ça fait quinze ans. Quand tu arrives au poste de quartier, les policiers les plus vieux te disent : *“lui c'est R. Tu vas dealer avec jusqu'à la fin de ta carrière ici, fais-toi en pas, c'est comme ça.”* C'était ça le discours. On a dû travailler beaucoup par rapport à ça. Pour bien les encadrer, leur donner les outils nécessaires, les motiver. [...]

À sa sortie de prison, on a pris une stratégie qu'on n'avait jamais faite auparavant. C'était de motiver les policiers à privilégier des transports d'évaluation psychiatrique au lieu qu'une judiciarisation. On a dû s'asseoir avec les policiers, on a envoyé beaucoup de messages par leurs officiers. On a eu des policiers sur plusieurs équipes qui étaient rendus au point de nous croire et de dire, oui, je pense que c'est une bonne alternative, et oui on va le faire. OK, on va faire un transport en ambulance. Alors, quand il y avait des appels pour R., souvent ce sont eux qui y allaient. Ils ont embarqué. C'est ça que je trouve super. Oui on a dû négocier un peu, mais c'est parce qu'il fallait quand même leur montrer qu'il y avait un bénéfice. C'est du travail pour eux. Il faut qu'ils fassent un rapport pour faire une P38. Il faut qu'un des policiers entre dans l'ambulance, il

⁴⁵ L.R.Q., chapitre P-38.001. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. La Loi P-38 est une loi d'exception pouvant être utilisée si aucun autre recours n'est possible. Comme cette loi contrevient à la Charte des droits et libertés de la personne, elle se doit d'être très stricte dans son utilisation.

⁴⁶ Les services d'urgence psychiatrique à la population itinérante sont régis par le Protocole pour l'application de la sectorisation dans les urgences psychiatriques de la région 6A. Cette entente entre les services de psychiatrie répartit la garde entre les 14 urgences psychiatriques de la région montréalaise. Chaque urgence est ainsi responsable d'accueillir les patients itinérants adultes, à tour de rôle, soit une semaine à la fois.

faut qu'il se déplace au centre hospitalier. Qu'il attende un peu que l'infirmière de liaison prenne charge du dossier, tout ça. Ce n'est pas juste, lancer le monsieur dans l'ambulance et "Merci, bonsoir!" Non, non, il y a beaucoup de documentation à faire. Ils ont embarqué et aujourd'hui on peut dire que ça a porté fruit. Autant pour lui que pour nous autres. Monsieur va avoir une qualité de vie. Il n'est plus en dangerosité pour lui-même. Il a frôlé la mort ce monsieur-là, maintes et maintes fois. Et il ne génère plus d'appel. » (Policier)

3^e cas de figure — Favoriser de meilleures conditions de vie à la rue et trouver des alternatives à la judiciarisation

Dans une majorité de suivis, si les personnes sont évaluées vulnérables (santé mentale, toxicomanie, santé physique, perte d'autonomie), l'équipe va par ailleurs miser sur leurs capacités et travailler à favoriser leur motivation vers le changement. On reconnaît aux personnes la capacité et le droit de faire des choix. Le travail auprès des personnes va ainsi consister à les accompagner, à proposer de nouvelles avenues, à les arrimer à divers services tels que la désintoxication ou la psychiatrie, tout en respectant leur rythme. Dans le travail auprès des acteurs de la justice, il y aura des recommandations faites aux patrouilleurs et à la cour afin de favoriser de meilleures conditions de vie à la rue pour les personnes, tout en visant une cohabitation plus harmonieuse, sur la base d'une connaissance des divers enjeux liés à la situation d'une personne. Le suivi relaté en avant-propos de ce rapport rend compte du travail de recommandation à la cour afin de favoriser de meilleures conditions de vie pour la personne, ainsi que pour son environnement, mais également du rôle de médiation qu'occupe l'équipe dans la rencontre d'objectifs à la fois de promotion de la santé, d'insertion sociale et de gestion de l'ordre public :

« Autant la première fois c'était important, pour la réduction des méfaits, que la condition de ne pas boire d'alcool elle soit ôtée de ses conditions pour Monsieur V. Sinon, il allait être incarcéré deux jours après. C'était vraiment l'objectif de réduction des méfaits et que Monsieur se sente moins achalé et qu'il se mette aussi dans un endroit plus calme. Pour qu'il ait un autre rythme de vie pendant l'été. Là, il y avait vraiment un objectif. La deuxième fois, il s'est fait prendre dans son quadrilatère, puis les policiers EMRII nous ont dit : là, on ne peut pas réintervenir. On ne peut pas le sauver à chaque fois. Si ç'avait été quelque chose d'un peu compliqué, s'il y avait eu du flou, mais là, c'était trop clair. Et du coup, on s'est positionné : on va donner les faits, ce qui se passe, mais on ne va pas donner de recommandation. » (Intervenant)

G., un homme de 30 ans, fait du squeegee au centre-ville depuis plus de dix ans et il a été référé à l'équipe il y a deux années. Il souffre d'un trouble délirant et consomme de la drogue par intraveineuse. G. est très présent dans l'espace public et il est fortement judiciarisé. Tous les policiers du secteur le connaissent. Les intervenants du CSSS ont un bon lien avec lui, mais ils peinent à l'arrimer au système de santé, puisqu'il est délirant et méfiant. G. se maintient dans l'idée de vivre en logement, mais ses comportements font en sorte qu'il est rapidement évincé par les propriétaires des divers lieux où il est logé, malgré tout le travail d'accompagnement des intervenants. Dans ce suivi, il y aura de nombreuses démarches de réduction des méfaits, de la part des policiers et des intervenants, visant à trouver des façons d'exercer son travail de squeegee en étant moins la cible d'interventions policières, l'invitant à employer des méthodes plus sécuritaires pour s'injecter ou en l'accompagnant vers des ressources afin de se nourrir et de se loger. Les différents professionnels de l'équipe vont également se concerter afin de formuler diverses recommandations aux patrouilleurs visant à favoriser des alternatives à la judiciarisation :

« Il faisait du squeegee continuellement sur St-Denis/Maisonneuve. Notre implication a été plus dans la réduction de méfaits. Nous, dans le fond, on a compris un petit peu pourquoi il faisait du squeegee, c'était directement relié à sa consommation de drogue. Pour lui, ce n'est pas possible d'arrêter de faire du squeegee parce que ça répond à un besoin. Donc, on a fait une entente avec lui pour faire du squeegee dans un secteur moins achalandé. Au niveau du Service de police, des fois on a une pression politique, commerçante de dire, dans ce secteur-là, on aimerait intensifier la présence des policiers. Donc, on a essayé de trouver un secteur qui était moins problématique. Au début, il respectait ça. [...] Notre rôle c'était aussi de faire des recommandations aux policiers. On avait recommandé aux patrouilleurs, s'était écrit noir sur blanc : évitez de lui émettre des constats d'infraction, ça ne change pas ses comportements. J'avais même marqué le montant : il est rendu à 20 000 \$. [...] Ce qu'on expliquait aussi aux patrouilleurs, c'est que le jour où G. va vouloir sortir de la rue, il y aura un gros boulet qui va toujours le suivre. Ce n'est vraiment pas aidant. Et en plus, cette personne-là collabore. Il a toujours été poli, il était prêt à faire des compromis. Tu as un bon client pour faire de la réduction de méfaits. Donc, essayer de faire des compromis. Soit dans les heures où il le fait, dans l'endroit ou la façon qu'il le fait. Il y a plein de choses que tu peux travailler avec cette personne-là. [...] Une autre recommandation aussi qu'on avait faite pour G., et ça me préoccupait un temps où G. consommait beaucoup, lui son trouble délirant, il pense qu'une personne en particulier va lui rentrer dedans en auto. Et des fois, le citoyen se mêle à son délire et il a déjà donné des coups de squeegee sur les autos. Ce qu'on disait aux patrouilleurs c'est : "Si vous voyez que les citoyens font partie de son délire et qu'il a des gestes agressifs, c'est une P38, on se dirige vers l'hôpital." Le problème avec G., les intervenants pourraient en parler, mais on est dans un cul-de-sac. Il n'y a pas grand-chose qui peut aider. Moi, ce que j'en ai compris du trouble délirant, c'est quelque chose qui est complexe pour les gens de la santé. Ils n'ont pas nécessairement de médicaments. J'ai comme compris qu'il faut vivre un peu nous aussi avec ça. » (Policier)

4^e cas de figure – Relayer des situations à la justice, tout en restant dans le suivi

Après le temps nécessaire pour obtenir une évaluation des capacités et des limites d'une personne, il sera conclu que certaines personnes présentent peu de facteurs de vulnérabilité et ne souffrent pas de problème de santé mentale : on parle essentiellement d'enjeux liés à des troubles de comportement, à l'alcoolisme et à la toxicomanie. Les intervenants sociaux et de la santé d'EMRII viseront à créer un lien et à arrimer la personne aux services, mais il s'agit souvent de personnes méfiantes et qui ne veulent pas de suivi. Il arrive que peu de leviers s'offrent aux intervenants pour accompagner la personne dans ces circonstances. De plus, la personne étant évaluée comme peu vulnérable, le dossier sera considéré moins prioritaire du côté CSSS. Par ailleurs, dans des situations où la personne suscite de nombreuses interventions policières, le dossier sera une priorité du point de vue des policiers EMRII. En tenant compte de l'évaluation qu'il s'agit essentiellement de troubles de comportements, les policiers EMRII vont recommander aux patrouilleurs diverses stratégies pour favoriser une cohabitation harmonieuse dans l'espace public : par exemple, de procéder à la judiciarisation comme pour n'importe quel autre individu. Les policiers EMRII décideront parfois d'aller plus loin en matière de judiciarisation que les patrouilleurs ne l'auraient fait, faute de temps et d'un portrait général de la situation. Il s'agit d'une stratégie d'intervention qui arrive après que plusieurs autres avenues aient été tentées et que l'environnement de la personne, notamment les patrouilleurs et les résidents, est excédé. Pour leur part, les intervenants du CSSS restent en lien avec la personne, peu importe où elle se trouve dans le système

carcéral ou à la rue, et continuent de travailler le lien, tentent d'arrimer la personne aux services et travaillent dans le sens d'une approche motivationnelle et de la réduction des méfaits.

Monsieur S., 55 ans, est très connu des policiers, des commerçants, du voisinage. Il vivrait à la rue depuis quinze ans et il est référé à EMRII en 2010. En tant que clinicienne du CSSS spécialisée en itinérance, l'infirmière d'EMRII le connaît depuis dix ans. Monsieur S. a des traits de personnalité antisociale et il consomme beaucoup d'alcool. Il ne coopère pas avec les policiers. Depuis 2006, il a fait de fréquents séjours en prison, à raison de quelques jours, pour bris de condition de probation (par exemple, ne pas boire d'alcool ou de ne pas circuler dans certains secteurs de la ville). Lors du travail d'observation, des acteurs sur le terrain parlent de Monsieur S. à plusieurs reprises. Une cadette du SPVM qui surveille l'espace piétonnier de la rue Ste-Catherine interpelle EMRII pour savoir quelle ligne de conduite adopter dans l'intervention auprès de Monsieur S. On n'a pas vraiment de réponse. Pour les policiers, ce suivi est dans une impasse. À la place Dupuis, des agents de sécurité notent que les lieux sont tranquilles lorsque Monsieur S. est incarcéré. Lors d'une rencontre dans un poste de quartier, des patrouilleurs disent qu'ils n'en peuvent plus. Les recommandations d'EMRII aux patrouilleurs sont de miser sur une judiciarisation et d'amener Monsieur S. au centre opérationnel lorsqu'il est ivre sur la voie publique et qu'il ne collabore pas. Certains patrouilleurs répondent qu'ils ne le mettront pas dans leur véhicule, qu'il est trop sale, qu'il y trop de risque d'agressivité. On sent de l'exaspération chez les policiers du secteur. L'intervenante présente lors du fall-in répond qu'il doit effectivement être difficile d'avoir de l'empathie pour une personne aussi dérangeante lorsqu'on ne connaît pas toute son histoire de vie qui l'a amené là...

Du point de vue policier, ce dossier est prioritaire étant donné l'important problème de cohabitation. Les patrouilleurs interviennent régulièrement auprès de lui, car Monsieur S. est gisant ivre sur la rue. Il s'est aussi installé dans le stationnement d'un édifice à condo, où il dort, fait ses besoins, laisse ses objets personnels. Les patrouilleurs du poste de quartier de son secteur et les résidents du voisinage sont excédés. Il y a peu ou pas de travail direct auprès de Monsieur S. de la part des policiers EMRII. Leur travail va consister à rassembler les nombreux éléments du suivi et contribuer à documenter les nombreuses entraves aux règlements municipaux, afin de pouvoir l'accuser du méfait « d'empêcher la libre jouissance des lieux », et ainsi favoriser la judiciarisation à plus long terme de la personne. En cour, on recommandera notamment un quadrilatère incluant la rue où Monsieur dormait dans le stationnement des condos, comme condition de probation.

« Ouf. Monsieur S., ce n'est pas simple. La première ligne est à bout de souffle avec lui. Les policiers ont perdu patience. Il n'y a pas beaucoup de leviers d'intervention. Il est antisocial. Pas beaucoup de leviers santé mentale parce qu'il ne se met pas en danger à moins qu'il soit très intox. Il n'est pas collaborant. La réduction de méfaits, ça ne fonctionne pas très bien avec lui. Essayer de trouver des compromis et tout ça. On a su que les propriétaires du condo voulaient faire une plainte et on a essayé de bien articuler la plainte pour essayer d'avoir un levier plus judiciaire avec le Monsieur.

I- Ça été une orientation dans ce dossier-là

Oui. Il y avait une plainte et comme on est à bout d'idée pour Monsieur S. et le PDQ est à bout de souffle. Étant donné qu'il y avait des plaintes, on s'était dit, on va essayer avec le Sergent-détective, de voir comment on pouvait articuler une plainte de méfait ou de troubler la paix, le fait qu'il était continuellement là. On essaie plein de choses. Je me rappelle au début en 2010, un intervenant essayait de la réduction de méfaits avec lui, il allait le voir, il était dérangeant. Il avait négocié, on va aller ailleurs parce qu'il y a trop de problèmes ici. Il

avait pris ses bouteilles pour aller les vendre avec lui, il avait trouvé comme un prétexte. Mais c'est long, c'est ardu, il n'est pas collaborant. Moi aussi, j'ai essayé. J'ai réussi une couple de fois de le faire déplacer parce qu'il était dérangeant à un certain endroit. Et en même temps, les policiers n'osent pas trop le transporter parce que des fois il défèque dans ses pantalons, il est compliqué, il faut se battre avec.

I – Ils font quoi les patrouilleurs s'ils ne veulent pas déplacer, ne veulent pas le transporter?

Ils passent à côté, ils ont un peu baissé les bras. D'autres fois, ils décident, bon là c'est assez et ils vont le transporter au c.o. [centre opérationnel]. Mais c'est qu'il ne commet pas des infractions graves, des vols qualifiés, des choses qui peuvent amener des peines importantes. C'est des troubler la paix, des petites choses comme ça. Le temps d'incarcération est plus ou moins long. Donc il revient sur la rue et on fait toujours les mêmes choses. Là peut-être qu'avec la nouvelle accusation il va avoir plus de temps en dedans. » (Policier)

« P1 — ouf

P2 – Monsieur S., à part qu'il avait lui-même rencontré l'infirmière, ça ne réglait aucunement la problématique sur la rue. C'est un contestataire au plus haut point, tu lui dis va pas là, il va y aller. Ça éclate tout le temps avec les policiers

P1 – La rue lui appartient, plus d'une fois il me l'a dit. "Moi la rue m'appartient, c'est ma rue, je paye des taxes. Je fais ce que je veux. Si vous n'êtes pas content, allez ailleurs." Et ça c'est autant les policiers que les marchands, que les citoyens. C'est sûr que c'est lourd. Il a été évalué maintes et maintes fois, ce n'est pas un problème de santé mentale, c'est un problème de comportement. Malheureusement la seule façon de rectifier ce comportement-là, c'est la judiciarisation. En tous cas, pour l'instant, c'est le seul outil que nous avons. C'est la judiciarisation, à répétition, et très cadrante. Alors, Monsieur S., dès qu'il va faire un faux pas ça va être une judiciarisation automatique. Mais l'enjeu qu'on a présentement, c'est qu'on est peut-être en train de brûler nos policiers. Parce que ce n'est pas évident de transporter Monsieur S., il n'est pas commode. Tu ne sais jamais à quoi t'attendre, ils ne veulent pas se chamailler avec lui.

P2 – Le problème qu'on avait aussi initialement, c'est que c'est juste des règlements municipaux. Gisant ivre, il était transporté au centre d'enquête, il dégrisait. C'était à répétition, c'était tous les jours. Mais on a eu un levier récemment sur la rue. Quand tu as des plaignants, ça aide beaucoup.

I – le condo

P2 – On a utilisé cette opportunité-là pour faire une accusation plus formelle que juste les règlements municipaux. On est allé avec un méfait, qu'il empêchait la libre jouissance des lieux. C'est sûr, parce qu'il était tout le temps là. Il déféquait, puis demandait du papier à la madame qui, elle, montait dans les rideaux. Avec raison. Là, malgré qu'il s'est fait arrêter une fois, il y retourne. C'est ça que je te dis, antisocial, anticonformiste. C'est bris de condition, par-dessus bris de condition. Mais la dernière fois, il a pris 45 jours. Il a trouvé ça moins drôle.

P1 — On va sûrement faire plusieurs séances, pis à un moment donné, il va accumuler 6 mois de détention, ce qui est pas mal le maximum que tu peux avoir. Mais à un moment donné il va faire 6 mois pleins. Une demi-année, ça commence à être long. [...]

P1 – On supporte les policiers de première ligne dans une intervention qui n'a pas de fin pour l'instant, il n'y a pas de durée, il n'y a pas de fin, c'est continu. On doit les supporter, on doit les encourager par rapport à ça. Ça va être de leur dire de continuer à faire des rapports d'évènements, de l'arrêter à chaque fois qu'il bifurque ou qu'il rentre dans sa condition [quadrilatère].

P2 – Dans le dossier de Monsieur S., ce qu'on a fait d'important, c'est de monter le dossier d'accusation. Parce que les policiers n'ont pas nécessairement le temps, l'énergie et le goût. Un sergent-détective qui me dit : es-tu sérieuse-là? [...] On arrive avec un topo des évènements, de tous les appels, mais aussi de toutes les démarches qu'on a faites et qui ne sont pas concluantes. Tout ça, il n'y a pas beaucoup d'équipes qui peuvent se permettre de faire ça et de présenter ça à la cour. C'est un peu en ça qu'on a aidé dans ce dossier-là. [...]

P2 — Du point de vue CSSS, on n'a rien réussi à faire avec lui. Il reçoit son chèque déjà, il est fonctionnel. Alors, c'est vraiment d'ôter la charge aux policiers.

P1 – Et aux citoyens, commerçants, c'est vraiment ça. Parce que Monsieur est très désagréable lorsqu'intoxiqué, il n'a comme pas de limite. » (Entrevue de groupe – policiers)

Du côté du CSSS, on laisse les policiers faire leur travail et on continue à travailler le lien. L'infirmière soupçonne un syndrome de Korsakoff suite à des années de consommation d'alcool, puisque Monsieur semble oublier les visites de l'équipe, les interventions des patrouilleurs. Elle vise une évaluation de sa mémoire, lorsque celui-ci sera volontaire. Du point de vue du CSSS, on estime que Monsieur S. est plus ouvert qu'avant, qu'un lien, bien que ténu, commence à se construire. L'infirmière et la travailleuse sociale vont le rencontrer en détention à la fin août 2012. C'est la première fois que l'équipe va le voir en prison, bien qu'il soit suivi depuis 2010 et qu'il y ait fait de nombreux séjours. Une intervenante note qu'on s'est permis cette fois-ci de venir le voir parce qu'on a décelé pour la première fois une certaine ouverture de sa part lors des derniers contacts à la rue elle avait perçu une certaine ouverture de sa part. Dans le cas contraire, l'équipe ne se serait pas permis cette visite qui peut être intrusive⁴⁷. La rencontre dure vingt minutes, au cours de laquelle Monsieur S. répond à quelques questions. L'infirmière lui demande comment vont les choses. Elle lui parle de son inquiétude quant à sa mémoire. Aimerais-il passer un test pour en avoir le cœur net? Monsieur S. raconte avoir donné son 4 % à son avocat, dit n'avoir besoin de rien, se dit peu intéressé par cette visite, mais il demeure assis et il la regarde. Lorsqu'il quitte le parloir, l'infirmière l'accompagne quelques minutes dans le corridor. Il se met rapidement en colère contre l'agente de sécurité. Avant de la chasser elle aussi, il dit à l'infirmière qu'elle peut communiquer avec l'intervenant d'une ressource d'hébergement qui le connaît, si jamais elle le cherche. En sortant de cette rencontre, l'infirmière note avoir lu dans le langage non verbal de Monsieur S. une envie d'être en lien. Ce sont de petits pas vers la création d'un lien.

