

---

# 1.3

---

## **L'ACTION INTERSECTORIELLE CLINIQUE : L'EXPÉRIENCE D'EMRII, UNE ÉQUIPE MIXTE POUR LES PERSONNES EN SITUATION D'ITINÉRANCE**

Roch HURTUBISE & Marie-Claude ROSE

### **CROSS-SECTOR CASE MANAGEMENT: EXPERIENCE OF EMRII, A MIXED POLICE/SOCIAL/HEALTH TEAM WORKING WITH HOMELESS PEOPLE**

Au Québec, la réponse sociale et politique privilégiée en matière d'itinérance a été le développement d'un réseau de services s'adressant spécifiquement aux personnes itinérantes (Roy et al, 2006; Fleury et al, 2014)<sup>1</sup>. Ce réseau est constitué d'un grand nombre d'organismes communautaires et de professionnels de différents secteurs qui œuvrent en collaboration pour offrir des services aux personnes. La situation québécoise se distingue par une longue tradition de concertation et de maillage, d'abord entre les organismes communautaires et ensuite entre l'ensemble des acteurs impliqués des réseaux de la santé, du social et de la sécurité publique. De ce point de vue, les solutions au problème de l'itinérance sont multiples et visent une diversité de finalités, de l'hébergement d'urgence à la réinsertion sociale en passant par la lutte à la judiciarisation et la défense des droits.

Plusieurs actions mises en place ont ciblé les difficultés d'accessibilité des services liées à la spécialisation, à la fragmentation et à l'absence de circulation d'information. Les approches de gestion de cas, d'approche et de suivi intensif dans le milieu, par exemple, se sont avérées pertinentes dans le soutien aux personnes, particulièrement pour celles ayant des problèmes de santé mentale, réputées difficilement accessibles par les interventions traditionnelles. Parmi

les solutions originales développées, on retrouve les équipes en itinérance qui réunissent dans un même groupe de travail des professionnels de la santé et du social (Hurtubise et Babin, 2010; Hurtubise et Rose 2013). Ce chapitre concerne plus particulièrement une innovation de travail intersectoriel auprès des populations itinérantes, soit les équipes mixtes qui réunissent des professionnels de plusieurs secteurs, ici la sécurité publique, la santé et les services sociaux.

---

1. La politique du Gouvernement du Québec, Ensemble pour sortir de la rue (2014), repose sur cette logique de collaboration et de concertation entre l'ensemble des acteurs qui sont impliqués auprès des personnes en situation d'itinérance.

Les policiers sont fréquemment sollicités pour intervenir auprès de personnes itinérantes à la demande de citoyens et de commerçants qui jugent leur présence dérangeante<sup>2</sup>. Faute d'espaces privés, les personnes en situation d'itinérance occupent l'espace public 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, elles recourent parfois à des activités jugées illégales (prostitution, vol, vente ou consommation de stupéfiants, squeegee, quête). Les tensions qui émergent de cette cohabitation avec les autres citoyens se traduisent par une pression auprès des autorités municipales et de la police pour répondre à cette présence jugée inquiétante. 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 judiciairisées (Bellot et *coll.*, 2007, 2012).

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 consensus dans les milieux scientifiques et de pratiques. Si cette orientation est largement partagée et que des expériences d'équipes mixtes (policiers/intervenants sociaux et de la santé) ont été mises sur pied dans différentes villes aux États-Unis, peu d'études existent pour comprendre et évaluer l'impact et la perception de cette formule. L'initiative ici étudiée concerne le développement d'une équipe d'intervention spécialisée qui a vu le jour dans un contexte où la judiciarisation de l'itinérance est dénoncée avec vigueur, sans toutefois que cette initiative prétende résoudre le problème de la judiciarisation dans son ensemble. L'Équipe mobile de référence et d'intervention en itinérance (EMRII), qui est l'objet de la recherche dont les résultats sont ici présentés<sup>3</sup>, réunit des intervenants sociaux (travailleur social, éducateur spécialisé), des intervenants de la santé (infirmier) et des policiers.

- 
2. À Montréal, 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 déclinaisons, auxquels s'ajoutent les nombreuses interventions effectuées par les policiers. 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 », « SDF », etc. (Boivin et Billette, 2012). 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.
  3. Les deux institutions porteuses du projet ont mandaté les chercheurs pour faire un travail d'analyse de cette pratique et pour identifier des pistes qui pourraient permettre d'en assurer la pérennité. Les chercheurs impliqués dans le projet ont vu l'opportunité d'observer une innovation qui réunissait des professionnels issus d'organisations dont les mandats, les procédures et les stratégies d'action sont fort différents. Dans le cadre d'une recherche exploratoire, il s'est agi de problématiser les référents qui orientent le travail de l'équipe mixte SPVM – CSSS, mise sur pied en 2009 à Montréal. Les données ici présentées sont issues de cette recherche. (Rose, Baillergeau, Hurtubise et McAll (2012).

