

## « VU » pour vulnérable : la police à l'assaut des problèmes sociaux

*“VU” as Vulnerable: Police Address Social Problems*

Guillaume Ouellet, Emmanuelle Bernheim et Daphné Morin

---



**Édition électronique**

URL : <https://journals.openedition.org/champpenal/12988>

ISSN : 1777-5272

**Éditeur**

Association Champ pénal / Penal field

---

---

# « VU » pour vulnérable : la police à l'assaut des problèmes sociaux

*“VU” as Vulnerable: Police Address Social Problems*

Guillaume Ouellet, Emmanuelle Bernheim et Daphné Morin

---

## 1. Introduction

- 1 C'est dans la foulée de la reconnaissance de l'universalité des droits fondamentaux qu'émerge l'État thérapeutique. Dès le début des années 1960, à la suite de l'adoption de la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), la Cour suprême américaine reconnaît que punir une personne souffrant de maladie mentale ou de dépendance viole ses droits constitutionnels. Elle laisse entendre néanmoins que la contraindre au traitement peut être acceptable puisque le traitement ne constitue pas une punition (Wexler, 1972). Pour plusieurs, cette jurisprudence aura des conséquences dramatiques sur l'exercice des droits des groupes sociaux marginalisés desquels sera exigé « d'échanger leurs droits contre la sécurité sociale » (Garland, 1981, 43).
- 2 Or, depuis les années 1980, la néolibéralisation des politiques publiques a eu comme conséquence d'imposer la logique de marché à l'ensemble de la structure étatique, entraînant une diminution constante des budgets associés aux missions sociales de l'État et une augmentation de ceux des institutions policières, judiciaires et correctionnelles (Wacquant, 2010 ; Brown, 2006). C'est notamment via ces institutions que l'action de l'État thérapeutique se matérialise (Kittrie, 1971 ; Polsky, 1991 ; Nolan, 1998). La justice apparaît alors comme un levier de responsabilisation des individus qui ne correspondent pas à l'idéal du citoyen productif (Wacquant, 2010 ; Stuart, 2016) et un moyen d'orienter ceux-ci vers des traitements qui leur permettront de participer pleinement à la société.
- 3 Le Québec n'échappe pas à cette mouvance. Dès les années 1980 des tables de concertation réunies autour de la problématique de la judiciarisation et de la psychiatisation se mettent en place. De manière plutôt informelle, entre 1980 et 1991, la Cour municipale de Montréal et le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)

participent activement au repérage des personnes dites à l'époque « malades mentales » et à leur orientation vers les services de soins psychiatriques. En 1996, l'Urgence psychosociale-justice (UPS-J) voit le jour à Montréal, conjointement financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice. Ce programme vise à intervenir en amont des procédures judiciaires et, ainsi, à favoriser dans la mesure du possible la déjudiciarisation des personnes composant avec des problèmes sévères de santé mentale. En 2008, la Cour municipale de Montréal met en place un programme judiciaire spécialisé en santé mentale<sup>1</sup>. Du côté du SPVM, après avoir participé à plusieurs initiatives de concertation depuis les années 1980, l'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII)<sup>2</sup>, voit le jour en 2009. Il s'agit de la première équipe *hybride*, composée d'un policier et d'un intervenant psychosocial<sup>3</sup>, à patrouiller sur le territoire montréalais. En 2012, le SPVM poursuit dans cette veine en créant l'Équipe de soutien aux urgences psychosociales<sup>4</sup> (ESUP) pour intervenir « auprès de personnes en situation de crise ou perturbées mentalement ». Depuis dix ans, les initiatives qui se développent à l'interface du réseau sociosanitaire et du réseau de la justice émergent dans l'ensemble de la province. Intervenants psychosociaux, avocats, infirmières, agents de probation, psychologues, juges, psychiatres, etc., le nombre d'acteurs qui s'inscrivent dans un *travail en réseau*, interdisciplinaire et intersectoriel, ne cesse de croître (Ouellet *et al.*, 2017).

- 4 Ces initiatives tentent de répondre à une « crise de la santé mentale » qui ne cesse de prendre de l'ampleur. Selon les études, d'un à 50 % des appels aux services policiers concernent la santé mentale (Lamanna *et al.*, 2017 ; Puntis *et al.*, 2018 ; Watson, Wood, 2017), et les policiers sont généralement considérés comme les « premiers répondants » en la matière (McKenna *et al.*, 2015 ; Parker *et al.*, 2018). Au Canada, en 2012, une intervention policière sur cinq concernait une personne vivant avec un problème de santé mentale ou lié à l'utilisation de substances. Ainsi, 18,7 % de ces personnes ont rapporté avoir eu un contact avec la police, en comparaison de 1,9 % de la population générale, et ont également fait environ quatre fois plus souvent l'objet d'une arrestation (Statistique Canada, 2015). Parmi les personnes vivant avec un problème de santé mentale ou lié à l'utilisation de substances, celles ayant eu des contacts avec les services policiers n'ont pas jugé leurs besoins de soins plus satisfaits que celles n'ayant pas eu de tels contacts (Statistique Canada, 2015 ; Markowitz, 2010).
- 5 Selon certains, cette crise de la santé mentale constitue un enjeu de sécurité publique qui interpelle directement les services policiers chargés de la protection de la société et du maintien de l'ordre (Meehan *et al.*, 2018) ; c'est d'ailleurs bien souvent la position défendue par les services de police eux-mêmes (Slate, 2003 ; Markowitz, 2010). Si ce discours sécuritaire n'est pas nouveau en santé mentale (Foucault, 2003), il est dénoncé par des auteurs pour qui la crise est construite de toutes pièces par les institutions publiques et ne reflète pas la réalité (Boyd, Kerr, 2016). Or les services de police jouent un rôle de premier plan dans le développement de ce discours de crise, influençant directement les politiques publiques : « *Police knowledge and discourse on mental health "sets itself above other knowledges" and is widely drawn upon; thus, critical analyses of police reports are particularly significant for policy makers and public health professionals in and outside of Canada* » (Boyd, Kerr, 2016). L'investissement massif dans les services de police et le système pénal, de même que le développement de services et de programmes spécialisés en santé mentale apparaissent comme les moyens ultimes de résoudre une crise devenue incontrôlable. Pourtant, peu de recherches en ont démontré l'efficacité

ou se sont intéressées au point de vue des personnes concernées (Puntis *et al.*, 2018 ; Furness *et al.*, 2017). Au contraire, l'actualité rapporte régulièrement des drames alors que les policiers blessent et tuent des personnes en crise lors d'interventions. C'est dans la foulée de ces constats que certaines villes font maintenant marche arrière, en retirant du mandat de leurs services policiers les urgences sociales et en santé mentale pour investir plutôt dans les ressources communautaires. C'est le cas, par exemple, de Vancouver (Hager, 2020).

- 6 Au Québec, le mouvement est exactement inverse. Au lendemain d'une tuerie ayant eu lieu à Québec le jour de l'Halloween 2020, le maire de la ville a affirmé que les problèmes de santé mentale sont « les plus grands problèmes de sécurité dans les grandes villes canadiennes pour les prochaines décennies » (Tanguay, 2020). À la suite de ces propos, la Fédération des policiers et policières municipaux du Québec, de même que plusieurs chefs de police, ont demandé publiquement l'intégration de plus d'intervenants psychosociaux dans leur rang. La Ville de Montréal s'est dite prête à accéder à cette demande, annonçant une hausse de 15 millions de dollars du budget du SPVM pour la quatrième année consécutive (Goudreault, 2020 ; Lacroix, 2020).
- 7 Dans cet article, nous verrons comment et dans quel contexte le travail policier prend désormais, dans le quotidien des interventions, une dimension thérapeutique. Pour appuyer nos analyses, nous mobiliserons des données recueillies lors de deux projets de recherche portant sur le croisement des logiques de régulation à l'interface des systèmes socio sanitaires et pénaux. Le premier projet, mené en 2016-2017, se structurait autour d'une série de groupes de discussion menés auprès de trente-quatre policiers du SPVM et avait pour objectif de documenter l'intervention policière auprès de personnes autistes ou composant avec une déficience intellectuelle. Le second projet, mené entre 2014-2016, portait également sur le phénomène de judiciarisation de ces populations et consistait en une série d'ateliers intersectoriels et d'entretiens menés auprès de l'ensemble des acteurs mobilisés par la question (policiers, avocats de la défense et procureurs de la couronne, agents correctionnels et de probation, cadres du réseau de la santé et des services sociaux et du ministère de la Justice, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, représentants du curateur public) dans quatre villes de la province (Montréal, Sherbrooke, Gatineau et Québec).
- 8 Nos recherches ont mis en lumière comment les services policiers, en collaboration avec les services sociaux, de la santé et de la justice, ciblent certains groupes sociaux en raison de leur vulnérabilité présumée. Cette vulnérabilité, et le besoin de protection qui en découle, justifie la mise en place de mécanismes de surveillance, mais également de coercition, par le moyen notamment de la déjudiciarisation. Nous démontrerons comment les pratiques d'identification de la vulnérabilité que nous avons documentées s'inscrivent en phase avec la mouvance de fond de l'État thérapeutique.

## 2. Police thérapeutique et résolution des problèmes sociaux

- 9 Le fait que le droit pénal constitue un outil privilégié de contrôle social n'est pas nouveau. Les travaux majeurs d'auteurs comme Michel Foucault (1975), Donald Black (1983) ou Howard Becker (1985) ont largement documenté les moyens mis en œuvre par l'État dans le contrôle des groupes sociaux marginalisés tels que la surveillance, l'enfermement, le bannissement, la répression, etc. Dans cette entreprise de contrôle, le

droit pénal sert tout à la fois des objectifs politiques de maintien de l'ordre et de la sécurité que de protection de la moralité. Les corps policiers, que Jean-Paul Brodeur (1984) et d'autres nomment le « bras armé de l'État », jouent un rôle central dans sa mise en œuvre. Depuis une quarantaine d'années, cependant, le rôle de la police a grandement évolué en même temps que la dimension thérapeutique de l'action étatique se développait.