5^e cas de figure — Peu d'interventions policières : mobiliser les différents acteurs vers un travail de prévention et d'arrimage

Un petit nombre de dossiers EMRII concernent des personnes qui ont été référées à l'équipe par des patrouilleurs parce qu'elles leur semblaient vulnérables, sans par ailleurs qu'elles ne soient l'objet d'interventions policières fréquentes. Ainsi, certains dossiers sont actifs principalement, car EMRII pallie au manque d'offre de services en itinérance à l'extérieur du centre-ville. Les policiers sont ici essentiellement dans un rôle de prévention et d'entraide, en appuient du travail des intervenants du CSSS qui vont miser sur la création du lien, l'arrimage aux services et la défense de droits. Tous les acteurs, tant de l'univers policier et de la santé et ses services sociaux, vont être appelés à travailler en vue de la réinsertion sociale de la personne.

V., 45 ans, est peu connu des policiers de son secteur avant que des acteurs du milieu signalent qu'un problème d'hygiène nuit à la cohabitation. L'équipe va le visiter à quelques reprises pour tenter de l'arrimer à des services, mais les services se font rares et les acteurs du réseau de la santé et des services

⁴⁷ La personne n'est pas avisée à l'avance de cette visite et elle est mise devant le fait accompli, à s'entretenir au parloir avec les professionnels de l'équipe qui viennent la visiter.

sociaux de cette partie de la ville ont peu l'habitude de desservir des personnes en situation d'itinérance. Il y aura un travail réalisé par l'équipe afin d'établir un portrait de la situation et de tisser un filet de sécurité autour de la personne, en mobilisant les divers acteurs autour de lui (personnel hospitalier, environnement, patrouilleurs).

« Ça fait plusieurs années qu'il est dans un secteur dans l'ouest de l'île, c'est LA personne en situation d'itinérance du secteur, que tout le monde connaît. Il était accepté dans différents endroits, comme la bibliothèque municipale. Mais à un moment donné, sa situation personnelle se dégrade et la directrice appelle à l'arrondissement pour dire : *"je n'ai rien contre cette personne-là, au contraire, ça fait plusieurs années qu'il est là. Mais là il sent tellement fort que j'ai trop des plaintes de clients, je ne peux plus. Qu'est-ce que je peux faire?"* Ça a été adressé au poste de quartier, les policiers se sont mis en lien avec nous. » (Policier)

« L'enjeu principal pour ce Monsieur-là au début quand il a été référé à EMRII, c'était plus des enjeux d'hygiène. Il n'y avait pas tant d'appels policiers, mais il y avait une inquiétude par rapport à ce monsieur-là parce qu'il ne se mobilisait pas pour sortir de la rue. Selon les policiers, ça fait environ deux ans qu'il serait dans la rue. Il y a un manque de ressources, c'était plus à ce niveau-là qu'il y avait eu la référence. On a commencé à faire des patrouilles et faire des contacts avec Monsieur. Mais c'est un dossier qui a évolué rapidement. On s'est rapidement aperçu qu'il n'avait pas d'assurance sociale, n'avait pas de carte d'assurance maladie, ça va très mal dans ce contexte-là de se réadresser. Il n'avait plus vraiment de revenu non plus depuis plusieurs années. On a expliqué qui était l'équipe, ce qu'on pouvait faire pour lui. [...]

On a fait le retour avec Monsieur, il avait eu une petite période de dérapage dans les dernières journées. On a fait des reflets. Et en discutant avec le Monsieur de la dernière intervention policière, il ne se souvenait vraiment pas de l'intervention. Ce n'est pas un monsieur qu'on connaît qui aurait des problèmes cognitifs. On a discuté entre nous et la policière a demandé si ça ne pourrait pas être dû à l'épilepsie. Et j'ai dit oui, absolument, c'est possible quand on analyse la fiche qui rapporte l'intervention policière, oui ça se pourrait très bien que Monsieur ait eu une crise d'épilepsie juste avant ou même au moment où les policiers sont intervenus avec lui. Ça a teinté un peu notre analyse de la situation. [...] Et on a discuté avec Monsieur, ça avait mijoté pendant ce temps-là dans ma tête, et je lui ai demandé : *est-ce que vous accepteriez de signer une autorisation pour informer – parce que moi ça me préoccupe que les policiers aient intervenus avec vous et possiblement qu'ils vont intervenir alors que vous faites une crise d'épilepsie, ils ne savent peut-être pas c'est quoi, quels sont les enjeux par rapport à ça : "est-ce que vous seriez d'accord pour me signer une autorisation pour que je communique avec le poste de quartier pour les informer que vous avez une condition d'épilepsie et qu'est-ce que ça veut dire? Pour qu'ils soient attentifs à ça si jamais ils interviennent avec vous, s'ils vous remettent encore en détention. Parce que là, vous êtes à risque.*» C'est un Monsieur qu'à sa dernière crise d'épilepsie, il a fait un arrêt cardio-respiratoire. Il a dû être intubé et il y a eu des complications. Moi, ça me préoccupe parce que s'il est mis en détention et qu'il se retrouve en sevrage, combiné avec sa condition d'épilepsie, et dépendamment comment il a pris sa médication, il pourrait faire des convulsions et serait à risque de décès. Idéalement, s'ils soupçonnent qu'il est en train de faire une crise d'épilepsie, ils devraient plus l'amener à l'hôpital que de l'amener en détention. C'était ça l'enjeu. Je l'ai expliqué à Monsieur et il a accepté de signer une autorisation. Quand je suis revenue au bureau, j'ai tout de suite mis une note très générale sur ce qu'est une crise partielle et les différentes observations qu'on peut faire et de porter attention s'il y a à intervenir avec le client, particulièrement s'ils ont à le mettre en détention, parce que le risque de sevrage peut précipiter une crise. J'ai envoyé ça à la policière, qui l'a acheminé au PDQ. » (Intervenant)

2.5 – Appropriation sociale d’EMRII par les intervenants du CSSS et les policiers : la tension entre la pratique EMRII et les mandats premiers

Un élément qui colore fortement la collaboration au sein de l’équipe mixte est que les intervenants du CSSS y arrivent avec une expertise préalable en matière d’intervention de deuxième ligne. Pour les policiers du SPVM la situation est différente puisqu’il y a l’apprentissage d’un travail de suivi de deuxième ligne, sur le long terme et qui demande des outils et des méthodes d’interventions spécialisées qui ne sont pas ceux de la réponse aux appels d’urgence. Dans leur positionnement à l’égard des suivis, nous avons observé que les expertises et priorités des professionnels sont en tension au sein de cette collaboration. Les membres de l’équipe rappellent à de nombreuses reprises ce sur quoi on ne fera pas de compromis dans le cadre de ce partenariat.

C’est à la lumière de ce jeu des expertises que nous pouvons saisir les diverses formes d’appropriation sociale de leur rôle par les professionnels de l’équipe. Par appropriation, nous entendons la définition qu’un professionnel donne de son rôle, les raisonnements qui organisent et balisent ses pratiques de travail, et la manière dont il met en œuvre ces pratiques selon les milieux organisationnels et les contextes d’intervention.

Les policiers craignent de négliger au sein de cette collaboration leur rôle de protection des citoyens et leur expertise en intervention d’urgence. Ils doivent trouver un équilibre entre approche EMRII qui priorise la personne itinérante en difficulté et nécessité d’agir dans certaines situations en fonction de leur mandat habituel et premier. Si au sein d’EMRII, le rôle policier en est notamment un de prévention, la limite à ne pas franchir serait celle de négliger le rôle de protection des citoyens.

« Comme policier, je suis toujours obligé de penser aux citoyens, aux commerçants et à tout le monde aussi. Est-ce que ça met en danger le restant de la population, parce que j’attends? Est-ce qu’attendre va juste avoir un impact sur la personne ou sur tout ce qui gravite autour de la personne? Souvent, on se pose cette question-là mes collègues et moi. Si la réponse est que ça impacte seulement sur la personne, je trouve que oui ça vaut la peine d’attendre, on va collecter plus d’information et on va être encore plus ferme sur ce qu’on pense. Si je crois qu’il va y avoir un impact sur l’ensemble de la situation, alors ça, c’est non. On agit tout de suite. Parce que moi, j’ai une responsabilité auprès des gens, tout le monde. [...] Sinon, il y a négligence de ma part. » (Policier)

Si nombre de pratiques policières en prévention sont appelées à se développer dans le cadre de ce travail de collaboration, demeure le mandat de la protection conféré aux policiers et les connaissances spécifiques que possèdent ces derniers dans l’évaluation des risques en sécurité publique. Un intervenant du CSSS, dans le souci que chaque professionnel puisse exercer leurs expertises au sein de l’équipe, identifie ce qui devrait constituer la chasse gardée des policiers.

« On a le lead sur plein de choses. Chaque intervention c’est quasiment nous qui avons le lead et on leur dit, OK, là t’interviens, là t’interviens pas. Quand il y a des gros gros trucs ils interviennent sans nous demander. Mais en général, c’est quand même nous qui avons le lead. Tsé, c’est des policiers. Oui, nous on a une expertise santé, mais eux ils ont une expertise de protection, dangerosité aussi. » (Intervenant)

Les policiers de l'équipe EMRII se retrouvent donc dans une forme de dissonance cognitive en ayant à concilier des attentes qui a priori paraissent contradictoires. Cette tension se manifeste par une interrogation sur les priorités et les rôles, mais elle tend à se résoudre dans le quotidien de la pratique en fonction des exigences de chacune des situations. Les intervenants du CSSS reconnaissent cette difficulté qui se traduit par une modulation des pratiques où la fonction de prévention est mise en parenthèse lorsque les enjeux de sécurité sont prédominants.

Au cœur de cette appropriation, on retrouve le rapport au temps et plus spécifiquement à l'urgence. L'intervention se conjugue parfois dans l'urgence, c'est ce que tous savent bien faire en étant formés aux pratiques en situation de crise et à la résolution de conflit. Lorsqu'elle se conjugue dans un temps long, les ajustements sont parfois plus difficiles. Il faut prendre son temps, mais prendre son temps est parfois associé à une forme de prise de risque. Les intervenants du CSSS mettent davantage l'accent sur l'importance de prendre le temps nécessaire dans l'évaluation d'une situation, pour accompagner la personne à son rythme – autant d'espaces d'intervention qui sont potentiellement à risque dans une intervention conjointe avec des policiers qui travaillent traditionnellement dans l'urgence, l'intimité et la résolution des problèmes.

« Parce qu'eux, ils sont habitués de faire de l'urgence. Nous on le sait comment faire un suivi, on est habitués de se demander : ça va être quoi ma prochaine rencontre? Et de planifier dans ma tête une évolution. Mais eux ce n'est pas facile. C'est la quatrième fois que je vois Monsieur, on est rendus où? Qu'est-ce que je lui dis? Il faudrait plus qu'on les guide. » (Intervenant)

Les temps de l'observation et de l'analyse sont beaucoup mis de l'avant dans le discours des intervenants du CSSS pour justifier cliniquement toute intervention (c'est-à-dire qu'elle vise soit la protection, soit l'accompagnement et d'autonomisation de la personne).

Appropriation de l'équipe par les intervenants au CSSS : une adaptation du travail interdisciplinaire

Du côté CSSS, on nomme principalement des avantages à cette collaboration, qui somme toute modifie peu le travail que l'on fait, mais ajoute divers moyens de travail et l'accès à d'autres acteurs sur le terrain qui interviennent auprès des personnes et avec qui on tente de se coordonner. Les intervenants se joignent à cette initiative avec une expérience en collaboration interprofessionnelle, une expertise en gestion de cas et en prévention. Ce qu'il y a de neuf pour eux dans le cadre de cette initiative, c'est la consolidation d'un partenariat dans une pratique d'intervention. Les intervenants parleront à diverses reprises de la nécessité d'accompagner les policiers EMRII dans le travail de gestion de cas.

Du point de vue de la santé, cette collaboration s'inscrit dans la continuité de nouvelles équipes cliniques réunissant une variété de professionnels autour d'une personne. Bien que différent du travail social, infirmier ou en éducation spécialisée dans le contexte de l'hôpital, leur travail s'appuie sur des compétences acquises dans des contextes de travail similaire (équipes de suivi dans le milieu, équipes spécialisées en itinérance). Les intervenants du CSSS portent l'expertise de la gestion de cas : le ratio

client/intervenant afin d'être en mesure d'offrir l'intensité de suivi nécessaire, la variété des interventions qui ont un sens clinique dans l'accompagnement des personnes, le rythme de l'intervention.

S'ils insistent pour dire que ce travail est dans la continuité de leur pratique et de leurs compétences, les intervenants du CSSS affirment par ailleurs qu'il y a quelque chose de différent dans cette pratique. Ils ont une vision positive des liens qui s'établissent avec les policiers et manifestent ouvertement leur fierté d'être partie prenante de cette collaboration.

« Je suis fier de pouvoir travailler avec des policiers. À mon entretien d'embauche, on m'avait demandé : est-ce que ça va être difficile de travailler avec des policiers, qui n'ont pas la même formation que vous? J'ai dit (en tant qu'intervenant social), j'ai travaillé dans le milieu de la santé sur une unité de soins. Une fois qu'on a travaillé avec des personnes de la santé, je pense qu'on peut travailler avec tout le monde. » (Intervenant)

« Qu'importe les rôles, il faut qu'on ait au moins le même point de vue sur l'approche qu'on veut utiliser en ce moment et qu'on soit tous sensibles à ce que l'autre fait. C'est du travail interdisciplinaire, mais avec des policiers. » (Intervenant)

Il y a par ailleurs ce défi supplémentaire de travailler en collaboration avec des professionnels qui ne sont pas formés pour faire du travail de suivi intensif. Ça demande « d'accompagner » les policiers dans chacun des suivis, de clarifier le rôle policier auprès des personnes. Cette collaboration inter demande de former les policiers, de les accompagner vers des interventions qui vont dans le sens du respect des personnes, de leur rythme, de leur autodétermination. Cette différence d'expertise teinte la collaboration – plutôt que discussions de cas, on parlera d'accompagnement, de coaching des policiers.

« Les apprentissages, c'est surtout au niveau de comment travailler avec les policiers. Ça fonctionne comment la mentalité policière. Ça été une adaptation et un apprentissage. De travailler en inter avec une profession avec laquelle je n'avais jamais travaillé. [...] D'apprendre à coacher, mais sans se positionner en expert et en faisant du renforcement positif aussi. Ça été un apprentissage d'apprendre à travailler avec une profession qui n'ont pas eux de formation en intervention. » (Intervenant)

« Les policiers ont plus une obligation de résultat, ils ont beaucoup de pression des citoyens, des commerçants. Et quand on les appelle, il faut que les policiers aient l'air de faire quelque chose. Il faut qu'ils justifient leur travail. Il faut vraiment les aider à trouver des mots pour dire ce qu'ils sont en train de faire. » (Intervenant)

Les rôles de l'infirmière, travailleuse sociale et éducateur spécialisé dans le cadre de cette équipe mixte sont affirmés, notamment parce qu'ils s'inscrivent dans une certaine tradition de suivi intensif dans le milieu au sein du CSSS. Lorsqu'on leur demande quels sont les défis du travail de collaboration entre policiers et intervenants, les intervenants du CSSS parlent des défis qui touchent tout travail de collaboration interprofessionnel. Ça demande les mêmes compétences pour s'entendre sur les objectifs de l'intervention, sur les rôles de chaque professionnel au sein de l'intervention. Ça demande de l'ouverture et d'accorder le temps nécessaire pour se concerter. Cela dit, la préoccupation des intervenants du CSSS à l'égard des mandats de sécurité publique est une zone sensible. Tous discutent,

réfléchissent, se remettent en question sur leur rôle et sur la frontière qui ne devrait pas être franchie. Les intervenants du CSSS ne sont pas des agents dédiés à la sécurité et à la protection publiques au sens du SPVM. Tout en reconnaissant la nécessité de ce travail, ils s'en tiennent loin, craignant qu'on leur reproche d'avoir dénaturé leurs pratiques et leurs rôles. On peut parler d'un travail constant de distanciation de la fonction sécurité publique où sur cette dimension le travail de collaboration n'est pas favorisé.

Appropriations du rôle policier dans le cadre de l'équipe EMRII

Pour le SPVM, qui est à l'initiative de l'équipe mixte, EMRII est d'abord un outil pour dégager les patrouilleurs d'interventions à répétition et qui dépassent leur mandat policier. Ils se joignent à cette initiative avec l'expérience du travail de police communautaire fondée sur l'expertise d'établir des partenariats et d'impliquer plusieurs acteurs dans la recherche de solutions : entendu que l'itinérance est un problème social qui ne peut pas être uniquement sous la responsabilité des policiers, EMRII permet de solliciter les divers acteurs concernés au dossier, à commencer par le réseau de la santé et des services sociaux. Si EMRII s'inscrit dans un travail de police communautaire et de prévention déjà réalisé au SPVM, il n'en demeure pas moins que le rôle des policiers de l'équipe mixte est à définir dans le contexte d'une intervention de deuxième ligne en prévention. Ce travail s'inscrit dans un nouveau rôle pour lequel les policiers d'EMRII souhaitent la création d'un titre d'emploi spécifique, et qui s'inscrirait dans de nouvelles balises d'évaluation du travail : le titre d'agent d'intervention en itinérance.

Il se dégage de l'expérience des policiers l'importance d'avoir l'appui du CSSS dans l'évaluation des bonnes pratiques d'intervention en prévention. Ce sont de nouvelles pratiques, peu valorisées par le corps policier, issues d'une petite équipe de policier en travail de prévention qui vit parfois le sarcasme des collègues patrouilleurs. Chez certains policiers EMRII, on tente l'introduction d'une autre façon d'évaluer la qualité du travail policier, en introduisant la notion de « moyens appropriés » qui vise à dégager les policiers d'une pression de résultat à court terme.

« On reçoit beaucoup de feedback des intervenants qui nous motivent : regardent, ça c'est la solution. » (Policier)

« C'est trop lourd pour l'organisation policière de dire qu'on va régler des choses. Ça prend du temps, les problèmes sociaux, ça ne se règle pas du jour au lendemain. Je vois ça comme : il y a la gestion du court terme, du moyen et du long terme. À court terme, des fois il faut poser des actions parce qu'il y a des moments où il y a des dangers, on est dans l'arrêt d'agir. Mais ça ne veut pas dire qu'on a réglé, mais ça s'est pas grave, on va continuer, on va faire de l'arrimage. » (Policier)

Tous les policiers EMRII parlent des nombreux apprentissages à faire pour s'inscrire dans un travail de suivi en deuxième ligne qui s'appuie sur diverses pratiques de création de lien, de réduction des méfaits et de prévention, alors qu'on a l'habitude des interventions ponctuelles en réponse à des appels d'urgence. Si les policiers, de par leur formation, ont l'habitude de mener les interventions, dans leur travail au sein d'EMRII, c'est souvent la santé qui donne le rythme et le ton.

