

# Police et crise psychique

## L'interprofessionnalité comme enjeu de la gestion policière des patients psychiatriques



Michaël Meyer

Université de Lausanne et Chef de projet,  
Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)

Krzysztof Skuza

Professeur HES associé,  
Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO)

Les policiers ont une fonction de triage, de relais et d'appui pour l'entrée et le maintien des patients en milieu psychiatrique. C'est le constat sur lequel s'élabore cet article et à partir duquel est menée une réflexion sur l'«interprofessionnalité» entre police et psychiatrie. Partant de la question du rôle des policiers dans l'accès aux soins psychiatriques, nous examinons certaines situations fréquentes de rencontre entre les protagonistes de la psychiatrie (soignants, patients et proches) et les policiers. L'article se positionne pour cela *en amont* du processus pénal, en s'intéressant en particulier aux policiers en uniforme amenés à intervenir en rue, à domicile ou à l'hôpital pour des personnes souffrant de troubles psychiques. Remettant en cause un découpage souvent trop rapide et rigide entre la santé mentale et la force publique, ayant pour effet de cantonner les retours d'expériences au sein des espaces professionnels spécifiques, nous suggérons une conception «polyphonique» de la crise. Cette approche est attentive aux positions différenciées des professionnels, aux marges de manœuvres et aux capacités d'ajustement de leur posture lorsqu'ils doivent agir ensemble, dans les mêmes lieux et les mêmes temps, pour un patient souffrant de troubles psychiques.

Les relations entre le pénal et la psychiatrie peuvent être envisagées à plusieurs étapes : policière, judiciaire et carcérale. Le théoricien du droit Michel van de Kerchove évoque une «diversité des modalités» selon lesquelles les représentants du système de santé mentale sont susceptibles d'apporter une collaboration au fonctionnement du système pénal» (1990:199). On notera toutefois d'emblée que peu d'auteurs ont posé la question dans des termes inversés : qu'est-ce que les policiers sont susceptibles d'apporter aux soins psychiques ? C'est l'angle que nous privilégions dans le cadre d'un projet en cours à la Haute école de santé Vaud (HESAV) à Lausanne.

Nous aimerions contribuer à la connaissance de la phase en amont du cheminement pénal. À cette étape, il s'agit d'observer le moment névralgique que constitue l'intervention policière auprès de personnes en état mental perturbé<sup>1</sup>. Outre le taux d'arrestation de personnes présentant des troubles psychiques, il faut interroger les critères qui mènent à la décision d'arrestation. En particulier, il importe de documenter dans quelle mesure les symptômes psychiatriques concourent négativement au jugement des policiers, augmentant ainsi la probabilité d'une décision d'arrestation. Ce phénomène est connu sous le nom de «criminalisation» des patients psychiatriques (Cardinal et Laberge 1999).

<sup>1</sup> Nous nous intéressons principalement à la perturbation induite par un trouble psychique, mais des questions similaires se posent pour les états mentaux perturbés issus de la consommation d'alcool et de drogues. Dans une appréhension complète, il s'agirait de réfléchir aussi aux situations dites «complexes» ou «multi-problématiques», par exemple lors du cumul de troubles psychiques, d'une consommation de stupéfiants et d'une précarité sociale.

Nous évoquerons d'abord brièvement les principales situations de rencontre entre police et psychiatrie. Notre modèle de la « polyphonie » sera ensuite présenté pour rendre compte des situations de travail multi-intervenants. La dernière partie de l'article propose, à partir d'une synthèse de notre livre (Linder, Meyer et Skuza 2016), quelques pistes concrètes pour penser (et améliorer) les chevauchements entre intervention policière et prise en charge psychiatrique.

### L'intervention policière et la relation soignant-soigné

La prise en charge psychiatrique peut, dans certaines circonstances, commencer par une intervention policière, y compris lorsqu'aucune infraction n'a été commise. Cet accès atypique aux soins psychiques n'a fait l'objet que de peu d'études en Europe et en Suisse. Sa fréquence, les critères qui orientent la décision des policiers, ainsi que l'accueil réservé par les soignants aux patients ainsi référés par la police sont encore trop peu connus. On méconnaît aussi les trajectoires cliniques des patients qui accèdent ainsi aux soins par l'intermédiaire de la police.