## À LA FRONTIÈRE DE LA SANTÉ, DU SOCIAL ET DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE : UNE ÉQUIPE D'INTERVENTION

EMRII est un service de deuxième ligne de co-intervention entre des policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et des intervenants du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Jeanne-Mance. Portée conjointement par les deux institutions, cette petite équipe au mandat bien particulier doit innover sur plusieurs plans. En 2012, 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). Policiers et intervenants sociaux et de la santé travaillent 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 font régulièrement l'objet d'interventions policières et présentent 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).*

Si le point de départ est le fait que ces personnes génèrent plusieurs interventions policières, il faut souligner que les personnes ciblées utilisent peu les services réguliers et présentent différents facteurs de vulnérabilité, santé mentale et toxicomanie, mais pouvant également inclure la déficience intellectuelle, des problèmes de santé physique, des traumatismes physiques ou des atteintes neurologiques. Souvent, on s'affaire autour de ces personnes dans un contexte de crises à répétition où l'intervention provient de la demande d'un citoyen dérangé ou gêné par une occupation de l'espace public jugée inappropriée ou par un comportement qui paraît inacceptable. Parfois, la « chronicité » et l'impression que toute intervention est vouée à l'échec viennent à bout de la patience à la fois des policiers patrouilleurs et des intervenants réguliers des services sociaux et de santé. C'est alors que les personnes sont référées à l'équipe spécialisée EMRII.

Au départ, tant les policiers que les intervenants de la santé et du social de l'équipe faisaient le constat d'une analyse de ces situations partielle, morcelée et incomplète. Le sentiment d'impuissance généré par ces situations étant notamment lié à l'impossibilité d'établir une collaboration continue avec les personnes en situation d'itinérance et à la difficulté d'accéder à des ressources disposées à les accueillir. La mise sur pied de l'équipe mixte se fait dans un contexte où l'intervention policière suscite de vives critiques. On pointe du doigt le profilage social et les impacts négatifs des interventions policières 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). Si le SPVM souligne que la majorité des interventions policières envers les personnes à la rue ne sont pas de nature judiciaire<sup>4</sup>, l'organisation va néanmoins noter dans ses nouvelles visions et orientations en matière d'itinérance (2009)

4. Dans la réponse aux 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).

qu'il importe d'identifier 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 « *des contraventions à répétition en vertu du code de la sécurité routière ou des règlements municipaux a peu de conséquences sur les 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 pour les administrateurs du service de police de mettre sur pied une équipe spécialisée pour intervenir auprès de la population en situation d'itinérance qui représentait le plus de défis pour l'organisation policière.

Diverses études soulignent que l'intervention policière auprès de personnes en situation d'itinérance avec des problèmes de santé mentale donne lieu, outre des délais d'attente pour recevoir des services, à des traumatismes, des accidents et une criminalisation qui pourrait être évitée si les personnes étaient orientées vers les soins et services adéquats (Teller, 2006; Bellot et coll., 2005; Bellot et Sylvestre, 2012). L'absence de collaboration entre les policiers et le système de santé a été identifiée comme un des facteurs expliquant l'émergence du phénomène complexe de la judiciarisation des personnes souffrant de troubles mentaux (Alderman, 2003). D'ailleurs, aux États-Unis et au Canada, on observe une volonté de transformation des pratiques policières pour que les personnes en situation de marginalité souffrant de troubles mentaux soient dirigées vers des services plutôt que vers le système de justice (Compton et coll., 2014).

Les États-Unis ont été les pionniers des partenariats entre force de l'ordre et intervenants de la santé et des services sociaux pour répondre aux personnes à la rue (Compton et al., 2014, Steadman et al., 2000). Au cours des 25 dernières années, des policiers aux États-Unis et au Canada ont été formés afin d'agir à titre de répondants de première ligne auprès des personnes souffrant de troubles mentaux et en situation de marginalité vers des services plutôt que vers le système de justice (Compton & coll., 2008). Ces programmes, notamment basés sur une meilleure formation des policiers, mais également sur des collaborations avec le système de santé mentale, favorisent des solutions qui visent une amélioration de la situation des personnes. Ces partenariats se regroupent en trois catégories : le modèle de la police spécialisée, le modèle des patrouilles mixtes qui font de l'intervention de crise et le modèle des équipes mixtes en gestion de cas<sup>5</sup>. Les stratégies d'intervention préconisées par les policiers dans l'intervention auprès des personnes avec des problèmes de santé mentale varient selon les programmes mis en place, en établissant un continuum de réponses (approche de résolution de problèmes, techniques verbales pour désamorcer une crise, etc.), traitement (hospitalisation psychiatrique, désintoxication, évaluation psychiatrique, admission à l'hôpital), référence (ressource en santé mentale, hébergement) ou arrestation (charges criminelles, contravention, incarcération) (Adelman, 2003 ; Steadman et al., 2000). Parmi les différents modèles d'équipe réunissant santé et policiers aux États-Unis les initiateurs d'EMRII à Montréal vont particulièrement s'inspirer d'équipes de San Diego, en Californie qui semblait plus facilement transposable et qui correspondait mieux à l'idée de la collaboration entre deux organisations<sup>6</sup>.