Tous les policiers mettent de l'avant que la principale fonction du policier EMRII est d'être en support aux patrouilleurs de première ligne en prenant le relais de situations problématiques. Chez tous les policiers, on parle également d'un travail qui s'inscrit dans le moyen et long terme, plutôt que dans une intervention ponctuelle (situationnelle) pour laquelle on vise un résultat immédiat. On voit par ailleurs se dégager dans le cadre de l'équipe mixte deux façons de définir le rôle du policier, qui correspondent à diverses façons de se positionner à l'égard des zones de tensions et de négociations issues de la rencontre de professionnels du CSSS et du SPVM. Les pratiques policières au sein d'EMRII se développent en naviguant autour de deux registres d'intervention : une première forme d'intervention qu'on peut qualifier d'« humaniste » où les policiers mettent de l'avant l'idée de la tolérance, de l'entraide et de la non-intervention à moins de danger; une deuxième forme d'intervention de « prévention » où se dégage la volonté d'affirmer une expertise policière en matière de prévention et de protection. Ces deux types d'appropriation du rôle policier répondent différemment à la question suivante : est-ce que les pratiques développées au sein d'EMRII constituent une mesure d'exception ou y a-t-il développement de nouvelles pratiques à diffuser?

- *Une intervention « humaniste » : se partager le travail avec les services sociaux et de santé*

Certains policiers définissent leur travail au sein d'EMRII comme l'exploitation d'espaces (entraide, non-intervention) qui ne contreviennent pas aux devoirs policiers. On a investi l'importance de la création du lien et de l'entraide. La limite est d'abord celle qui mènerait le policier devant son supérieur pour avoir négligé son rôle de protection des citoyens.

L'équipe est vue comme une mesure d'exception pour des cas lourds auxquels sont confrontés les patrouilleurs. Le travail policier repose surtout sur la communication avec les patrouilleurs et dans les liens avec l'environnement de la personne (concierge, autres policiers, voisins, commerçants, etc.). Il va consister à trouver de nouvelles voies pour répondre aux besoins des patrouilleurs devant des situations récurrentes, à demeurer solidaire de leurs préoccupations et de leurs besoins. On fait de la résolution de problèmes, avec plus de moyens et d'expertises. Une bonne intervention est celle qui permet de résoudre le problème, sachant par ailleurs que l'on se situe dans un horizon à moyen et long terme.

On s'accorde par ailleurs assez peu d'autonomie comme policiers dans le cadre du travail direct avec les personnes, hormis en situation d'urgence. Une part importante du travail policier EMRII consiste à amener des gens de la santé sur les lieux afin que ces derniers puissent faire leur travail. On s'appuie principalement sur les directives de la santé pour aller voir les personnes sur la rue, accompagner à des rendez-vous, faire des interventions de recadrage, etc.

- *Une intervention de « prévention » : développer Une approche spécifique de travail avec les personnes en situation d'itinérance*

D'autres policiers définissent leur travail au sein d'EMRII comme le développement d'une nouvelle expertise dans l'intervention policière en itinérance. Le travail des policiers EMRII va ici consister à expérimenter de nouvelles façons de faire pour s'adresser à une population « auprès de qui les policiers interviennent de toute façon ». On fait valoir que les appels policiers concernent en majorité des

personnes présentant des facteurs de vulnérabilité et qu'il y a une expertise à développer, et à valoriser, à cet égard. À travers l'initiative d'EMRII, on est à la recherche d'approches pour mieux travailler avec les personnes et favoriser une cohabitation harmonieuse, en saisissant à la fois le point de vue de la population résidente et de la population itinérante. Le rôle du policier EMRII est ici défini comme le développement et la diffusion de pratiques qui s'inscrivent dans le rôle traditionnel policier (participer au sentiment de sécurité et faire de la prévention), qui existent déjà chez les policiers les plus expérimentés, mais qui seraient peu valorisées au sein du corps policier. Dans le travail avec les patrouilleurs, la valorisation de pratiques de prévention est ici investie comme un rôle important.

Le travail autour d'une cohabitation harmonieuse demande de considérer le point de vue des personnes à la rue, afin de trouver des solutions, faire de la médiation, de la réduction des méfaits en tenant compte de la complexité d'une situation et des acteurs en présence. Il y a ici identification d'une sous-population marginalisée ayant sa vision du monde et des besoins spécifiques et certains policiers vont parler de la nécessité de « respecter les besoins des populations marginales ». Il y a ici un rôle spécifique conféré au policier à l'égard de la personne et de son environnement.

« J'ai réfléchi beaucoup sur des mesures alternatives à la judiciarisation, mais je voulais mettre ça concret à l'intervention policière. C'est utopique de croire que quand on enlève la bière, la personne ne va pas aller s'en acheter une autre. Je connaissais le principe de réduction de méfaits, et je me suis dit ça s'applique aussi dans l'intervention policière. Pourquoi on ne pourrait pas travailler avec la personne, faire de la médiation, trouver des compromis? J'ai essayé d'amener ces idées-là. Par exemple, quand une personne commet une infraction, essayer de comprendre ce qu'il y a derrière l'infraction. Souvent, l'infraction, c'est le symptôme de quelque chose. »
(Policier)

S'inspirant du modèle de la santé, l'évaluation du travail policier est revenue à la lumière d'une obligation de moyens plutôt qu'une obligation de résultat. Une bonne intervention sera celle qui est la plus appropriée compte tenu des divers paramètres d'une situation, bien qu'elle puisse de ne pas répondre dans l'immédiat aux demandes citoyennes.

Ces appropriations différentes de l'intervention ne semblent pas être la source de tensions ou de difficultés importantes au sein de l'équipe. Elles sont pourtant révélatrices des défis d'un projet de ce genre et peut-être sont elles aussi annonciatrices des limites du travail en équipe mixte. Les rôles de chacun sont remis en question dans une innovation, c'est l'une des conditions qui permettent le changement. L'expérience dira jusqu'où les appropriations peuvent cohabiter harmonieusement sans soulever de problème. Dans ce genre de situations, le regard des autres qui joue également un rôle important. L'appropriation est ainsi balisée par la perception d'autrui, et notamment des professionnels de son institution d'attache, qui manifeste les attentes et les normes. Dans cette pratique tant les policiers du SPVM que les intervenants du CSSS se mettent en danger, en ce qu'ils ne sont plus tout à fait « seulement » des gens de l'une ou de l'autre des organisations. Leur appartenance se construit autour de l'équipe EMRII en tant qu'espace d'intervention intersectoriel.

2.6 – Quelques réflexions pour poursuivre l'analyse

La multiplication des informations sur les personnes en situation d'itinérance : un pouvoir accru?

Un aspect de ce partenariat qui frappe est que l'on accumule les leviers d'intervention et les informations à l'égard des personnes. EMRII est une initiative permettant de se donner plus de moyens dans l'intervention auprès de personnes qui échappent habituellement à une prise en charge « efficace » par l'institution de la santé ou par l'organisation policière. Le pouvoir de cette équipe sur les personnes est questionnant. Du point de vue des personnes, s'agit-il d'une aide attendue / reconnue comme telle ou d'une contrainte à laquelle on avait jusqu'alors réussi à échapper?

Certains membres de l'équipe définissent les personnes qu'ils desservent comme des gens qui passent à travers les mailles du système et se retrouvent soit sans service, soit dans un cycle de portes tournantes. EMRII permet de resserrer ces mailles. Les seules personnes qui « échappent » au suivi EMRII, si elles sont l'objet de nombreuses interventions policières, sont celles qui quittent le territoire du SPVM. Si on rattrape les échappées des services de santé, il y a aussi un filet juridique plus serré autour des personnes. Un des effets indésirables potentiels pour les personnes est qu'elles y perdent en anonymat : bien qu'elles étaient connues des policiers, les ordonnances d'hébergement et de traitement, le fait d'être suivi par le tribunal administratif du Québec ou encore certaines informations sur les conditions judiciaires de la personne pouvaient mettre un certain temps avant de leur arriver. Il y a aussi une pratique nouvelle qui émerge avec EMRII dans le cadre de ce travail de deuxième ligne. Les policiers ont développé des façons de monter un dossier pour que des actes d'incivilité et des entraves aux règlements municipaux, une fois cumulés, puisse être reconnus comme des méfaits : notamment troubler la paix ou empêcher la libre jouissance des lieux. Dans le débat actuel, cette pratique sera vue par certains comme un contrôle plus important sur les personnes, d'autres y cerneront une complémentarité des leviers d'interventions médicaux, sociaux et policiers :

« On va souvent mettre UPS dans le dossier. Et ça fait en sorte qu'on resserre un peu les comportements des gens. Pour savoir au quotidien ce qu'ils font, pour être en mesure de mieux orienter notre référence, pour être en mesure de mieux réorienter notre intervention conjointe entre le CSSS et nous. Et ça fait en sorte aussi que les gens, dans certains cas, vont se retrouver plus rapidement, des fois, judiciairisés. Parce que tout le monde est au courant un peu, de l'évolution du dossier. Aussi, ça fait en sorte que les gens vont se retrouver plus rapidement en centre hospitalier. » (Policier)

Il s'agit d'un thème sensible comme en témoignent par exemple les débats sur l'utilisation de la loi P38 en matière d'évaluation de la dangerosité en lien avec l'évaluation et le traitement. On réintroduit dans l'intervention une relation d'autorité qui a été progressivement chassée de l'intervention ces dernières années. Est-ce que les cas EMRII sont des suivis qui ne pourraient pas être réalisés par les services santé / services sociaux à cause des limites de leurs mandats, principes d'interventions et leviers d'intervention?

Les intervenants du CSSS misent sur l'autodétermination, l'approche motivationnelle et le respect du rythme et des droits des personnes. Leur expertise permet aussi de composer avec l'évaluation des

risques, l'équilibre entre la sécurité des personnes et le droit à l'autodétermination, le droit à la confidentialité tout en collaborant avec d'autres professionnels, tout comme le maintien du lien et le respect du rythme avec des personnes qui n'ont pas de demande. Il y a différentes précautions qui sont prises et une sensibilité de certains professionnels à l'égard des signes de refus, de repli, de résistance. Lors des discussions, ces enjeux éthiques sont parfois soulevés – est-ce qu'on va trop loin, est-ce qu'on travaille vraiment dans l'intérêt du client?

« On a un pouvoir important. Il faut être transparent entre nous, il faut se parler, puis prendre le temps dans nos interventions : est-ce qu'on est bien à l'aise? Est-ce que c'est dans l'intérêt du client? Il faut se poser des questions. C'est vrai qu'il y a quelque chose là d'épouvantable. De joindre deux monstres organisationnels comme ça et de les mettre ensemble. Moi tout ce que j'ai accès comme information, eux tout ce à quoi ils ont accès. Je pense qu'il y a quelque chose aussi dans ce bureau-là, on aime la clientèle, on veut que ça aille mieux. On ne veut pas régler pour régler. [...] Il y a des valeurs qui nous unissent. On ne veut pas incarcérer les gens, on ne veut pas les mettre en institutions. Ce n'est pas ça le but. Je pense que c'est ça qui fait en sorte qu'on est conscient de notre pouvoir, mais qu'on l'utilise de la bonne façon. » (Policier)

Les pratiques d'EMRII : l'altérité au cœur du travail de l'équipe mixte

Que ce soit lors de la participation aux rencontres d'équipes, des observations, de l'analyse des dossiers ou des entrevues auprès des usagers, la question de l'autre est au cœur des préoccupations des professionnels. Il nous semble intéressant de réfléchir d'une manière plus théorique à cet enjeu, puisque pour certains auteurs le rapport à autrui dans l'intervention est ce qui permet de saisir les modalités de transformation de certaines pratiques. S'intéressant aux transformations de l'action institutionnelle contemporaine, Laforgue (2009)⁴⁸ fait l'hypothèse de la coexistence de divers modes de pensée et d'action à l'égard des publics cibles. Pour cet auteur, il faut sortir des analyses binaires qui opposent une lecture des institutions à travers leur pouvoir et leur contrôle généralisé sur les individus à celle qui conclut au « déclin des institutions », c'est-à-dire une incapacité des institutions actuelles à définir un « bien commun » qui fournissait jusque-là « *un référentiel (normatif) à des professionnels, animés par une vocation et cherchant à transformer leur public cible en des "individus socialisés" et des "sujets"* » (Laforgue, 2009). L'auteur met de l'avant qu'il y a aujourd'hui articulation de différentes formes d'action institutionnelles au-delà de l'invariance de l'institution ou de sa dissolution. Il propose une typologie des formes de travail institutionnel selon deux axes, et qui donnent lieu à 4 cas de figure (plus bas) : 1) selon le type de relation que l'institution ou le professionnel établit aux personnes (relation symétrique ou asymétrique), et 2) la manière dont les personnes sont envisagées, soit du point de vue de leurs capacités à devenir des sujets (en accord avec une définition préalable), soit comme participant à la définition du « mieux-être » à atteindre.

Le « **travail sur autrui** » est la forme institutionnelle classique. Traditionnellement, l'institution pense sa relation à autrui en termes hiérarchisés : l'institution définit le "bien commun", "éduque", "transmet", "contrôle", "protège". Le *travail sur autrui* se fonde sur la combinaison d'une relation asymétrique et de

⁴⁸ Pour une sociologie des institutions publiques contemporaines. Denis Laforgue, 2009. Paru dans Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie, 4 | 2009. <http://socio-logos.revues.org/signaler2317>

l'identification des individus sur la base de leurs capacités : les personnes sont définies comme ayant des capacités innées, acquises, ainsi qu'une volonté : « *Ces deux schèmes ont fourni aux institutions occidentales modernes un cadre de traitement des individus et des populations : il s'agit, pour elles, d'identifier des individus par leur écart à des "normes capacitaires" (travailler, se comporter correctement en société, réfléchir normalement, se déplacer, être en bonne santé...). L'institution définit alors son activité comme une tentative de réduction de l'écart que ces publics entretiennent aux "normes capacitaires", dans et par une relation asymétrique.* » (Laforgue, 2009). À l'origine d'EMRII, le Service de police de Montréal constate l'échec du « travail sur autrui » dans le cas de certaines « personnes vulnérables multirécidivistes » envers qui les interventions habituelles n'arrivent pas à favoriser une modification du comportement problématique.

Si ce schème est toujours bien présent dans le quotidien des institutions, selon Laforgue, il se confronte désormais à d'autres schèmes, générateurs de nouvelles formes de « *traitement institutionnel* » : le « travail sans autrui », le « travail pour autrui » et le « travail avec autrui ».

Le « **travail sans autrui** » relève des situations dans lesquelles les acteurs institutionnels se perçoivent « *impuissants à configurer l'action qui convient à partir du Bien commun institutionnellement défini, tout en considérant qu'ils ne peuvent pas non plus définir une ligne d'action à partir du point de vue des usagers* » (Laforgue, 2009). Leur laisser-faire se fonde en partie sur la perception que certaines populations sont résistantes aux moyens mis en place par l'institution pour leur venir en aide. Dans le contexte d'EMRII, plusieurs constats sont faits sur la présence de cette forme de travail. Patrouilleurs sceptiques sur leurs possibilités d'action, vivant beaucoup d'impuissance et ne travaillant pas dans la continuité. Pour plusieurs personnes suivies par EMRII, on parle de l'attitude des patrouilleurs comme relevant de la démission, travaillant un peu au hasard, selon l'humeur, n'appliquant parfois pas les règlements municipaux pour ne pas « avoir à se battre avec la personne » et sachant qu'elle sera au même endroit le lendemain. C'est également vrai pour les hôpitaux et les urgences qui s'en tiennent parfois au minimum de leur responsabilité en faisant une lecture étroite de leur devoir dans l'évaluation des risques graves et immédiats encourus par la personne. Certaines personnes desservies par EMRII résistent aux contraintes qu'on leur impose – le travail des policiers ne fonctionne pas, celui des hôpitaux non plus.

Le « **travail pour autrui** » s'instaure sur la base d'une relation asymétrique, où l'intervenant se met au service de l'utilisateur. On trouve ce type de relation chez les professionnels qui visent à soulager la souffrance des personnes. Au sein du travail social, il existe un ensemble de dispositifs dans lesquels la proximité permet « *d'accueillir autrui dans sa singularité, de ménager la personne démunie, et ce sans visée d'identification de ses "manques", sans souci de transformation de cet autre stigmatisé* » (Laforgue, 2009). Première étape de création du lien, Laforgue note que les auteurs qui ont décrit ce type de relation soulèvent que le travail pour autrui est peu visible et peu valorisé au sein de l'institution.

Le « **travail avec autrui** » s'instaure sur la base de la recherche d'une relation symétrique entre intervenants et usagers. La personne y est considérée comme capable de participer à la définition et à la résolution du problème l'ayant conduit en ce lieu institutionnel. C'est l'idéal mis de l'avant par les

approches qui ciblent l'appropriation du pouvoir d'agir. « *Il ne s'agit plus de normaliser, mais d'accompagner les personnes en difficulté, pour qu'elles trouvent par elles-mêmes, mais en étant soutenues, des solutions pour s'en sortir ou aller mieux* » (Laforgue, 2009). On voit des manifestations de ce « travail avec autrui » dans les tentatives de différentes institutions d'instaurer des lieux de prise de parole. Dans la mise en œuvre de l'équipe mixte du point de vue du CSSS, on constate les obstacles à un « travail avec autrui » lorsqu'on s'adresse à des personnes qui bougent constamment au sein de diverses institutions et à travers la ville, avec qui on a du mal à garder le lien.

Quelle est la définition qu'on se donne de la personne au cours des différents moments d'un suivi? Comment travaille-t-on entre professionnels EMRII pour faire valoir une définition? Comment aborde-t-on les autres acteurs pour la faire valoir également? Quels sont les paramètres qui font que cette définition change d'un individu et d'un contexte à l'autre : état mental, volontariat, pression d'autres acteurs? L'usager est-il abordé dans le cadre d'une relation d'égalité ou d'inégalité? Comment est-il défini : capable ou incapable d'agir sur sa propre situation? Autant de questions qu'il serait intéressant d'approfondir.

Ce que nous avons pu dégager dans le cadre de cette recherche exploratoire est que l'intervention EMRII-CSSS repose principalement sur un travail avec autrui. Mais on y trouve également un travail pour autrui dans la création du lien et un travail sur autrui, lorsqu'il y a évaluation de dangerosité – arrestation, ordonnance de traitement – via d'autres acteurs le plus souvent. Lorsqu'ils racontent leurs apprentissages au sein d'EMRII, certains policiers parlent de la nécessité de la création du lien et « de l'entraide », à savoir un travail pour autrui. D'autres policiers parlent de l'apprentissage d'un travail avec autrui. On retrouve là les deux formes d'appropriation du rôle de policier discuté un peu plus haut (section 2.5). Chez les premiers policiers, il y a inscription des nouvelles pratiques policières dans un travail pour autrui, et on ne se distancie pas d'une relation asymétrique. Chez le deuxième groupe de policiers, les nouvelles pratiques prennent la forme d'un travail avec autrui, qui correspond davantage aux orientations des pratiques visées par les experts en itinérance du CSSS, où il y a reconnaissance des personnes marginalisées comme un groupe social ayant des besoins et des rationalités propres.

L'intérêt de cette réflexion sur le rapport à l'autre est qu'elle permet d'appréhender la rencontre des institutions de la santé et de la sécurité publique qui se cristallise dans des réponses à des situations problématiques qui sont référées à l'équipe EMRII. Une composante importante du travail de l'équipe est d'observer, d'analyser et d'agir. Au cœur de ces dimensions, on retrouve la définition du rapport à l'autre, définition jamais totalement fixée et qui évolue en cours de suivi. Comment se fait cette articulation des différents types de travail institutionnel? Parfois, elle semble se faire par le passage d'une forme à une autre, une « oscillation permanente » qui traduit que l'intervention poursuit des finalités qui sont contradictoires (bien-être de la personne vs sécurité publique). Dans d'autres situations, ces formes seront organisées selon un principe de hiérarchisation. Si la rencontre d'injonctions contradictoire semble relativement réussie au sein d'EMRII, c'est justement qu'il y a cohabitation des différents modèles de travail institutionnel, qui sont tous reconnus (sauf le travail sans autrui) comme pertinents selon les circonstances.

3 – REGARDS CROISÉS SUR LES RETOMBÉES D’EMRII

Cette recherche est issue du questionnement des acteurs-terrain devant le besoin d’évaluer l’efficacité d’une nouvelle forme d’intervention. Si les pratiques de collaboration interprofessionnelle sont de plus en plus populaires, leur efficacité et les bénéfices réels sur les personnes qui en sont les cibles sont peu évalués. Les pratiques de suivi intensif dans le milieu, ainsi que le travail policier spécialisé en prévention qui s’inscrivent dans une intervention à long terme, visent une résolution durable des problèmes et s’adressent à un nombre restreint de personnes, nécessitent de nouveaux repères dans l’évaluation.

