

Le système policier et les services de santé mentale
The police and mental health services
El sistema policiaco y los servicios de salud mental

Christiane Cardinal and Danielle Laberge

Volume 24, Number 1, Spring 1999

Schizophrénie, délire et thérapie cognitive

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/031592ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/031592ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Cardinal, C. & Laberge, D. (1999). Le système policier et les services de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 199–220.

<https://doi.org/10.7202/031592ar>

Article abstract

Access to mental health services for people referred by the police represent an important stake to prevent the criminalization of minor infractions. The police play an essential role in the choice of the answer given to these situations.

When informal measures cannot be retained or when health services are not accessible or when a person refuses, criminalization often appears as the only way to solve the problem and potentially, obtain care for the person. This article examines research on this issue in order to trace a canvas from which recent transformation in the mental health sector can be read.



Le système policier et les services de santé mentale

Christiane Cardinal*

Danielle Laberge**

L'accès à des services de santé mentale pour des personnes référées par la police représente un enjeu important pour éviter la criminalisation d'infractions mineures dont ces personnes pourraient être accusées. La police joue un rôle essentiel dans le choix de la réponse qui sera donnée à ces situations. Quand des mesures informelles ne peuvent être retenues ou que les services en santé ne sont pas accessibles ou que la personne les refuse, la criminalisation apparaît souvent comme la seule façon de régler le problème et, potentiellement, d'obtenir des soins pour cette personne. Cet article examine les travaux ayant porté sur cette question afin de tracer un canevas à partir duquel peut se faire une lecture des transformations récentes qui traversent le secteur de la santé mentale.

Depuis les années 1960, l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale s'est dans plusieurs pays occidentaux, dont le Québec, complètement transformée sous l'impulsion du mouvement de désinstitutionnalisation et, à partir des années 1970, par l'adoption de mesures législatives protégeant les droits de ces personnes.

Ces transformations ont modifié le travail de la police, de deux façons principales. D'abord, les différentes communautés n'ont pas su ou n'ont pas pu intégrer de façon adéquate l'ensemble des personnes ainsi désinstitutionnalisées. Certaines personnes se sont retrouvées sans ressource et, pour diverses raisons, ont fait l'objet d'interventions policières, parfois à répétition. Ensuite, les restrictions à l'internement civil involontaire ont eu certains effets indésirables qui n'avaient pas été anticipés : le recours à la police et l'usage de la criminalisation comme mesure de contention.

Aussi, à partir de la fin des années 70, divers indices signalent la présence croissante, au Canada, de personnes ayant des problèmes de

* Boursière postdoctorale, CQRS, Ph. D., Division de recherche psychosociale du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas.

** Ph. D., Professeure titulaire, Département de sociologie, UQUAM.

santé mentale qui se trouvent en contact avec le système pénal (Allodi, 1977; Lefebvre, 1987; Webster et al., 1982) : augmentation du nombre de personnes connaissant un contact avec les policiers; recours de plus en plus fréquent à la mesure légale visant à déterminer l'aptitude des accusés à subir leur procès; présence parmi les détenus de nombreuses personnes présentant des problèmes de santé mentale.

À compter du milieu des années 1980, des intervenants des milieux de la santé et de la justice reconnaissent de plus en plus l'importance du nombre de ces personnes aux prises avec le système pénal. C'est d'ailleurs pour prendre acte de la diversité des acteurs concernés et des difficultés de coordination entre organisations qu'ont été mises sur pied des tables de concertation psychiatrie-justice. On constate alors pour ces personnes des difficultés d'accès aux services de santé mentale et un manque de programme de suivi et de soutien social avant leur contact avec le système pénal et pendant leur incarcération (Cimon, 1993; Laberge et Morin, 1992; Table de concertation, 1989, 1991). De ces travaux de réflexion des milieux de la santé mentale, de la justice et de la police naissent alors divers programmes de « diversion » du système pénal (UPS, 1996; P.E.C.H., 1996; Urgence Détresse, 1998) de même que des programmes de traitement et de soutien social pendant et après détention visant à éviter le retour dans le système pénal : l'Unité Régionale de santé mentale du Service correctionnel du Canada (1993) et l'implication de Diogène (1988) dans la réinsertion sociale après incarcération en sont des exemples.

Au plan de la recherche, au Canada, les travaux sur la judiciarisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale s'articulent autour de quatre questions : l'arrestation (Holley et al., 1988; Menzies, 1987); l'évaluation pour inaptitude à subir son procès (Chunn et Menzies, 1990; Crocker et al., 1998; Hodgins et al., 1990; Ohayon et al., 1998; Rogers et al., 1992; Webster et al., 1982); les personnes déclarées inaptes à subir leur procès ou acquittées en raison de non responsabilité criminelle pour troubles mentaux (Hodgins et al., 1985; Hodgins, 1987; Rosenblath et Greenland, 1974), et les populations et services en santé mentale dans les milieux carcéraux (Decoste et al., 1985; Ferguson, 1988, Hodgins et al., 1990). Plusieurs de ces études s'inscrivent dans une perspective clinique et se centrent sur les liens entre maladie mentale et criminalité. D'autres travaux dressent un portrait des caractéristiques légales, psychiatriques et sociales des personnes faisant l'objet des mesures légales prévues pour gérer des situations impliquant la maladie mentale au cours des procédures judiciaires ou les caractéristiques des personnes faisant l'objet d'une peine de détention. Peu d'études por-

tent en amont du système pénal, quand la police intervient auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale et doit décider quelle mesure prendre afin de régler le problème rencontré. Cet article porte sur ce moment névralgique de l'intervention policière dans un contexte de maladie mentale appréhendée.

Toute analyse du phénomène de criminalisation de la maladie mentale doit tenir compte de la configuration et des modalités de fonctionnement du système de santé, car elles structurent, dans une certaine mesure, les pratiques d'intervention des policiers à l'égard des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Or, depuis quelques années, les transformations dans le secteur de la santé mentale ont été importantes tant au plan politique et législatif qu'organisationnel.

D'abord la *Politique de santé mentale* (1989) remet de l'avant la désinstitutionnalisation et indique, à cet effet, la nécessité de transformer l'organisation des services afin de mieux soutenir les personnes dans leur milieu de vie. Dans le cadre du virage ambulatoire en santé mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux (1997) propose entre autres comme priorité d'action la diminution de la durée des séjours hospitaliers afin d'atteindre d'ici l'an 2000 une durée moyenne de séjour de 15 jours. Il vise aussi, d'ici l'an 2002, à abaisser le nombre de lits en psychiatrie de 1,0 lit par 1000 habitants à 0,4 lit (MSSS, 1997). De plus, la reconfiguration des services, devant pallier les insuccès de la désinstitutionnalisation, doit notamment s'opérer par la décentralisation des services de santé des hôpitaux vers des services dans la communauté et par une réallocation de ressources financières plus substantielles pour les services offerts dans la communauté. Ainsi d'ici l'an 2002, 60 % des dépenses publiques seront consacrées à des services offerts dans la communauté et 40 % à l'hospitalisation (MSSS, 1997).