5. Dans le cas du modèle de la police spécialisée (crisis intervention team – CIT), des policiers sont spécialisés en techniques de désamorçage de la crise et ont une formation sur les enjeux de la santé mentale – dans chaque poste de quartier pour chaque quart de travail – pour améliorer les compétences de travail des patrouilleurs, réduire les risques de violence (à la fois pour les personnes interpellées et pour les policiers) et amener les personnes vers les services. Pour le modèle des patrouilles mixtes dans l'intervention de crise : les intervenants de la santé et les policiers patrouillent ensemble dans le milieu pour faire de meilleures évaluations des situations; référence aux services appropriés avec les outils conférés par chacune des institutions. Finalement, le modèle des équipes mixtes en gestion de cas met en commun les expertises de deux institutions afin d'apporter une réponse qui se veut durable (suivi à moyen et long terme) à des situations particulièrement problématiques dans l'espace public qui impliquent des personnes vulnérables.
6. 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).

Un des objectifs premiers d'EMRII est de privilégier des concertations entre des acteurs qui se caractérisent traditionnellement par l'écart de leurs philosophies d'action auprès des personnes à la rue. 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 de l'équipe EMRII se côtoient ces logiques d'action au sein d'une action commune. Une recherche exploratoire réalisée au cours d'une période de huit mois, entre mars et octobre 2012 permet de voir comment se fait concrètement ce travail commun. Comment cette rencontre de deux cultures professionnelles pour le moins contrastées s'opère-t-elle sur le terrain? À travers la description des trois moments de l'intervention « observer, analyser et agir », les logiques d'action, les espaces de collaboration et les

registres d'intervention au sein de cette collaboration interprofessionnelle sont documentés.

Nous avons employé une méthodologie qualitative croisant travail d'observation, entretiens, consultation de la littérature grise et des dossiers institutionnels des usagers. Quatre semaines d'observation sur le terrain ont été effectuées, accompagnant au jour le jour policiers et 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 modalités de cette collaboration<sup>7</sup>. Sept entrevues ont également été réalisées auprès de personnes desservies par EMRII. Cette parole apporte un éclairage singulier dans la réflexion sur les retombées de cette équipe mixte.

---

7. Afin de favoriser la confidentialité des personnes, nous avons englobé sous le même vocable « intervenant » à la fois la parole de l'infirmière, de la travailleuse sociale, du spécialiste en activités cliniques et de l'éducateur spécialisé. Nous sommes par ailleurs conscients que ce choix tend à aplanir la spécificité des mandats et des points de vue des professionnels de la santé et des services sociaux qui ont des mandats spécifiques au sein d'EMRII.

## DE LA COLLABORATION INTERSECTORIELLE À LA PRATIQUE INTERSECTORIELLE

L'équipe mixte propose une gestion de cas et un suivi intensif<sup>8</sup>. Dans leurs maraudes, policiers et intervenants demeurent en lien avec la personne, peu importe où elle se trouve : rue, hôpital, prison, refuge, centre de désintoxication, ressource communautaire. Cette équipe fait le pari d'inscrire le travail intersectoriel au cœur même de la clinique. L'espace d'intervention est celui de la rue, des lieux fréquentés par la personne auxquels s'ajoute la voiture de police, qui joue parfois le rôle de salle de réunion de l'équipe. La pratique se situe à l'interface des personnes et des services en travaillant simultanément deux axes : 1) la continuité et la complémentarité entre les acteurs en itinérance impliqués dans une situation donnée<sup>9</sup> et 2) l'accessibilité pour les personnes à des services adaptés à leurs besoins et susceptibles d'améliorer leurs conditions d'existence. Cette équipe constitue à la fois un filet de sécurité et de contrôle plus dense que ce que les institutions respectives sont habituellement à même d'offrir.

Les professionnels doivent travailler en concertation tout en étant tributaires de diverses obligations institutionnelles et corporatives, en bénéficiant d'une marge d'autonomie différente et en étant soumis à des formes de redditions de compte variables. 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? Pour les professionnels impliqués au départ de l'équipe, le risque est double : celui de remettre en question ses repères et son fonctionnement en travaillant de manière inhabituelle,

celui de se voir marginalisé dans sa propre organisation parce qu'on se transforme comme professionnel et devient susceptible de perdre sa légitimité de travailleur social, de psychoéducateur, d'infirmier ou de policier.

Les collaborations interprofessionnelles ont beaucoup été étudiées au sein des services de santé et des services sociaux (Reeves, 1996; Dupuis et Farinas, 2011). Si ces travaux considèrent des collaborations entre des univers à 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 les secteurs d'activité qui se réunissent autour d'objectifs communs. Le concept de la collaboration interprofessionnelle poursuit deux objectifs :

*Thus, the two constant and key elements of collaboration are: (1) the construction of a collective action that addresses the complexity of client needs, and (2) the construction of a team life that integrates the perspectives of each professional and in which team members respect and trust each other. The two purposes appear to be inseparable, inasmuch as one cannot collaborate without having taken the time to develop a collective life, and there is no use in developing a collective life without having first established the need to collaborate in responding to identifiable patient needs. (D'amour et al, 2005: 127)*

La collaboration interprofessionnelle qui se développe

- 
8. 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.
  9. Services publics (hôpitaux, services sociaux, santé publique), policiers, réseau des organismes communautaires et divers acteurs concernés par ces populations, tels que le voisinage, les commerçants ou les propriétaires d'appartement.

dans un contexte intersectoriel est d'autant plus complexe qu'elle implique des organisations et des secteurs qui ont leur spécificité de fonctionnement. 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 mise en œuvre d'une équipe d'intervention intersectorielle suppose un travail important de collaboration et de co-intégration (Axelsson et

Axelsson, 2006).