Il n’est pas simple de faire le bilan de ce genre d’initiative de projet intersectoriel. Cet exercice est complexe puisque l’efficacité n’est pas une notion neutre et qu’elle doit être contextualisée selon les groupes professionnels et les milieux de pratique. C’est pourquoi nous proposons dans les prochaines pages une lecture croisée de cette relation d’intervention, sur la base de la voix des policiers, des intervenants du CSSS et des personnes desservies par l’équipe mixte. Nous rapportons la perception de certaines personnes à propos de cette équipe. Il ne s’agit donc pas ici de décrire les pratiques concrètes de l’équipe, mais d’identifier ce que les personnes en disent, sachant que la perception des retombées d’EMRII varie selon les acteurs en présence.

Rappelons que les travaux de recherche ont mis en évidence diverses barrières à l’accès aux services pour les personnes en situation d’itinérance : 1) l’incompatibilité entre l’organisation des services et les conditions de vie des personnes itinérantes, 2) le rapport que celles-ci entretiennent avec les services et 3) une rupture entre les philosophies d’intervention des différents acteurs qui œuvrent auprès des personnes en situation d’itinérance (Roy et coll., 2006). EMRII vise à répondre à plusieurs enjeux et se propose d’agir sur ces trois obstacles. Afin d’alimenter la réflexion sur les retombées de cette équipe mixte, nous avons abordé ces défis en croisant différents regards, soit l’expérience des personnes desservies par l’équipe (**section 3.1**) et celle des policiers, intervenants sociaux et intervenants de la santé qui œuvrent au sein de cette équipe mixte (**section 3.2**).

De manière sous-jacente, la question de l’intervention réussie suppose une dimension normative, c’est-à-dire l’adéquation à une norme et à des attentes. Se demander si ce qu’on fait « marche » devrait d’abord consister à observer les effets de l’intervention qu’ils soient prévus ou non. Pour y arriver, les discussions avec les professionnels, les usagers et certains gestionnaires de l’équipe mixte permettent d’identifier certains indicateurs qui pourraient être retenus comme balises d’observation des effets de l’intervention. Bien qu’une stratégie d’évaluation continue reste à construire, nous proposons à la fin de cette section des indicateurs qui pourraient être explorés pour faire le suivi stratégique des interventions des équipes mixtes EMRII et ESUP (**section 3.3**). Ces indicateurs permettent non seulement d’identifier des résultats, mais peuvent en outre en produire en fournissant un point de référence pour le suivi, la prise de décision, la consultation des parties prenantes dans les années à venir.

3.1 – Expérience des personnes desservies par EMRII

« On s’arrange. On ne vit pas dans le luxe, je ne deviendrai pas riche en ramassant des cannettes, mais je ne deviendrai pas pauvre. » (Homme, 45 ans)

« J’ai de la misère avec les noms, mais pas avec les visages. Moi non plus, je n’en ai plus de nom. Je l’ai perdu dans la ruelle. J’ai passé 18 ans dans la rue. » (Homme, 50 ans)

L’accès aux services repose sur l’organisation des services et leur qualité, mais aussi sur la manière dont ils sont ou non utilisés. En règle générale, dans le discours social et la recherche, le point de vue qui prévaut sur la relation d’intervention et sur ses effets est celui des professionnels. Il s’agit d’un regard projeté de l’intérieur de l’espace des services, où passent les personnes desservies pour ensuite repartir soit vers d’autres services, soit vers l’univers du social hors service qui reste largement inconnu. C’est pourquoi il nous est apparu important d’interpeller également les personnes desservies par EMRII. Ainsi, l’univers social des personnes à la rue devient le lieu à partir duquel ce sont les intervenants/policiers qui sont perçus comme passagers, établissant une relation ponctuelle avec des personnes pleinement engagées dans leur propre monde.

La vie sociale des personnes en situation d’itinérance est généralement caractérisée en termes de manques et du besoin d’assistance. Du point de vue des dispensateurs de services, les personnes itinérantes sont souvent qualifiées comme faisant un usage inapproprié des services ou adoptant une stratégie de non-usage de ceux-ci. On omet ainsi de considérer toute la diversité et les configurations spécifiques aux vies de ces personnes. C’est pourquoi nous proposons ici de situer l’appropriation sociale des services d’EMRII dans un ensemble qui soit à la mesure de la vie des usagers, soit la vie à la rue : établir des priorités, combler ses besoins de base, assurer sa sécurité.

Comment la parole des personnes desservies par l’équipe nous informe-t-elle quant aux retombées de cette collaboration interprofessionnelle? Que disent les personnes rencontrées à propos des diverses pratiques d’intervention de l’équipe? Sept personnes usagères des services d’EMRII ont été rencontrées. L’échantillon a été construit de manière à tenir compte d’une diversité des profils : parcours d’itinérance, état de santé, motifs d’interpellation policière, types d’interventions menées par l’équipe. Une limite de cet échantillon est par ailleurs de n’avoir rencontré a) que des personnes ayant établi un certain lien avec l’équipe ou un de ses membres, b) des personnes desservies par l’équipe au moment de l’étude⁴⁹ et c) suffisamment « orientées » pour raconter leur expérience. S’il ne nous a pas été possible d’épuiser les différents profils d’usagers dans le cadre d’entrevues au sein de cette recherche exploratoire, notons par ailleurs que les trois semaines de travail d’observation nous ont permis d’être témoin d’une centaine d’interactions entre les professionnels d’EMRII et les personnes desservies, et qui concernaient plus de vingt-cinq personnes différentes.

⁴⁹ Ainsi, aucune femme ne fait l’objet d’un suivi actif à l’été 2012.

Le schéma d'entrevue⁵⁰, qui portait sur les besoins des personnes à la rue et l'impact d'EMRII pour y répondre, a donné lieu à des échanges beaucoup plus larges au cours desquels les personnes nous ont parlé du parcours les ayant menées à l'itinérance, de la réalité quotidienne de la rue, ainsi que des habilités nécessaires pour subvenir à ses besoins et assurer sa sécurité. Il ressort notamment de ces discussions que les personnes rencontrées ne se perçoivent pas à travers les catégories de la relation d'aide, qui donnent peu ou pas de sens à leur trajectoire telle qu'elles l'envisagent.

Il faut préciser la réalité depuis laquelle nous parlent les personnes rencontrées. Les « clients EMRII » sont des personnes passablement désaffiliées. Ce sont des personnes réputées difficiles à aider, qui ne suivent pas les recommandations des médecins et infirmières qui les voient dans les hôpitaux, ne collaborent pas avec les policiers lorsqu'elles contreviennent aux règlements municipaux et aux règles du vivre ensemble. Si elles sont souvent connues des policiers et des hôpitaux, c'est dans le cadre de relations ponctuelles. Ce sont des personnes à propos de qui les différents acteurs ont des points de vue partiels, construits sur la base des mandats et préoccupations de leurs institutions respectives. On parle souvent de personnes méfiantes. Une méfiance liée à des conditions de santé (schizophrénie, paranoïa, trouble de personnalité) et à des trajectoires de vie cumulant des contacts difficiles avec les différentes institutions publiques. Enfin, il s'agit de personnes qui n'ont pas demandé qu'on leur vienne en aide, mais auprès de qui les professionnels d'EMRII se présentent à la suite d'une référence des patrouilleurs.

Il n'est pas toujours aisé de savoir quel statut accorder à la parole des usagers rencontrés, sachant qu'il y a pertes cognitives, méfiance, toxicomanie, santé mentale, déficience intellectuelle. Nous sommes loin des « faits d'intervention » tels que documentés auprès des membres de l'équipe dans le cadre des entretiens et tels qu'annotés aux dossiers du SPVM et du CSSS. La majorité des personnes parlent peu des rencontres avec l'équipe, semblent se souvenir vaguement ou n'accorder qu'une importance relative aux diverses démarches réalisées, y compris celles auxquelles nous avons assisté au cours des semaines précédentes.

Les personnes rencontrées ne sont pas des « clients » qui sont allés vers les services offerts par EMRII. La débrouillardise, le fait de savoir s'en tirer seul, sans ressource, la créativité dans un univers hostile sont des aptitudes valorisées par les personnes que nous avons rencontrées. Autant de qualités qui sont mises de l'avant et à travers lesquelles est dévalorisé le fait de demander ou de recevoir de l'aide, souvent perçus comme un échec ou une démission de ce mode de vie à la rue. Se définissant comme libres de vivre à leur manière, les personnes qui vivent à la rue se distinguent de celles qui sont « dans le système ». Chez certains, on peut même parler d'une construction binaire du monde, composée de « nous », qui sommes à la rue, et de « eux », qui font tourner la roue du système. Les personnes rencontrées ne sont pas nécessairement intéressées par les distinctions de statuts qui qualifient les personnes « dans le système ». D'où possiblement le peu d'intérêt qu'ils accordent à distinguer les intervenants les uns des autres, les équipes les unes des autres.⁵¹

⁵⁰ Voir les thèmes des entrevues dans la section 1.4 « méthodologie »

⁵¹ Cela pose un enjeu intéressant dans l'évaluation de l'impact d'EMRII. Le travail d'EMRII n'est pas une action en dehors du contexte de leur vie, mais il s'amalgame plutôt avec différentes autres rencontres, d'autres informations.

« Moi le temps que j'ai passé à la rue, c'était surtout pour connaître la rue, c'était quoi vraiment être dans la misère. Y'a ça que je voulais connaître. Et surtout c'est me débrouiller tout seul. Comment je vais faire pour manger, comment je vais faire pour trouver de l'argent, sans voler. » (Homme, 50 ans)

« Il faut avoir la capacité. Des fois c'était dur. Il y a des choses que j'aime moins, mais ce n'est pas grave. J'avais tous mes amis pendant pas mal longtemps. [...] Dans la rue, moi je veux être bien. Vivre le moment présent. » (Homme, 51 ans)

Par ailleurs, ce que l'on peut dire, c'est qu'à travers l'expérience racontée, on entend une expérience positive du contact avec EMRII. Le travail de suivi intensif dans le milieu réalisé par les professionnels d'EMRII est rarement perçu comme intrusif par les personnes interviewées. C'est d'une intervention relativement effacée, en somme, dont parlent les personnes. Possible que cela témoigne d'un travail d'accompagnement où EMRII se fond au quotidien des personnes; une intervention discrète, respectueuse des personnes, de leurs rythmes, de leurs choix et de leurs modes de vie. Parfois ce travail d'intervention est à peine vu. Cela dit, il faut noter que « l'intensif » tel que défini par l'institution – et qui consiste à consacrer quelques heures, parfois une journée par semaine dans le milieu avec la personne, – bien qu'exceptionnel du point de vue institutionnel, demeure un court laps de temps dans le quotidien des personnes⁵².

À travers cette parole, on peut penser que les personnes se sont senties respectées dans leurs choix et leurs priorités (malgré tous les acteurs mobilisés par les professionnels de l'équipe, à la fois dans l'environnement immédiat de la personne, le réseau de la santé ou certains patrouilleurs). Il semble que la satisfaction exprimée par les usagers rencontrés quant au respect de leur vie privée, de leurs demandes, indique que les professionnels attendent soit l'expression d'une demande, le signe d'une ouverture ou encore informent les personnes à l'égard du risque (suicidaire, consommation excessive d'alcool entraînant la mort, sécurité du public) si bien que l'accompagnement s'inscrit dans une certaine légitimité du point de vue des personnes desservies.

Parcours dans les services et les interventions d'EMRII

Pour les intervenants, la relation d'accompagnement est centrale pour que s'opère un changement dans le parcours des personnes. Il semble que cette sensibilité soit appréciée par les personnes rencontrées. Il y a peu de critiques à l'égard de l'équipe, si ce n'est que certains ont du mal à nommer les impacts d'EMRII sur leur vie, et que d'autres disent n'avoir besoin de rien. Les personnes rencontrées parlent des professionnels de l'équipe comme des gens avenants, ouverts, compréhensifs. Certains estiment faire l'objet d'un traitement préférentiel qui étonne, qui reconforte aussi. Plusieurs se disent contents que l'on s'occupe d'eux, ce qui peut déjà être considéré comme un gain de cette relation d'intervention avec des personnes qui entretiennent de la méfiance à l'égard des services.

⁵² Les intervenants et policiers consacrent également un temps parfois considérable à se concerter avec divers acteurs (patrouilleurs, cour, intervenants de la santé et des ressources communautaires, environnement) dans le cadre de discussions cliniques, de rencontres-réseau et de recommandations.

L'expérience des personnes atteste de l'importance des grands principes d'intervention mis de l'avant par les professionnels de l'équipe : le respect du rythme, la nécessité de prendre le temps dans la création du lien avec des personnes méfiantes. Au-delà du service, les usagers témoignent de la relation de confiance qui s'est établie avec le temps. Dans certains suivis, les professionnels de l'équipe visitent régulièrement la personne pendant plusieurs mois avant que cette dernière ne commence à faire confiance à l'équipe. Voici quelques citations où les personnes racontent les premiers contacts avec l'équipe et l'évolution de la relation :

« C'est ma travailleuse sociale qui me les a présentés. J'ai dit, ah non, pas encore la police! Elle m'a parlé d'eux autres, elle a dit que c'était une équipe bien coordonnée. J'ai dit "OK, je vais écouter ce qu'ils ont à dire. Mais j'espère qu'ils vont écouter ce que moi j'ai à dire aussi." Mais c'est une bonne équipe. Ils sont très coopératifs. Et ils sont encourageants. Très encourageants. Ils ont une bonne écoute, finalement. » (Homme, 50 ans)

« [Les policiers m'ont demandé :] « Est-ce que tu as des besoins présentement? » "Non, ça va." C'est sûr qu'ils étaient inquiets à savoir si j'allais geler dehors, mais à partir du moment que c'était fonctionnel, ils ont ben vu que c'était pas problématique. De fil en aiguille, parce que les premiers temps je suis une personne très difficile avant de créer un lien, les premiers échanges étaient assez difficiles. Dans le sens : "pas besoin de rien?" "Non merci." Je ne m'ouvrais pas. C'est récent que je me suis ouvert avec mon problème que j'avais qui fait que depuis les 5 dernières années, il fallait que je me cache. » (Homme, 61 ans)

Certains ont été orientés et accompagnés vers différents services, informés des possibilités pour répondre à divers besoins : accompagnement dans les services, pour la toxicomanie, la santé physique, santé mentale, pour faire ses papiers, régler son statut juridique :

« C'était pour embarquer sur le programme [de méthadone]. Pour m'aider. Je partais sur la brosse et j'oubliais ma méthadone. Là je suis sur le programme. Lui [intervenant EMRII], il venait, il disait il y a un rendez-vous, il faut que tu ailles là, que tu ailles là. Ça m'a aidé. Parce que moi, l'énergie que ça me demandait. Parce que je n'avais pas le temps. Il fallait que je me procure de mes autres affaires. J'avais la tête dans mes vieilles bébelles. (Quand tu vis dans la rue), il faut que tu tasses le monde. La nuit, c'est un autre combat. [...] C'est pour ça que j'ai eu de la misère à me rappeler du rendez-vous. Fait que je tombe sur le nouveau programme. J'ai pas besoin d'aller chercher de l'argent, de quêter à l'autre, à mon chum pour m'en procurer pis payer après. Ça fait tout un changement, là je l'ai. » (Homme, 51 ans)

On a été soutenu par les professionnels EMRII face aux autres professionnels du réseau de la santé pour ouvrir des portes et favoriser l'accès aux services. Dans l'extrait suivant, on voit que le travail d'accompagnement et de référence en est aussi un de traduction :

« Chez la psychiatre, il y avait Jeanne [intervenante]. Ça a duré une demi-heure. Si j'avais été là tout seul, ça aurait duré 5 minutes. Elle disait : M. n'a pas d'adresse, on ne peut rien faire pour lui. [...] Je suis content que Jeanne ait été là, parce que la psychiatre ne m'aurait pas cru, mais Jeanne elle croit ce que je dis. Elle s'est rendu compte [de la difficulté d'être entendu par la psychiatre], elle a beaucoup donné tous les arguments possibles. » (Homme, 61 ans)

Les prochaines citations parlent de la nécessité de l'accompagnement, qui est autre chose que d'apporter de nouvelles informations, d'arrimer à de nouveaux services, d'informer sur les risques encourus. Il s'agit avant tout d'être abordé avec respect, d'être entendu et reconnu. Et c'est à cette lumière qu'on évalue la pertinence des services d'EMRII et qu'on les compare aux autres services à travers lesquels on est passé :

« L'hôpital n'aurait jamais fait une chose semblable. Ils m'auraient laissé mourir sur la chaise. Mais eux autres, le CLSC savait que ça ne filait pas. Ils savaient que j'étais nerveux aussi. Ils savaient que la boisson avait le contrôle. Dans les hôpitaux, ils me connaissaient. Ils me gardaient pour la nuit et l'affaire que je savais, ils me mettaient dehors le matin. En sortant de là, c'était une bouteille de bière et je recommençais à consommer. C'était pas l'idéal l'hôpital, aucunement. Avec les conseils que j'ai eus du CLSC et des policiers, et l'entourement qu'ils m'ont donné, ils sont venus à bout de me faire comprendre beaucoup de choses. » (Homme, 57 ans)

« Ce fameux matin-là, j'ai pensé qu'une couple de semaines auparavant [prénom de l'intervenant] m'avait dit : si jamais tu as un problème [prénom de l'utilisateur], peu importe la nature, tu peux m'en parler. C'est ça qui est ressurgi. » (Homme, 61 ans)

Expériences antérieures avec les policiers et la relation avec les policiers d'EMRII

Les personnes rencontrées insistent pour se distinguer d'un autre groupe de personnes occupant l'espace public : on n'appartient pas aux gangs de rue, avec qui on ne souhaite pas avoir affaire. On déplore que les policiers confondent les uns et les autres :

« La police, ça m'intéresse pas. Y'a eu tellement de fuckage que moi, je ne veux rien savoir d'eux autres. Ils me prennent pour un trou de cul. Pour eux autres, on est tous les bandits, on est tous des tout croches. En partant, moi je suis une bonne personne. Eux autres, c'est pour aller chercher du prestige. Ils t'arrêtent. » (Homme, 51 ans)

Les personnes desservies par l'équipe sont visibles dans l'espace public et plusieurs parlent de la récurrence des interventions policières dans leur quotidien. Et ce sont des contacts souvent difficiles :

« Tous les policiers, à Verdun, LaSalle, j'étais très connu. En haut de la ville, un peu moins. » (Homme, 57 ans)

« Ils devraient être à la veille de m'appeler le chat de ruelle. Je me suis toujours tenu dans les ruelles, pour la consommation. Boire dans la ruelle, après ça je sors. Ça ne paraît pas, mais à un moment donné ça peut paraître, les polices passent partout. Je suis connu des policiers. Je me suis fait arrêter assez souvent. » (Homme, 50 ans)

Compte tenu de leurs expériences antérieures, plusieurs s'étonnent du travail des policiers d'EMRII. Certains disent avoir été rassurés du respect conféré par les policiers d'EMRII à leur égard, on apprécie le rôle non intrusif, les interventions en prévention. Ils ont apprécié les mises en garde et les conseils pour ne pas attirer l'attention et les interventions policières. EMRII met de l'avant la dimension « protection » de la police. Chez plusieurs, l'image des policiers d'EMRII est positive, une image que l'on distingue, parfois radicalement, de celle des autres policiers. Pour d'autres, on dit apprécier être respecté dans son désir de ne pas être en contact avec les policiers EMRII :

« Eux leurs questions, ils ne vont pas vraiment toucher le côté prisonnier et qu'est-ce que j'ai fait pour aller en prison. Eux autres c'est plutôt, qu'est-ce que je devrais faire pour changer mon mode de vie. » (Homme, 50 ans)