Au moins trois cas de figure s'observent. Premièrement, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent elles-mêmes faire appel à la police en rue, par téléphone ou directement au commissariat. Deuxièmement, la rencontre peut être initiée par le signalement d'un tiers, qu'il soit un passant, un membre de la famille ou un soignant. Troisième configuration, la rencontre peut être à l'initiative des policiers, dont le regard est formé à repérer les comportements anormaux dans les espaces publics.

Il n'existe pas au niveau national suisse de chiffres sur la répartition entre ces modes de prise de contact, ni sur les pourcentages pour chacun des renvois effectifs à une structure de soins psychiatriques. Il semble toutefois que les policiers disposent d'une certaine marge de manœuvre discrétionnaire pour décider du mode de résolution des situations. Entre la criminalisation ou le renvoi vers le milieu des soins, le choix se base souvent sur l'appréciation spontanée par les policiers de l'état mental de la personne. Ainsi, l'intervention policière constitue un moment de catégorisation crucial pour la suite de la prise en charge.

### Hospitalisation forcée, recherche active et injection forcée

Certaines situations de rencontre marquent particulièrement les expériences des professionnels, mais aussi les souvenirs des patients et de leurs proches.

- 1) La situation la plus fréquente est l'hospitalisation en présence d'une escorte policière. Techniquement dans un rôle de chauffeurs et d'encadrants sur le chemin de l'hôpital, les policiers contribuent à la transition entre liberté et enfermement. Cependant, contrairement à un argument parfois entendu, les attributs symboliques du pouvoir (uniforme, menottes, voiture de police) ne constituent pas toujours une source de pacification. L'uniforme est souvent perçu comme menaçant par les patients, mais aussi par leurs proches qui assistent à la prise en charge. Dès lors, certains enjeux thérapeutiques se jouent déjà dans ces premiers contacts avec l'autorité policière. Comme l'affirment les proches de patients, le comportement des policiers lors de l'hospitalisation risque de miner, ou tout au moins d'orienter, le « climat » de la prise en charge.
- 2) La recherche active constitue une autre modalité régulière de contact. À la demande des équipes soignantes, les policiers recherchent un patient et le ramènent à l'hôpital. Cette activité est souvent vécue par les policiers comme un « sale boulot », particulièrement lors d'appels à répétition pour un même individu. Désignés comme des « habitués » (Ogien 1986), certains patients incarnent alors, du point de vue des policiers, l'incapacité des hôpitaux à maintenir le contrôle sur leurs patients. Ce sentiment est renforcé par le fait que certains patients psychiatriques savent exploiter ce devoir policier afin de profiter d'un service de transport gratuit à destination de l'hôpital.
- 3) Les policiers sont parfois appelés dans l'espace de soins pour assister à des injections forcées, pratiquées par 84 % des structures hospitalières psychiatriques suisses (Needham et al. 2002). Cette activité met potentiellement en tension les rôles de soignant et de policier. Elle condense surtout des défis de synchronisation entre les acteurs de l'hospitalisation.

*La prise en charge psychiatrique peut, dans certaines circonstances, commencer par une intervention policière, y compris lorsqu'aucune infraction n'a été commise.*

### Incertitude et violence

La question de la « violence » et le rôle de la police dans la contrainte physique des patients apparaissent au cœur des témoignages des multiples acteurs impliqués dans la gestion des troubles psychiques. Ce thème trouve aussi sa place dans les évolutions des pratiques psychiatriques et policières. « En premier lieu, il apparaît, paradoxalement, que le système

*Les policiers anticipent, entre autres, que leur action, voire leur simple présence, peut être anxio-gène pour un patient et contribuer ainsi à détériorer davantage son état psychique.*

de santé mentale, après avoir revendiqué une autonomie de plus en plus radicale par rapport au système pénal et à ses fondements traditionnels, estime, dans bien des cas, l'interven-

tion pénale nécessaire dans une perspective proprement thérapeutique » (van de Kerchove 1990:205 ; voir aussi Meyer, Skuza et Utz 2011).