Au plan législatif, outre la refonte du Code civil (1992) modifiant entre autres les conditions d'internement involontaire, le gouvernement du Québec a remanié la *Loi sur la protection du malade mental* (1972) par l'adoption du projet de Loi 39 (18 décembre 1997) : *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Cette loi introduit plusieurs changements. Ainsi, l'article 8 prévoit une déjudiciarisation qui va permettre aux policiers d'amener une personne contre son gré à l'hôpital ou à un CLSC. Cet article est susceptible d'affecter tout particulièrement les rapports entre la police et le système de santé mentale. De plus, il ouvre la possibilité d'un accroissement du nombre de personnes renvoyées par la police à des services de santé (Ménard, 1998).

Dans un contexte de transformations affectant grandement les modalités d'intervention dans le domaine de la santé mentale, il est important de mieux saisir les liens existant entre intervention policière et prise en charge psychiatrique. Nous souhaitons contribuer à une telle réflexion en traçant ici un canevas à partir duquel peut se faire une lecture des retombées possibles des transformations du secteur de la santé mentale sur les références que font les policiers aux services de santé mentale.

Nous retracerons le processus qui part du contact de la police avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale jusqu'aux réponses des services de santé mentale aux références des policiers. Dans la mesure du possible, nous illustrerons les étapes de ce processus à partir de résultats de recherches menées au Québec et ailleurs au Canada. À cause de la rareté des études canadiennes portant directement sur le sujet, nous compléterons ce portrait en recourant à des recherches réalisées dans différents pays anglo-saxons.

Le texte comprend trois parties principales. Nous examinerons d'abord les divers modes de prise de contact entre la police et les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les divers modes de résolution de problèmes dont dispose la police. Nous nous pencherons par la suite sur les contingences qui interviennent dans la décision policière d'opter pour l'arrestation ou le recours à un service en santé mentale. Nous présenterons enfin les facettes de la référence policière aux urgences psychiatriques : ampleur du phénomène, caractéristiques des personnes référées et réponses des urgences des hôpitaux.

Les contacts de la police avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale et les divers modes de résolution de problèmes

Avant même qu'une affaire traitée par la police n'aboutisse à un service en santé mentale, diverses étapes en ponctuent le parcours, que nous résumerons autour de deux moments principaux : la prise de contact de la police avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale; et la décision du mode de résolution du problème. Nous examinerons tour à tour chacune de ces étapes.

Des contacts et des situations

Comme pour tout autre citoyen, les contacts entre la police et des personnes ayant des problèmes de santé mentale peuvent survenir de trois façons différentes. Les personnes ayant de tels problèmes peuvent faire appel à la police en l'interpellant sur la voie publique, en se pré-

sentant à un poste de police ou encore en signalant le 911 (Bonovitz et al., 1981 ; Matthews, 1970 ; Pogrebin, 1987). Elles peuvent aussi entrer en contact avec la police lorsqu'une tierce personne (voisin, famille, ami, intervenant en santé ou autres personnes) demande aux policiers d'intervenir à l'occasion d'une situation jugée problématique. Enfin, l'interaction peut se produire lorsque la police prend connaissance par elle-même d'une situation problème impliquant des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Le plus souvent, l'interaction avec la police survient parce qu'une personne, victime ou témoin d'un événement, a fait appel à ses services (Bonovitz et al., 1981 ; Pogrebin, 1987 ; Rogers, 1990).

Au Québec, nous ne disposons d'aucune donnée officielle sur la répartition des différents modes d'entrée en contact de la police avec des personnes ayant des troubles mentaux. Toutefois, selon M. Goyette¹, directeur de la Direction de la gendarmerie au Service de police de la communauté urbaine de Montréal, le SPCUM recevrait annuellement 3000 appels concernant des personnes aux prises avec des troubles mentaux. Ceci représente un volume important d'affaires à traiter.

L'intervention de la police auprès de personnes ayant des problèmes de santé mentale, peu importe le mode de prise de contact, peut concerner trois types de situations : 1) des situations non « criminalisables » qui requièrent davantage une assistance qu'un contrôle policier : par exemple, amener, sous ordonnance du tribunal, une personne à l'hôpital ; 2) des situations graves qui incitent à une judiciarisation du problème : par exemple, mettre le feu à une bâtisse, frapper un inconnu ; 3) des situations non criminalisées, même s'il y a en fait des gestes illégaux qui pourraient être consignés comme tels : prendre un sac de croustilles au dépanneur sans payer (vol à l'étalage), écraser des gâteaux dans une pâtisserie (méfait), crier sur la voie publique (troubler la paix). Dans le cas d'infractions mineures, les policiers peuvent utiliser leur pouvoir discrétionnaire et opter pour une autre solution que l'arrestation.

Des modes de résolution de problèmes

En théorie, la police peut intervenir auprès de personnes présentant des problèmes de santé mentale, selon trois avenues. Elle peut résoudre le problème par des moyens informels (conciliation entre les parties, dire à la personne de quitter les lieux, la reconduire chez elle ou la référer à une tierce personne). Elle peut aussi reconduire la personne, lorsqu'elle accepte cette solution, à un établissement offrant des services en santé mentale. Finalement, elle peut procéder à son arrestation.

« Nous autres, il faut trouver une voie. C'est l'accusation, c'est l'amener chez lui ou c'est l'amener à l'hôpital. » (Policier, entrevue 7; Cardinal, 1998²).

Selon certaines études américaines, les policiers utiliseraient le plus souvent des moyens informels pour régler les situations. Le renvoi vers des services de santé, plus particulièrement vers des hôpitaux, serait la deuxième avenue de solution la plus fréquemment choisie par les policiers. L'arrestation constituerait la disposition la moins fréquemment retenue (Bittner, 1967; Jacobson et al., 1973; Matthews, 1970; Teplin, 1984a, 1984b). Deux études font néanmoins exception à ce scénario. Les données de Pogrebin (1987) montrent que les policiers optent en priorité pour le renvoi des personnes aux services hospitaliers. Les résultats de Teplin et Pruett (1992) qui portent sur un petit échantillon montrent que les policiers arrêtent (14 cas) plus souvent qu'ils ne résolvent le problème de façon informelle ou qu'ils ne réfèrent aux services de santé.