« Quand ça tout été fini, ils sont venus me reconduire sur mon coin de rue. Ils ont dit : " Si tu prends d'autres bières, essaie de diminuer. Essaie de vraiment diminuer ta consommation. On sait que tu en as besoin, on connaît ta maladie. Tu peux en prendre une couple, mais essaies d'en prendre là où personne ne te voit." Ils ont été vraiment gentils de m'avoir dit ça. » (Homme, 57 ans)

« L'équipe EMRII pour moi, c'est primordial. J'ai des problèmes, mettons pour aller à l'hôpital, je n'ai pas d'argent quoique ce soit, pas de problème, on vient te chercher. Ils s'en viennent. Ça démolit l'image négative que j'avais des policiers. Parce qu'à maintes reprises, je me suis retrouvé dans des situations qu'on me traitait de noms que je ne méritais pas, on m'insultait. J'avais gardé cette image-là. » (Homme, 61 ans)

Dans le travail d'observation, nous avons de plus pu constater que si chez certaines personnes, il y a une méfiance et un réel déplaisir à côtoyer les policiers, chez d'autres personnes, l'autorité investie par les policiers permet de nouer plus rapidement un lien de confiance⁵³. Certains perçoivent le travail de médiation qui est fait auprès des commerçants, des patrouilleurs, des agents de sécurité du secteur où elles vivent. Qui permet un autre regard, une autre approche envers cette personne. On peut penser que, ce faisant, il y a un travail de réparation qui s'amorce :

« En fin de compte, moi je n'en reviens pas. J'avais seize mandats contre moi! Les policiers passaient devant moi, ils le savaient, ils m'envoyaient des bye bye pareil, ils savaient que j'étais pour m'en sortir, je pense. Les policiers qui ne travaillaient pas avec le CLSC, ils savaient qu'un jour il allait se passer de quoi. Ils m'ont laissé beaucoup de chances aussi. » (Homme, 57 ans)

La visibilité de cette intervention policière de prévention est soulignée par la majorité des personnes rencontrées. Idéalement, on préférerait que les policiers soient en civil. Le lendemain d'une intervention, on raconte comment les gens viennent poser des questions sur la présence des policiers. Résignées, certaines personnes rencontrées disent avoir l'habitude du regard des autres, du jugement. Pour d'autres, on refuse d'être associé aux policiers et on ne souhaite pas être vu montant à bord du véhicule du SPVM : cette présence nuit à leur image sur la rue, à leurs relations avec les gens qu'ils côtoient au quotidien. Au cours de l'observation, nous avons vu des personnes regarder autour d'elles à la vue de l'arrivée des policiers ou hausser les épaules en voyant les gyrophares allumés (qui avaient servi à couper la circulation pour venir aborder la personne) :

« L'autre fois, il y avait le truck de police. Il y a du monde qui me connaissent qui me voient embarquer là-dedans. Le lendemain : "tu t'es fait embarquer par la police? Non, non. " C'est juste ça qui est fatigant un petit peu. Ce que le monde pense. Ils sont sûrs que j'ai fait une gaffe. » (Homme, 45 ans)

⁵³ Par exemple, un homme qui, à la deuxième rencontre avec les membres d'EMRII, propose de confier à l'équipe le montant d'un futur loyer, afin de ne le dépenser entre temps. C'est dans la camionnette EMRII-SPVM qu'il souhaitera faire la « transaction ».

« Ce qui me dérange réellement, c'est qu'ils sont policiers et qu'ils sont habillés en policier. Et c'est surtout ça qui me distrait aux questions qu'ils vont me poser. Ça me distrait beaucoup. Je suis porté à me méfier sur les questions qu'ils vont me poser et sur la réponse que moi je dois donner. C'est surtout ce côté-là. » (Homme, 50 ans)

« L'intervenant oui. Les autres [les policiers] non. Une fois. OK, mais assez c'est assez. Ça vient que c'est tannant. Habillés en police en plus. Aille! Habille-toi. Prends un truc spécial. S'ils seraient habillés en civil, normal. Parce que là, la clientèle ne veut pas les voir. C'est mon point de vue, s'ils seraient en truck normal. Peut-être qu'il y en a que ça ne les dérange pas. Mais moi je ne changerai pas ma manière pour vous autres. » (Homme, 51 ans)

Trois modes d'appropriation de l'équipe mixte

À travers les quelques entrevues réalisées, se dégagent trois modes d'appropriation des services d'EMRII. Les différentes formes d'appropriation sociale de ce service ne sont pas réductibles aux catégories de l'intervention des professionnels de l'équipe. Ils relèvent d'autres rationalités et temporalités qui parlent notamment de l'investissement des personnes vers un mieux-être, de leur trajectoire de vie, de leur parcours dans les services, de leurs besoins ou de l'établissement de priorités.⁵⁴

Une première forme d'appropriation des services offerts par EMRII : **l'aide est bienvenue**. Les personnes se décrivent comme ayant été trop découragées pour se mobiliser, pour faire valoir leurs droits à l'égard des services. Très dépressif, voire suicidaire, on avait perdu la capacité à prendre soin de soi. Ces personnes parlent de l'importance du travail d'accompagnement réalisé par l'équipe, qui supposait qu'on aille à eux jusque dans la rue. Qui supposait d'être « deviné » dans la non-demande. Les professionnels de l'équipe sont perçus comme des personnes significatives sur le chemin d'un mieux-être, et dont le regard importe et encourage. Les professionnels d'EMRII leur ont permis de reprendre du pouvoir sur leur vie. Le recul dont ces personnes font preuve sur leur expérience est différent du discours des autres personnes rencontrées :

« C'est une famille pour moi. Un genre de famille que même ma famille n'aurait pas fait ce que le CLSC a fait pour moi, et la police aussi. Ils m'ont lavé, ils m'ont changé, ils ont tout fait pour moi. Ils m'ont jusque nourri et ils m'ont ramené à la même place : "on va revenir demain pour prendre la décision, ce que tu veux." La boisson avait le contrôle sur moi. C'était vraiment dur d'avoir une conversation. [...] Quelqu'un qui veut vraiment, qui a de la volonté, cesser de consommer, le CLSC sont là, les policiers sont là. Ils ont des ressources à te donner, ils ont des places qu'ils peuvent t'envoyer pour que tu réussisses. Du monde qui peuvent t'aider sur une autre façon pour que tu comprennes. » (Homme, 57 ans)

« Si j'ai consenti à prendre de la médication, c'est que selon le plan de match que [prénom de l'intervenant] avait dressé pour moi, c'est qu'il faut y aller par élimination. » (Homme, 61 ans)

Voici ce qu'en dit cet homme qui est sorti de la rue. Il exprime dans cette citation la difficulté pour s'en sortir et le travail de support des professionnels de l'équipe mixte dans ce processus :

⁵⁴ Bien que notre matériau ne nous permette pas d'élaborer sur cette question en détail, il est raisonnable d'avancer que ces modes d'appropriation se construisent à la mesure des expériences antérieures aux services et acteurs, à l'état de santé physique et mentale, ainsi qu'aux différents contextes de l'intervention.

« Je suis content de moi et je suis fier de moi. Ma vie a changé, tournée de bord complètement. C'est rendu que je me fais un budget, je trouve les choses que j'ai à payer, je vais à mon assemblée [des AA], mes frères, mes sœurs m'appellent, toute la gang est revenue. Parce qu'ils ont vu que j'ai fait des gros efforts. C'est formidable. Une journée à la fois, tout est possible. Avec le CLSC et les policiers qui travaillent avec eux autres. C'est formidable. Ils sont là pour t'aider. Ils sont là pour te sortir de la marde, ils sont là pour ça. Ils travaillent pour ça et ils veulent ton bonheur. [...] Et puis, il faut que je dise une chose qui est bien importante. Sans les policiers qui sont avec la CLSC, les intervenants de la CLSC, ça fait longtemps que je serais mort. Si je suis encore vivant, c'est la CLSC avec les policiers qui m'ont sauvé. » (Homme, 57 ans)

Une deuxième forme d'appropriation des services offerts par l'équipe : **une présence appréciée, bien que l'aide ne soit pas perçue comme nécessaire.** Ces personnes sont « peu investies » à l'égard du suivi proposé par l'équipe; elles parlent des professionnels de l'équipe comme ayant de bonnes intentions, des gens sympathiques. Cependant, on comprend plus ou moins ce qu'ils font là et on les « regarde travailler ». On apprécie par ailleurs leur présence et l'aide offerte, que l'on utilise ou non selon ses priorités. Sommes toute, on n'estime ne pas avoir un grand besoin d'aide :

« Ça motive plus. Ça encourage, ça remonte le moral. Ben, je n'ai jamais eu le moral bas, mais... [...] Je n'ai pas ma carte d'assurance maladie sur moi, mais j'ai ma carte d'EMRII. Avec tous les noms et les numéros.

I – les avez-vous déjà appelés?

Non. Pas besoin, ils viennent me voir. » (Homme, 45 ans)

« Lui, c'est comme mon frère. Il demande si je veux avoir quelque chose. Sinon, ah OK. Il n'a jamais insisté. C'est important, pour moi. [...] S'il y en a 3-4 qui arrivent, je ne serais pas capable. 3-4 pour des questions. Ça non. Faut pas poser trop de questions. « Es-tu ci, t'es tu ça ... « Eh! Mais eux c'est la bonne manière. » (Homme, 51 ans)

« Ils sont tous gentils. Ils travaillent bien ensemble en tous cas, je ne les ai jamais vus s'ostiner! Donnez-leur une médaille chaque. Les policiers aussi. Je n'aurais jamais pensé dire ça, donner une médaille à une police. Ils font de la bonne ouvrage et ils m'encouragent. » (Homme, 45 ans)

Une troisième forme d'appropriation des services EMRII : **une relation qui se caractérise par une certaine méfiance.** Ces personnes sont méfiantes du suivi proposé. Elles ont fait le constat que la vie « dans le système » ne leur convenait pas et ont développé une culture de la rue profondément ancrée. Elles parlent du courage et des compétences nécessaires pour vivre à la rue. La liberté, l'art de bien-vivre sont valorisés. Dans ce contexte, on ne cherche pas les services, bien que l'on apprécie par ailleurs l'aide offerte pour des besoins ponctuels. À la rue, on est trop occupé pour faire des démarches et il est utile que quelqu'un nous soutienne. On s'est senti respecté par l'équipe, mais on souhaite garder une distance, notamment à l'égard des policiers. Une préoccupation première de ces personnes est de garder le pouvoir sur leur vie. Chez ces personnes la distinction entre EMRII et les autres services est moins nette :

« Des questions pour moi, c'est juste le minime des questions. C'est pas question après questions, après questions. Si ça finit plus dans les questions je suis comme, je viens comme mêlé. Je suis perdu et ça vient que ça me fatigue.

I – des fois avec EMRII, c'est trop de questions

Oui, je l'ai rencontré il y a à peu près deux semaines et elle me posait trop de questions. À un moment donné j'ai comme monté le ton, sans me fâcher, mais j'ai monté le ton : là, je ne le sais plus, je suis tout mêlé. J'étais fatigué mentalement. Moi, ça ne me dérange pas de répondre aux questions, mais si je ressens que c'est trop demander pour moi, c'est là que la tension monte. » (Homme, 50 ans)

« Ça parle, ça parle, mais quand on demande quelque chose, ils ne peuvent pas. » (Homme, 72 ans)

« Ils m'ont aidé. Surtout en parlant. Me diriger dans les bons endroits pour aller faire mes affaires, quel bureau, où est-ce qu'il est. C'est surtout de m'orienter parce que j'ai de la misère, pas tout le temps, mais des fois, j'ai de la misère avec mon orientation. [...] Je suis conscient qu'eux autres devraient être là pour m'aider. Trouver un appartement, ci pis ça. C'est sûr que je suis capable d'en trouver un appartement, mais avec eux autres ça va être plus facile et plus vite. Plus vite avec eux autres. » (Homme, 50 ans)

Ces deux dernières formes d'appropriation du service EMRII parlent d'un lien de confiance qui ne fait pas tout. Une fois qu'un lien est établi avec les personnes (ce qui est le cas pour toutes les personnes que nous avons rencontrées), il y a des services, des démarches auxquelles les professionnels de l'équipe tentent de raccrocher les personnes et ça ne fonctionne pas toujours. La personne ne « collabore » pas, sans que par ailleurs la personne ne remette en question ce lien de confiance :

« La carte RAMQ, c'est eux autres qui ont pris ma photo. [...] Et ils m'ont aidé pour l'aide sociale. Ça a bien été. Ça va assez ben que je ne vais même pas chercher le chèque. Ils doivent se dire : « il n'a pas besoin ». » (Homme, 45 ans)

« I- Cette première rencontre-là, ils étaient venus te voir pour quelle raison? »

C'était suite à la prison. Pour me sortir de ce cycle-là. C'est un cercle que là, je suis vraiment tanné. Je suis vraiment tanné de faire de la prison. Là, c'est parce que j'avais des bris de condition, des bris de probation. C'est pour ça que finalement je suis rentré en dedans. [...] C'est sûr que ça m'aurait aidé si j'avais fait une autre thérapie. Mais moi, des thérapies je suis tanné d'en faire. [...] Moi, je suis arrivé en thérapie, le lendemain je suis parti. J'ai dit, non, moi je ne reste pas, je m'en vais. Je savais ce qui viendrait après. Je savais que j'allais me faire arrêter et je me suis fait arrêter le lendemain. Le lendemain je me suis réveillé, j'étais à l'hôpital. Je ne sais pas pourquoi, mais j'étais à l'hôpital. Des policiers étaient là. Je me suis habillé et on est parti. J'ai passé en cour le lendemain. Et ainsi de suite. » [S'en sont suivis plusieurs mois d'incarcération] (Homme, 50 ans)

3.2 – Expérience des professionnels de l'équipe mixte

EMRII est un dispositif à l'interface des personnes et des services. Quel est l'impact sur les uns et les autres? Les pratiques d'intervention de suivi intensif dans le milieu et le travail policier spécialisé en prévention (qui vise une résolution durable des problèmes, et un rapprochement avec la collectivité) nécessitent de nouveaux repères pour évaluer les impacts de ce travail, pour rendre compte de l'intensité de l'intervention et des effets du travail en prévention. Nous dégageons ici six constats, tirés de l'expérience des professionnels de l'équipe mixte, quant aux retombées de ce partenariat en itinérance :

1 – Une équipe consolidée

EMRII constitue un espace d'innovation dans la rencontre de deux univers d'intervention, alors que la collaboration entre les différents acteurs qui travaillent en itinérance demeure un enjeu de taille. Un des résultats soulignés par tous les acteurs d'EMRII est d'être parvenu à établir un fonctionnement satisfaisant, une identité d'équipe et un langage commun entre deux cultures d'intervention. Afin de travailler sur les différents dossiers pris en charge par l'équipe, encore fallait-il arriver à travailler ensemble. On parle d'une équipe qui travaille efficacement, dont la communication est de qualité et au sein de laquelle s'est établi un lien de confiance entre les partenaires. S'il y a de nombreux défis à cette collaboration inédite entre le SPVM et le CSSS Jeanne-Mance, plusieurs ont été aménagés avec satisfaction (échange d'informations, espaces de concertation, partage des rôles). Ce travail de collaboration qui s'inscrit dans la durée était nécessaire pour rapprocher deux univers institutionnels, favoriser une compréhension des mandats de chaque institution et une reconnaissance des expertises professionnelles. Dans le discours des professionnels de l'équipe, la collaboration santé – services sociaux – policiers devient une nécessité dans l'intervention en itinérance :

« Je suis convaincu que le travail de collaboration entre notre institution et l'institution de la santé, elle est primordiale et bénéfique pour trouver des solutions à des problématiques d'itinérance à long terme. Ça, c'est clair. [...] On n'est pas tous obligés d'être d'accord. Mais tout le monde se respecte. Et tout le monde reconnaît son champ d'expertise. » (Policier)

« Le maintien du partenariat avec les policiers, c'est possible, dans le respect de nos différences, de nos missions d'en arriver à maintenir un projet commun, où on a des clients très hypothéqués au centre de tout ça et qu'on travaille ensemble, ce n'est quand même pas rien. Avant, je les regardais de loin. Je leur parlais, parce que j'ai toujours été ouvert, mais ne viens pas me parler quand je suis en intervention avec un gars de la rue. Et aujourd'hui on dit, ça peut être complémentaire! On évolue, c'est intéressant quand même. » (Intervenant)

« Le gros impact d'EMRII, c'est qu'on est en train de prouver qu'on ne peut pas travailler en itinérance sans travailler avec les policiers. Ne serait-ce que pour localiser la personne. La personne va se retrouver à avoir des contacts avec des policiers. Je pense que ça apprend que n'importe quel organisme devrait commencer à travailler avec les policiers aussitôt qu'on suit une personne qui dit : *“moi les policiers me font chier, ils n'arrêtent pas de me harceler, ils m'arrêtent souvent, je n'arrête pas d'avoir des tickets”*, il faut communiquer avec les policiers. Pour que

les policiers expliquent un peu ce qui se passe. Pour qu'on puisse expliquer aux policiers comment intervenir tout le monde ensemble avec la personne. » (Intervenant)

Parmi les facteurs qui contribuent à équilibrer les différentes logiques d'intervention au sein de l'équipe mixte, les professionnels rencontrés notent : l'expertise des membres de l'équipe, l'expérience acquise sur le terrain dans le cadre d'interventions conjointes, la double coordination et l'esprit de collaboration des personnes qui composent l'équipe :

« On gagne de mieux comprendre chacun nos réalités. Ils gagnent à comprendre mieux notre réalité policière, à comprendre plus la pression qu'on peut avoir des citoyens, de la ville, du fait qu'on est en urgence. Du fait que des fois l'arrogance des gens ou des attentes qui sont projetés, ils les vivent parce qu'ils sont avec nous. Et moi je vois la difficulté qu'eux peuvent avoir avec le système de santé. [...] Ça a amené beaucoup de tolérance un vis-à-vis l'autre. » (Policier)

« C'est clair que dans ma pensée à moi, EMRII, c'est un atout absolument au Service, ça, c'est clair. C'a développé des choses que je ne connaissais pas sur ma façon d'agir avec les gens en situation d'itinérance. Ma vision des personnes en situation d'itinérance, mais surtout ma vision de la santé mentale. De voir dans quel état ces gens-là peuvent se mettre. C'est incroyable. » (Policier)

Selon les professionnels, une clef du bon fonctionnement de l'équipe repose sur la présence de professionnels d'expérience, à la fois au CSSS et au SPVM : on parle de plus de dix années d'expérience dans le champ de la police communautaire ou de l'intervention spécialisée auprès de populations vulnérables. Des professionnels expérimentés, qui maîtrisent leur champ d'action et qui connaissent bien les rouages de leur institution, afin d'apporter des solutions créatives pour favoriser l'accès aux services pour les personnes desservies. Cette expertise constitue une condition importante afin que les rôles ne soient pas confondus et que les limites de l'intervention de chaque professionnel soient claires, tout en ayant la souplesse d'aménager des espaces de collaboration. Il faut bien connaître son rôle et être doté d'une certaine force de caractère pour s'assurer que l'équipe demeure dans la mission conférée par l'institution à laquelle on appartient. Car au quotidien, certains défis demeurent. Ils sont à mettre au compte d'un équilibre à maintenir, d'une saine vigilance dans la rencontre d'objectifs organisationnels différents, parfois contradictoires.