Au départ, les organisations impliquées ont élaboré un protocole pour baliser les objectifs de l'équipe et son fonctionnement. Dès le départ, les promoteurs de l'équipe veulent favoriser une plus grande intégration des pratiques policières avec celles des services de la santé et du social.

## **PROMOUVOIR LA SANTÉ ET L'INSERTION SOCIALE, ASSURER LA SÉCURITÉ PUBLIQUE ET LA COHABITATION HARMONIEUSE : DES POINTS DE VUE DIFFÉRENTS**

Du côté de la santé et des services sociaux, une expertise des enjeux liés à l'intervention en itinérance existe déjà au CSSS J-M au moment de la création de l'équipe mixte. Les intervenants de la santé et du social qui composent l'équipe EMRII favorisent les pratiques d'intervention de gestion de cas et de suivi intensif auprès des personnes en situation d'itinérance. Les caractéristiques du travail des équipes de suivi intensif issues de la santé et du social peuvent être résumées 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 : Denoncourt et *al*, 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, voire la justice sociale. Une partie importante du travail a consisté à traduire, expliquer et susciter l'adhésion des policiers à ces orientations.

Les interventions répétées des policiers 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 base 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 dont ils disposent. 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 qui dérange.

Du côté des policiers, les approches privilégiées lors de la mise en place de l'équipe s'inspirent des pratiques de police communautaire et de police préventive. Elles ont comme point commun de recadrer le mandat d'assurer la paix et l'ordre dans un cadre plus général de collaboration avec la population et de recours à des pratiques de dialogue et de médiation (Reisig et Kane, 2014). Dans la foulée du renouvellement des politiques de sécurité urbaine, on doit la notion de « police de résolution de problème » à Goldstein (1979) qui établit la nécessité de s'intéresser à l'origine des problèmes, particulièrement dans les cas de sollicitations répétées à la police. Voici quelques caractéristiques principales de l'approche de « résolution de problèmes » (Brodeur, 2011; Jenkins, 2014) :

- 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.

EMRII s'inscrit dans le modèle d'une police d'expertise axée sur la résolution de problèmes afin de réduire la congestion créée par les interventions à répétition mettant en cause des personnes en situation d'itinérance.



## LE QUOTIDIEN DE L'ÉQUIPE : DIVISION DES RÔLES ET INTÉGRATION HORIZONTALE

La division du travail au quotidien entre les divers professionnels sera souvent discutée au sein de l'équipe. Les rôles sont peu à peu précisés, par un travail de reformulation des rôles dans un contexte de collaboration. Nommer explicitement les rôles permet de 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 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. Avec le temps, les divers professionnels de l'équipe s'entendent pour dire qu'EMRII se situe aux points de rencontre de ces mandats.

Pour penser l'action de manière plus intégrée, les membres de l'équipe ont dû développer une intégration horizontale de leurs pratiques, c'est-à-dire un maillage des actions qui vise plus de cohérence et une meilleure efficacité. Ce travail en « inter », c'est-à-dire selon les mandats et expertises de chacun, propose une articulation des rôles de chacun.

Le rôle des policiers EMRII diffère sensiblement de celui des policiers patrouilleurs habituels. 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, de médiation et de concertation. Au sein d'EMRII, le rôle des policiers consiste à favoriser une cohabitation harmonieuse, à assurer la sécurité publique, à répondre aux patrouilleurs et aux demandes des citoyens. Plus spécifiquement, il s'agira de faire une évaluation de l'espace public :

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 pour la personne en situation d'itinérance et pour la communauté.
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 aux services existants.
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 cette évaluation, les policiers s'intéressent de manière plus prépondérante aux motifs d'interpellation policière<sup>10</sup> et à la nature des demandes de l'environnement de la personne (commerçants, résidents). La nécessité de s'impliquer dans un suivi et le type d'interventions réalisées sont déterminés selon l'axe suivant :



Pour les intervenants de la santé et des services sociaux, les rôles sont de favoriser la santé et l'insertion sociale, de répondre aux besoins des personnes et de les arrimer aux services. Pour ce faire, il s'agit de faire une évaluation de la situation de la personne :

1. Évaluation de la situation et des besoins de la personne (vulnérabilité) – ce qui nécessite 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'intervention.
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.

10. Parmi les motifs d'interpellation, notons : 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, des bris de condition de probation, des méfaits.

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



*Parmi les facteurs de protection que considèrent les intervenants du CSSS on retrouve : 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 risque on retrouve : 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 ce double processus d'évaluation d'occupation de l'espace public et de la situation de la personne. Ils forgent alors une vision plus intégrée où ces deux finalités d'évaluation ne sont plus vues de manières contradictoires. Pour chaque suivi, les intervenants du CSSS vont élaborer un plan d'intervention, 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.

## TROIS MOMENTS DE L'INTERVENTION EMRII : 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 est théorique. Il nous permet de cerner les moyens trouvés pour concilier les exigences des divers professionnels. Dans la pratique, observation, analyse et action se chevauchent; une intervention auprès d'une personne permettant d'avoir de nouvelles informations à partir desquelles sont analysées la situation et les stratégies d'action. La réflexion sur cette pratique de gestion de cas fait partie du quotidien des professionnels, ils se questionnent régulièrement sur leur lecture d'une situation, le bien-fondé de leur action ou leur compréhension d'une dynamique.