Bien que l'arrestation soit l'une des options les moins souvent retenues, des études montrent que ces personnes sont plus souvent arrêtées que les autres suspects non perçus comme ayant des troubles mentaux (Durbin et al., 1977; Melick et al., 1979; Rappeport et al., 1966; Schuerman et al., 1984). Dans l'étude de Teplin (1984a), ces différences sont très marquées. Des 506 personnes impliquées dans un événement défini par les policiers comme suspect, 46,7 % des personnes présentant des problèmes de santé mentale ont été arrêtées, alors que seulement 27,9 % des personnes ne présentant pas de tels problèmes l'ont été.

Au Québec, les choix retenus par les policiers n'ont pas fait l'objet d'études quantitatives. Cependant, jusqu'à la fin des années 60, les policiers du SPCUM reconduisaient couramment les personnes à l'hôpital, selon Béliveau et Briores (1970). Cette pratique semblerait désormais révolue au SPCUM (Laberge et al., 1991), mais les policiers empruntent parfois une autre voie de solution que l'arrestation. L'étude de Cardinal (1995) rapporte que des policiers du SPCUM avaient eu pour première intention de résoudre ces problèmes autrement que par la voie judiciaire dans 18,9 % des 53 dossiers de police examinés concernant des personnes signalées comme ayant des troubles mentaux. Les policiers ont proposé à sept de ces personnes de quitter les lieux, et décidé pour trois autres de les reconduire directement à l'hôpital. Le refus de quitter les lieux et le refus des hôpitaux de prendre en charge les personnes référées font partie des conditions expliquant leur judiciarisation.

Comme ces études le montrent, la décision de la police dans les situations évoquées n'est pas acquise. Si les policiers règlent des problèmes de façon informelle, ils ont aussi recours de façon systématique aux deux autres options possibles. Il y a néanmoins diverses contingences et contraintes qui interviennent dans la décision d'arrêter ou de référer une personne à un service de santé mentale. C'est ce que nous examinerons maintenant.

Arrestation ou recours à un service en santé mentale ?

Pour que le renvoi à des services de santé mentale se pose véritablement comme option, les policiers doivent d'abord percevoir la présence de problèmes de santé mentale. Ils décident ensuite de la mesure la plus appropriée pour régler un problème. Cette décision se fonde sur diverses contingences qui relèvent du travail de la police, d'une part, et des modalités de fonctionnement du système de santé mentale, d'autre part.

La définition du problème : identité de la personne et identification de la situation

L'orientation d'une personne vers un service de santé mentale suppose que les policiers reconnaissent la présence d'un problème de santé mentale. Cette reconnaissance peut se faire de deux manières : sur la base de ce que les policiers voient eux-mêmes ; sur la base de la transmission d'une telle information par un témoin, une victime, la personne en cause elle-même ou par d'autres policiers³.

C'est généralement à partir du comportement observé par la police elle-même que s'opère l'attribution d'un problème de santé mentale (Bittner, 1967 ; Cardinal, 1995 ; Holley et al., 1988 ; Jacobson et al., 1973 ; Rogers, 1990 ; Sheridan et al., 1981). Malgré le niveau variable de connaissances des policiers en la matière, il semble que ce soit principalement sur la base de comportements bizarres, anormaux ou inhabituels et à partir de l'apparence négligée d'un individu qu'ils identifient la présence de problèmes de santé mentale (Bittner, 1967 ; Holley et al., 1988 ; Jacobson et al., 1973 ; Sheridan et al., 1981).

Par ailleurs, lorsqu'une situation comporte des événements qui peuvent faire l'objet d'une incrimination, la police doit également trancher entre deux interprétations possibles. S'agit-il d'une situation de transgression des lois et relevant du système pénal ? La personne est alors considérée comme un suspect. La situation signale-t-elle plutôt des problèmes de comportements bizarres, anormaux, est-elle la manifestation

d'une possible maladie ? La personne est alors considérée comme ayant des problèmes de santé mentale. Autrement dit, une même situation peut être interprétée différemment et donner lieu à une prise en charge relevant ou de la justice ou des services de santé mentale.

Prenons par exemple la situation décrite dans un rapport de police de la Communauté urbaine de Montréal (Cardinal, 1995, 158) :

Des policiers ont été appelés à intervenir auprès d'une personne causant un problème dans une pharmacie. Le rapport de police relate que les agents de sécurité ont eu connaissance qu'un individu a volé des pilules. Lorsque les agents de sécurité ont interpellé l'individu, celui-ci a avalé le contenu de la bouteille (12 pilules). Celui-ci affirmait que les pilules ainsi placées sur l'étalage constituait une situation illégale. Lorsque les agents de sécurité sont intervenus, l'individu a démontré de la violence, s'empressa de prendre une autre boîte de pilules et se sauva. Les agents réussirent à lui enlever cette boîte et appelèrent le 911.

Si l'on tient compte strictement du fait de s'emparer du contenant de pilules, le geste sera perçu comme un vol. Mais lorsque les circonstances sont considérées plus largement, le même geste peut être perçu comme un symptôme, le signe d'une maladie requérant une prise en charge psychiatrique plutôt qu'une intervention pénale. C'est l'interprétation qu'en ont donnée les policiers. Dans cette affaire, ils ont signalé dans leur rapport que la personne avait un problème de santé mentale et ont décidé de l'amener à l'urgence d'un hôpital au lieu de l'arrêter⁴.

Cette variation dans l'interprétation donnée à une même situation tient à la nature du délit, aux circonstances de l'événement, aux caractéristiques sociales des personnes évaluées (classe, sexe, ethnie, âge), à la nature des interactions entre les parties en cause, à la position sociale des acteurs, aux représentations sociales sur les déviances et les déviants.

L'interprétation que fait la police de la situation oriente donc les réponses qu'elle apporte aux problèmes. Cette interprétation donne en effet un sens particulier à la situation, l'inscrit dans un cadre d'action (Dorvil, 1990; Laberge et al., 1995). Ce n'est pourtant pas le seul déterminant des réponses aux déviances. Il est en effet possible que la décision de recourir à une option plutôt qu'à une autre soit contrainte par des contingences qui ne sont pas directement liées à l'identité attribuée aux déviants (Laberge et al., 1994). Ces contingences peuvent être d'ordre idéologique, politique, administratif, organisationnel ou professionnel.

Contingences et contraintes reliées au travail de la police

L'arrestation des personnes présentant des problèmes de santé mentale répond à des critères qui sont à l'oeuvre pour toute arrestation. Elle dépend de la gravité de l'infraction, de la présence d'antécédents judiciaires, de l'intention du plaignant et de l'attitude du suspect envers les policiers (Bittner, 1967 ; Bonovitz et al., 1981 ; Cardinal, 1995 ; Murphey, 1986 ; Teplin 1983 ; Teplin et al., 1992).