## 2.1. La nouvelle fonction du droit pénal : la régulation thérapeutique

- 10 La décision de la Cour suprême américaine du début des années 1960 fait beaucoup plus que de disqualifier le pénal comme moyen d'action auprès de personnes vivant avec une maladie mentale ou une dépendance. Elle ouvre la porte à une nouvelle manière de penser le pénal, de même que les pratiques qui y sont associées.
- 11 Traditionnellement, les juridictions de *common law* considèrent de deux manières l'état mental d'un accusé, suivant des principes qui sont au fondement du droit pénal, soit l'aptitude à subir son procès et la responsabilité au moment des faits. Autrement dit, il est considéré comme inéquitable de juger un individu dont l'état mental est altéré au point où il ne peut assurer sa défense ou juger que l'acte (ou l'omission) commis est mauvais. Le droit pénal n'offre donc que des solutions « binaires » : apte ou inapte, responsable ou non. Suivant cette logique, le parlement<sup>5</sup> perd toute emprise sur l'accusé dès lors qu'il n'est plus sous le coup d'accusations ou d'une condamnation.
- 12 La jurisprudence de la Cour suprême laisse entrevoir une nouvelle fonction au droit pénal qui pourrait dès lors être utilisé pour faire la promotion d'une bonne santé mentale et l'adoption de comportements dits sains (Winick, 1997). Les professionnels œuvrant dans les institutions pénales – police, tribunaux, prisons – doivent être considérés comme des « agents thérapeutiques » (Wexler, 1990) susceptibles de régler par leurs interventions des « problèmes sociaux » tels que l'itinérance, la toxicomanie, les troubles mentaux, etc. (Winick, 1997). Dans un contexte où l'accès aux services de santé et de services sociaux est de plus en plus difficile, il revient donc aux institutions pénales de déterminer, par leurs dispositifs thérapeutiques, qui y aura accès. Cette approche se caractérise par la création, au sein des institutions pénales, de nouveaux dispositifs qui se présentent comme étant en rupture avec les approches traditionnelles (punitives, coercitives, morales). Ces dispositifs thérapeutiques intègrent en « continuum » les services de santé et services sociaux, de la sécurité publique et de la justice (Stuart, 2016 ; Freiberg, 2011). Ils visent l'hybridation entre les missions des différents services impliqués, la formation d'une structure cohérente de contrôle et de normalisation et reposent sur la croyance en la réforme des comportements (Polsky, 1991). C'est dans ce sens qu'on peut désormais parler de « régulation thérapeutique ».
- 13 Ainsi, alors que les budgets alloués aux missions sociales de l'État ne cessent de diminuer, les institutions pénales ne cessent de croître, et notamment leurs dispositifs thérapeutiques. Au Canada, les dépenses fédérales et provinciales pour les services correctionnels sont passées de 2,9 milliards de dollars en 2003-2004 à 4,8 milliards de dollars en 2014-2015, soit une augmentation de 65,5 % (Alter Justice, 2021a, 2021b). Au Québec, si la part relative des dépenses en santé et services sociaux a augmenté proportionnellement aux dépenses totales, celle du soutien aux personnes et aux familles, de l'éducation et de la culture a au contraire chuté (École d'administration publique).

- 14 En raison de leur présence dans l'espace public et de la rareté des services sociaux qui s'y trouvaient antérieurement, les policiers font face à la multiplication des problèmes sociaux corollaires à la hausse des inégalités. Ils sont en même temps, de par leur mandat, les principaux intervenants du droit pénal et donc ceux par qui la régulation thérapeutique prend d'abord forme. À ce titre, ils sont considérés par les pouvoirs publics comme des acteurs-clés dans la résolution de la crise de la santé mentale (Van Veen *et al.*, 2019 ; Boyd, Kerr, 2016). Ils sont donc les acteurs privilégiés de l'État thérapeutique. Or, la transformation du rôle de la police reste peu étudiée en comparaison de celle des acteurs judiciaires, et notamment des dispositifs judiciaires thérapeutiques florissant depuis une trentaine d'années :

*The police thus constitute an important, though surprisingly overlooked, pathway by which neoliberalism's disciplinary enterprise breaches the walls of welfare organizations and suffuses the streets and sidewalks of marginalized communities. Therapeutic policing operates as a form of outreach social work that aims to transform and reintegrate residents as productive, self-governing citizens. Equipped with new legal tools and expanded discretionary authority, officers use coercive ultimatums — enter a rehabilitative program or go to jail, look for employment or suffer monetary fines — to instill residents with new habits, attitudes, and dispositions. Deployed as “tough love” for residents' own good, this street-level mode of poverty governance legitimates elevated levels of repression while widening the net of coercive control. As a result, additional (and previously noncriminal) behaviors and populations are subjected to ubiquitous surveillance and intrusive regulation. (Stuart, 2016, 15)*

## 2.2. La police, au cœur de l'État thérapeutique ?

- 15 Van de Kerchove (1977) a, dès la fin des années 1970, décrit la manière dont le passage d'une logique répressive à une logique de sûreté et de protection, permettait l'extension de la philosophie pénale à un ensemble de domaines sociaux jusqu'alors extérieur au champ d'action de l'institution pénale. C'est sous cette même impulsion qu'au sein de l'État thérapeutique, la fonction sociale de la police se transforme et que s'opère une hybridation entre la mission traditionnelle de maintien de l'ordre et de la sécurité et la réforme des comportements dits problématiques. À la frontière du champ du travail social, la police développe de nouveaux dispositifs d'intervention, crée des liens avec les institutions de santé et de justice, propose de nouvelles gammes de formations à ses agents (toxicomanie, immigration, vieillissement des populations, santé mentale, jeunesse, etc.).
- 16 En favorisant la déjudiciarisation ou les peines alternatives à l'incarcération pour les personnes dites vulnérables, la police devient à toute fin pratique la, ou une des, porte d'entrée dans le système de santé, de même qu'un moyen d'éviter la prison. Pour plusieurs auteurs, la différence marquée entre l'approche thérapeutique et l'approche pénale traditionnelle est fondée sur deux éléments. Le premier est la rapidité qui prévaut sous le paradigme thérapeutique, alors que des alternatives à l'incarcération peuvent être proposées dans l'immédiat (Draine, Solomon, 1999), en opposition aux longs délais caractéristiques du processus pénal. Le deuxième élément est la proximité et l'individualisation de ces alternatives thérapeutiques (« *more appropriate community-based treatment* », Steadman *et al.*, 1999, 620), en opposition au système pénal traditionnel, plus rigide.
- 17 Comme nous l'avons vu plus haut, les services de police ont développé, pour certains depuis plusieurs décennies, des programmes de formation pour leurs agents, de même

que de nouveaux modèles de pratiques, de manière à gérer les contacts avec les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, de consommation de substances ou plus généralement en crise (Markowitz, 2010). Trois modèles de police thérapeutique ont ainsi été développés (Borum *et al.*, 1998), chacun se déclinant sous différentes formes, notamment selon la structure locale des services de santé avec lesquels les policiers collaborent (Parker *et al.*, 2018). Dans le premier modèle, *Police-based specialized police response*, ce sont des policiers qui se spécialisent en intervention auprès de personnes souffrant de troubles mentaux ou en crise. Ils agissent comme intervenants de première ligne dans ce type de situation et comme agent de liaison avec le système de santé mentale (Memphis Crisis Intervention Team [CIT] program). Dans le deuxième modèle, *Police-based specialized mental health response*, ce sont des professionnels de santé mentale qui sont engagés par les services de police pour assurer des services d'intervention sur les lieux des événements (on-site) et de consultation téléphonique pour les policiers (Birmingham Community Service Officers). Dans le troisième modèle, *Mental-health-based specialized mental health response*, ce sont des équipes mobiles de crise composées de professionnels de la santé mentale rattachées au système de santé et qui opèrent sur une base indépendante du service de police qui assistent les services de police dans le cadre d'un partenariat (les auteurs parlent de modèles plus traditionnels) (Knoxville programme).

- 18 Les recherches démontrent que lorsque les interventions policières impliquent des professionnels de la santé, elles s'avèrent moins traumatiques et se soldent moins souvent par des arrestations ou des blessures que celles menées uniquement par des policiers (Puntis *et al.*, 2018 ; Watson, Wood, 2017 ; Lamanna *et al.*, 2017). Selon certaines études, elles mèneraient régulièrement des personnes à accepter des traitements et contribueraient ainsi à réduire les hospitalisations (Dempsey *et al.*, 2019). Ces résultats sont cependant contradictoires avec ceux d'études menées auprès des personnes concernées et de leurs proches, qui déclarent un niveau de coercition perçu équivalent à celui qui prévaut lorsque les policiers agissent seuls, notamment parce que les arrestations sont remplacées par des hospitalisations forcées (McKenna *et al.*, 2015 ; Furness *et al.*, 2017 ; Watson, Wood, 2017).
- 19 Selon certains auteurs, l'action thérapeutique de la police est marquée par l'informalité et le caractère discrétionnaire des pouvoirs policiers (Perlin, Lynch, 2016 ; Rogers, Bagby, 1992). Il revient ainsi aux agents de procéder ou non à une arrestation, de considérer ou non l'état mental d'une personne, de recommander ou non des alternatives à l'incarcération, ce qui se matérialise par un phénomène d'« *over-arrests* » (Perlin, Lynch, 2016, 695). Ces pouvoirs discrétionnaires posent directement la question de la manière dont les policiers, sur le terrain, repèrent, choisissent ou ciblent les personnes qui font l'objet d'interventions thérapeutiques. En effet, de manière générale et à l'image du discours public (Ehrenberg, 2005), il n'est pas clair de savoir ce qui est considéré comme un problème de santé mentale. De plus, les documents officiels empruntent une variété de termes dont les éléments descriptifs circonscrivent une problématique sociale davantage qu'une problématique strictement psychiatrique (Badger *et al.*, 1999 ; Brown, 1999 ; Rogers, Bagby, 1992 ; Perera, Wilson, 1996). Les études mettent d'ailleurs en lumière la surreprésentation, parmi les personnes intégrées aux programmes de déjudiciarisation, de personnes racisées, notamment autochtones, et vivant dans la grande pauvreté (Macdonald *et al.*, 2014 ; Statistique Canada, 2016 ; Watson, Wood, 2017).