Nous verrons dans ce qui suit que la rencontre de deux institutions donne 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; l'accompagnement des personnes vs l'arrêt d'agir; l'évaluation des risques; l'obligation de résultat vs l'obligation de moyens; la place des différents acteurs autour de la personne.

### Observer

*Observer : rassembler les informations au sujet de la personne référée et établir un portrait d'ensemble qui tient compte de divers paramètres tels que la santé, les capacités, les besoins, les interventions policières et les comportements dans l'espace public. Comment les informations sont-elles partagées au sein de l'équipe et comment servent-elles dans l'intervention pour solliciter les acteurs autour d'une personne?*

La diversité des points de vue, qui constitue l'essence même de la collaboration interprofessionnelle, est aussi un des plus grands défis qu'elle rencontre. Les professionnels ne regardent pas les situations avec la même lunette et de ce fait, ils ne voient pas tout à fait la même chose. Un enjeu central est que les informations et les pouvoirs d'action que possèdent les policiers et les intervenants de la santé et des services sociaux soient mobilisés dans une même direction, c'est-à-dire qu'on tente d'avoir une vision d'ensemble de la situation de la personne.

Au départ de la plupart des dossiers, les membres de l'équipe ne savent pas « dans quoi ils sont ». Dans la pratique, parmi les personnes référées par les patrouilleurs à l'équipe EMRII, 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 pour rassembler les informations au

sujet de l'état de santé, ainsi que des préoccupations liées à la sécurité publique et à la cohabitation. Ce que signifie « documenter un dossier » est différent selon les professionnels : obtenir les informations pertinentes, les stratégies pour les obtenir, l'analyse à en faire.

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, notamment à partir des banques de données du service de police. Puis, tout au long d'un suivi, une recherche constante s'opère pour connaître les nouvelles interventions policières, les interpellations, les transports hospitaliers, les comparutions à la cour, les conditions émises par un juge dans les bases de données et par des échanges directs avec un réseau d'observateurs constitué d'autres policiers. Ce travail de documentation permet d'observer la trajectoire d'une personne dans le réseau des services, de saisir les mouvements inhabituels qui pourraient être significatifs d'une modification du comportement et symptôme d'une aggravation de la situation. L'observation prend la forme d'une vigie qui poursuit un double objectif : avoir le meilleur portrait possible des déplacements de la personne et sensibiliser le réseau de policiers au fait qu'un suivi est en cours et que les comportements problématiques d'une personne doivent être observés dans une perspective plus globale.

Au CSSS, documenter la situation d'une personne consiste à aller à sa rencontre, là où elle se trouve pour s'informer de ses besoins et de ses demandes. L'information obtenue lors de ces rencontres dans le milieu de vie des personnes permet de cerner les potentiels, les ressources et les forces de la personne de manière plus sensible. Cette prise en compte du point de vue de la personne est complétée par l'information obtenue auprès d'intervenants et de la consultation des dossiers médicaux et psychosociaux, afin de reconstituer le plus fidèlement possible l'histoire médico-sociale. Puisque la frontière entre la part toxicomanie et la part santé mentale d'un problème est souvent mince, la consultation d'autres professionnels est fréquente

pour clarifier les enjeux d'une situation. Tout comme le font les policiers, les intervenants assurent une vigie pour connaître les déplacements et la mobilité de la personne. On s'informe auprès de la personne elle-même, on fera également appel à l'environnement de la personne (intervenants, travailleurs de rue, autres personnes en situation d'itinérance).

Pour les membres de l'équipe, cette collaboration par la mise en commun des stratégies d'observation favorise un meilleur suivi des personnes dans la communauté, en permettant d'avoir un portrait plus complet et plus global. Dans ce contexte, l'événement dérangeant peut souvent être interprété dans un contexte plus large, ce qui peut dans certains cas éviter qu'on agisse trop rapidement sur une situation en choisissant de la judiciaire. En fait, tant les policiers que les intervenants santé/social ont une expertise de la rue, une capacité à dresser un certain portrait d'une situation qui permet d'enrichir l'observation. La mise en commun de ces expertises permet une efficacité plus grande, par exemple parce qu'on réussira plus facilement à retrouver une personne ou qu'on comprendra mieux son état à la lumière d'événements récents (crise, interpellation, etc.).

Les points de vue divergent au sein de l'équipe quant à l'usage des informations disponibles au sujet des personnes. 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. En ce sens, ils sont prudents sur la transmission des informations. 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 pour partager des informations aux fins de l'intervention. En fait, pour tout autre professionnel que le policier, l'usage non consenti de l'information constitue une violation caractérisée des libertés individuelles. Aussi, ce risque n'est-il pas vécu de la même manière chez les policiers, pour qui la transmission de l'information sur les comportements des personnes est une pratique plus courante lors de leurs échanges avec les services de santé.

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 adhèrent aux 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 éviter les ruptures de services et permettre un meilleur accès aux soins. Dans certaines situations, on estime également qu'il faut divulguer certaines informations dans une visée de gestion des risques. Ainsi, s'il ne faut pas tout dire, il faut doser entre ce qui peut être dit et la manière dont il est possible de le dire. Cette question se pose particulièrement pour le diagnostic ou encore les antécédents personnels et familiaux. Dans le cadre du travail des policiers pour communiquer avec les patrouilleurs, les intervenants du CSSS veulent être consultés afin de respecter le droit à la vie privée des personnes desservies<sup>11</sup>. On se retrouve ici avec des cultures professionnelles différentes en matière d'éthique.