La législation qui encadre le travail policier et le contexte de leur intervention limitent aussi les moyens d'action (Bittner, 1967 ; Rogers, 1990 ; Teplin, 1984b). Ainsi, du point de vue de la pratique policière, l'arrestation peut constituer un moyen préventif permettant de retirer les personnes des lieux de la commission du délit afin d'y mettre un terme. Au Canada, les policiers ne peuvent maintenir une personne en état d'arrestation sans qu'une accusation ne soit portée (*Charte canadienne des droits et libertés*). En d'autres termes, l'arrestation ne peut être utilisée comme une mesure d'hébergement d'urgence ou de contention temporaire. En pratique, l'obligation de déposer une plainte sans délai restreint ainsi les possibilités de trouver des solutions autres que pénales (Laberge et Morin, 1995).

L'arrestation de personnes ayant des troubles mentaux peut aussi dépendre des caractéristiques de la situation combinées aux exigences du travail policier (Cardinal, 1995 ; Laberge et al., 1995 ; Rogers, 1990 ; Teplin et al., 1992). Le temps limité que les policiers peuvent consacrer à une intervention, le caractère d'urgence de certains événements (crise, actes de violence à répétition par exemple) ainsi que le degré de visibilité de leur intervention — place publique et présence de plusieurs témoins — limitent leur marge de manoeuvre. Dans de telles situations, les policiers croient qu'il est plus urgent de répondre à la crise que de déterminer quelle option serait la plus appropriée.

Les pratiques de renvoi vers les services de santé mentale sont également affectées par l'idéologie des policiers et par l'organisation du travail policier. Le temps que demande un renvoi pour une hospitalisation volontaire ou involontaire, la complexité des procédures légales qu'entraîne une telle demande, l'idée que cette démarche ne correspond pas à leur représentation du « vrai » travail policier orientent leur choix vers une arrestation plutôt que vers une demande d'hospitalisation (Bittner, 1967 ; Matthews, 1970, Murphey, 1986 ; Teplin, 1984b ; Teplin et al., 1992). De plus, une demande d'admission à l'hôpital comporte pour les policiers de nombreuses contraintes : « [...] long waiting periods in emergency rooms, complicated admissions

procedures, questioning of their judgement by mental health professionals, refusal of referrals, very short stays for difficult clients, etc. » (Laberge et Morin, 1995, 402).

Bien qu'aucune étude sur les contacts de la police avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale n'en fasse mention, on peut raisonnablement penser que la disponibilité (nombre, type, heure d'ouverture) et la proximité des ressources en santé mentale sur le territoire où exercent les policiers, puissent intervenir quant aux avenues de solution retenues. La méconnaissance des divers points de services peut également interférer dans ce choix. Même si un territoire restreint dispose de plusieurs ressources en santé mentale, les policiers, semble-t-il, en connaissent peu l'étendue (Cardinal, 1998). Ce qu'ils connaissent surtout comme points de services, ce sont les CLSC et l'hôpital et c'est à ce dernier endroit qu'ils réfèrent le plus souvent des personnes. Ils le font généralement par l'intermédiaire d'Urgences santé, ce qui, de l'avis des policiers, augmenterait les chances que la personne soit admise à l'urgence d'un hôpital. Depuis l'automne 1996, les policiers du Centre-ville de Montréal et ceux de la Ville de Québec ont aussi la possibilité de recourir, dans le cadre de projets alternatifs à la judiciarisation, à l'Urgence psychosociale-Justice et à PECH respectivement. De plus, selon une entente multi-sectorielle pour la clientèle judiciarisée ayant une problématique de santé mentale (adoptée le 8 juin 1998), les policiers de la région de Sherbrooke peuvent en cas de délit mineur faire appel à Urgence Détresse si la personne nécessite des services psychosociaux urgents et désire être aidée. Ces initiatives contribuent certainement à faciliter le travail de la police auprès de ces personnes tout en favorisant leur non-judiciarisation. Mais les régions sont loin d'être toutes pourvues d'un système de références facilitant l'accès à des services de santé et des services sociaux.

Or, selon quelques chercheurs, l'arrestation de ces personnes tient en grande partie aux contraintes d'accès à des services en santé mentale. Ces auteurs soutiennent que les personnes pouvant être référées par les policiers à des services psychiatriques sont sujettes à de nombreux refus de prise en charge. Ces refus seraient en partie justifiés par les conditions générales d'accès aux services de santé et en partie déterminés par la réticence des professionnels de la santé à admettre des personnes en contact avec les réseaux judiciaires, que l'on considère souvent dérangeantes et non motivées à se faire soigner (Laberge et al., 1995; Matthews, 1970; Teplin, 1984a, 1984b; Teplin et al., 1992).

Les contraintes d'accès aux services de santé mentale

Au Québec, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* définit les termes selon lesquels les soins doivent être dispensés. La dispensation repose, entre autres, sur le principe du consentement mutuel du soigné et du soignant. Selon ce principe, une personne peut refuser d'être traitée et un médecin peut aussi refuser de traiter une personne. Ainsi, dans le cas où un policier juge que l'état de la personne nécessite des soins, il ne peut la contraindre à un traitement psychiatrique, pas plus qu'il ne peut obliger les professionnels de la santé à lui donner des soins.

Le droit de refus du professionnel peut constituer un problème d'accès à des soins pour les personnes en contact avec la police : [La personne] est souvent perçue comme difficile, peu gratifiante et [pour elle] le pronostic n'est pas très bon. C'est ainsi que certaines catégories de personnes, même lorsqu'elles sont consentantes au traitement, pourraient bien être « rejetées » ou « ballottées » d'une agence à l'autre. (Lalonde et al., 1995, 110)

Au Québec, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (1997) comporte néanmoins certaines règles qui restreignent la liberté de la personne de refuser toute forme d'aide. Dans le cas d'un tel refus de la part de la personne, les policiers peuvent l'amener à un CLSC ou à un centre hospitalier suivant le critère que son état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. Or, la « dangerosité » constituerait justement un facteur important d'exclusion des personnes référées par les policiers (Lalonde et al., 1992, 1995; Murphy, 1986; Teplin, 1984b; Teplin et al., 1992) : « Dangerous persons precisely figure among those not welcome in health services, particularly in general hospitals. The general hospital environment is considered poorly equipped to deal with such situations, whether in terms of personnel, equipment, or security ». (Lalonde et Morin, 1995, 398)

Les problèmes d'accès à des soins se posent aussi selon les clientèles qu'on désire faire admettre et traiter dans les divers services de santé mentale. Les personnes dont la situation est considérée comme chronique et qui présentent de nombreux antécédents d'hospitalisation ne sont pas les bienvenues dans les hôpitaux (Lalonde et al., 1992; Teplin, 1983). Or, le milieu de santé associe souvent les personnes référées par les policiers à ce groupe d'individus chroniques et récalcitrants.