20 En d'autres termes, à l'exception de la dimension du potentiel de violence, les éléments permettant de définir la clientèle ciblent des mesures de déjudiciarisation sont relativement partagés dans les travaux nord-américains et quelques publications britanniques. De façon générale, on peut dire que les populations cibles tendent à être définies comme des laissés pour compte de la société, vivant dans des conditions extrêmement précaires et qui, faute de ressources et d'accès à des services adéquats, se retrouvent en détresse, se désorganisent, manifestent des comportements inadéquats qui sont, dans le contexte de leur judiciarisation, définis comme des actes délictueux mineurs. Ils cumulent en général de nombreux antécédents de contacts avec le système pénal, et particulièrement de nombreux séjours de courte durée en milieu carcéral (Ouellet *et al.*, 2012), avec le système de santé mentale et/ou les centres de désintoxication. Leurs rapports avec le système de santé mentale sont décrits comme difficiles. On en parle en termes de non-conformité au traitement, de problème de suivi des ordonnances, d'abandon de traitement, de fuite de l'hôpital, etc. On souligne parfois qu'ils sont trop dérangés ou ont des comportements inappropriés pour les services de clinique externe (ce qui fait souvent référence à leur état d'intoxication, leur impulsivité, et leur condition physique très détériorée). Ils sont dérangeants, peu coopératifs, difficile à traiter. Pour un certain nombre, la situation résidentielle est très précaire et instable ; ils vivent dans l'itinérance de façon plus ou moins répétée ou chronique. L'intervention nécessaire, compte tenu de leur état, demande trop de temps pour les ressources disponibles. Lors des événements qui conduisent à une intervention, ils sont physiquement en très mauvaises conditions. On en parle comme d'une clientèle commune qui est ballottée d'une agence à l'autre sans que l'intervention ne contrecarre le cycle sans fin de ce jeu de ping pong (Van Veen *et al.*, 2019 ; Boyd, Kerr, 2016 ; Markowitz, 2010 ; Laberge *et al.*, 2000 ; Lamberti, 1999 ; Steadman *et al.*, 1999). La dangerosité, ou le risque pour la sécurité, souvent évoquée comme une conséquence de la crise de la santé mentale et justifiant en partie l'intervention policière, n'est pourtant pas corroborée par la littérature (Boyd, Kerr, 2016 ; Dempsey *et al.*, 2019). Pour Forrest Stuart (2016), la police ne fait que mettre en œuvre des politiques publiques disciplinaires et punitives visant à responsabiliser, rendre productives et réformer les personnes marginalisées et vivant dans la pauvreté.

### 2.3. Une police montréalaise à visage « plus humain »

21 À l'image d'une tendance nord-américaine, le rôle de la police est en mutation au Québec. Au milieu des années 1990, le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal instaure la police de quartier. Selon le site internet du SPVM, cette nouvelle approche, qui vise à « mieux contrer les problèmes de sécurité en émergence », permet au corps policier de « se rapprocher de la communauté en s'appuyant sur une approche de résolution de problèmes, sur l'établissement de partenariats et sur une plus grande ouverture envers les collectivités ». Quelques années plus tard, le ministère de la Sécurité publique du Québec publie la politique ministérielle *Vers une police plus communautaire* (2000), fondée sur quatre principes : 1) Le rapprochement avec les citoyennes et les citoyens, 2) Le partenariat avec d'autres institutions, 3) L'approche de résolution de problèmes et 4) Le renforcement des mesures préventives. Ici également, comme pour la crise de santé mentale en cours, la sécurité publique est la préoccupation centrale.

- 22 Les dispositifs thérapeutiques intégrés à l'intervention policière se développent en parallèle de tribunaux thérapeutiques dont la mission est de « répondre aux besoins des personnes plus vulnérables : on y met l'accent sur une justice de proximité, plus humaine et plus accessible, à la recherche de solutions plus efficaces à long terme » (Ombudsman de Montréal, 2015). Considérés comme des mesures de déjudiciarisation, ces tribunaux thérapeutiques peuvent donc « faire le pont » entre les interventions policière et socio sanitaire, leur objectif étant généralement d'amener les personnes à s'engager dans une thérapie. Néanmoins, le rôle des corps de police est central dans cette dynamique, en raison de leur mandat et de leur intervention de premier plan dans la gestion des situations sociales.
- 23 Au cours des trois dernières décennies, le SPVM s'est doté de plusieurs dispositifs inspirés des trois modèles de police thérapeutique décrits par Borum (1998) et présentés plus haut. Dans l'esprit du *Police-based specialized police response*, le SPVM a créé le programme RIC (Réponse en intervention de crise) et forme depuis 2013 des policiers afin qu'ils puissent soutenir leurs collègues patrouilleurs efficacement auprès de personnes en crise. Sur le modèle du *Police-based specialized mental health response*, une équipe d'intervention du réseau socio-sanitaire, l'UPS-J créée en 1996 et toujours en activité, agit en soutien aux policiers dans des situations qu'ils estiment liées à des personnes présentant des problèmes de santé mentale, notamment pour apaiser la crise et éviter la judiciarisation, ou encore, pour faire des évaluations de la dangerosité en raison de l'état mental et diriger les personnes en crise vers des ressources à l'intérieur du système de santé. Et finalement, la mise sur pied des équipes hybrides EMRII et ESUP fonctionnant suivant le modèle *Police-based specialized mental health response* facilite l'accès à des services ou des ressources adaptées, que ce soit en santé ou en justice, et procédant à des suivis individualisés. Ultimement, ce type d'interventions contribuerait à diminuer la judiciarisation et à stopper le phénomène des portes tournantes par lequel les personnes circulent entre la psychiatrie, la rue et la détention.
- 24 Soulignons que ces équipes s'adjoignent aux programmes sociaux développés à la Cour municipale de Montréal, comme le Programme d'accompagnement justice-santé mentale (2008) et le Programme d'accompagnement justice-itinérance (2009). Dans le cadre de ces programmes, les accusations peuvent être complètement abandonnées (aucune sentence et aucune trace au casier judiciaire) si l'accusé participe et réussit une thérapie déterminée en fonction de ses besoins.
- 25 Par ailleurs, les corps policiers des principales villes québécoises, de même que leurs tribunaux, ont suivi la tendance induite par le SPVM et la Cour municipale de Montréal, en développant depuis quelques années des équipes hybrides intégrant des intervenants psychosociaux et des programmes de déjudiciarisation. Les villes ne disposant pas encore de ces dispositifs sont en voie de les mettre sur pied ou les réclament.
- 26 Outre la mise en place de ces nouvelles modalités d'intervention, la mission thérapeutique de la police ne peut se concrétiser que par le repérage des personnes qui ne devraient pas être acheminées dans la voie pénale classique – arrestation, judiciarisation, contrôle. Or, ici, au contraire d'autres situations comme celles du profilage racial ou politique, l'identification est revendiquée comme un moyen d'assurer à certains groupes sociaux l'accès à des services autrement impossibles à obtenir. L'identification de la « vulnérabilité », porte d'entrée du traitement

thérapeutique, est considérée comme essentielle pour la réalisation de la mission policière, et positive pour les groupes concernés.

### 3. VU pour vulnérable : la police thérapeutique en action

- 27 Lors de la réalisation d'une recherche portant sur l'intervention policière auprès de personnes autistes ou composant avec une déficience intellectuelle, nous avons tôt fait de constater que le découpage par diagnostic – en l'occurrence le trouble du spectre de l'autisme et la déficience intellectuelle – n'avait que peu de sens pour les policiers. Les quatre groupes de discussion, impliquant 34 policiers du SPVM<sup>6</sup>, ont plutôt porté sur la catégorie très large des personnes dites « vulnérables »<sup>7</sup>. Lors de ces échanges, les policiers ont décrit en détail leurs interventions quotidiennes auprès de ces personnes. Les interactions des policiers avec des personnes en situation considérées comme problématiques sont si courantes que le service de police s'est doté de moyens pour les identifier par l'inscription, par exemple, de la mention « VU » sur les rapports d'événement ou sur les cartes d'appel réparties au véhicule patrouille.

#### 3.1. Police et santé mentale : construction et fonction de la catégorie « VU »

- 28 Les policiers ont recours à la désignation « VU » pour identifier les personnes qui composent avec des problèmes qui altèrent leur capacité à « se prendre en charge ». Lors d'une discussion de groupe les policiers nous ont expliqué que la catégorie « VU » était à la base associée aux problèmes de santé mentale, mais qu'elle s'applique désormais à un large éventail de problématiques individuelles :
- Avant c'était MM pour maladie mentale. Mais « maladie mentale » c'était péjoratif  
[...]  
(Policier sociocommunautaire)  
Une personne vulnérable. C'est une personne qui a besoin d'aide souvent.  
(Patrouilleuse régulière)
- 29 Le passage de la dénomination « MM » à la dénomination « VU » a des conséquences qui dépassent largement l'adoption d'un langage moins stigmatisant. En utilisant désormais le diminutif « VU », les policiers réunissent sous une même étiquette un ensemble éclaté d'individus considérés pour différentes raisons comme étant socialement problématiques. Lors de l'analyse des groupes de discussion, nous avons relevé la manière dont les policiers décrivent les personnes susceptibles d'entrer dans la catégorie « VU ». Aucune liste de diagnostics ou de situations n'a été formalisée par les services policiers pour désigner plus précisément qui sont les personnes associées à la catégorie VU. Cependant au cours des groupes de discussion, en décrivant leurs interventions, les policiers ont nommé une multitude d'étiquettes qu'ils associent à cette catégorie. Le Tableau I en présente une liste non-exhaustive et non-ordonnée.