Dans la perception des policiers, l'intervention face à une personne souffrant de troubles psychiques est teintée d'incertitude et d'imprévisibilité. Les policiers anticipent, entre autres, que leur action, voire leur simple présence, peut être anxio-gène pour un patient et contribuer ainsi à détériorer davantage son état psychique. L'inquiétude est la plus forte durant les moments d'interpellation, de fouille et lors du maintien dans l'espace restreint du véhicule. Les gestes de base appris à l'école de police sont parfois perçus comme mal adaptés aux situations impliquant des composantes psychiatriques.

### Approche polyphonique de la prise en charge

Comment observer, évaluer et améliorer les différentes rencontres (depuis l'interaction ordinaire en rue jusqu'à l'injection forcée avec appui policier)? À notre avis, la réponse nécessite une mise en dialogue des différents acteurs impliqués dans la prise en charge. La question du rôle de la police et de la « criminalisation » des personnes souffrant de troubles psychiques exige que l'on déborde le cadre des analyses spécialisées (droit ou soin) pour réfléchir plus largement aux intersections entre différentes formes de gestion de la marginalité et des comportements déviants.

En d'autres termes, il faut rompre avec les cadres méthodologiques usuels, qui s'organisent autour d'une seule « voix », qu'il s'agisse de la parole d'un seul acteur impliqué (le policier, le soignant, le pa-

tient, etc.) ou encore d'une voix synthétisante, celle d'un chercheur, qui énoncerait « la » réalité, tel un narrateur omniscient. Une voix unique pour rapporter les expériences de plusieurs personnes ne peut que niveler des nuances pourtant décisives. Qui plus est, lorsqu'ils sont rapportés par autrui, ces vécus seront nécessairement contés à partir d'un point de vue. Tel est souvent le cas des positions « critiques » (p. ex. la sociologie dite « critique ») ou partisans (p. ex. représentant l'intérêt d'une association militante en faveur des droits de patients ou d'un syndicat policier).

En lieu et place de l'apparent « ordre parfait » d'un récit contrôlé par une seule voix, nous suggérons donc d'instaurer un dialogue composé de plusieurs voix : une « polyphonie ». Cette multiplicité de voix qui participent chacune à l'énonciation d'un récit commun, sans que celui-ci ne soit l'œuvre d'un chœur harmonieux, nous a été inspirée par l'écrivain Dostoïevski. Dans ses romans, le romancier a abandonné le narrateur unique au profit d'une multiplication des récits, parfois contradictoires, de plusieurs protagonistes.

Dans l'idéal, la polyphonie se donne pour objectif d'être exhaustive et non discriminante. À titre d'exemple, la peur abordée de manière polyphonique est un objet d'énonciation légitime autant pour le patient que pour le policier. Une telle approche implique aussi que les analystes et les chercheurs (sociologues, psychologues, etc.) s'abstiennent de « savoir mieux » que les praticiens et se contentent de « savoir autrement », ce qui leur permet de contribuer au dialogue sur un pied d'égalité avec les acteurs de terrain. Nous avons formulé et mis en œuvre une telle approche dans un livre collectif paru en 2016 (voir encadré ci-contre).

Une perspective polyphonique sur le rôle de la police dans la gestion des crises psychiques invite à reconsidérer les cadres temporels de la prise en charge, en y intégrant les perspectives des intervenants en amont de l'admission hospitalière. En effet, pour beaucoup de patients, l'hospitalisation est un épisode qui débute subjectivement déjà lorsque les policiers sont auprès d'eux dans l'espace public ou à domicile. Certaines situations mobilisent une myriade d'intervenants (policiers, pompiers, ambulanciers, proches de patients) qui s'amalgament parfois dans la perception du patient, notamment lors d'une décompensation psychotique. Une telle

confusion est angoissante et influe négativement sur la suite des soins. Un cas véridique récent illustre bien les enjeux : une jeune femme en état de décompensation aiguë de sa schizophrénie paranoïde est conduite à l'hôpital par ambulance, accompagnée par la police. Maîtrisée auparavant par des policiers, la jeune femme est injectée par un ambulancier avant le transport. Le contexte violent de l'injection et la confusion qui l'accompagne font naître une certitude, autant erronée que lourde de conséquences, chez cette patiente : l'injection aurait été faite par les policiers. Or, selon elle, ces derniers ne savent pas injecter correctement et maintenant, à cause d'eux, elle serait séropositive. Bien qu'un test sanguin effectué plus tard ait permis de lui apporter la preuve du contraire, la police continue d'incarner à ses yeux une menace permanente, en raison de sa certitude que les agents outrepassent systématiquement leur sphère de compétence.