Les principes de sectorisation et de spécialisation sur lesquels repose la distribution des soins peuvent aussi créer des problèmes

d'accès à des services sociaux et de santé mentale. La distribution des services est organisée au Québec selon un découpage géographique dans lequel diverses ressources sont à la disposition des personnes habitant dans le secteur. Pour accéder à un service d'un secteur donné, la personne doit y résider. Cette condition d'accès basée sur l'appartenance résidentielle peut causer un problème pour les personnes à forte mobilité résidentielle, notamment pour leurs séjours dans différentes institutions ou ressources (Laberge et al., 1995) ou encore parce qu'elles sont sans abri. Itinérance et problème de santé mentale coexistent assez souvent et les personnes se retrouvant dans une telle situation peuvent faire l'objet d'une judiciarisation comme en atteste l'étude de Cardinal (1995).

L'organisation de la distribution des services sociaux et de santé repose aussi sur le modèle de la spécialisation s'adressant à une clientèle ciblée à partir d'une problématique spécifique. Cette spécialisation peut aussi intervenir comme facteur, car bon nombre de personnes en contact avec la police présenteraient plus d'une problématique (Holley et al., 1988 ; Joseph et al., 1993 ; Menzies et al., 1992). Teplin (1984b) a ainsi observé que les personnes qui ont des problèmes d'alcool ou de drogue ne sont pas acceptées par les hôpitaux, même si elles présentent des symptômes relevant d'une maladie mentale. De plus, elle a constaté que les personnes avec des problèmes de toxicomanie ou d'alcool sont exclues des centres de désintoxication à cause de leurs problèmes de santé mentale.

Il semble donc que les catégories de personnes qui entrent en contact avec des policiers présentent des caractéristiques rendant leur admission dans des services de santé mentale plus difficile, que ce soit pour des raisons d'ordre légal, organisationnel ou idéologique. Les policiers, par l'expérimentation et par les informations qu'ils échangent entre eux, viennent à connaître les critères d'exclusion des organismes offrant des services et procèdent, lors de la résolution d'un problème, à une évaluation des probabilités d'acceptation des personnes en fonction des critères d'exclusion connus (Cardinal, 1998). Mais le choix n'est pas toujours simple lorsque les policiers perçoivent, en plus de problèmes de santé mentale, la présence d'une autre problématique comme la consommation d'alcool, de drogue ou le fait d'être sans endroit pour dormir. Lorsque les personnes ne sont pas trop désorganisées et qu'elles sont sans résidence, les policiers, compte tenu de la situation, les reconduisent à un refuge. Par contre, si elles sont trop perturbées ou en situation de crise, les refuges ne les accepteront pas. De même, si elles ont consommé de l'alcool, même en très petite quantité, l'urgence de l'hôpital refuse de les prendre en charge.

Les renvois de source policière aux urgences psychiatriques

Peu d'études traitent de la question des admissions en psychiatrie provenant de source policière. Les quelques études sur le sujet abordent cette question sous trois angles. Certaines s'intéressent à l'importance quantitative du phénomène et à son évolution. D'autres décrivent strictement les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des personnes référées par la police. Enfin, de rares études examinent les critères sur lesquels repose la décision des services de santé mentale de prendre en charge ou non les personnes référées par la police.

L'importance quantitative du phénomène

Des études américaines, menées dans les années 1960, rapportent que de 20 % à 45 % des visites à l'urgence psychiatrique provenaient de renvois policiers (Bittner, 1967; Liberman, 1969). Selon Cohen et Marcos (1990), il y aurait eu une augmentation importante, entre 1983 et 1989, du nombre de personnes amenées par la police de New York aux urgences psychiatriques des hôpitaux. Les auteurs estiment cette augmentation à 69 % pour une période de six ans. Elle serait liée au manque de ressources non hospitalières en santé mentale et à la présence accrue, dans la communauté, de personnes aux prises avec des troubles mentaux en situation d'itinérance ou ayant, en plus, des problèmes de consommation de drogue. Ces situations occasionneraient des interventions plus nombreuses de la police auprès de ces catégories de personnes. Mais ceci n'expliquerait qu'en partie cet accroissement. Un autre ordre de facteurs interviendrait. Les auteurs font ici référence au fait que les tribunaux ont étendu l'interprétation du critère de dangerosité qu'une personne représente pour elle-même aux situations de négligence quant à la satisfaction des besoins essentiels et au refus d'être traité. De l'avis des tribunaux, négligence et refus représenteraient une menace réelle au bien-être de ces personnes, augmentant ainsi les situations susceptibles d'entraîner l'internement civil. Au cours des années 1990, la police semble avoir maintenu son rôle d'approvisionnement des urgences psychiatriques (Reinish et al., 1995; Watson et al., 1993; Way et al., 1993).

Au Québec, nous ne connaissons pas l'importance du rôle de la police comme source d'admission aux urgences en santé mentale. Cette information est absente des travaux portant sur la fréquentation des urgences d'hôpitaux. Seule l'étude de Dorvil (1987) nous indique sommairement l'apport des renvois par la police dans la fréquentation de l'urgence-admission de l'hôpital L.-H. Lafontaine pour une période de quatre mois. Dans cette étude, 4,39 % des personnes ayant été à l'urgence étaient accompagnées de policiers.

Les caractéristiques de la clientèle référée par la police

Si le rôle de la police dans la fréquentation des urgences en psychiatrie n'est pas aussi documenté qu'on aurait pu le souhaiter, quelques études américaines, britanniques et australiennes dressent le portrait des personnes amenées par la police aux urgences psychiatriques (Dunn et al., 1990; Kneebone et al., 1995; Meadows et al., 1994; Jacobson et al., 1973; Sheridan et al., 1981; Sims et al., 1975).

Pour les caractéristiques socio-démographiques, les résultats convergent. Ces personnes ont généralement entre 20 et 30 ans, vivent seules et la majorité d'entre elles est sans emploi (Jacobson et al., 1973; Kneebone et al., 1995; Meadows et al., 1994; McNiel et al., 1991; Sheridan et al., 1981). Enfin, les hommes sont surreprésentés.