Tableau I. Problématiques associées par les policiers aux personnes correspondant à la catégorie « VU »

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficience intellectuelle</li> <li>• Trisomie</li> <li>• Autisme</li> <li>• Autiste de haut niveau</li> <li>• Asperger</li> <li>• Délirium agité</li> <li>• Problème organique</li> <li>• Traumatisme crânien</li> <li>• Toxicomane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne judiciarisée à outrance</li> <li>• Psychopathe</li> <li>• Problèmes de santé mentale</li> <li>• Bipolarité</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Personne isolée</li> <li>• Personne complètement inapte</li> <li>• Itinérance</li> <li>• Trouble du lobe frontal</li> <li>• Autochtone</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne ayant un jugement affecté</li> <li>• Personne cancéreuse</li> <li>• Personne suicidaire</li> <li>• Tendances maniaques</li> <li>• Personne ayant une grande impulsivité</li> <li>• Inuits</li> <li>• Nymphomane</li> <li>• Consommateur de drogues dures</li> <li>• Personne âgée</li> <li>• Dépression</li> </ul>
---	--	--

- 30 Pour les policiers rencontrés, l'objectif d'identification des personnes vulnérables est louable dans la mesure où ce type de profilage facilite les interventions subséquentes et permet éventuellement de mettre les personnes en lien avec des ressources susceptibles de répondre à leurs besoins (hébergement, soutien psychosocial, soins de santé). L'objectif consiste à identifier les personnes ayant besoin de soutien et afin de les orienter vers les services les plus susceptibles de le leur offrir. Les policiers jouent ainsi un rôle de relais entre les « personnes VU » et les services socio-sanitaires, publics ou communautaires. Idéalement, une fois la crise résorbée, une équipe d'intervenants sociaux assure le suivi des personnes afin qu'elles se maintiennent dans la communauté. Ce type d'intervention fait en sorte que les policiers jouent un rôle de premier plan dans la mise en place d'un continuum de services dédié à soutenir les « personnes VU » dans la communauté.
- 31 Pour mener à bien les interventions impliquant la clientèle dite vulnérable, les services policiers ont développé un ensemble de dispositifs et de stratégies. Des policiers, répartis sur l'ensemble du territoire, ont reçu une formation d'intervention de crise auprès des personnes composant avec des problèmes de santé mentale. Rappelons également que des dyades de policiers et d'intervenants du réseau socio-sanitaire peuvent venir en soutien aux policiers et qu'une équipe hybride policiers/intervenants est dédiée aux personnes en situation d'itinérance (EMRII). Les policiers peuvent aussi recourir aux équipes d'intervention en santé mentale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)<sup>8</sup> et orienter les personnes vers des tribunaux spécialisés.
- 32 À ces dispositifs s'ajoutent des outils développés et des stratégies internes de collecte d'informations. Ils feront des « historiques d'endroit » (HIEN), en entrant dans une base de données les adresses auxquelles ils sont intervenus et les spécificités des personnes hébergées à ces adresses (santé mentale, autisme, toxicomanie, etc.). Lorsqu'ils interviennent de façon récurrente auprès d'une personne identifiée comme « VU », ils pourront inscrire sur un tableau au poste de quartier des informations concernant la personne (nom, adresse, diagnostic, comportement problématique, type d'intervention à préconiser). À d'autres occasions, ils recueilleront les coordonnées des proches ou des intervenants impliqués auprès de la personne.

- 33 Les policiers insistent sur le fait que plus ils auront d'informations sur la personne, son milieu de vie, ses comportements et son réseau relationnel et mieux ils pourront adapter leurs interventions :

On veut que les patrouilleurs soient au courant de où est-ce qu'on s'en va ? À qui on va avoir affaire ? Il y a combien de personnes affectées dans cet appartement-là ? Comment ça pourrait dégénérer  
(Patrouilleur, équipe hybride)

### 3.2. Sur la pente glissante de la police thérapeutique

- 34 S'ils décrivent abondamment leur travail en se référant à la collecte d'informations qu'ils mènent afin d'adapter leurs interventions, les policiers décrivent du même souffle des éléments qui font obstacle à la mise en place d'interventions « adaptées », notamment l'absence d'information sur les diagnostics :

Si je n'ai pas cette information-là [le diagnostic] je ne le saurai pas s'il est autiste, s'il a un retard mental, s'il est bipolaire, si... C'est dur à dire !  
(Patrouilleur, équipe hybride)

- 35 En plus de composer généralement avec peu d'informations, les policiers constatent que le cumul de problématiques et de l'identification d'une problématique unique ou, du moins, dominante chez une « personne VU » ne va pas de soi :

Si on avait que les itinérants, les toxicos, les déficients intellectuels ce serait facile, mais là on a le déficient intellectuel qui est intoxiqué et qui est itinérant ! Ça fuck un peu la patente [ça embrouille un peu les choses]. Sans parler des autochtones et des Inuits qui s'ajoutent à ça. On est rendu qu'il y a des micmacs ! Il y a de tout ! C'est rendu compliqué à gérer. C'est ça le problème, on s'enlise.  
(Patrouilleur, équipe hybride)

- 36 Pour composer avec des individus dont les situations apparaissent complexes et possédant plusieurs types de besoins, les policiers s'arriment au réseau de la santé et des services sociaux :

C'est un partenariat continu.  
(Policier sociocommunautaire)

- 37 Sur le terrain, les policiers sont d'ailleurs de plus en plus perçus comme des partenaires à part entière du réseau socio-sanitaire :

Quand on se présente dans les centres hospitaliers, on est pas mal mieux reçus maintenant qu'on l'était quand j'ai commencé. [...] Les gens [du réseau socio-sanitaire] sont prêts à s'asseoir autour d'une table, puis parler d'un cas. Ce qui était impossible auparavant.  
(Policier, gestionnaire)

- 38 Avec la volonté d'établir un lien permanent entre les parties prenantes, la distinction franche entre les policiers (bras armé de l'État) et les intervenants psychosociaux (main tendue de l'État) tend à s'estomper. D'ailleurs les policiers rencontrés confirment que leur travail consiste pour une grande part à offrir du soutien psychosocial :

Dans plus de 70 % des cas, on est en relation d'aide.  
(Patrouilleur régulier)

- 39 À partir de ce moment, un glissement semble s'opérer. Tout se passe comme si les policiers faisaient désormais figure d'intervenants psychosociaux et de coordonnateurs de services, devant un réseau socio-sanitaire en crise permanente (manque de ressources humaines et financières, changement de structure des organisations, lourdeur bureaucratique, etc.) :

C'est l'agent [de police] sociocommunautaire qui joue le rôle de TS [travailleur social].

(Patrouilleur, équipe hybride)

- 40 Qu'ils le déplorent ou non, plusieurs décrivent de quelle façon ils suppléent au quotidien à l'absence d'intervenants des services sociaux :

On joue un grand rôle de travailleur social, ce n'est pas un rôle policier ! Mais il y a tellement de manque de ressources, qu'à un moment donné, bien nous on prend charge de la personne puis là on fait les démarches qu'il faut.

(Patrouilleur, équipe hybride)

Très souvent on force l'hôpital à garder la personne 48 heures [pour qu'elle soit évaluée].

(Patrouilleur, équipe hybride)

Bien il n'y a personne qui s'en occupe, ça fait que la personne se ramasse dans la rue, pas de ressource. Puis c'est nous qui devons faire le suivi, qui devons faire les appels, qui devons placer cette personne-là.

(Patrouilleur régulier)

[C'était rendu que] j'allais voir dans des frigos ! Est-ce que la personne avait du lait ? Est-ce qu'elle avait ce qu'il faut ? C'est correct, je vais le faire, ça me fait plaisir, c'est dans ma personnalité, [...] mais ce n'est pas normal que ça soit la police qui fasse ça.

(Policier sociocommunautaire)

- 41 Enfin, à cours d'options, la voie de la judiciarisation constitue un moyen d'intervention perçu comme efficace. Les policiers parlent abondamment des situations où une personne « VU » qui n'a pas de services de soutien se retrouve constamment en contact avec leur service. Dans ces cas, la judiciarisation devient une voie parmi d'autres :

La judiciarisation c'est en dernier recours, ça dépend toujours des situations, mais c'est une option.

(Patrouilleur, équipe hybride)

- 42 Les policiers s'en remettent alors aux tribunaux, en souhaitant que les spécificités des personnes soient prises en compte :

On fait des recommandations, on fait des notes au procureur. On essaie que la personne soit considérée, [...] mais on n'est pas commissaire, on n'est pas juge.

(Patrouilleur régulier)

- 43 L'idée de judiciariser la personne pour qu'elle obtienne des services correspondant à ses besoins revient régulièrement dans le discours des policiers :

C'est drôle parce que des fois, ils ont plus facilement accès à une ressource et à des services via le tribunal.