Dans des cas comme celui-là, une perspective polyphonique fait prendre conscience que la manière de voir les interventions comme une séquence de gestes « professionnels » distincts n'est qu'une version des événements parmi d'autres. L'apparence des policiers et des ambulanciers ainsi que leurs rôles respectifs ne sont parfois distincts que pour eux-mêmes, tandis que les patients n'y voient qu'un amas d'uniformes et ne retiennent que l'absence d'un protagoniste identifiable comme « soignant » (on peut s'interroger sur l'utilité de la blouse blanche, par ailleurs plutôt mal perçue en psychiatrie). Impossible de raccorder les récits de ce qui « s'est réelle-

ment passé » ce jour-là, sauf si l'on accepte la diversité des perceptions et des voix. C'est à ce type de sensibilité qu'invite la perspective polyphonique.

Les principales suggestions que nous pouvons formuler sont alors les suivantes :

- cultiver l'interprofessionnalité au sein de la police et de la psychiatrie, en favorisant des stages croisés, des partages d'expériences et des formations communes ;
- élargir l'approche de l'interprofessionnalité hors des espaces institutionnels *a priori* concernés et à destination des non-professionnels : les proches et les patients ;
- instaurer un « dialogue de crise », c'est-à-dire fournir aux intervenants des outils de communication clinique leur permettant de renouer le dialogue avec des personnes en situation de décompensation psychotique ;
- mieux anticiper et prendre en compte les dimensions culturelles et symboliques qui peuvent complexifier l'intervention policière face à des patients psychiatriques, en particulier l'effet de l'uniforme et la perception de certains gestes routiniers ;
- faire le bilan et tirer profit des expériences acquises dans le domaine des cellules de négociation, en particulier pour penser la crise comme un moment fécond et une opportunité de changement ;

*[U]ne perspective polyphonique fait prendre conscience que la manière de voir les interventions comme une séquence de gestes « professionnels » distincts n'est qu'une version des événements parmi d'autres.*

**A. Linder, M. Meyer et K. Skuza (dir.), *Police et psychiatrie. Polyphonie des postures professionnelles face à la crise psychique*, Genève, Georg Éditeur, Collection Médecine Société, 2016, 236 p.**

Les 18 auteurs, issus des sciences sociales, de la sécurité publique, de la psychiatrie et des associations de proches de patients, examinent de façon concrète les situations et les contextes de rencontre entre les protagonistes de la psychiatrie (soignants, patients, proches) et les agents de la force publique. Les réalités de terrain décrites attestent d'un brouillage constant des frontières institutionnelles. La prise en charge conjointe de situations de crise initie certes des inquiétudes liées à la synchronisation des missions, mais surtout des échanges potentiellement riches entre patients, soignants et policiers (mais aussi avec des proches, des ambulanciers, des travailleurs sociaux, etc.). Les voix de tous ces acteurs offrent une polyphonie qui permet au lecteur de pénétrer tour à tour chacun des temps de rencontres entre la force publique et la psychiatrie. Par des restitutions d'expériences, des entretiens et des contributions analytiques, l'ouvrage en vient alors à questionner le bouleversement des logiques professionnelles.



- développer une collaboration rapprochée avec les « pairs praticiens » en santé mentale sous la forme de formations et de supervisions pour aider les policiers à comprendre l'expérience psychotique et à adapter leurs moyens d'intervention.

**Le patient psychiatrique: un catalyseur de la réflexivité professionnelle**

Les rapprochements interprofessionnels semblent inévitables dès lors que certaines trajectoires de patients induisent des contacts à la frontière des

*Les rapprochements interprofessionnels semblent inévitables dès lors que certaines trajectoires de patients induisent des contacts à la frontière des territoires professionnels.*

territoires professionnels. D'un côté, les policiers font état de leur volonté d'améliorer la sécurité dans les situations dangereuses, notamment

lors des décompensations. De l'autre, les soignants énoncent le désir de limiter les formes de répression et de criminalisation des patients. Derrière ces annonces se jouent les valeurs professionnelles de chacun, pouvant toujours être menacées ou dénoncées dans l'interaction avec l'autre.