Par contre, sur le plan clinique, les résultats diffèrent d'une étude à l'autre. Dans l'étude de Sheridan et Teplin (1981), 48 % des personnes sont diagnostiquées comme schizophrènes alors que dans l'échantillon de Meadows et al. (1994), 18 % ont un tel diagnostic. Par ailleurs, Steadman et son équipe (1986) rapportent que les psychiatres évaluent les personnes référées par la police comme ayant des maladies mentales moins graves que les personnes non référées par elle, alors que d'autres études arrivent à la conclusion contraire (Reinish et al., 1995; Watson et al., 1993; Way et al., 1993). Enfin deux études soutiennent que les diagnostics sont similaires entre les groupes comparés (McNiel et al., 1991; Sales, 1991).

Les réponses des services de santé mentale

Concernant l'admission ou non des personnes référées par la police, les taux d'acceptation pour une hospitalisation varient grandement d'une étude à l'autre. Cette variation s'échelonne de 23 % à 80 % de personnes admises. En fait, on constate que les études menées aux États-Unis obtiennent les taux d'hospitalisation les plus faibles pour les personnes référées par la police (Sheridan et al., 1981; Reinish et al., 1995; Steadman et al., 1986; Way et al., 1993). En Angleterre et en Australie, les taux sont beaucoup plus élevés. Ils se situent en moyenne autour de 75 % (Kneebone et al., 1995; Meadows et al., 1994; Sims et al., 1975).

Les études qui comparent les renvois par la police à d'autres sources de renvoi nous informent un peu plus sur les liens possibles entre les décisions d'hospitaliser ou pas et les caractéristiques cliniques des personnes référées par la police. Les résultats sont toutefois contradictoires. Pour les uns, les personnes référées par la police présentent

une probabilité aussi forte d'être hospitalisées que les autres cas (McNiel et al., 1991 ; Reinish et al., 1995). Steadman et al. (1986) obtiennent quant à eux un taux d'hospitalisation moindre pour les personnes référées par la police. Ceci s'expliquerait, selon ces chercheurs, par le fait que les psychiatres évaluent qu'elles ont des maladies moins importantes que les autres personnes. Enfin, d'autres affirment que les personnes renvoyées par la police ont plus de chances d'être hospitalisées parce qu'elles sont classées parmi des catégories de maladie mentale plus graves que les autres cas de renvoi (Sales, 1991 ; Watson et al., 1993 ; Way et al., 1993).

Il y a toutefois un résultat commun à toutes les études examinées : les personnes amenées à l'hôpital par la police sont plus susceptibles, comparativement aux autres situations d'admission, d'être considérées comme dangereuses pour les autres. Selon Steadman et al. (1986) de même que Way et al. (1993), ce jugement clinique plus fréquent s'effectuerait sur la base de critères subjectifs plutôt qu'objectifs. Selon eux, le personnel des urgences psychiatriques considérerait plus souvent les personnes amenées par la police comme dangereuses du seul fait de la présence des policiers. Les chercheurs ne précisent toutefois pas quelle incidence une telle perception peut avoir sur la décision d'hospitaliser ou non.

Comme on a pu le constater, les recherches quantitatives sur les renvois vers les services de santé mentale faits par des policiers sont peu nombreuses et les résultats concordent peu d'une étude à l'autre. Les différences dans les taux de renvoi vers les urgences psychiatriques par des policiers et la probabilité d'admission des personnes référées par la police seraient-elles dues à des particularités régionales, à la période durant laquelle ont été réalisées les études, à l'organisation et à l'idéologie variables des services psychiatriques? De plus, les études documentent de façon restreinte les critères qui interviennent dans la décision d'hospitaliser.

Par ailleurs, soulignons que l'examen de la prise en charge à partir de l'indice d'une hospitalisation des personnes référées par la police ne rend compte que partiellement des formes qu'elle peut revêtir, la mission des urgences étant, du moins au Québec, l'évaluation, le traitement d'urgence et la référence aux services extra et intrahospitaliers. Il faudrait alors peut-être examiner la question de la prise en charge des personnes référées par la police aux urgences des hôpitaux à partir du tri qui s'effectue préalablement à l'accueil et des diverses interventions possibles à partir de l'urgence. À ce niveau, il semble que les policiers rencontreraient peu de refus (Cardinal, 1998). À leur avis, le problème proviendrait davantage du fait que ces personnes ressortent très peu de

temps après leur admission à l'urgence, souvent le lendemain. Les policiers ont l'impression qu'elles sont retournées dans la communauté sans ressource ou support, laissées à elles-mêmes et ils voient une nouvelle intervention comme étant inévitable. Une mobilisation répétitive des policiers auprès d'une même personne les inciterait alors à envisager parfois des poursuites judiciaires (Cardinal, 1995, 1998).

Conclusion

L'intervention auprès des personnes au prise avec plusieurs problèmes constitue un des défis pour les différentes instances planifiant ou dispensant des services. Si cette difficulté a déjà été reconnue par plusieurs acteurs sociaux, les stratégies à mettre en œuvre pour y remédier ne sont pas encore parfaitement au point. Le présent article s'inscrit dans le cadre de cette réflexion, tout en y ajoutant un aspect supplémentaire. En effet, la notion de « multi-problématique » est généralement pensée à l'intérieur du cadre de la santé et des services sociaux. Pourtant, d'autres instances sont confrontées à ces problèmes et les difficultés que rencontrent ces personnes ne respectent pas, loin s'en faut, les logiques professionnelles ou les structures d'intervention. La multiplicité des logiques constitue le plus grand défi à la mise en œuvre d'une intervention efficace auprès de cette population.

L'interface entre justice pénale et maladie mentale a traditionnellement été traitée sous l'angle des critères régissant les obligations de la justice pénale en cette matière; il s'agit des mesures concernant l'aptitude à subir son procès et le degré de responsabilité criminelle qui peut être imputé à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Mais, comme certains chercheurs l'ont éloquentement démontré depuis quelques années, ces cas « officiels » ne sont que la pointe de l'iceberg et occultent aussi bien la diversité que la complexité de ces interfaces. C'est ainsi que pour bien saisir toutes les dimensions du problème, il faut remonter aux micro-dynamiques décisionnelles qui orientent de façon diversifiée la définition du problème d'origine et la solution qu'on tentera d'y apporter. Les travaux de recherche ayant porté sur le rôle du policier dans la réponse aux situations de crise ont bien montré à la fois la pluralité des options qui s'offrent à ces intervenants ainsi que les contraintes auxquelles ils doivent faire face en choisissant l'une ou l'autre d'entre elles. Malheureusement les travaux sur ce sujet sont rares et de portée restreinte. Pourtant, il nous semble que c'est à travers une connaissance minutieuse de ces dynamiques qu'il sera possible d'élaborer des programmes adaptés, fondés sur une compréhension réciproque accrue du travail des différents intervenants en cause.