(Patrouilleur, équipe hybride)

- 44 Dans ces cas, le processus judiciaire sert à neutraliser la personne pour une période plus ou moins longue et ce temps d'arrêt donne la possibilité d'accéder à des ressources qui ne semblent pas accessibles par d'autres voies :

À un moment donné, c'est qu'on n'a pas eu le choix, on doit le judiciariser ! Il a eu des conditions, puis suite à ses conditions, il a été placé dans une super bonne ressource où ils l'ont encadré. Là, ça va mieux, mais il a fallu que ça passe par la judiciarisation.

(Policier sociocommunautaire)

### 3.3. Le potentiel thérapeutique de l'action en réseau : individualisation et régulation

- 45 En somme, les policiers expliquent de façon éloquente la manière dont, de plus en plus souvent confrontés à des personnes mal prises et sans services, ils se sont progressivement dotés de moyens d'identifier et de répondre aux besoins de « clientèles » dites vulnérables. À l'analyse, et conformément à ce que nous avons constaté dans la littérature, les individus composant cette population hétéroclite partagent le fait d'être précaires professionnellement, financièrement, résidentiellement, mentalement, physiquement, relationnellement, etc.
- 46 Suivant le courant de fond de l'État thérapeutique, les services policiers se sont tournés vers le réseau socio-sanitaire. En attendant d'un système de santé et de services sociaux qui puissent répondre à la demande, les policiers assurent, tant bien que mal, des rôles de substitution (intervenants psychosociaux, coordonnateurs de services, travailleurs sociaux). Lorsqu'interrogés sur l'avenir de la police dans la gestion des personnes dites vulnérables, les policiers soulignent qu'ils ne pourront tenir le rythme encore longtemps :
- Je pense qu'on essaie de nous transposer une partie qui ne fonctionne pas dans la santé, pour le mettre sur le volet de la sécurité publique. C'est du dumping de clientèle !  
(Patrouilleur régulier)
- 47 Un autre participant réagit vivement lorsque nous demandons si le travail policier de demain passe par la généralisation des équipes de patrouilles mixtes (policier/intervenant psychosociaux) :
- Non ! Moi, je rêve du jour où il n'y aura plus [équipes mixtes comme] EMRII, il n'y aura plus ÉSUP. C'est correct là on a débuté quelque chose, ça a porté ses fruits, tout ça, mais on dépasse largement nos responsabilités et notre mandat.  
(Patrouilleur, équipe hybride)
- 48 Les policiers qui se butent de façon récurrente aux mêmes problèmes, individuels ou structureaux, préconisent l'option de la judiciarisation. La « thérapeutique policière » passe alors le relais à la « thérapeutique judiciaire » :
- Parce qu'on a beau à la base, être en relation d'aide, mais à un moment donné, il y a une limite infranchissable, on n'a pas le choix d'intervenir en judiciarisant aussi.  
(Policier, gestionnaire)
- Je fais de l'intervention au quotidien sur la rue avec cette clientèle-là. C'est d'une tristesse épouvantable ! Tu sais à un moment donné, on n'a pas le choix on va judiciariser, on est rendu là ! C'est plate [dommage] d'en arriver là mais ça fait partie de la solution.  
(Patrouilleur, équipe hybride)
- Le PAJ-SM [programme d'accompagnement justice en santé mentale] ça c'est un bel outil de travail. Quand nos clients passent par là, on est content.  
(Patrouilleur, équipe hybride)
- 49 Tel que nous l'avons présenté, les policiers occupent une place importante dans la chaîne de régulation des personnes dites vulnérables. Malgré les embûches qui entravent la voie de la collaboration entre les services policiers et les services de santé et services sociaux, les discours des policiers rencontrés demeurent fortement imprégnés de la grammaire de la collaboration. Ainsi policiers, avocats, agents de probation, cadres du réseau de la santé et des services sociaux et de la justice, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, représentants du curateur public, etc.

chacun à leur manière en appelle à l'arrimage des pratiques, au décloisonnement des organisations, au continuum de services, à des actions concertées, à des formations croisées, à l'élaboration de plans d'intervention conjoints, à des partenariats, à des ententes interservices, etc.

- 50 Lors des ateliers intersectoriels que nous avons menés, nous avons pu constater que la volonté de travailler en réseau a gagné l'ensemble des acteurs de la justice, de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique. Les participants décrivent la justice thérapeutique comme une « machine » à régler les problèmes sociaux. Les individus dits vulnérables ou incompetents à endosser un rôle social valorisé seront relégués vers les bons dispositifs de soutien. En formant un tout complémentaire, les dispositifs pénaux, psychiatriques et psychosociaux de l'État thérapeutique constitueraient ainsi un filet ayant pour fonction d'encadrer de façon systématique les individus ayant besoin de soutien. Les individus associés à la délinquance ou à la criminalité seront, quant à eux, pris en charge par le système pénal. En ce sens, un agent de probation affirme :
- 51 En criminologie, on va dire « *mad, bad, sad* » c'est une typologie très rapide pour déterminer si tu es vraiment délinquant ou si tu ne l'es pas.
- 52 Plusieurs participants soulignent le nombre croissant de personnes dites vulnérables qui entrent en contact avec la justice et, du même souffle, l'importance de mettre en place des mécanismes de repérage et d'aiguillage pour les individus ayant des besoins de soutien :
- Avec la désinstitutionnalisation, on ne peut pas se fermer les yeux, ces personnes-là, c'est nous [les policiers] qui les retrouvons dans la communauté.  
(Policier)
- Le phénomène est difficile à quantifier, mais qu'il y en a beaucoup et régulièrement.  
(Procureur en chef à la Cour)
- Les cas sont plus lourds depuis 10 ans. Sur le plan criminel c'est généralement moins grave, mais en santé mentale, plus grave.  
(Avocate de la défense)
- 53 La police thérapeutique et les tribunaux thérapeutiques s'adjoignent alors pour endiguer des problèmes dont le traitement relevait auparavant des services socio-sanitaires :
- Les policiers judiciarisent aujourd'hui des choses que l'on réglait par les services sociaux. Le tribunal thérapeutique est un forum où on a le temps et les ressources [et où] on est en mesure de trouver la « solution parfaite pour ce dossier, cette personne » ; on envoie les gens aux bons endroits en fonction de leurs diagnostics médicaux et sociaux.  
(Avocate de la défense)
- 54 Les tribunaux thérapeutiques occupent ainsi une place laissée vacante par les services sociaux :
- Idéalement, les personnes auraient reçu les services avant en prévention et ne viendraient pas à la cour.  
(Procureur en chef)
- 55 Nos recherches révèlent que plusieurs acteurs de la justice considèrent le phénomène de la judiciarisation des problèmes d'ordre socio-sanitaire comme un mal nécessaire, alors que du côté des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, on célèbre ouvertement le tournant thérapeutique de la justice et y voyant un levier permettant

une responsabilisation accrue de tous et chacun. Une gestionnaire de services socio-sanitaire résume bien cette posture :

La justice thérapeutique c'est très bien parce que le processus et les conséquences sont adaptés à la personne.  
(Gestionnaire de service en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme)

## 4. L'ingénierie de l'État thérapeutique

- 56 La mise en place d'un État thérapeutique laisse entrevoir un double mouvement. D'une part, on assiste à un assouplissement du caractère disciplinaire de l'appareillage pénal qui, dans le virage thérapeutique, cherche moins à punir et plus à soutenir, à traiter, à guérir. D'autre part, on constate un durcissement des critères d'accès aux dispositifs de soutien psychosociaux, qui passent d'une logique universaliste de solidarité sociale à une logique d'assistance conditionnelle à « l'effort » des individus et à la « sincérité » de leur adhésion aux processus thérapeutiques et disciplinaires (Dubreucq *et al.*, 2012).
- 57 Pour Loïc Wacquant, ce double mouvement entrepris depuis la fin des années 1970 se décline en quatre aspects : 1) la libéralisation économique ; 2) le passage des mesures de soutien social (*welfare*) aux mesures d'incitation à l'emploi (*workfare*) ; 3) l'incursion de plus en plus marquée de la justice pénale dans la gestion des problèmes sociaux ; et 4) le tout accompagné par les prescriptions normatives d'autonomie et de responsabilisation individuelle (Wacquant, 2010, 213). En mobilisant les « mots doux des institutions » (Van Campenhout, 2013), l'État peut à la fois adopter un discours bienveillant, qui se réclame parfois de l'éthique du « *care* », et parfaire sa mécanique de contrôle de la pauvreté, de la santé mentale ou plus globalement de la vulnérabilité.
- 58 Comme les acteurs qui relèvent des champs pénal, médical, légal, psychosocial ou psychiatrique partagent une grammaire thérapeutique commune et souscrivent à une même philosophie d'intervention, celle de la « personne au centre », les différences entre les institutions apparaissent atténuées. Sans devenir pour autant interchangeables, les agents thérapeutiques, tous champs confondus, sont amenés à constituer une matrice d'intervention cohérente<sup>9</sup>.
- 59 Les transformations à l'œuvre dans la redéfinition du travail policier ne sont pas que le reflet des changements de profils psychosociaux rencontrés sur le terrain, mais aussi le résultat d'un plan concerté qui procède à la réingénierie de l'État. La *Stratégie nationale de concertation en justice et santé mentale 2018* du ministère de la Justice du Québec laisse effectivement entrevoir que la fonction thérapeutique du travail policier n'est pas un phénomène accidentel et temporaire. Le document indique notamment que les services de police doivent collaborer plus étroitement avec les services d'aide en situation de crise et mettre en place leurs propres équipes d'intervention hybrides, référant explicitement aux équipes EMRII et ESUP du SPVM (p. 8). Les services de police doivent également avoir recours à des mesures de déjudiciarisation, notamment les actions préventives et l'approche de résolution de problème, qui ne se limitent pas seulement à l'application du droit (p. 9). Il revient également aux corps de police de former leurs policiers pour qu'ils sachent comment entrer en contact avec « la clientèle présentant des incapacités cognitives ou mentales, soit des personnes avec des troubles mentaux, une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme, des problèmes de dépendance ou qui sont sans abri » (p. 9). La nouvelle politique mise sur « l'instauration

d'une nouvelle culture de concertation » par laquelle les acteurs des institutions de la sécurité publique, de la justice et de la santé et services sociaux se centreront sur « les personnes, leurs incapacités et leurs besoins », notamment en « reconnaissant [leur] pouvoir d'agir » (p. 7).