Les professionnels insisteront également pour dire que l'équipe mixte est composée de personnes ayant à cœur le travail d'équipe, soucieux d'arriver à des consensus et dotés de grandes qualités d'ouverture et de créativité. Des professionnels également dotés d'une capacité d'autocritique dans le développement de leurs pratiques et qui sont en constante recherche d'une meilleure complémentarité :

« C'était loin d'être gagné, et c'est grâce aux personnes qui sont à même l'équipe. De chaque côté. On a des gens de la santé qui ont heureusement un esprit ouvert sur ce qu'on fait, comment on est, nos racines à nous. Et vice-versa, on est une équipe policière qui est vraiment très ouverte, qui veut mieux comprendre l'être humain dans toute sa complexité. C'est pour ça que ça fonctionne bien. Derrière l'uniforme, derrière les personnes de la santé, on est des personnes qui se rejoignent. » (Policier)

2 – Une contribution à la réinsertion sociale des personnes

Chez les professionnels d'EMRII, on parle de la création de liens significatifs avec la personne comme d'une retombée importante de cette équipe. Les professionnels estiment contribuer à ce que les personnes se sentent entendues, respectées dans leurs priorités et leur rapport au monde, reçues par les services pour les besoins exprimés, traitées avec dignité. Il y a également le travail pour amener la personne à reconnaître et à limiter les risques encourus, à identifier ses besoins, à se mobiliser vers un mieux-être. On propose à la personne un parcours cohérent qui vise d'abord l'action sur ses demandes et ses besoins. On parlera des « petits pas » qui conduisent à la réinsertion sociale tout en respectant le rythme de la personne et de sa volonté à se mobiliser. L'équipe mixte reconnaît la personne dans sa globalité et non uniquement dans son problème ou sa situation de crise. Elle est vue à travers différentes dimensions constitutives de son existence : biologique, sociale, psychologique, spirituelle et juridique. Le témoignage des personnes desservies par l'équipe que nous avons rencontrées va également dans ce sens : on s'est senti écouté, reconnu, compris.

Les intervenants du CSSS notent que toutes les personnes desservies sont volontaires pour avoir un suivi avec l'équipe – une entente qui se résume parfois à accepter que des professionnels de l'équipe viennent saluer la personne à l'occasion sur la rue. On note également s'assurer que toutes les personnes soient conscientes qu'il s'agit d'une équipe au sein de laquelle collaborent intervenants CSSS et policiers :

« On va toujours travailler avec la priorité du client. Des fois ça va être la santé qui va être importante pour eux : ils vont être inquiets par rapport à la santé, ils veulent avoir un médecin, ils n'en ont plus. Des fois, ça va être au niveau social, ils veulent avoir un appartement, ils n'ont plus le bien-être social, ils ont un problème de revenu à cause de la détention, et ils ne savent plus l'argent auquel ils ont droit. Des fois, ils savent qu'ils ont plein de causes pendantes et ils ont peur de se faire arrêter quand ils sont sur la rue. » (Intervenant)

Un autre résultat identifié par les professionnels est que l'équipe mixte contribue à bâtir de meilleurs rapports entre les personnes à la rue et les policiers. Plusieurs personnes desservies par l'équipe, et peu à peu d'autres personnes en situation d'itinérance, reconnaissent chez les policiers d'EMRII des policiers en qui il est possible d'avoir confiance.

« C'est important que les policiers d'EMRII soient visibles, c'est important que le véhicule soit marqué différemment. On la voit la différence à ce niveau-là. Quand on intervient avec une personne en situation d'itinérance, ils reconnaissent le véhicule. Nos clients, quand ils nous voient arriver, au lieu de partir à marcher en sens opposé, ils restent sur place. On ne court pas après. J'ai le temps de stationner, de descendre, il est là, il est content de nous voir. Ce n'est pas du tout, du tout la même chose. Parfois on prend un véhicule non marqué EMRII, un véhicule de patrouille, et on voit tout de suite la différence. » (Policier)

« Il y a l'avantage que les personnes en situation d'itinérance qu'on voit aient un contact positif avec les policiers. Ça en partant, c'est des personnes qui souvent ont de la rage envers les policiers, qui sont des fois très victimisées, alors là : « bon c'est cool, il en existe des bons policiers ». EMRII commence à être connu au centre-ville avec le monde de la rue: "ils sont corrects ces policiers-là. Ça existe des policiers corrects." » (Intervenant)

3 – Une amélioration de l’accessibilité des services sociaux et de santé

Les pratiques de gestion de cas, de suivi dans le milieu et de collaboration interprofessionnelle qui se rencontrent au sein de l’équipe EMRII sont évaluées par les professionnels de l’équipe comme des pratiques prometteuses pour répondre à une population désaffiliée. La rencontre des expertises et des moyens de travail des policiers et des intervenants du CSSS apparaît comme un atout important pour se donner les moyens d’un suivi continu auprès de personnes qui, du point de vue des différents acteurs, apparaissent et disparaissent. Les professionnels de l’équipe mixte parlent abondamment des nouvelles possibilités conférées par la rencontre de deux univers professionnels pour favoriser la cohérence de l’intervention autour des personnes desservies :

- La mise en commun des outils de travail pour une plus grande efficacité dans l’intervention.
- La construction d’un portrait d’ensemble sur la situation d’une personne – du point de vue de la santé, du rétablissement, de l’occupation de l’espace public – où on voit la personne dans sa globalité, plutôt qu’en silos comme dans l’intervention classique.
- L’intégration de nouveaux référents dans l’évaluation des situations.
- De nouvelles pratiques d’intervention issues de ce travail de partenariat en deuxième ligne.

« Le suivi intensif dans le milieu et travailler étroitement avec les partenaires, ça se dessine comme une formule gagnante pour des personnes qui ont des problématiques multiples et qui sont assez volatiles. Ça prend de tout : des centres de jour, etc. Mais tu auras beau avoir plus de ci, plus de ça, si tu n’as pas de liaisons entre tout ça... Avec ces personnes-là, la cohérence, la complémentarité, ce n’est pas évident parce qu’il y a toujours des ruptures. L’itinérance, c’est un parcours en pointillé. Une petite ligne, un trou, une petite ligne, un trou. C’est dur de faire un suivi là-dedans. Autant pour l’équipe traitante de suivi en psychiatrie, autant pour de la désintox ou de la thérapie, autant pour l’agent de probation qui ne le voit jamais. » (Intervenant)

« Ce n’est pas simple de travailler en outreach parce que tu ne sais jamais si tu vas trouver le client. Mais entre faire de l’outreach traditionnel [à pied] et avec EMRII, je suis mille fois plus efficace avec EMRII. Parce que, un, on est avec un véhicule le trois quarts du temps. Ça veut dire qu’on couvre beaucoup de terrain en moins de temps. On est plus efficace. Il y a aussi qu’on est capable d’interpeller les policiers du métro, les policiers de quartier pour savoir s’ils ont vu notre client, savoir où il est. On a accès aussi à un logiciel des policiers, qui nous dit si certains de nos clients sont en détention, et où. S’il y a une intervention policière pendant la fin de semaine ou pendant la nuit, que nos clients ont été arrêtés et qu’ils sont détenus quelque part, on le sait le lendemain matin. » (Intervenant)

« Ces clients-là tombent dans les craques du plancher au niveau des critères pour les ressources. On parle de désintox, on parle d’hébergement, les refuges, ils ne cadrent pas nulle part. Et c’est ce qui fait qu’ils sont dans une espèce de récurrence. [...] Pour des clients, ça a vraiment changé leur vie. C’est la différence entre retourner dans un espèce de cercle ou d’accéder à la stabilité. » (Intervenant)

Un résultat de l’équipe mixte est d’avoir été en mesure de donner à plusieurs personnes l’accès aux soins requis et de dénouer des impasses qui faisaient en sorte qu’une personne était prise dans un cycle de « portes tournantes », à savoir le cumul de séjours hospitaliers et d’incarcérations à répétition. En unissant les expertises et moyens de travail de deux institutions (SPVM et CSSS), on arrive dans plusieurs

cas à offrir des réponses à différents besoins tels que la santé physique, la santé mentale, le logement, l'hébergement, la désintoxication, la régularisation du statut judiciaire. Les membres d'EMRII mettent de l'avant la nécessité d'une équipe de gestion de cas qui se déplace sur la rue et dans les différentes institutions afin de défendre le droit des personnes d'accéder aux soins. On parle des personnes desservies comme ayant peu de voix pour faire entendre leurs besoins. Des personnes qu'il est souvent difficile d'arrimer aux différents services dont les critères d'adhésion sont trop restrictifs en regard de ce qu'exigent les conditions de santé de ces personnes :

« Les personnes ne suscitent pas des appels policiers pour rien. Une personne, moins elle va avoir de l'aide, moins elle va aller vers les organismes communautaires, moins elle va avoir des services, plus elle va être chronicisée dans la rue, plus elle va susciter des appels policiers. Je trouve que la clientèle EMRII est très complexe, ce qui fait qu'un gros rôle qu'on a c'est de faire de la défense de droits pour que la personne ait accès à des services et se battre avec le système de santé pour que quelqu'un sorte de sa case prédéfinie et soit moins rigide pour accepter une personne qui n'est peut-être pas leur clientèle type et qui ne rentre pas dans leurs critères. » (Intervenant)

« Il y a des dossiers qu'on a résolus pour Urgence santé. De gros dossiers. À ce moment-là, ils ont vu l'avantage de notre équipe. [...] Il y a de ça quelques mois, on avait parmi les dossiers EMRII les 5-6 premiers tops des hauts utilisateurs d'urgence de Notre-Dame et St-Luc. Des gros utilisateurs, les 5-6 dossiers et là, ils sont tous réglés ces dossiers-là! » (Intervenant)

4 – Une contribution à la concertation entre les acteurs institutionnels œuvrant en itinérance

De nombreux résultats identifiés par les membres de l'équipe se rapportent à la capacité des professionnels à collaborer avec les acteurs qui entourent une personne. En tant que gestionnaire de cas, l'équipe contribue à une meilleure connaissance de la réalité et des besoins des personnes en situation d'itinérance. Les questions relatives à la collaboration, au partenariat et à la référence apparaissent ici centrales dans l'évaluation de l'efficacité de l'équipe. On parle d'interventions plus efficaces et plus rapides pour des personnes longtemps laissées sans réponse durable à leurs besoins :

« Le fait de pouvoir suivre des personnes à travers tout ce chaos de judiciarisation, d'hospitalisation, il y a un suivi systématique qui s'installe. Tu soutiens le client et l'équipe du partenaire dans l'évolution du dossier. Ça peut être dans l'échange de renseignements, dans la complémentarité des interventions parce qu'eux font de l'interne, tu fais de l'externe et tu te complètes, tu va t'arrimer. Des échanges cliniques qui font qu'il y a une compréhension plus complète et que ça débloque. » (Intervenant)

Les professionnels d'EMRII notent que la crédibilité de l'équipe construite au fil du temps permet d'orchestrer des interventions cohérentes entre les différents acteurs, du point de vue de la situation d'une personne, dans l'établissement et la mise en œuvre d'un plan d'intervention. On parle d'une équipe dont la pertinence et l'expertise sont reconnues par plusieurs patrouilleurs et qui a fait ses preuves auprès de nombreuses équipes traitantes, ressources communautaires ou procureur de la cour et avocat de la défense. La crédibilité de l'équipe auprès de certains acteurs en santé va donner lieu à des ententes particulières afin de favoriser l'accès aux services. La crédibilité auprès de la cour permet également à l'équipe mixte de faire des recommandations allant dans le sens du rétablissement des personnes et d'une cohabitation harmonieuse dans l'espace public :

« L'itinérance, c'est complexe. Et souvent, les services sont dépassés par la complexité, la lourdeur, ils ne veulent pas être pris avec tout ça. Mais dès qu'ils voient qu'il y a une équipe, et une équipe qui fait du sens, qui a des moyens, qui a des plans d'interventions, ils embarquent. » (Intervenant)

« Quand tu pousses, tu pousses, après le monde réalise le bien fondé d'avoir poussé et qu'il y a du monde qui s'acharne sur des dossiers, parce que ce dossier là, ça fait trois ans qu'il pourrit dans les hôpitaux et qu'il est mal desservi et qu'il coûte une fortune. À cause que cette équipe-là, il y a quelque chose qui se fait... » (Intervenant)

« On se positionne comme une équipe pivot et notre rôle est de coordonner tous les services autour et s'assurer que tout va dans le même sens. [...] On va se déplacer à la cour pour faire des recommandations au niveau de la sentence. Si le client fait des démarches, s'il est en train de faire des choses, on n'a aucun intérêt à le mettre en détention. Si quelqu'un a un problème d'alcool, on va dire : est-ce possible de lui offrir, plutôt que la détention, la désintox? On a travaillé fort à EMRII, et maintenant je pense qu'ils le savent les procureurs, que c'est mettre un client en échec de lui demander de ne pas consommer s'il a un problème d'alcool. C'est sûr et certain que vous allez le réarrêter en quelques semaines, on fait juste monter des dossiers. On fait juste coûter cher au système, c'est irréaliste. Je pense que c'est un discours qui commence à porter fruit au niveau de la cour. » (Intervenant)

En initiant cette équipe mixte, un des objectifs du SPVM est de dégager les patrouilleurs d'interventions récurrentes en redirigeant les personnes vers une équipe spécialisée à même d'identifier des solutions à moyen et à long terme. Les policiers EMRII ont développé au sein de l'équipe mixte divers outils pour communiquer efficacement avec les patrouilleurs dans le cadre d'un travail de deuxième ligne. Au fil du temps, les policiers notent avoir acquis une crédibilité comme policiers spécialisés en itinérance au SPVM, à qui les patrouilleurs relayent les situations problématiques qui ne peuvent pas être réglées en première ligne. Si au départ de l'équipe, les interventions se sont concentrées aux quartiers centraux les plus occupés par la population itinérante, au cours de la dernière année, le nombre de postes de quartier référents s'est élargi, pour rejoindre toute l'île de Montréal, notamment le nord et l'ouest de l'île :

« Au poste de quartier 21, régulièrement, les policiers me disent : "écoute, on n'en a plus d'appels pour personnes en situation d'itinérance dans le 21. On n'en a plus." Souvent ils nous disent : "Vous avez fait quoi avec telle personne? On répondait tout le temps, tout le temps, je ne le vois plus. " » (Policier)

« Le mot s'est passé. Là, on reçoit des appels de d'autres postes de quartier qui avaient leurs personnes en situation d'itinérance qui généraient quelques appels. » (Policier)

« On reçoit souvent des petits mots (de remerciement). Les policiers voient qu'il y a un résultat. Premièrement ils sont contents et ils nous remercient, et deuxièmement ça fait en sorte qu'après ça ils ont plus le réflexe de penser à nous. On est aussi là pour faire la référence et le support nécessaires s'ils ont des cas en particulier. » (Policier)

Pour les professionnels d'EMRII, le fait que des patrouilleurs réfèrent des dossiers à l'équipe mixte témoigne d'une sensibilité qui se transforme à l'égard de cette population et aux divers facteurs de vulnérabilité qui la caractérisent.

5 – Le développement d’outils d’intervention et de sensibilisation pour les policiers

Au-delà des succès évidents de l’équipe pour arrimer certaines personnes aux services et contribuer à de meilleures conditions de vie, on a créé des outils qui peuvent amener des changements de pratiques chez les policiers. Certains acteurs, tant intervenants que policiers, considèrent EMRII comme un lieu privilégié pour sensibiliser les patrouilleurs à la réalité de l’itinérance et contribuer au changement des pratiques policières. La rencontre des expertises au sein d’EMRII a permis de développer de nouvelles interventions policières en prévention. Certains membres de l’équipe se sont notamment employés à systématiser ces nouvelles pratiques afin de les rendre accessibles aux patrouilleurs, dans le cadre de discussions dans le travail quotidien, de capsules d’information et d’outils de référence :

« Veux, veux pas, on développe une expertise de la clientèle en travaillant avec les gens de la santé. [...] Des réflexes qu’on a développés en parlant avec les gens de la santé et qu’on applique à l’intervention policière – comme appeler plus UPS-J. Ça fait partie de l’intervention policière. Quand les appeler, quand ne pas les appeler? Quand faire des références ailleurs? Quand faire de la réduction de méfaits dans l’intervention policière? Quand être plus en mode de protection? Observer. L’aide-mémoire aussi fait partie d’une expertise qu’on a créée et qu’on a mise à notre saveur policière. Et qui fait partie de notre mandat de protection. » (Policier)

Il y a un travail au quotidien sur le terrain, lors des fall-in et les discussions de cas avec les patrouilleurs pour pister ces derniers vers des interventions auprès des personnes desservies par l’équipe, ainsi que dans l’intervention de première ligne auprès des personnes vulnérables. Différents outils visent notamment à faciliter les références des personnes en situation d’itinérance par les patrouilleurs, mais également par les agents de sécurité de divers lieux publics avec qui on collabore :

« Les policiers ont toujours un petit calepin où on peut insérer [de nouvelles informations] et une policière a réalisé un aide-mémoire sur l’itinérance. Elle a aussi fait une petite pyramide, la pyramide de l’état mental qu’on l’a appelée, qui dit un peu aux policiers quand appeler UPS-J⁵⁵, quand référer dans un organisme et quand ce n’est plus le temps d’appeler UPS et qu’il est temps vraiment de faire une intervention d’urgence policière. » (Intervenant)

« Pour quelqu’un qui boit beaucoup beaucoup, et que tu lui vides sa bière, tu vas peut-être intervenir dessus en urgence dans une heure parce qu’il est en sevrage et en convulsion. Alors, on développe d’autres stratégies avec eux : « Oui tu peux peut-être lui faire vider sa bière, mais avant de la lui faire vider, peut-être vérifier certains éléments, comme par exemple, est-ce qu’il va dans les refuges? » On a fait un check liste pour les patrouilleurs de questions de base à demander aux clients. On a fait des outils, le SPVM et avec notre support, ils ont fait ça. » (Intervenant)

« Une policière a fait un tableau indiquant quoi mettre dans le rapport d’évènement, parce que les policiers souvent vont intervenir et essayer de faire de la liaison, mais ils ne détaillent pas beaucoup. On lit le rapport d’évènement, ça ne dit rien. Qu’est-ce que ça veut dire que la personne était bizarre? Elle était habillée comment?

⁵⁵ UPS-J — Équipe d’Urgence Psychosociale-Justice, du CSSS Jeanne-Mance, qui est en opération 24 /7. Cette équipe a pour mandat d’éviter la judiciarisation des personnes qui ont un problème de santé mentale sévère et persistant. L’équipe est aussi l’instance régionale désignée pour estimer la dangerosité d’une personne en crise conformément à la Loi sur la protection des personnes dont l’état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (Loi P-38.001).