Notes

1. Débats de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi 39, 20 février 97.
2. La source des données citée est tirée d'une étude en cours qui porte sur les rapports de la police avec les services en santé mentale dans le Sud-ouest de Montréal. Cette étude, menée dans le cadre d'un programme postdoctoral (1998-2000), est subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale. Nous aurons ici recours aux résultats préliminaires de cette étude menée par C. Cardinal.
3. Lorsque les policiers sont en fonction, ils s'échangent régulièrement des informations sur les situations qu'ils traitent et donnent aussi leur idée sur les personnes rencontrées. Ces informations circulent dans un même poste de quartier et entre postes de quartier (Cardinal, observation patrouille, octobre 1998).
4. Suite au refus de l'hôpital de la prendre en charge, cette personne fut accusée et gardée en détention au Quartier général de la police de la Communauté urbaine de Montréal jusqu'à sa comparution devant un juge. Pendant cette période de détention, un médecin rattaché à la Cour municipale de Montréal l'a évaluée et l'a considérée trop désorganisée pour subir son procès.

RÉFÉRENCES

- ALLODI, F., KEDWARD, H., ROBERTSON, M., 1977, Fou mais coupable : les malades mentaux en prison. *Hygiène mentale au Canada*, 25, 2, 3-8.
- BÉLIVEAU, D., BRIORES, L., 1970, *Rapport d'une étude des problèmes psychiatriques au Quartier général de la police et à la Cour municipale de la ville de Montréal*, Directeur régional de la Psychiatrie et de l'Hygiène mentale, Montréal.
- BITTNER, E., 1967, Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons, *Social Problems*, 14, 278-292.
- BONOVITS, J. C., BONOVITS, J. S., 1981, Diversion of the mentally ill into the criminal justice system : the police intervention perspective, *American Journal of Psychiatry*, 138, 7, 973-976.
- CARDINAL, C., 1995, *La construction des identités d'infracteur et de malade mental à travers le processus pénal*, Thèse de doctorat, Département de sociologie, Université du Québec à Montréal, Montréal.
- CHUNN, D., MENZIES, R., 1990, Gender, madness and crime : the reproduction of patriarchal and Class relations in a psychiatric court clinic, *Journal of Human Justice*, 1, 2, 33-54.

- CIMON, A., 1993, *Santé mentale-justice. Plan d'action pour l'implantation du protocole d'entente MSSS/MSPQ pour la région de Montréal-Centre*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Document de travail, texte ronéotypé.
- COHEN, N. L., MARCOS, L. R., 1990, Law, policy, and involuntary emergency room visits, *Psychiatric Quarterly*, 61, 3, 197-204.
- CROCKER, A., OHAWON, M., MALJAI, C., 1998, Instruments d'évaluation de l'aptitude à subir son procès : une recension de la documentation scientifique, *Revue canadienne de psychiatrie*, 43, 482-490.
- DÉCOSTE, G., GAUDET, D., BÉDARD, G., BLAIS, J., 1985, *Les services psychiatriques en milieu correctionnel : une nécessité d'agir*, Services correctionnels québécois.
- DORVIL, H., 1990, La maladie mentale comme problème social, *Service social*, 39, 2, 44-58.
- DORVIL, H., 1987, Les caractéristiques du syndrome de la porte tournante à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 79-89.
- DUNN, J., FAHY, T. A., 1990, Police admissions to a psychiatric hospital. Demographic and clinical differences between ethnic groups, *British Journal of Psychiatry*, 156, 373-378.
- DURBIN, J., PASEWARD, R., ALBERS, D., 1977, Criminality and mental illness : a study of arrest rates in a rural state, *American Journal of Psychiatry*, 134, 1, 80-83.
- FERGUSON, G., 1988, Le droit aux soins de santé mentale en milieu carcéral, *Criminologie*, 21, 2, 13-26.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1989, *Politique de santé mentale*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec, Québec.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, 1997, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*, Éditeur officiel du Québec, Québec.
- HODGINS, S., 1987, Men found unfit to stand trial and/or not guilty by reason of insanity : recidivism, *Revue Canadienne de criminologie*, 29, 1, 51-70.
- HODGINS, S., CÔTÉ, G., 1990, Prévalence des troubles mentaux chez les détenus des pénitenciers du Québec, *Santé mentale au Canada*, 38, 1, 1-5.
- HODGINS, S., HÉBERT, J., BARALDI, R., 1985, *Étude d'une cohorte de femmes ayant été jugées aliénées au Québec*, Institut Philippe-Pinel de Montréal, 10, Montréal.

- HOLLEY, H. L., ARBOLEDA-FLOREZ, J., 1988, Criminalization of the mentally ill : police perceptions, *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 81-86.
- JACOBSON, D., CRAVEN, N. W., KUSHNER, S., 1973, A study of police referral of allegedly mentally ill persons to a psychiatric unit, in Snibbe, J., Snibbe, H., éd., *The Urban Policeman in Transition*, Charles C. Thomas, Springfield, 533-551.
- JOSEPN, P. A., POTTER, M., 1993, Diversion from custody. Psychiatric assessment at the magistrates' court, *British Journal of Psychiatry*, 162, 325-330.
- KNEEBONE, P., ROGERS, J., HAFNER, R. J., 1995, Characteristics of police referrals to a psychiatric emergency unit in Australia, *Psychiatric Services*, 46, 6, 620-622.
- LABERGE, D., LANDREVILLE, P., 1994, La judiciarisation des problèmes sociaux, in Dumont, F., Langlois, S., Martin, Y., éd., *Traité des problèmes sociaux*, IQRC, Québec, 1053-1066.
- LABERGE, D., LANDREVILLE, P., MORIN, D., ROBERT, M., SOULLIÈRE, N., 1991, *Le traitement judiciaire des personnes connaissant des problèmes de santé mentale*, Les cahiers du G.R.A.P.P.P., 13, Montréal.
- LABERGE, D., MORIN, D., 1995, The Overuse of criminal justice dispositions. Failure of diversionary policies in the management of mental health disposition, *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 4, 389-414.
- LABERGE, D., MORIN, D., 1992, *Les clientèles « psychiatrie-justice » : problèmes de prise en charge et d'intervention*, Les cahiers du G.R.A.P.P.P., Montréal.
- LABERGE, D., MORIN, D., ROBERT, M., 1995, De la prise en charge pénale à l'intervention psychiatrique : modes de circulation et impacts de la nouvelle législation criminelle, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 14, 1, 103-122.
- LEFEBVRE, Y., Chercher asile dans la communauté, *Santé mentale au Québec*, 12, 1, 66-78.
- LIBERMAN, R., 1969, Police as a community mental health resource, *Community Mental Health Journal*, 5, 2, 111-120.
- MATTHEWS, A. R., 1970, Observations on police policy and procedures for emergency detention of the mentally ill, *Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*, 61, 283-295.
- MC NIEL, D. E., HATCHER, C., ZEINER, H., WOLFE, H. L. et al., 1991, Characteristics of persons referred by police to the psychiatric emergency room, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 4, 425-427.