- 60 Le caractère « en construction » de cette matrice d'intervention, qui se veut cohérente entre les institutions dont la police, est explicite dans les propos d'un cadre supérieur du ministère de la Justice (MJQ) interviewé dans nos travaux et expose certaines tensions/contradictions au sein d'une même institution et entre les institutions. Par exemple, ce cadre nous explique que les policiers sont et seront appelés à intervenir dans des situations qu'ils n'apprécient pas nécessairement : des situations de judiciarisation où le plaignant est un membre de la famille et où les policiers ne veulent pas contribuer à une rupture relationnelle entre la personne et la famille ; des situations dans lesquelles commerçants, citoyennes ou citoyens demandent d'éloigner les personnes en situation d'itinérance alors que les policiers sont de plus en plus conscients que toute personne est en droit d'occuper l'espace public, etc. Les policiers doivent donc comprendre que leur rôle a changé et accepter leur fonction centrale dans l'intervention sociale à visée thérapeutique :

Les jeunes qui sortent des écoles de police n'ont pas tous une mentalité de travailleuse sociale, même si on insiste de plus en plus sur ce rôle-là à l'école de police [...]. On n'en fera pas des travailleurs sociaux à temps plein mais ils doivent connaître les rudiments [et] les fiers à bras doivent comprendre qu'ils doivent composer avec [des personnes qui ont des] problèmes de santé mentale.

(Cadre supérieur, MJQ)

- 61 Il estime par ailleurs que de « grands progrès » ont été accomplis concernant le travail en collaboration : avant, les gens de la police et des services sociaux ne se parlaient pas, « maintenant ils sont dans les mêmes voiture » et les liens sont continuels. Mais les collaborations entre santé et services policiers devront encore être développées. Il existe en effet encore trop de situations où l'arrimage ne se fait pas, laissant les policiers seuls à la manœuvre. Le milieu de la santé doit impérativement trouver des solutions pour prendre en charge les personnes amenées par les policiers, afin d'éviter que les policiers ne soient frustrés. Il revient donc au milieu de la santé de développer les ressources adéquates alors que, selon ses dires, celui-ci semble réticent ou peu intéressé :

Les interventions que le ministère [de la Justice] fait mécontente le MSSS [ministère de la Santé et des Services sociaux]. On s'entend mieux avec le MSP [ministère de la Sécurité publique] que le MSSS. [...] Ça bloque toujours du côté du MSSS pour des questions de virgule alors qu'on s'est entendus avec tout le monde. [...] Les gens du MSSS ne nous courent pas après. Il faut littéralement les harceler.

(Cadre supérieur, MJQ)

- 62 Il semble donc que l'approche thérapeutique ne fasse pas l'unanimité et qu'elle interpelle plutôt les acteurs policiers et judiciaires que ceux de la santé. Ce constat peut également être fait à la lumière de la littérature sur le courant de la jurisprudence thérapeutique : alors que les auteurs qui s'en réclament parlent d'un mouvement interdisciplinaire, les écrits émanent majoritairement de juristes. Les origines du mouvement concordent avec la mise en place de la police de quartier dans les décennies 1980-1990 et les coupures de plus en plus récurrentes dans le système de santé et services sociaux. Il répond à un sentiment d'inadéquation des services judiciaires et correctionnels pour une population « vulnérable » de plus en plus visible. C'est le point de départ des programmes spécialisés en justice – santé mentale,

itinérance, toxicomanie, etc. – et des aménagements judiciaires visant à rendre le processus plus conforme aux besoins des personnes accusées, intégrant progressivement une multitude d'intervenants sociaux et médicaux. Les services policiers ont alors le rôle implicite d'identifier les personnes auprès desquelles ils interviennent pour déterminer qui ira à l'hôpital, qui ira en cellule et qui semble avoir besoin de services.

63 Mais l'approche thérapeutique, qu'elle soit policière ou judiciaire, a toujours pour objectif la réforme et le contrôle des comportements dans un objectif de sécurité publique et de maintien de l'ordre. Si l'institution pénale classique échoue à individualiser suffisamment la réponse aux comportements indésirables, l'absence de pénalisation n'apparaît pas plus intéressante. En effet, dans un contexte où de plus en plus de droits ont été reconnus en matière de soins et services, notamment celui d'y consentir, il apparaît de moins en moins possible d'intervenir de manière coercitive en mobilisant les mécanismes civils pour forcer le traitement<sup>10</sup>. Pour les tenants de l'approche thérapeutique, le refus de soins pose problème puisqu'il empêche l'intervention rapide et enclenche une escalade menant à la dégradation des situations et des états de santé et, ultimement, à la violence. L'intervention de la police et de la justice thérapeutiques permettrait donc de prévenir la récidive, assurant la sécurité. Soulignons par ailleurs que les impacts sur la récidive n'ont jamais été démontrés au-delà de l'anecdote.

64 Notre informateur au MJQ porte les mêmes convictions. Il établit une différence entre la non-judiciarisation et la déjudiciarisation : la non-judiciarisation est le fait de ne pas porter d'accusation, ne laissant aucune trace des événements ; la déjudiciarisation est le fait de porter des accusations qui mèneront à un programme judiciaire spécialisé, ce qui permet tout de même de garder des traces « officielles » des événements et donne une prise pour intervenir sur le plan thérapeutique. Pour lui, la non-judiciarisation mène ultimement à la violence :

On ne fait plus de non-judiciarisation par crainte de violence. Dans un programme de déjudiciarisation, on va améliorer les comportements.

(Cadre supérieur, MJQ)

65 Curieusement, la déjudiciarisation ne constitue pas pour notre informateur une intervention coercitive ou de contrôle, et ce même si les accusés ont l'obligation de s'engager dans une thérapie et de la réussir pour que les accusations soient abandonnées. Il évacue ainsi très simplement la mission et les objectifs de l'institution pénale qui sont avant tout la répression et le contrôle, de même que la pression exercée sur le consentement aux soins :

Ça prend des gens qui croient à la mise sur pied de moyens non répressifs. C'est pas tout le monde qui a ça dans le sang.

(Cadre supérieur, MJQ)

66 Notre informateur confirme qu'il faut intervenir rapidement pour que la déjudiciarisation fonctionne. Ces propos laissent penser que pour atteindre des objectifs de nature thérapeutique, il pourrait être justifié ou acceptable de porter des accusations pour des comportements qui ne seraient autrement pas judiciarisés en raison de leur absence de gravité. C'est dans ce sens que vont les résultats de plusieurs recherches portant sur la police et la justice thérapeutiques (Stuart, 2016 ; Thom, Nakarada-Kordic, 2014). C'est ici que prend forme toute la potentialité de l'étiquette « VU », puisqu'elle permet le contrôle de groupes sociaux qui y échappait traditionnellement en judiciarisant des délits sans gravité pour la sécurité publique et

en contraignant les fautifs à s'inscrire dans une démarche thérapeutique. Lors des ateliers intersectoriels, des participants ont ainsi rapporté des situations où des accusations ont été portées pour des gestes comme le vol d'une tablette de chocolat, des insultes, etc. dans l'objectif déclaré que les accusés apprennent la leçon et modifient leurs comportements.

- 67 Le responsable au MJQ confirme également qu'aucune recherche n'a permis de démontrer les impacts positifs de l'approche thérapeutique :
- Il est difficile de faire la démonstration que [les programmes de déjudiciarisation] font baisser la criminalité mais j'en suis convaincu. Ce que je dis est basé sur rien, juste sur mes conversations avec les gens du PAJ-SM et du PAJIC.  
(Cadre supérieur, MJQ)
- 68 Il est inquiétant de constater qu'en l'absence de toute évaluation démontrant les effets positifs, la police et la justice thérapeutiques soient déployées dans toute la province.

## 5. Conclusion : la régulation des inutiles au monde

- 69 Malgré les « mots doux des institutions » qui caractérisent l'État thérapeutique, hier comme aujourd'hui, on psychiatrie, on confine, on punit, on surveille, on repousse à la rue un nombre important d'individus sur la base de leur différence ou de leur « anormalité ».
- 70 Alors que le taux de criminalité décroît depuis le milieu des années 1990, les centres de détention provinciaux sont depuis plus de deux décennies en situation de surpopulation (Alter Justice, 2021). Alors qu'on parle de l'institutionnalisation psychiatrique au passé, les ressources pour assurer le retour des patients dans la communauté manquent et sont sous le contrôle hospitalier, faisant dire à Henri Dorvil (2005, 209) qu'il s'agit de l'« hôpital sans murs ». À mesure que les politiques et programmes dédiés aux personnes en situation de crise se multiplient, le visage de la vulnérabilité apparaît plus hétérogène que jamais (autochtones, femmes, jeunes, personnes composant avec des problèmes de santé mentale, personnes en situation de handicap, personnes des communautés LGBTQ+, traumatisés crâniens, etc.). Avec son aura de bienveillance, l'État thérapeutique participe activement à l'intensification des pratiques de responsabilisation et « d'activation individuelle » (Astier, 2010). Les mesures assistancielles se transforment ainsi en mesures d'incitation au travail et les individus inaptes à l'emploi se retrouvent en marge.
- 71 Malgré une exposition quotidienne à des situations qui soulignent à gros traits les ratés de leurs interventions, les agents de l'État thérapeutique continuent d'adhérer et de promouvoir la vertu émancipatrice de ce mode de gestion. À ce sujet Van Campenhout (2013, 38) estime que : « [c]e cadre de pensée est inévitablement intériorisé par les agents institutionnels qui le perpétuent mais aussi, dans une certaine mesure, par les "usagers" qui y ont affaire ». Il s'agit d'une hypothèse qui mérite considération. Toutefois, après de nombreuses heures d'observation en détention, à la cour, en milieu psychiatrique, dans les refuges d'hébergement dédiés aux « personnes de la rue », force est de constater que si l'approche de l'État thérapeutique comporte une dimension émancipatrice, elle concerne davantage l'émancipation des agents de l'État que celle des « vulnérables » qui en font les frais. La mise en récit de l'État thérapeutique donne un sens aux pratiques par lesquelles ils assurent la performativité des injonctions d'autonomie et de responsabilité auprès d'individus qui, de par leur condition ou