C'était quoi son affect? Parce que souvent les hôpitaux se plaignent que les policiers dumpent les personnes, eux appellent ça du dumping parce que les policiers ne font pas de liaison. Et les policiers sont fâchés par qu'ils ne gardent pas les personnes transportées là. Mais les hôpitaux n'ont pas les informations nécessaires, c'est un peu la même chose avec les CLSC. Les policiers ne sont pas formés pour faire de bonnes références. » (Intervenant)

6 – Une expertise contribuant à la réflexion sur le réseau des services destinés aux personnes à la rue

En se plaçant du point de vue du parcours des personnes dans les services, les membres d'EMRII ont développé une vision d'ensemble des services disponibles pour les personnes en situation d'itinérance à Montréal. Le regard qu'ils portent sur les services combine à la fois une connaissance fine de l'état du réseau des services, des contraintes et limites propres à chacun des professionnels dans l'exercice de leur travail, ainsi que du point de vue des usagers de ces services qui vivent des problématiques complexes. EMRII devient ainsi un observatoire permettant de réfléchir à l'état des services à Montréal dans la réponse aux personnes en situation d'itinérance, et notamment par celles qui sont les plus difficiles à rejoindre pour les services traditionnels :

« Avec un policier, on a fait une intervention, avec quelqu'un de très intoxiqué sur la rue [qui n'est pas un client EMRII]. On se posait la question : où est-ce qu'on l'emmène? Qu'est-ce qu'on fait avec ce client-là? Le policier m'a dit : « si je pense qu'il va faire un sevrage et qu'il est très intoxiqué, qu'il est délirant, qu'il ne va pas bien, je vais l'amener à l'hôpital et ils vont le prendre en charge jusqu'à ce qu'il dégrise. Sinon, s'il a l'air juste très intoxiqué, je vais peut-être l'amener au c.o. [centre opérationnel de la police], pour le protéger. Si je fais ça, je n'ai pas le choix de donner un ticket. Parce qu'il faut que je justifie la mise en détention. Et là, il va se retrouver avec un ticket de 150 \$, que je ne veux pas lui donner! » Il n'y a pas d'alternative pour l'instant. [...] On met les policiers dans une obligation de donner des tickets parce qu'il n'y a pas de meilleure réponse. » (Intervenant)

« On s'est rendu compte qu'il y avait très très peu de services dans les prisons provinciales. Ces gens-là étaient laissés à eux-mêmes. Ils sont remis sur la rue, ils n'ont pas de bottes. Ils sont arrêtés en été, ils ressortent en hiver. Ils n'ont pas de bottes, rien, pas d'argent. » (Policier)

« Je me questionne beaucoup sur le fait que l'urgence est notre seule porte d'entrée présentement pour une évaluation plus poussée avec cette clientèle-là. Est-ce que c'est la meilleure porte d'entrée? Je ne suis pas certaine. Je n'ai pas la réponse, mais s'il y avait moyen de travailler plus avec les cliniques externes? » (Intervenant)

« En ce qui concerne les autres services au niveau itinérance à Montréal, on peut toujours s'indigner du fait que dans un système de la santé des gens sont catalogués et ne sont pas pris en charge. C'est indéniable. Bon nous, on est là pour faire changer ça aussi. On essaie de briser les tabous, les barrières, pour que les personnes aient accès à du droit commun. C'est long. Mais plus il y aura de personnes sensibilisées, à changer les mentalités ou changer les choses, nous c'est un peu ce qu'on fait à huit. » (Intervenant)

Pour éviter de démultiplier ce type d'initiative spécialisé, les membres de l'équipe parlent de la nécessité de décroiser les silos et de combler les « vides » entre les services actuels. Voici certaines des propositions identifiées par les professionnels de l'équipe pour contribuer à une meilleure réponse aux personnes en situation d'itinérance :

- Des répondants en matière d'itinérance dans chaque CLSC
- Des répondants en matière d'itinérance dans chaque poste de quartier

- Un centre de répit et de dégrisement
- Un meilleur accès au logement, et notamment l'accès à des options qui ne sont pas rattachées aux grands refuges d'hébergement
- Un arrimage entre des professionnels en toxicomanie et le centre opérationnel du SPVM
- Plus de services dans les prisons provinciales pour aider à la réinsertion des personnes, faire des plans de sortie.
- Des plates-formes pour évaluer l'état de santé des personnes qui sont plus accessibles et plus appropriées que l'urgence

3.3 – La gestion et le développement des pratiques : des indicateurs de suivi des équipes EMRII et ESUP ⁵⁶

Cette recherche permet d'identifier des constats quant à la mise en œuvre et à la perception de l'impact d'une équipe mixte impliquant le SPVM et le CSSS Jeanne-Mance. La formule est certes innovante, mais que permet-elle dans les faits? Il nous semble qu'il faut poursuivre le travail de documentation des pratiques pour mieux saisir les dynamiques de collaboration qui se mettent en place et les impacts de ces dynamiques sur les pratiques dans chacune des organisations.

En ce sens, il nous paraît intéressant de s'inspirer des approches européennes des services axés sur les résultats. En fait, il s'agit ici de faire une évaluation qui ne repose pas sur l'adéquation normative à un modèle ou à une orientation politique. L'idée est simple : il s'agit de s'intéresser aux effets des interventions et des actions de l'équipe même si ces effets ne sont pas ceux attendus au départ. Les résultats sont les effets globaux des services sur les usagers d'une part, mais aussi sur les contextes de prestation des services, d'autre part. L'évaluation continue des interventions à partir des résultats permet d'ajuster les actions en tenant compte du point de vue des usagers. Par exemple, on peut souhaiter que les pratiques de l'équipe EMRII induisent une diminution du fardeau des patrouilleurs auprès de certaines personnes difficiles. L'analyse des effets cherchera à mettre aussi en relief que les actions ont un impact direct auprès de la personne (se sentir écoutée, supportée et orientée), des policiers (meilleure connaissance de la trajectoire des personnes et de la temporalité dans laquelle les interventions policières à répétition s'inscrivent), des résidents du quartier (acceptabilité, sentiment de sécurité) et des professionnels de la santé et du social (le développement de la complémentarité des actions sanitaires et policières). Statuer sur l'impact d'EMRII consiste à rendre compte d'une intervention qui se déploie dans un contexte de grande complexité.

Les pratiques de collaboration interprofessionnelle sont de plus en plus populaires, mais leur efficacité et les bénéfices réels sur les personnes qui en sont la cible ne sont pas systématiquement évalués. C'est pourquoi à la fin de cette recherche, nous proposons des bases pour évaluer l'impact d'EMRII sur la qualité de vie des personnes desservies et sur la complémentarité des services, du point de vue des trois groupes d'acteurs en cause : policiers, intervenants de la santé et du social et personnes à la rue :

- Du point de vue de l'organisation des services policiers, il s'agit, pour favoriser une cohabitation harmonieuse, de franchir les obstacles de la référence des personnes en situation d'itinérance par les policiers, de réduire la récurrence des appels pour les mêmes individus et de favoriser une meilleure continuité des actions des intervenants des différents secteurs, malgré les logiques d'intervention divergentes, en réduisant notamment les barrières du partage des informations.

⁵⁶ Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) et Équipe de soutien aux urgences psychosociales (ESUP)

- Du point de vue des intervenants de la santé et du social, il s'agit d'améliorer l'accessibilité des services aux personnes les plus démunies, d'améliorer les conditions de vie, de réduire la stigmatisation et de contribuer à la réinsertion sociale des personnes.
- Du point de vue des personnes à la rue, les impacts d'EMRII pourraient s'exprimer en termes de réinsertion sociale, de nouvelles possibilités pour bénéficier de meilleures conditions de vie, d'une stabilisation résidentielle, d'une réappropriation de leur santé, d'une régularisation de leur statut juridique, d'une redéfinition de leur identité, d'une réduction de la discrimination, entre autres.

Il n'est pas simple de faire le bilan de ce genre d'initiative de projet intersectoriel. L'exercice est complexe puisque l'efficacité n'est pas une notion neutre et qu'elle doit être contextualisée selon les groupes professionnels et les milieux de pratique. Les indicateurs évoqués ici, s'ils peuvent paraître contradictoires, doivent être mis en dialogue pour que l'on puisse parler des effets de l'intervention et du dispositif. EMRII vise à répondre à plusieurs enjeux. Dès lors la question de la mesure des effets des équipes mixtes se pose comme une mesure à plusieurs niveaux. La prochaine citation, où un des intervenant EMRII énumère divers résultats possibles de l'intervention, est révélatrice à cet égard :

« Des fois on arrime aux services et ça ne donne pas le résultat escompté, mais quand on arrive à faire ça, pour moi c'est un certain succès, parce qu'on raccroche au réseau, même si c'est long avant qu'il y ait un résultat concret. Diminution des symptômes de souffrance. Des gens qui redeviennent stables avec la médication, même si on n'a pas tout réglé et que la personne est encore en situation d'itinérance, c'est un certain succès. Il peut y avoir, dans certains cas, la création du lien. C'est des gens qui ont été désaffiliés. De réussir à créer ce lien-là, oui ça va prendre deux ans avant de la stabiliser, mais ce n'est pas rien que la personne accepte d'avoir un suivi et qu'elle va se déplacer au CLSC pour certaines rencontres ou accepter de prendre une douche, de reprendre un lien avec les refuges ou autre. Pour moi, c'est un paquet de petits succès. La théorie des petits pas, ça rentre là-dedans. Parfois on sort la personne de la rue, on demande de l'hébergement, parce que la personne était complètement en danger. C'est l'autre extrême, mais on vient de sauver la vie de quelqu'un. Ce n'est pas rien, d'être capable de faire ça. La réduction des portes tournantes à l'urgence, ça peut être aussi le nombre d'appels que la personne suscite aux policiers. Elle peut être encore dans la rue, mais elle n'en suscite plus d'appels. Et ce n'est pas juste parce que la personne a changé de quartier. » (Intervenant)

La question de l'intervention réussie suppose une dimension normative, c'est-à-dire l'adéquation à une norme et à des attentes. Se demander si ce qu'on fait « marche » devrait d'abord consister à observer les effets de l'intervention qu'ils soient prévus ou non. Pour y arriver, les discussions avec les professionnels et certains gestionnaires de l'équipe mixte permettent d'identifier des indicateurs pouvant être retenus comme balises d'observation des effets de l'intervention. Il nous semble qu'il faut les mettre en dialogue avec les attentes des personnes bénéficiaires des services. Nous utilisons ici le mot « attentes » qui renvoie à quelque chose qui est exprimé, qui est formulé par les personnes et qui ne se réduit pas à une évaluation extérieure des besoins.

L'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) met de l'avant une approche d'évaluation des modes d'intervention en service social dont l'objectif est de fonder l'évaluation sur les effets possibles directs et indirects, intentionnels et non intentionnels (UETMISS, 2011). Cette évaluation

qui doit se faire sur un temps relativement court vise à soutenir à la fois la prise de décision et l'enrichissement des pratiques. Bien qu'une stratégie d'évaluation continue reste à construire, voici des indicateurs qui pourraient être explorés pour faire le suivi stratégique des interventions EMRII (ainsi que d'autres équipes d'intervention santé-police, telle que l'Équipe de soutien aux urgences psychosociales - ESUP). Ces indicateurs permettront non seulement d'identifier des résultats, mais pourront en outre en produire en fournissant un point de référence pour le suivi, la prise de décision, la consultation des parties prenantes dans les années à venir :

Des indicateurs qui témoignent du mieux-être des personnes

- ✓ Des personnes qui se sentent respectées, reconnues
- ✓ Diminution des symptômes de la souffrance
- ✓ Amélioration de l'état de santé physique et mental
- ✓ Développement de l'estime de soi
- ✓ Des personnes qui se mobilisent dans le sens de leur mieux-être

Des indicateurs qui témoignent de l'amélioration des conditions de vie

- ✓ Réduction des risques encourus par la personne
- ✓ Stabilisation (résidentielle, dans des ressources adaptées)
- ✓ Régularisation de la citoyenneté et accès à un revenu

Des indicateurs qui témoignent du développement de l'accessibilité

- ✓ Mise en lien de la personne avec des ressources pertinentes, et notamment avec les ressources de santé
- ✓ Réduction du phénomène des portes tournantes :
 - Réduction des séjours à l'urgence
 - Réduction des transports au centre opérationnel du Service de police
 - Réduction des interpellations policières
 - Diminution ou arrêt de la spirale de la judiciarisation pour les personnes desservies (nombre de contraventions, comparution à la cour, détention)

Des indicateurs qui témoignent de la cohabitation harmonieuse et de l'insertion sociale

- ✓ Amélioration des relations avec les policiers
- ✓ Régularisation du parcours judiciaire (dettes, mandats d'arrêt, non-respect des conditions de probation)

Des indicateurs qui témoignent des effets au niveau organisationnel et des pratiques

- ✓ Un système de référence plus systématique et efficace
- ✓ Prise en compte des personnes (besoins, demandes, point de vue et attentes)
 - Des ordres de la cour qui vont dans le sens des besoins des personnes ayant des facteurs de vulnérabilité
- ✓ Des services policiers et de santé qui collaborent aux interventions proposées et que l'on identifie dans les protocoles et plans d'intervention

- Établissement de partenariats formels et informels
- Des interventions concertées qui permettent de trouver des solutions à moyen et long termes
- ✓ Des services en CLSC ouverts à desservir les personnes en situation d'itinérance

Des indicateurs qui témoignent des effets pour le SPVM

- ✓ Une équipe spécialisée à laquelle se réfèrent les patrouilleurs
 - Nombre de demandes de support de la part des patrouilleurs et nombre de postes de quartier référents
 - Connaissance par les patrouilleurs des stratégies d'intervention proposées par EMRII
 - Engagement des patrouilleurs qui communiquent avec EMRII à propos des suivis en cours
- ✓ Des patrouilleurs qui sont dégagés d'interventions récurrentes
 - Nombre des interventions réalisées par les patrouilleurs auprès des personnes desservies par EMRII (avant et après)
 - Temps d'intervention de la part des patrouilleurs auprès d'une personne desservie par EMRII (avant et après)
- ✓ Des personnes qui suscitent moins d'interventions policières
 - Réduction du nombre d'appels de la part des citoyens à l'égard des personnes desservies
 - Réduction des comportements problématiques par les personnes desservies par l'équipe
- ✓ Visibilité et évaluation positive de la compétence des policiers par les citoyens qui partagent l'espace public avec les personnes desservies par l'équipe
- ✓ Valorisation des outils et expertises développés par EMRII par les cadres

Des indicateurs qui témoignent des effets pour le CSSS Jeanne Mance et ses partenaires

- ✓ Meilleure articulation des interventions cliniques et policières
- ✓ Meilleure connaissance des pratiques policières et des possibilités de complémentarité
- ✓ Augmentation des références vers UPS-justice et suivis par cette équipe
- ✓ Diminution des interventions en situation de crise auprès des personnes qui bénéficient des services d'EMRII

Des indicateurs qui témoignent de l'innovation par la présentation d'alternatives à la judiciarisation

- ✓ Sensibilisation des patrouilleurs à la réalité des personnes à la rue desservies par EMRII pour offrir des réponses alternatives à la judiciarisation, au cas par cas
- ✓ Des patrouilleurs mieux outillés pour faire de la liaison avec les services sociaux et de santé
- ✓ Réduction des coûts de la prise en charge récurrente (police, justice, urgence, hôpitaux)

Des indicateurs d'efficacité (effets attendus), d'efficience (rapport entre ce qui est réalisé et les moyens mis en œuvre) et d'innocuité (absence d'effets indésirables)

- ✓ Nombre de dossiers ouverts
- ✓ Nombre de dossiers fermés
- ✓ Durée d'un suivi – modulé selon les paramètres d'une équipe en gestion de cas
- ✓ Nombre d'interventions /client – modulé selon les paramètres d'une équipe en gestion de cas

- ✓ Pour les intervenants et les policiers EMRII, temps passé auprès des personnes versus temps de déplacement, discussions de cas, travail administratif, présentations
- ✓ Pour les policiers EMRII, temps passé auprès de la clientèle EMRII versus interventions policières autres (interventions d'urgence, affectations temporaires)
- ✓ Capacité à faire consensus autour des différentes interventions qui sont réalisées

Conclusion – Poursuivre la recherche sur les impacts d’une équipe mixte

Nous avons étudié l’équipe mobile de référence et d’intervention en itinérance (EMRII) du point de vue de la capacité des professionnels issus de deux institutions à trouver des terrains d’entente afin de mener des interventions qui satisfassent aux préoccupations de tous et qui permettent d’arrimer, de protéger, d’accompagner et de trouver des solutions pour les personnes en situation d’itinérance. Il semble assez clair qu’EMRII est une équipe pertinente pour améliorer la réponse aux personnes à la rue et que les professionnels de l’équipe parviennent, à moyen et long terme, à cheminer avec la personne vers une stabilisation de son état de santé et à contribuer à une cohabitation plus harmonieuse de l’espace public. Cependant, les professionnels de l’équipe notent à de nombreuses reprises que pareil partenariat s’improvise difficilement et qu’une équipe "inter" était importante et le demeure, pour différentes raisons :

- La rencontre de deux univers professionnels aussi différents ne se fait pas sans heurts. Il faut y mettre le temps, apprivoiser l’univers de l’autre, se comprendre chacun dans son rôle, apprendre à se reconnaître en tant que professionnel compétent. Cette collaboration aurait difficilement pu se forger sur la base de relations ponctuelles ; il fallait que ce soit les mêmes individus, confrontés aux mêmes problèmes, sur une période de temps suffisamment longue pour que s’établisse une certaine complicité et que l’on identifie des espaces de collaboration. *« Avant d’être dans l’action, il faut apprendre à se connaître. »* (Policier)
- Une équipe telle qu’EMRII permet de se doter d’ententes particulières au niveau de l’échange d’information et des règles de confidentialité qui ne pourraient pas se généraliser, compte tenu des obligations professionnelles des uns et des autres.
- Une équipe mixte semble devoir être composée de professionnels qui à la fois sont experts de leur domaine, tout en ayant les habiletés nécessaires au travail d’équipe.
- Le travail des membres de l’équipe au sein de leur propre institution permet de faire de la « contamination positive » en traduisant les préoccupations des différents acteurs qui sont autour de la personne, et de jouer ainsi un rôle de passeur.

Dans le cadre de cette recherche, nous nous sommes principalement intéressés au fonctionnement interne et aux pratiques d’interventions propres à l’équipe EMRII. Il y aurait, dans un deuxième temps, un travail de recherche à faire pour documenter la manière dont l’expérience de ce partenariat influence les pratiques des institutions partenaires (SPVM et CSSS). En filigrane de leur mandat premier d’arrimer les personnes aux services, les membres de l’équipe et les gestionnaires d’EMRII, à la fois au SPVM et au CSSS J-M, expriment le désir de contribuer plus largement à un changement des pratiques institutionnelles.

Quel est l’impact d’EMRII sur les organisations et les acteurs du Réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que le Service de police de la ville de Montréal? À travers les efforts déployés, quel impact a-t-on sur le rapport entre professionnels des deux institutions et personnes en situation d’itinérance? Y

a-t-il un autre regard et de nouvelles pratiques qui se développent chez les patrouilleurs sur la base d'une meilleure compréhension de la réalité des personnes à la rue? Y a-t-il reconnaissance de la part des intervenants des divers CSSS de l'île de Montréal de la nécessité de desservir la population itinérante? Ces questions n'ont pas été abordées par la présente étude. Voici par ailleurs quelques réflexions et pistes de recherche pour la suite.

EMRII permet-elle de favoriser plus largement une collaboration entre la santé et les policiers?

Les relations entre les acteurs des milieux de la santé, des services sociaux et communautaires et les policiers sont souvent empreintes de méfiance et d'incompréhensions, notamment quant à la façon d'exercer son jugement professionnel. Les professionnels d'EMRII déplorent que certains intervenants ne veuillent pas être vus en compagnie des policiers : si on peut comprendre que les personnes à la rue ne veulent pas faire affaire aux policiers, on déplore que certains intervenants aient parfois cette même attitude envers les policiers. Inversement, certains policiers hésitent à référer les personnes à des acteurs en santé parce qu'on ne répond pas à leurs demandes à leur satisfaction. Un impact souhaité par les membres de l'équipe est de contribuer à tisser des liens entre les acteurs de ces différentes institutions. Il y a un travail effectué par les professionnels au sein de chacune de leurs institutions visant à offrir les outils et les éléments de compréhension nécessaires à une meilleure collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé :

« On est beaucoup plus tolérants par rapport à nos organisations. Qu'on ait réussi à être ensemble, veut veut pas, ça contamine chacun de notre bord nos organisations. Eux font un travail avec l'équipe Itinérance. Moi je travaille avec les patrouilleurs. On essaie qu'il y ait une contamination chacun de notre bord. C'est beaucoup, de ce partenariat-là. » (Policier)

« Le gros impact d'EMRII, c'est qu'on est en train de prouver qu'on ne peut pas travailler en itinérance sans travailler avec les policiers. Je pense que ça apprend que n'importe quel organisme devrait commencer à travailler avec les policiers aussitôt qu'on suit une personne qui dit : "moi les policiers me font chier, ils n'arrêtent pas de me harceler, ils m'arrêtent souvent, je n'arrête pas d'avoir des tickets", il faut communiquer avec les policiers. Pour que les policiers expliquent un peu ce qui se passe. Pour qu'on puisse expliquer aux policiers comment intervenir tout le monde ensemble avec la personne. Je pense que les CLSC, tous les organismes devraient plus travailler avec les policiers. Je pense que c'est ce qu'EMRII est en train de démontrer. » (Intervenant)

Les professionnels d'EMRII se définissent comme des passeurs qui permettent peu à peu une meilleure compréhension entre deux univers organisationnels. La compréhension du point de vue de l'autre, mais aussi du contexte et de la culture organisationnelle au sein duquel il travaille, favorise une plus grande tolérance et donne une prise à la médiation et à la résolution de problèmes. Parmi les théories du changement social, celles qui s'intéressent au pouvoir de l'innovation mettent l'accent sur les stratégies des petits pas et la manière dont certaines initiatives peuvent avoir des retombées sur l'ensemble d'une organisation et d'un groupe. Si les équipes mixtes ont ce type de potentiel, il reste à montrer comment elles peuvent avoir un impact réel et non seulement cosmétique. Au-delà des indicateurs, il faudrait documenter les processus de changement à l'œuvre, les stratégies de sensibilisation déployées qui permettent un changement de mentalité.