### ***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. Quelle intervention servira au mieux la personne, tout en respectant la sécurité du public et une cohabitation harmonieuse? Quels sont les enjeux cliniques et éthiques soulevés par le travail de collaboration?*

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 actions à réaliser est continuellement évalué à la lumière de la relation avec la personne, des nouveaux faits et informations, ainsi que des stratégies d'intervention antérieurement déployées. Les informations colligées par les différents professionnels au sujet d'une personne et d'une situation permettent de faire une première analyse qui consiste à évaluer les risques et à déterminer si la personne est dangereuse pour autrui ou pour elle-même. Dans ces situations exceptionnelles, on réagit rapidement par une demande d'évaluation médicale ou une garde préventive. Les intervenants du CSSS reconnaissent ici aux policiers une expertise dans la lecture de l'environnement et du risque. Dans la majorité des situations, 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 de la santé et du social chercheront à favoriser une vue d'ensemble et une analyse approfondie, ce qui s'inscrit parfois à contre-courant des habitudes de travail des policiers qui sont plus souvent

---

11. La mise en œuvre d'un « tableau des recommandations » à l'intention des patrouilleurs de différents postes de quartier a soulevé des enjeux éthiques en ce qui concerne le respect de la vie privée et le droit à la confidentialité. Ce tableau de recommandations au sujet des différents suivis en cours qui sert à informer les patrouilleurs du travail de l'équipe et des recommandations d'intervention est un outil important pour les policiers EMRII. Une pratique se mettra en place où l'information divulguée sera d'abord entérinée par les intervenants du CSSS.

dans l'intervention d'urgence et le court terme. Pour que l'analyse d'une situation bénéficie du point de vue de chacun, il est nécessaire de convenir d'un mode d'échange et de discussion.

Globalement, l'analyse réalisée au sein de l'équipe EMRII consiste à situer la condition de la personne et les enjeux liés à son occupation de l'espace public pour établir des priorités d'action qui peuvent ou non impliquer un suivi de l'équipe. Lorsqu'on décortique les situations observées, cinq cas de figure peuvent être identifiés. Dans certaines situations, (1) la personne est évaluée dangereuse pour elle-même ou pour les autres et l'équipe mixte ou les acteurs autour de la personne visent un arrêt d'agir dont l'objectif est de mettre un terme à un comportement problématique – 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 accède aux services dont elle a besoin. Un deuxième cas de figure (2) est celui où la personne est évaluée très vulnérable : il y a 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 éviter qu'elle soit judiciairisée. Dans un nombre important de situations (3) la personne est considérée vulnérable en ce qu'elle cumule plusieurs difficultés (toxicomanie, santé mentale, santé physique, perte d'autonomie), constituant le troisième cas de figure. Le travail de l'équipe est alors d'accompagner la personne en misant sur ses capacités et le respect de ses choix, de proposer de nouvelles avenues et de l'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 judiciairisation. Un autre cas de figure (4) est celui de la personne dérangeante ou marginale, mais qui après évaluation de ses capacités et de ses limites, est considérée comme relativement bien outillée (on ne

parle pas de problème de santé mentale ou d'incapacités importantes.) On relaye alors ces situations qui suscitent des appels récurrents aux policiers à une prise en charge habituelle par la justice. Dans des cas exceptionnels, les policiers EMRII vont travailler activement pour favoriser la judiciairisation, qui apparaît dans ces cas comme la seule solution possible pour répondre aux plaintes des commerçants et des résidents. Finalement, quelques dossiers concernent (5) des personnes vulnérables ou très vulnérables ayant été référées par des patrouilleurs bien qu'elles suscitent peu d'appels policiers, mais pour qui l'on s'inquiète. 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.

À travers les années de travail, les policiers EMRII parlent d'une certaine tolérance à l'impuissance dans l'intervention, forgée à même l'expérience de terrain, 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.

### Agir

*Agir : accompagner la personne et mobiliser différents acteurs, un travail de référence, de collaboration et de partenariat pour le rétablissement de la personne. Régulièrement dans le cadre de patrouilles mixtes, parfois en co-intervention. Les professionnels de l'équipe distingueront : 1) le travail auprès de la personne et 2) le travail d'interpellation des différents acteurs autour de la personne. Comment se rencontrent les expertises des divers professionnels dans le cadre d'une intervention conjointe?*

*1) Travail auprès des personnes : création du contact, en faire un lien de confiance, accompagner, respecter le rythme*

Traditionnellement, le travail auprès des personnes est au cœur du quotidien des intervenants santé/social. 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, redonner du pouvoir aux personnes. L'établissement d'un lien de confiance et la connaissance de la personne seront par la suite mis à profit pour personnaliser l'arrimage vers d'autres services.

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. 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 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.

*2) Arrimer les acteurs autour des personnes*

Les professionnels 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 existe également un réseau informel autour de la personne avec lequel travaille l'équipe, à divers niveaux.