- MEADOWS, G., CALDER, G., VAN-DEN BOS, H., 1994, Police referrals to a psychiatric hospital : indicators for referral and psychiatric outcome, *Australia and New-Zealand Journal of Psychiatry*, 28, 2, 259-268.
- MELICK, M. E., STEADMAN, H. J., COCOZZA, J. J., 1979, The medicalization of criminal behavior among mental patients, *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 228-237.
- MÉNARD, J.-P., Les grands principes de la nouvelle Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, in Barreau du Québec, Éd., *Développements récents en droit de la santé mentale (1998)*, Les éditions Yvon Blais inc., Cowansville, 1-19.
- MENZIES, R. J., 1987, Psychiatrists in blue : police apprehension of mental disorder and dangerousness, *Criminology, An Interdisciplinary Journal*, 25, 429-453.
- MENZIES, R. J., CHUNN, D. E., WEBSTER, C. D., 1992, Female follies : the forensic psychiatric assessment of women defendants, *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 2, 179-194.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1997, *Orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Gouvernement du Québec, Québec.
- MURPHEY, G. R., 1986, *Special Care Improving the Police Response to the Mentally Disabled*, Police Executive Research Forum, Washington.
- OHAYON, M., CROCKER, A., ST-ONGES, B., CAULET, M., 1998, Fitness, responsibility, and judicially ordered assessments, *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 491-495.
- POGREBIN, M. R., 1987, Police Responses for mental health assistance. *Psychiatric Quarterly*, 58, 1, 66-73.
- RAPPEPORT, J., LASSEN, G., 1966, The dangerousness of female patients : a comparison of the arrest rate of discharged psychiatric patients and the general population, *American Journal of Psychiatry*, 123, 4, 413-419.
- REINISH, L. W., CICCONE, J. R., 1995, Involuntary hospitalization and police referrals to a psychiatric emergency department, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 23, 2, 289-298.
- ROGERS, A., 1990, Policing mental disorder : controversies, myths and realities, *Social Policy and Administration*, 24, 3, 226-236.
- ROGERS, R., BAGBY, M., 1992, Diversion of mentally disordered offenders : a legitimate role for clinicians ?, *Behavioral Sciences and the Law*, 10, 407-412.

- ROSENBLATT, E., GREENLAND, C., 1974, Female crimes of violence, *Canadian Journal of Criminology*, 16, 173-180.
- SALES, G., 1991, A comparison of referrals by police and other sources to the psychiatric emergency service, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 950-952.
- SCHUERMAN, L. A., KOBRIN, S., 1984, Exposure of community mental health clients to the criminal justice system. Client/criminal or patient/prisoner, in Teplin, L. A., éd., *Mental Health and Criminal Justice*, Sage, Beverly Hills, 87-118.
- SHERIDAN, E. P., TEPLIN, L. A., 1981, Police-referred psychiatric emergencies : advantages of community treatment, *Journal of Community Psychology*, 9, 140-147.
- SIMS, A., SYMONDS, R. L., 1975, Psychiatric referrals from the police, *British Journal of Psychiatry*, 127, 171-178.
- STEADMAN, H., MORRISEY, J. P., BRAFF, J., MONAHAN, J., 1986, Psychiatric evaluations of police referrals in a general hospital emergency room, *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 1, 39-47.
- TABLE DE CONCERTATION PSYCHIATRIE-JUSTICE DE MONTRÉAL, 1991, *Réflexions et commentaires sur la grille des besoins des services correctionnels en matière de santé mentale. Probation et détention.*, Document ronéotypé, Montréal.
- TABLE DE CONCERTATION PSYCHIATRIE-JUSTICE DE MONTRÉAL, 1989, *Plan d'organisation des services de santé mentale dans le secteur psychiatrie-justice pour la région 06-A., Bilan et recommandations soumis aux CRSSMM*, Document de travail ronéotypé, Montréal.
- TEPLIN, L. A., 1984a, Criminalizing mental disorder : the comparative arrest rate of the mentally ill, *American Psychologist*, 39, 7, 794-803.
- TEPLIN, L. A., 1984b, Managing disorder. Police handling of the mentally ill, in Teplin, L. A., éd., *Mental Health and Criminal Justice*, Sage, Beverly Hills, 157-175.
- TEPLIN, L. A., 1983, The criminalization of the mentally ill : speculation in search of data, *Psychological Bulletin*, 94, 1, 54-67.
- TEPLIN, L. A., PRUETT, N. S., 1992, Police as streetcorner psychiatrist : managing the mentally ill, *International Journal of Law and Psychiatry*, 15, 2, 139-156.
- WATSON, M. A., SEGAL, S. P., NEWHILL, C. E., 1993, Police referral to psychiatric emergency services and its effect on disposition decisions, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 11, 1085-1090.

WAY, B. B., EVAN, M. E., BANKS, S. M., 1993, An analysis of police referrals of 10 psychiatric emergency rooms, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 21, 4, 389-397.

WEBSTER, C., MENZIES, R., JACKSON, M., 1982, *Clinical Assessment Before Trial. Legal Issues and Mental Disorder*, Butterworths, Toronto.

ABSTRACT

The police and mental health services

Access to mental health services for people referred by the police represent an important stake to prevent the criminalization of minor infractions. The police play an essential role in the choice of the answer given to these situations. When informal measures cannot be retained or when health services are not accessible or when a person refuses, criminalization often appears as the only way to solve the problem and potentially, obtain care for the person. This article examines research on this issue in order to trace a canvas from which recent transformation in the mental health sector can be read.

RESUMEN

El sistema policiaco y los servicios de salud mental

El acceso a los servicios de salud mental para las personas que son referida por la policía, representa un desafío importante par evitar la criminalización de infracciones menores de las que estas personas pueden ser acusadas. La policía juega un papel esencial en la elección de la respuesta que se le dará a estas situaciones. Cuando las medidas informales no pueden ser retenidas, o que los servicios de salud mental no son accesibles, o que la persona los rechaza, frecuentemente la criminalización aparece como la única manera de arreglar el problema, y potencialmente, obtener los cuidados par esta persona. Este artículo examina los trabajos que han tratado de esta cuestión, con el fin de trazar un bosquejo a partir del cual puede hacerse una lectura de las recientes transformaciones que atraviesa el sector de la salud mental.