situation, mettent en échec la logique capacitaire. En creux, le déploiement tous azimuts du discours de l'État thérapeutique circonscrit les attentes sociales entretenues à l'égard des personnes dites vulnérables : proactives, collaboratives, productives, autonomes, aptes à s'occuper d'elles-mêmes avec un soutien extérieur minimal. Pour ceux qui peinent à satisfaire ces attentes, l'éventail des agents thérapeutiques prendra les moyens nécessaires pour qu'ils y mettent les efforts. Pour ce faire, la judiciarisation constitue un levier de plus en plus privilégié.

- 72 L'État thérapeutique se présente comme un tout composé de parties complémentaires qui couvrent l'entièreté de l'espace social et traitent les problèmes sociaux, un individu à la fois. Toutefois, tel que spécifié par l'informateur du MJQ et de nombreux policiers rencontrés, l'accord qui unit l'ensemble des agents de l'État thérapeutique s'apparente davantage à un simulacre qu'à une réalité effective. En effet, sous l'apparente complémentarité du champ pénal et du champ socio-sanitaire, se dissimule une fracture. Alors que la main droite de l'État, avec les policiers en avant-poste, agit de manière proactive et se munit des moyens pour mieux cibler, mieux intervenir et mieux orienter les individus désignés comme étant vulnérables, la main gauche de l'État, avec son dispositif bureaucratique d'accès aux services socio-sanitaires, trie sur le volet la clientèle qui correspond à son offre de services en écartant les individus qui ne sont pas volontaires et mobilisés, qui n'ont pas de profil diagnostique défini, qui ne formulent pas de demande de services spécifiques, qui offrent un faible potentiel de « réadaptation », etc.
- 73 Au fur et à mesure que l'imaginaire de l'État thérapeutique gagne l'ensemble des agents étatiques (policiers, travailleurs sociaux, juges et avocats, psychiatres, etc.), une masse critique de personnes se retrouvent avec des besoins de soutien qui sont très visibles aux yeux des policiers, mais qui demeurent invisibles aux yeux des agents des services socio-sanitaires. En bout de ligne, faute de produire les effets thérapeutiques escomptés chez la population dite vulnérable, les policiers continuent d'assurer un rôle qui leur a été octroyé historiquement, celui de gérer les *inutiles au monde*.

---

## BIBLIOGRAPHIE

Action autonomie – le Collectif pour la défense des droits en santé mentale, 2016, *Quand l'inacceptable se perpétue : 18 ans de violation de la loi et des droits fondamentaux des personnes hospitalisées en psychiatrie*, Montréal.

Alter justice – Groupe d'aide et d'information aux personnes judiciarisées, 2021a, *Le coût de la détention*, [en ligne] [https://alterjustice.org/sensi\\_recherche/le-cout-de-la-detention/](https://alterjustice.org/sensi_recherche/le-cout-de-la-detention/).

Alter justice – Groupe d'aide et d'information aux personnes judiciarisées, 2021b, *Surpopulation carcérale – Les principales causes du problème*, [en ligne] [https://alterjustice.org/sensi\\_recherche/surpopulation-carcerale-les-principales-causes-du-probleme/](https://alterjustice.org/sensi_recherche/surpopulation-carcerale-les-principales-causes-du-probleme/).

Astier I., 2010, *Sociologie du social et de l'intervention sociale*, Paris, Armand Colin.

- Badger D., Waughan P., Woodward M., Williams P., 1999, Planning to Meet the Needs of Offenders with Mental Disorders in the United Kingdom, *Psychiatric Services*, 50, 12, 1624-1627.
- Becker H., 1985, *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Métailié.
- Bernheim E., Chalifour G., Laniel R.-A., 2016, La santé mentale en justice – invisibilité et déni de droits : une étude statistique de la jurisprudence en autorisation de soins, *Revue Droit et Santé de McGill*, 9, 2, 337-382.
- Black D., 1983, Crime as Social Control, *American Sociological Review*, 48, 34-45.
- Borum R., Deane M.W., Steadman H.J., Morrissey, J., 1998, Police Perspective on Responding to Mentally Ill, *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 393-405.
- Boyd J., Kerr T., 2016, Policing “Vancouver’s Mental Health Crisis”: A Critical Discourse Analysis, *Crit Public Health*, 26, 4, 418-433.
- Brodeur J.-P., 1984, La Police : mythes et réalités, *Criminologie*, 17, 1, 9-41.
- Brown W., 2006, American nightmare: Neoliberalism, neoconservatism, and de-democratization, *Political Theory*, 34, 6, 690-714.
- Brown S., 1999, The Mental Health Tribunal of Queensland: A Useful Model for UK Forensic Psychiatry?, *Journal of Forensic Psychiatry*, 10, 2, 325-332.
- Dempsey C., Quanbeck C., Bush C., Kruger K., 2019, Decriminalizing mental illness: specialized policing response, *CNS Spectrums*, 1-15.
- Dorvil H., 2005, Nouveau plan d’action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation, *Cahiers de recherche sociologiques*, 41-42, 209-235.
- Draine J., Solomon P., 1999, Describing and Evaluating Jail Diversion Services for for Persons With Serious Mental Illness, *Psychiatric Services*, 50, 1, 56-60.
- Dubreucq S., Chanut F., Jutras-Aswad D., 2012, Traitement intégré de la comorbidité toxicomanie et santé mentale chez les populations urbaines : la situation montréalaise, *Santé mentale au Québec*, 37, 1, 31-46, [en ligne] <https://doi.org/10.7202/1012642ar>.
- Ehrenberg A., 2005, Le grand renversement, *Annales Médico-Psychologiques*, 163, 364-371.
- Foucault M., 1975, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.
- Foucault M., 2003, *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973-1974)*, Paris, Gallimard et Seuil.
- Furness T., Maguire T., Brown S., McKenna B., 2017, Perceptions of Procedural Justice and Coercion during Community-Based Mental Health Crisis: A Comparison Study among Stand-Alone Police Response and Co-Responding Police and Mental Health Clinician Response, *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 11, 4, 400-409.
- Garland D., 1981, The Birth of the Welfare Sanction, *British Journal of Law and Society*, 8, 29-45.
- Goudreault Z., 2020 (19 novembre), Le budget du SPVM continue de croître malgré les demandes de « définancement », *Journal Métro*, [en ligne] <https://journalmetro.com/actualites/montreal/2581352/le-budget-du-spvm-continue-de-croitre-malgre-les-demandes-de-definancement/>.
- Hager M., 2020 (11 août), Vancouver Police Department wants more mental health officers, but city declines new funding, *The Globe and Mail*, [en ligne] <https://www.theglobeandmail.com/canada/british-columbia/article-vancouver-police-department-wants-more-mental-health-officers-but/>.

- Hill Collin P., 2000, *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, New York, Routledge [2<sup>e</sup> ed.].
- Kittrie N.N., 1971, *The Right to be Different: Deviance and Enforced Therapy*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Lacroix A., 2020 (13 novembre), 2 100 appels par an en santé mentale, *Le Journal de Montréal*, [en ligne] <https://www.journaldemontreal.com/2020/11/13/2100appels-par-an-en-sante-mentale>.
- Lamanna D., Shapiro G.K., Kirst M., Matheson F.I., Nakhost A., Stergiopoulos V., 2017, Co-responding police–mental health programmes: Service user experiences and outcomes in a large urban centre, *International Journal of Mental Health Nursing*, [en ligne] DOI: 10.1111/inm.12384.
- Macdonald S.-A., Bellot C., Sylvestre, M.-E., Michaud, A.-A., Pelletier A., 2014, *Tribunaux de santé mentale : Procédures, résultats et incidence sur l'itinérance*, Rapport de recherche, Montréal.
- McKenna B., Furness T., Oakes J., Brown S., 2015, Police and mental health clinician partnership in response to mental health crisis: A qualitative study, *International Journal of Mental Health Nursing*, 24, 386-393.
- Marcuse H., 2012, *L'homme unidimensionnel*, Paris, Minuit.
- Meehan T., Brack, J., Mansfield Y., Stedman T., 2018, Do police–mental health co-responder programmes reduce emergency department presentations or simply delay the inevitable?, *Australian Psychiatry*, [en ligne] <https://doi.org/10.1177/1039856218797424>.
- Nolan J.L., 1991, *The Therapeutic State*, New York, New York University Press.
- Ombudsman de Montréal, 2015, *Programme sociaux à la Cour municipale... De quoi s'agit-il ?* [en ligne], <https://ombudsmandemontreal.com/programmes-sociaux-a-la-cour-municipale-de-quoi-sagit-il/4333>.
- Otero M., 2012, Repenser les problèmes sociaux, Théories et recherches, *SociologieS*, [en ligne] <http://journals.openedition.org/sociologies/4145> (le 16 janvier 2021).
- Ouellet G., Corbin-Charland O., Morin D., 2017, Le travail en réseau en contexte post-désinstitutionnalisation : idéal théorique et chaos empirique, in Otero M, Michaud A.A, Paumier R. (dir.), *L'institution éventrée. Entre socialisation et individualisation*, Montréal, PUQ, 33-46.
- Ouellet G., Morin D., Mercier C., Crocker A., 2012, Nouvelle normativité sociale et déficience intellectuelle : l'impasse pénale, *Lien social et politiques*, 67, 139-158.
- Perera C., Wilson B., 1996, The Treatment and Care of mentally Ill Offenders in Victoria, Australia, *Psychiatry, Psychology and Law*, 3, 1, 47-61.
- Perlin M.L., Lynch A., 2016, “Had to Be Held Down by Big Police”: A Therapeutic Jurisprudence Perspective on Interactions Between Police and Persons with Mental Disabilities, *Fordham Urban Law Review*, 43, 5, 685-711.
- Polsky A., 1991, *The Rise of the Therapeutic State*, Princetown, PUP.
- Parker A., Scantlebury A., Booth A., MacBryde J.C., Scott W.J., Wright K., McDaid C., 2018, Interagency collaboration models for people with mental ill health in contact with the police: a systematic scoping review, *BMJ Open*, [en ligne] <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019312>.
- Puntis S., Perfect D., Kirubarajan A., Bolton S., Davies F., Hayes A., Harriss E., Molodynski A., 2018, A systematic review of co-responder models of police mental health “street” triage, *BMC Psychiatry* 18, 256, [en ligne] <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1836-2>.