Au fil du temps, les professionnels ont investi divers espaces fréquentés par les personnes qu'ils desservent, afin de favoriser le dialogue avec les acteurs des institutions et services par lesquels elles transitent, dont les hôpitaux, les tribunaux 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.

Pour les intervenants du CSSS, un enjeu important consiste à trouver des collaborateurs dans le système de santé et des services sociaux pour des personnes qui le plus souvent ne correspondent à aucune catégorie de service. Dans le travail de liaison, d'arrimage et de défense de droits 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 ». Une part importante du travail se réalise dans le dialogue avec divers services : pratiques de discussion de cas, rencontres réseau, plan de soin infirmier, plan d'intervention. Cette finalité de développement d'un



réseau autour des personnes nécessite un travail de sensibilisation et d'éducation qui consiste à partager une analyse commune de la situation pour favoriser un meilleur suivi et une concertation plus grande. D'ailleurs, les intervenants estiment qu'au fil du temps, ils ont acquis une crédibilité qui favorise la collaboration des différents acteurs interpellés pour assouplir les règles d'accès aux services.

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 nécessite le développement d'outils de communication avec les patrouilleurs, pour favoriser une continuité dans les interventions.

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. 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 jugés problématiques pour proposer une analyse qui introduit le point de vue de la personne concernée et les impacts de certaines interventions policières 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.

## LE SUIVI INTERSECTORIEL, UNE FORME ÉMERGENTE D'INTERVENTION EN ITINÉRANCE

Si l'intervention est balisée par les obligations d'agir des uns et des autres, on voit dans les sections 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. Les axes d'évaluation qui balisent le travail des professionnels sont enrichis par la rencontre intersectorielle. Cette rencontre élargit de manière significative les possibilités d'action. Voici un résumé des acquis de cette collaboration.

Pour les professionnels de la santé et du social (axe facteurs de protection/facteurs de risque) qui privilégient l'évaluation de la condition de la personne :

- Le travail en collaboration avec les policiers apparaît comme un potentiel facteur de protection pour les personnes et comme complément d'évaluation : il permet de suivre de manière plus efficace la personne à travers les services et les institutions et d'avoir des informations sur son état général de santé et sur ses comportements dans l'espace public via les rapports des patrouilleurs.
- Le déploiement des pratiques d'interventions dans des espaces habituellement inaccessibles, par exemple en centre de détention, pour favoriser la création du lien, préparer la sortie de prison et évaluer l'état mental ou la santé physique.
- La contribution à l'élaboration de recommandations à faire à la cour, afin d'aller dans le sens du rétablissement de la personne.
- La participation à la réflexion sur les recommandations à faire aux patrouilleurs afin de trouver des alternatives à la judiciarisation et améliorer les conditions de vie à la rue des personnes.
- En dernier recours, la judiciarisation est saisie comme un levier pour une évaluation psychiatrique ou proposer la thérapie au lieu de la détention. C'est une avenue que les intervenants de la santé et du social adoptent plus difficilement, mais dans tous les cas, on reste en lien avec la personne.

Le travail du SPVM (axe comportements non problématiques/problématiques)

- On assiste à l'établissement de nouveaux repères dans l'intervention policière sur la base de l'évaluation des facteurs de vulnérabilité par les intervenants du 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).
- Se développent de nouvelles façons de favoriser la cohabitation par la sensibilisation de l'environnement de la personne à la complexité des enjeux de l'itinérance, le travail réalisé, les différents acteurs au dossier, etc.

- Développement d'une expertise au niveau des accusations criminelles. En dernier recours, nouvelles pratiques pour monter des accusations criminelles lorsqu'il y a récurrence des interventions policières qui s'échelonnent sur des années et concernant des personnes peu vulnérables qui contreviennent continuellement aux règlements municipaux et à l'égard de qui les patrouilleurs ont peu de leviers.
- On assiste également au développement d'une plus grande vigilance à l'égard de certains facteurs de risque et bien exercer son rôle de protection comme policier – canicule, hydratation, symptômes de sevrage.
- Ainsi qu'à l'acquisition de nouvelles connaissances pour mieux interpeller les acteurs de la santé (UPS-J pour faire l'évaluation, meilleures liaisons avec hôpitaux, CLSC, ressources communautaires).

L'inscription de l'intersectorialité au cœur du suivi offert aux personnes est une pratique innovante qui soulève plusieurs défis tant pour les policiers que pour les intervenants santé/social qui œuvrent dans une équipe mixte. Les défis et les obstacles de la mise en œuvre de cette forme de pratique sont nombreux et les acquis sont fragiles.

*There are many different organisational arrangements that may be used to promote inter-organisational integration, but intersectoral collaboration in public health is organised mainly in the form of multidisciplinary teams. This means, in effect, a matrix structure, where the teams provide horizontal integration between different organisations and sectors of the society. A multidisciplinary team is, however, a fragile and volatile form of organisation, which needs a constant nurturing in order to survive. In fact, the management of inter-organisational collaboration seems to be a challenge for practitioners as well as researchers in the field of public health.*

*(Axelsson et Axelsson, 2006: 85)*

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 concernant la réponse aux personnes en situation d'itinérance, et notamment celles qui sont les plus difficiles à rejoindre pour les services traditionnels.