Quel est l'impact d'EMRII sur le travail policier en itinérance?

Dans le cadre de la présente étude, nous avons pu décrire l'important travail déployé par les policiers EMRII pour établir une crédibilité auprès de leurs collègues policiers et développer des canaux de communication permettant de faciliter la prise en charge et le suivi autour de différentes situations nécessitant la collaboration avec des intervenants sociaux et de la santé. L'équipe permet la résolution de situations problématiques impliquant des personnes vulnérables en situation d'itinérance et les policiers EMRII parlent d'une diminution des interventions des patrouilleurs auprès de ces individus.

Dans le milieu communautaire et de la défense des droits, c'est à l'aune d'une éventuelle capacité à réduire la judiciarisation des personnes qu'a été accueillie, ou non, le projet EMRII. Rappelons qu'EMRII n'a qu'un pouvoir de recommandation auprès des patrouilleurs. Au dire des membres de l'équipe, il y a des changements d'attitudes qui s'opèrent chez les patrouilleurs, des recommandations qui sont suivies et qui font école. Il ressort de cette étude que de nouvelles pratiques policières se sont développées au sein d'EMRII. De plus, s'il n'est pas considéré comme la mission première de l'équipe, un travail de systématisation a été réalisé par des policiers de l'équipe pour diffuser de nouvelles pratiques policières en itinérance et outiller les patrouilleurs dans leur travail de première ligne. Cependant, l'étude réalisée ne nous permet pas de savoir si au sein du SPVM ces nouvelles pratiques ont le statut de mesures d'exception ou si elles se diffusent progressivement dans le travail des patrouilleurs qui répondent en première ligne.⁵⁷

Dans un petit bilan à propos de deux focus groups sur l'itinérance mené auprès de policiers du SPVM, il est évalué qu'EMRII est un « excellent support » de deuxième ligne pour relayer les cas lourds. Par contre, les policiers interrogés connaissent peu ou pas le volet « suivi et référence » de l'équipe et estiment également qu'elle n'en a pas tout à fait les moyens : il faudrait un numéro unique et un service 24 h/7^{58 59}.

« EMRII, on est une petite cellule. Mais il faut que ça s'étende, ces pratiques. C'est un gros enjeu. Que les policiers nous appellent plus aussi. Là, on est fort dans l'intervention, dans la prise en charge, on est bon là-dedans. Mais on n'a pas tant d'appels des policiers qui demandent de l'aide. Ils voient nos courriels, mais on n'offre pas tant de support aux patrouilleurs. Et puis, ils travaillent comme ils veulent avec le dossier [pour lesquelles EMRII a émis des recommandations]. Ça aussi. Si on veut s'améliorer en tant qu'organisation, il faut mettre la cohérence. C'est bien important. On est bien fort EMRII, mais l'enjeu aussi, c'est de s'améliorer en tant qu'organisation. » (Policier)

« Avec EMRII et UPS-J, la majorité des attentes policières ne sont pas comblées avec ces deux services offerts directement aux patrouilleurs, parce qu'ils ne répondent pas à la notion de résolution de problèmes immédiate et

⁵⁷ Par exemple, un usage plus fréquent des services d'UPS-J par les patrouilleurs, pourrait témoigner d'une nouvelle façon chez les patrouilleurs d'évaluer les situations et d'un accroissement d'un sentiment de légitimité de la collaboration santé-police.

⁵⁸ Focus group réalisé par la Division de la formation du SPVM – février 2012

⁵⁹ Chez les patrouilleurs, le besoin d'aide directement au moment de l'intervention, d'un numéro de téléphone pour être guidé dans l'intervention sera probablement davantage comblé par l'équipe de patrouille mixte ESUP (Équipe de soutien aux urgences psychosociales).

permanente. Je pense que le SPVM aurait avantage à mettre l'accent sur la qualité de l'intervention policière avec la clientèle plutôt que sur la résolution de problèmes et la diminution des appels au 911. Souvent les patrouilleurs ont la pensée magique qu'en référant les clients à notre équipe ou en faisant référence à UPS, le client ne sera plus problématique. » (Policier)

À la lumière de ces constats, voici quelques dimensions qui pourraient être explorées avec les patrouilleurs de différents postes de quartier afin de saisir les effets immédiats, à moyen et long terme pour les policiers de la présence de l'équipe EMRII :

- Quelle est leur réalité de travail avec les personnes en situation d'itinérance?
- Quelle est la connaissance des patrouilleurs de l'équipe mixte et quel usage en fait-on?
- Comment se déroule le travail de collaboration avec EMRII? Y a-t-il participation aux interventions proposées dans le cadre de l'intervention de première ligne?
- Quels sont les facteurs qui contribuent à la pleine utilisation et efficacité du service par les patrouilleurs?
- Quelles sont les pratiques des patrouilleurs dans l'intervention avec des personnes vulnérables?
- Quelle est la connaissance des différents acteurs sur le terrain et quel travail est réalisé en partenariat avec eux en termes de référence et de liaison? (Les ressources communautaires, les hôpitaux, services du CSSS J-M en itinérance, entre autres.)

Quel est l'impact d'EMRII sur le Réseau de la santé et des services sociaux en matière d'intervention en itinérance?

Cette recherche a permis d'identifier l'important travail d'arrimage des intervenants EMRII et son impact sur le parcours des personnes, la nécessité dans certains cas de faire appel à ses « propres spécialistes » et tout le travail de fond pour améliorer l'accès aux services : de trouver des répondants dans le système de santé pour des personnes qui ne correspondent à aucune catégorie de service, développer des collaborations formalisées, travailler pour une reconnaissance des droits de chaque individu vulnérable et, dans chacun des secteurs, obtenir des services par la sensibilisation des acteurs et le travail en amont des gestionnaires.

Les intervenants d'EMRII viennent en support des équipes traitantes, pour qu'il soit moins lourd d'intervenir et qu'elles ne soient pas seules au dossier. EMRII vient aussi apporter un regard sur les besoins des personnes et rassembler les acteurs autour d'une prise en charge et une réponse plus adéquate aux besoins – qui souvent sont multiples et rendent la personne inadmissible à de nombreux services. Il y a aussi tout un travail pour solliciter les services existants à s'intéresser à la population desservie par l'équipe : le service d'aide à domicile pour faire l'évaluation des besoins, les équipes de santé mentale dans les CLSC et le département de l'hébergement long terme de l'Agence.

Par ailleurs, plusieurs personnes qui sont « hors du secteur » de l'équipe Itinérance, c'est-à-dire hors du centre-ville et des quartiers environnants, se retrouvent sous la responsabilité d'EMRII. Dans certains suivis, on voit des CLSC des secteurs périphériques au centre-ville refuser d'offrir des services aux

personnes qui leur sont référées par EMRII. Dans ces situations, ce n'est pas tant que l'apport d'une équipe mixte soit primordial, que le fait que peu de ressources soient par ailleurs disponibles pour desservir des personnes à la rue.

Qu'apporte EMRII par rapport à ce qui existe déjà du côté du CSSS pour mettre en œuvre les objectifs de ce dernier vis-à-vis des personnes à la rue? Les professionnels impliqués dans l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance et appelées à collaborer avec EMRII pourraient être interpellés sur la question afin d'enrichir la réflexion sur l'impact d'une équipe mixte : l'Équipe itinérance, UPS-J, l'équipe Jeunes de la rue les équipes du projet Chez soi, les urgences, les hôpitaux, les équipes traitantes en santé mentale, les ressources communautaires, pour ne nommer que ceux-là.

Quelques dimensions sont à explorer avec des intervenants du Réseau de la santé et des services, ainsi que du communautaire appartenant à différents services en itinérance et services courants afin d'explorer les effets immédiats, à moyen et long terme de la présence de l'équipe EMRII :

- Quelles sont les collaborations entre intervenants de la santé et des services sociaux et policiers?
- Quelle est la connaissance du travail policier dans l'intervention en itinérance?
- Quelles sont les collaborations entre les services de santé et EMRII pour accueillir une population marginale qui ne répond pas aux catégories existantes?
- Quel est l'accueil des personnes en situation d'itinérance par les services des CSSS selon leurs secteurs respectifs?

EMRII démontre qu'il est possible de faire travailler ensemble des professionnels issus des deux institutions que sont le réseau de la santé et des services sociaux et le Service de police, et que cette collaboration est utile pour répondre plus efficacement aux personnes à la rue. EMRII devient un exemple d'alternative au travail en silo. Cependant, cette collaboration au sein de l'équipe mixte se réalise entre des acteurs mobilisés et dans le cadre d'une initiative modeste réunissant neuf professionnels. Que cette expérience de partenariat au sein d'EMRII contribue au maillage de deux cultures organisationnelles et qu'elle ait des retombées sur les manières de faire de chacune des organisations constitue cependant un autre défi. Dans un contexte où l'itinérance ne se limite plus principalement au centre-ville de Montréal, mais qu'elle est une réalité de plus en plus présente dans les divers secteurs de l'île et de la province, et si on ne veut pas multiplier les équipes mixtes en gestion de cas dans la ville, il nous semble devoir se poser la question de l'impact d'EMRII sur les institutions porteuses.

Bibliographie

- Adelman, Judith. (2003) *Study in Blue and Grey, Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. Canadian Mental Health Association BC Division.
<http://www.cmha.bc.ca/files/policereport.pdf>
- Baillergeau, E.; Wewerinke, D.; Van Noort, P. et Huber, M. (2012) *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux dans l'intervention en itinérance à Montréal. Synthèse bibliographique sur les expériences comparables aux États-Unis, en Australie et en Europe*. Synthèse déposée au CRÉMIS.
- Barreau du Québec (2008). *Les personnes en situation d'itinérance : détentrices de droits fondamentaux*. Mémoire du Barreau du Québec présenté à la Commission des affaires sociales, Montréal.
- Barrow, S.M., D.B. Herman, P. Cordova et E.L. Struening. 1999. « Mortality Among Homeless Shelter Residents in New York City ». *American Journal of Public Health*, vol. 89, no 4, p. 529-534.
- Bellot, Céline, Raffestin, Isabelle, Royer, Marie-Noëlle et Noël, Véronique (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérante*. Rapport de recherche au Secrétariat National des sans-abri, juin, 141p. Ce rapport peut être consulté sur le site du RAPSIM, dans la section publications.
- Bellot et Sylvestre (2012). *La judiciarisation des personnes en situation d'itinérance à Montréal. 15 années de recherche : faits et enjeux*.
- Boivin et Billette (2012). « Police et itinérance à Montréal : analyse des constats d'infractions aux règlements municipaux, 2005-2009. » *Revue de criminologie*. Vol. 45, no 2.
- Boydell, K., P. Goering et T.L. Morell-Bellai. 2000. « Narrative of Identity: Re-presentation of Self in People who are Homeless ». *Qualitative Health Research*, vol. 10, no 1, p. 26-38.
- Brodeur, Jean-Paul. 2003. *Les visages de la police. Pratiques et perceptions*. Montréal, Presses de l'université de Montréal. 360 p.
- Carrière, S., R. Hurtubise et É. Lauzon. 2003. *Les défis de l'intervention en CLSC auprès des personnes itinérantes*. Synthèse d'une journée d'échanges tenue le 15 novembre 2002. Montréal : CLSC des Faubourgs et CRI, 11 p.
- Chalom, M. et Leonard, L. 2001. *Insécurité, police de proximité et gouvernance locale*. Paris, L'Harmattan.
- Charette, Crocker & Billette. (2011) The judicious judicial dispositions juggle: characteristics of police interventions involving people with a mental illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Vol 56, No 11, November 2011: 677-685.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. *La judiciarisation des personnes itinérantes à Montréal : un profilage social*. 2009. 202 pages.
- Compton, M.T., M. Bahora, A. Watson et J. Oliva. (2008) *A Comprehensive Review of Extant Research on Crisis Intervention Team (CIT) Programs*. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V36. N1 : 47-55.
- Cotton, D.H. et T.G. Coleman. (2008) *A Study of Police Academy Training and Education for New Police Officers Related to Working with People with Mental Illness*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada et Association canadienne des chefs de police. <http://www.pnhl.ca/webpages/reports/AApoliceacademy.pdf>.
- Cotton, D.H. et T.G. Coleman. (2010) *Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières*. Ottawa : Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission de la santé mentale du Canada.
http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/PoliceProject/PoliceLearningModelJul23_FR_.pdf
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Thèse de doctorat en santé publique, Université de Montréal, Québec.
- D'Amour, D., et Oandasan, I. (2004). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*. Ottawa : Santé Canada.

- Deane, M.W., Steadman, H.J., Borum, R., Veysey, B., & Morrissey, J. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric Services*, 50, 99- 101.
- Denoncourt, H., M. Desilets, M.-C. Plante, J. Lapante et M. Choquet. 2000. « La pratique outreach auprès des personnes itinérantes souffrant de troubles mentaux graves et persistants : observations, réalités et contraintes ». *Santé mentale au Québec*, vol. 25 no 2, p. 178-193.
- Desai, M.M. et R.A. Rosenheck. 2005. « Unmet Need for Medical Care Among Homeless Adults with Serious Mental Illness ». *General Hospital Psychiatry*, no 27, p. 418-425.
- École en chantier, 2007. *Cadre de référence : collaboration interprofessionnelle*, Univ. de Sherbrooke. 25 pages.
- Fournier, L. et C. Mercier. 1996. *Sans domicile fixe. Au-delà du stéréotype*. Montréal : Éditions du Méridien, 341 p.
- Frankish, J.C., S.H. Hwang et D. Quantz. 2005. « Homelessness and Health in Canada: Research Lessons and Priorities ». *Revue canadienne de santé publique/Canadian Journal of Public Health*, vol. 96, suppl. 2, p. 23-29.
- Friedland, G.H. et A. Williams. 1993. « Attaining Higher Goals in HIV Treatment: The Central Importance of Adherence ». *AIDS*. vol. 13, suppl. 1, p.S61-S72.
- Goldstein, Herman (1990). *Problem oriented-policing*. New York, McGraw-Hill.
- Goldstein, Herman (1979). “Improving policing: A problem-oriented approach”, *Crime and Delinquency*, vol. 25, no 2, p. 236-258.
- Grimard, C. (2005). *L'accès aux services institutionnels et communautaires : le discours des personnes en situation d'itinérance*. Mémoire de maîtrise en sociologie, UQAM, Montréal.
- Hoch, Jartfor, Heslop & coll. (2009) *Mental Illness and Police Interactions in a Mid-Sized Canadian City: What the Data Do and Do Not Say*. Canadian Journal of Community Mental Health. Vol. 28, No 1 : 49-66.
- Hurtubise, R., Vatz Laaroussi, M., Dubuc, S. et Couturier, Y. (1999). Une formation-milieu par l'analyse des pratiques professionnelles : le cas du travail de rue. in G. Legault (Dir.), *L'intervention : les savoirs en action*, Sherbrooke : Éditions GGC.
- Hurtubise, R. et Babin P.-O. (2010). *Les pratiques des équipes itinérance*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke, 113 pages.
- Hurtubise, R. et Rose, M-C. (2011) *Récits de pratiques et consensus d'experts. Les équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal. Rapport de recherche*. Sherbrooke, Université de Sherbrooke.
- Hwang, S.W. 2000. « Mortality Among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario ». *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 283, no 16, p. 2152-2157.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2011) *Actes de la rencontre des établissements universitaires dans le secteur des services sociaux*
http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/ServicesSociaux/UETMISS_2011/Actes_UETMISS_170211.pdf
- Khandor, E. et K. Mason, 2007. *The Street Health Report 2007*. Toronto: Street Health.
<http://www.streethealth.ca/Downloads/SHReport2007.pdf>
- Kisely et coll. (2010) *A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia*. Canadian Journal of Psychiatry. Oct 2010, Vo 55, No 10 : 662-668.
- Kushel, M.B., E. Vittinghoff et J.S. Haas. 2001. « Factors Associated with the Health Care Utilization of Homeless Persons ». *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 285, no 2, p. 200- 206.
- Laberge, Danielle (sous la direction de) 2000. *L'errance urbaine*. 466 pages.
- Maari, Frédéric. (2011) « Possibilités inédites ». *Revue du CREMIS*, Printemps 2011, Vol. 4, no2 p. 30-37.
- Marks, S.M., Z. Taylor, N.R. Burrows, M.G. Qayad et B. Miller. 2000. « Hospitalization of Homeless Persons with Tuberculosis in the United States ». *American Journal of Public Health*, vol. 90, no 3, p. 435-438.
- McKeown, T., et M.-C. Plante. 2000. « L'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs de Montréal ». in *L'errance urbaine*, (sous la dir. de) D. Laberge. Québec : MultiMondes, p. 391- 402.

- Messu, Michel. (2003) *La pauvreté cachée. Une analyse bachelardienne du concept de pauvreté*. La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube, 177 pages.
- Ministère de la santé et des services sociaux (déc. 2009). *Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013*.
- Monjardet, Dominique. (1996). *Ce que fait la police. Sociologie de la force publique*. Paris. La découverte.
- Pineault, R. et coll. (2008) L'accessibilité et la continuité des services de santé : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche. Institut national de santé publique du Québec, 2008, 59 pages + annexes.
- Poirier, H., J.-P. Bonin, A. Lesage et D. Reinharz. 2000. « Évaluation de la qualité de vie et des besoins des personnes itinérantes atteintes de troubles mentaux graves : perceptions d'une équipe itinérance outreach ». *Santé mentale au Québec*, vol. 25, no 2, p. 195-215.
- Roy, Morin, Lemétayer et Grimard. (2006) Itinérance et accès aux services : problèmes et enjeux. Rapport de recherche. 179 pages. http://www.er.uqam.ca/nobel/cri/spip/IMG/pdf/rapport_Itinerance_Acces.pdf
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=777>
- Roy, S. et Hurtubise, R. (Sous la dir. de) (2007). *L'itinérance en questions*. Québec : PUQ.
- Sabourin, Paul. (1997) « Perspectives sur la mémoire sociale de Maurice Halbwachs ». *Sociologie et société*, vol. XXIX no2. p.139-161.
- Sabourin, P., Hurtubise R. et Lacourse, J. (2001). *Citoyens, bénéficiaires et exclus : usages sociaux et modes de distribution de l'aide alimentaire dans deux régions du Québec : la Mauricie et l'Estrie*. Montréal, Sherbrooke, Québec : Université de Montréal, Université de Sherbrooke, Conseil Québécois de la Recherche Sociale, 365 p.
- Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, Québec, 2009.
- RANGASAMI, Amrita. « The masking of famine: the role of the bureaucracy. » in *Famine and Society*. New Delhi: The Indian Law Institute, 1993. p.51-64.
- Snow, D.A. et L. Anderson, 1987. *Down on their Luck*. Berkeley: University of California Press.
- Steadman, Deane, Borum & Morrissey. (2000) *Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies*. Psychiatric Services. May 2000, Vol 51, No 5 : 645-649.
- Stein, J.A., M.C. Lu et L. Gelberg. 2000. « Severity of Homelessness and Adverse Birth Outcomes ». *Health and Psychology*, vol. 19, no 6, p. 524-534.
- SPVM (2009). *L'itinérance dans un contexte de gestion des espaces urbains : la vision et les orientations du SPVM*, Service du développement stratégique, septembre 2009. Document interne.
- Teller, Munetz, Gil, Ritter. (2006) *Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls*. Psychiatric services. Vol 57, no 2 : 232 -237.
- Thibaudeau, M.-F. 2000. « L'accès aux services de santé et leur utilisation par les personnes itinérantes ». in *L'errance urbaine*, (sous la dir. de) D. Laberge. Québec : Éditions Multimondes, p. 313-328.
- Thompson, L. and Borum, R. (2006) "Crisis Intervention Teams (CIT): Considerations for knowledge transfer." *Law Enforcement Executive Forum* 63. V6. N.3 : 25-36.
- UNESCO, 2012. Approche de la programmation, de la gestion et du suivi axés sur les résultats (GAR/RBM) telle qu'elle est appliquée à l'UNESCO. 52 pages. (Version originale en anglais BSP/RBM/2008/1 REV.6)
- Webb, E. 1998. « Children and the Inverse Care Law ». *British Medical Journal*, vol. 316, p. 1588-1591.