- Québec, Ministère de la Sécurité publique du Québec, 1990, *Vers une police plus communautaire*, Québec.
- Rogers R., Bagby M., 1992, Diversion of Mentally Disordered Offenders: A Legitimate Role for Clinicians, *Behavioral Sciences and the Law*, 10, 3, 407-418.
- Slate R., 2003, From the Jailhouse to Capitol Hill: Impacting Mental Health Court Legislation and Defining What Constitutes a Mental Health Court, *Crime & Delinquency*, 49, 6-29.
- Statistique Canada, 2018, Le taux de criminalité au Canada est en baisse depuis deux décennies, *Le Quotidien*, [en ligne] <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-630-x/11-630-x2015001-fra.htm>.
- Statistique Canada, 2015, *La santé mentale et les contacts avec la police au Canada, 2012*, Ottawa.
- Steadman H.J., Cocozza J.J., Veysey B.M., 1999, Comparing outcomes for diverted and nondiverted jail detainees with mental illnesses, *Law and Human Behavior*, 23, 615-627.
- Stuart F., 2016, *Down Out, and Under Arrest: Policing and Everyday Life in Skid Row*, Chicago, UCP.
- Thomas H., 2010, *La démocratie contre les pauvres*, Broissieux, Éditions du Croquant.
- Thom K., Nakarada-Kordic I., 2014, Mental Health Review Tribunals in Action: A Systematic Review of the Empirical Literature, *Psychiatry, Psychology and Law*, 21, 1, 112-126.
- Van Campenhoudt L., 2013, Pour un malentendu qui fonctionne, in Otero M., Roy S. (dir.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la non-conformité*, Québec, PUQ, 21-41.
- Van de Kerchove M., 1977, Des mesures répressives aux mesures de sûreté et de protection. Réflexions sur le pouvoir mystificateur du langage, *Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, janvier, 245-279.
- Van Veen C., Teghtsoonian K., Morrow M., 2019, Enacting Violence and Care: Neo-Liberalism, Knowledge Claims and Resistance, in Daley A., Costa L., Beresford P. (dir.), *Madness, violence, and power: a critical collection*, Toronto, Toronto University Press, 80-93.
- Wacquant, L., 2010, Crafting the Neoliberal State: Workfare, Prisonfare, and Social Insecurity, *Sociological Forum*, 25, 197-220.
- Watson A.C., Wood J.D., 2017, Everyday police work during mental health encounters: A study of call resolutions in Chicago and their implications for diversion, *Behav Sci Law*, 35, 5-6, 442-455.
- Wexler D., 1990, *Therapeutic jurisprudence: The law as a therapeutic agent*, North Carolina, Carolina Academic Press.
- Wexler D., 1972, Therapeutic Justice, *Minnesota Law Review*, 1108, 289-338.
- Winick B.J., 1997, The jurisprudence of therapeutic jurisprudence. *Psychology, Public Policy and Law*, 3, 1, 184-206.

## NOTES

1. Un tel programme avait été implanté 10 ans auparavant à Toronto et il y a près de 30 ans en Indiana.
2. L'Équipe EMRII consiste en trois dyades (intervenant-policiers) qui parcourent le territoire de jour du lundi au vendredi.
3. La police de Toronto avait créé de telles équipes dès 2000 et la police de Vancouver dès 1978 (Toronto Police Department ; Vancouver Police Department).

4. L'Équipe ESUP assure la présence d'une patrouille (intervenant-policier) de jour et d'une patrouille de soir, sur une base de 7 jours sur 7.
  5. Au Canada, les infractions criminelles sont considérées comme visant directement la Couronne et relèvent donc du droit public. Le parlement canadien exerce les pouvoirs en matière criminelle et il les délègue aux tribunaux concernant les décisions au regard des accusés et des condamnés. Lorsqu'un accusé est acquitté, ou que les charges contre lui sont abandonnées, le parlement perd toute emprise sur lui. Dans le cas des accusés non responsables criminellement, le parlement conserve ses pouvoirs dans la mesure où ils présentent un risque important pour la sécurité du public (Code criminel du Canada, art. 672.54). Dans le cas des accusés inaptes à subir leur procès, le parlement conserve ses pouvoirs puisque les accusations restent pendantes.
  6. Nous avons mené quatre groupes de discussions auprès de quatre catégories de policiers (patrouilleurs réguliers, policiers sociocommunautaires, gestionnaires et policiers impliqués dans des équipes hybrides) œuvrant au sein du service de police de la ville de Montréal. Les policiers qui ont participé à cette recherche avaient de l'expérience d'intervention auprès des personnes associées à la catégorie légale des troubles mentaux et un intérêt à réfléchir collectivement leurs pratiques. Les auteurs tiennent à remercier Anne-Marie Ouimet et Olivier Corbin-Charland, pour leur implication lors de la collecte et la catégorisation des données.
  7. Soulignons que la notion de vulnérabilité s'est considérablement généralisée dans les politiques nationales et internationales depuis les années 1980. Pour Hélène Thomas (2010, 74-75), elle ne fait qu'ajouter aux « corrélats de l'insécurité », justifie la mise en place « de mesures au service d'une forme spécifique de *management* qui vise à limiter l'incertitude à défaut de prévoir les accidents et les catastrophes » et à « créer des *opportunités* positives pour [les vulnérables], qui leur permettent de s'en sortir, y compris quand ils sont exposés à des risques imprévus ».
  8. Créé le 1<sup>er</sup> avril 2015, les centres intégrés sont des établissements issus de la fusion de tous les établissements publics d'une même région socio-sanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux.
  9. Soulignons que cette « matrice d'intervention » n'est pas sans rappeler la « matrice de domination », telle que développée par les féministes intersectionnalistes pour qui c'est à l'intersection des enjeux de classes, de genre et de race qu'agissent les différentes institutions productrices de domination (Hill Collins, 2000).
  10. L'idée selon laquelle recourir aux mécanismes civils d'internement ou de soins forcés est de plus en plus ardu n'est pas confirmée par les statistiques qui montrent au contraire l'augmentation constante des ordonnances en la matière depuis 25 ans. Elle est cependant très entretenue par les professionnels de la santé et des services sociaux (Action autonomie, 2016 ; Bernheim *et al.*, 2016).
- 

## RÉSUMÉS

Le système pénal apparaît de plus en plus comme un moyen de responsabiliser les individus qui ne correspondent pas à l'idéal du citoyen productif, doublé d'un dispositif pour orienter ceux-ci vers des traitements qui leur permettront de participer pleinement à la société. À partir d'une analyse de la littérature sur le sujet et des résultats de deux projets de recherche menés au Québec, cet article propose de mettre en lumière la manière dont les services policiers

participent activement au virage thérapeutique de l'État, en ciblant et en intervenant de façon intensive auprès d'individus catégorisés comme étant « vulnérables ».

The penal system is increasingly seen as a way of empowering individuals who do not fit the ideal of the productive citizen, and a mechanism to direct them towards treatments that will enable them to participate fully in society. Based on an analysis of the literature on the subject and the results of two research projects conducted in Quebec, this article proposes to shed light on the way in which police services actively participate in the therapeutic shift of the State, by targeting and intervening intensively with individuals categorized as “vulnerable”.

## INDEX

**Mots-clés** : police, vulnérabilité, État thérapeutique

**Keywords** : police, vulnerability, therapeutic state

## AUTEURS

### GUILLAUME OUELLET

Chercheur au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS) et professeur associé à l'École de travail social de l'Université du Québec à Montréal

66, rue Sainte-Catherine Est, Montréal (Québec) H2X 1K6

guillaume.ouellet.ccsmt[at]sss.gouv.qc.ca

### EMMANUELLE BERNHEIM

Professeure à la Section de droit civil de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa et chercheure au Centre de droit, politique et éthique de la santé de l'Université d'Ottawa

66, rue Sainte-Catherine Est, Montréal (Québec) H2X 1K6

emmanuelle.bernheim[at]uottawa.ca

### DAPHNÉ MORIN

Cheffe de service au Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales et les discriminations (CREMIS)

66, rue Sainte-Catherine Est, Montréal (Québec) H2X 1K6

daphne.morin.ccsmt[at]sss.gouv.qc.ca