## CONCLUSION

EMRII démontre que le travail des professionnels issus des deux institutions que sont le réseau de la santé et des services sociaux et le Service de police est possible, et que cette collaboration est utile pour répondre plus adéquatement aux personnes à la rue. EMRII devient un exemple d'alternative au travail en silo et des possibilités de changement des cultures professionnelles policières qui démontrent souvent peu d'ouverture au problème de l'itinérance. Cependant, cette collaboration au sein de l'équipe mixte se réalise entre des acteurs mobilisés et dans le cadre d'une initiative modeste qui réunissait neuf professionnels en 2012. 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. Comment changer globalement et de manière durable les attitudes policières et mettre fin au profilage social? Si l'existence d'une équipe spécialisée est une réponse intéressante, il faut toutefois éviter la tendance à penser que la solution réside dans la simple mise en place de policiers experts plutôt que dans la transformation des attitudes du policier moyen. L'innovation démontre cependant qu'il y a au sein des services policiers une ouverture et un potentiel de changement qui constitue un premier pas vers un respect et un service plus adapté pour les personnes en situation d'itinérance.

---

## BIBLIOGRAPHIE

- Adelman, J., & Division, C. M. H. A. B. C. (2003). *Study in Blue and Grey: Police Interventions with People with Mental Illness : a Review of Challenges and Responses*. Canadian Mental Health Association /Association canadienne pour la santé mentale, BC Division.
- Axelsson, R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health--a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88.
- Bellot, C., & Saint-Jacques, B. (2007). La gestion pénale de l'itinérance. Un enjeu pour la défense des droits. In S. Roy & R. Hurtubise (Eds.), *L'itinérance en questions* (pp. 171–194). Québec: PUQ.
- Bellot, C., Sylvestre, M.-È., & Saint-Jacques, B. (2012). Construire un problème social. Et pourquoi pas? Le cas de la judiciarisation de l'itinérance. In M. Otero & S. Roy (Eds.), *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui : repenser la non-conformité* (PUQ, pp. 207–228).
- Boivin, R., & Billette, I. (2012). Police et itinérance à Montréal : analyse des constats d'infraction aux règlements municipaux, 2005-2009. *Criminologie*, 45(2), 249–276.
- Brodeur, J.-P. (2003). *Les visages de la police : pratiques et perceptions*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., ... Watson, A. C. (2014). The police-based crisis intervention team (CIT) model: I. Effects on officers' knowledge, attitudes, and skills. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *65*(4), 517–522.
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, *19 Suppl 1*, 116–131.
- Denoncourt, H., Bouchard, M.-C., & Keays, N. (2007). Vingt fois sur le métier ... Le renouvellement de la pratique infirmière auprès des personnes itinérances. In *L'itinérance en questions* (pp. 251–268). Québec: PUQ.
- Dupuis, A., & Farinas, L. (2011). La gouvernance des systèmes multi-organisationnels. *Revue française d'administration publique*, *135*(3), 549–565.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., Lesage, A., Ma, N., & Ngui, A. N. (2014). Network collaboration of organisations for homeless individuals in the Montreal region. *International Journal of Integrated Care*, *14*.
- Goldstein, H. (1979). Improving Policing: A Problem-Oriented Approach. *Crime & Delinquency*, *25*(2), 236–258.
- Hoch, J. S., Hartford, K., Heslop, L., & Stitt, L. (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*, *28*(1), 49–66.
- Hurtubise, R., & Babin, P.-O. (2010). *Les pratiques des équipes itinérance* (p. 113). Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Hurtubise, R., & Rose, M.-C. (2013). *Récits de pratiques et consensus d'experts. Les équipes cliniques du projet Chez soi à Montréal*. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.
- Jenkins, M. J. (2014). Problem-Oriented Policing. In *The Encyclopedia of Theoretical Criminology*. John Wiley & Sons, Ltd. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118517390.wbetc053/abstract>
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (1996). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd. Reising, M. D., & Kane, R. J. (2014). *The Oxford Handbook of Police and Policing*. Oxford University Press.
- Rose, M.-C., Baillergeau, É., Hurtubise, R., & McAll, C. (2012). *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal*. 144 pages. Rapport de recherche et synthèse disponibles au [www.cremis.ca](http://www.cremis.ca) (p. 144).
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., & Ayllon, A. R. (2014). Criminal Behavior and Victimization Among Homeless Individuals With Severe Mental Illness: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, *65*(6), 739–750.

## ABOUT THE AUTHORS

### **Roch Hurtubise**

*École de travail social, Université de Sherbrooke*

*Roch.Hurtubise@Usherbrooke.ca*

Roch Hurtubise s'intéresse aux problèmes sociaux tels que la pauvreté, l'aide alimentaire et l'itinérance, qu'il aborde à travers les pratiques professionnelles qui s'y rattachent. Dans ses travaux, les stratégies de diffusion et de transfert des connaissances auprès des intervenants, des gestionnaires et des acteurs politiques occupent une place centrale.

### **Marie-Claude Rose**

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

*marieclauderose.jmance@ssss.gouv.qc.ca*

Les recherches de Marie-Claude Rose privilégient la prise en compte du point de vue des acteurs (personnes en situation de pauvreté, intervenants, gestionnaires) pour comprendre les réalités sociales. Utilisant une approche qualitative de type ethnographique, sa préoccupation est de rendre compte de la parole des acteurs.