Si les évolutions vers des logiques de partenariat ont produit les conditions d'un rapprochement, elles ont aussi engendré des tensions entre les aspirations de chaque champ institutionnel. La plus manifeste s'observe dans la volonté policière de se départir d'une image exclusivement coercitive, alors que la psychiatrie, abandonnant largement la contrainte et la détention, crée une demande forte à destination des policiers. La police est donc sollicitée dans

un rôle de bras armé de l'hospitalisation qu'elle cherche à modérer et à concilier avec des missions de prévention et de dialogue. Une telle tension est souvent dénoncée comme « instrumentalisation » des rapports de travail (en priorité, l'impression de faire le « sale boulot » que l'autre ne veut plus faire).

Derrière l'image rêvée de policiers et de soignants qui seraient partenaires de prise en charge, il demeure un déséquilibre structurel. En tant qu'entité publique de dernier recours, la police n'a plus le choix de la délégation. Elle ne peut qu'assumer l'autorité que les autres rechignent à exercer. De ce point de vue, les rencontres interprofessionnelles sont aussi des analyseurs des jeux de pouvoir entre le champ de la sécurité et la psychiatrie (Rogers 1989 et 1993). Le policier n'a pas l'occasion d'instrumentaliser l'hôpital: il ne peut pas décider seul de l'hospitalisation. À l'inverse, les soignants admettent utiliser parfois la présence policière à des fins thérapeutiques, sans toujours l'annoncer de la sorte aux agents de la force publique.

La prise en charge de certains patients psychiatriques constitue un temps de forte incertitude sur l'expertise et l'autorité requises. Pensons au cas d'un patient qui appelle la police depuis l'hôpital psychiatrique dans l'espoir de rejoindre une prison. Les patients peuvent ainsi susciter des rapports de concurrence, juridique et symbolique, et obliger les professionnels à bricoler des solutions afin que chacun puisse accomplir les tâches qui lui sont dévolues par son milieu d'origine. Une part du travail des policiers comme des soignants consiste alors à aménager et synchroniser leurs interventions afin de rendre

**Un réseau international francophone**

Sur le thème « Police et psychiatrie », nous avons initié des rencontres internationales entre chercheurs en sciences sociales, soignants en psychiatrie et représentants du monde policier. Un colloque a déjà été organisé et le prochain est fixé en mai 2018.

En 2017: *Polyphonie de la crise psychique: pratiques et regards croisés entre police et psychiatrie* (Université McGill, Montréal, 85<sup>e</sup> Congrès de l'ACFAS, 8-12 mai 2017). Organisation: M. Meyer et K. Skuza.

En 2018: *Polymorphie des modes de prise en charge de la crise psychique: tensions, arrimages et points de fuite des dispositifs clinico-juridiques* (UQAC, Chicoutimi, 7-11 mai 2018). Organisation: G. Ouellet (Centre de recherche et d'expertise sur la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme, Montréal) et P. Pariseau-Legault (UQO).

Un appel à contributions paraîtra prochainement et sera ouvert aussi bien aux chercheurs qu'aux professionnels, mais aussi aux utilisateurs des services de santé mentale.

En ligne: [www.acfas.ca/evenements/congres](http://www.acfas.ca/evenements/congres)

le temps de coprésence supportable et d'en gérer les risques professionnels.

L'approche polyphonique a précisément l'avantage de donner à lire l'action « requise » ou « pertinente », non comme la seule conséquence des cadres juridiques et des rhétoriques professionnelles, mais comme un processus se jouant (et se rejouant) dynamiquement entre les intervenants dans chaque situation de travail en coprésence.

En conclusion, on peut dire que les patients psychiatriques constituent une population subversive, qui ne respecte ni les découpages institutionnels, ni

les logiques de l'intervention. En rendant inefficaces certaines actions de routine, les patients constituent des opérateurs de réflexivité pour les deux univers mis en contact. L'interprofessionnalité police-psychiatrie doit aujourd'hui être observée et mise à profit dans la formation des professionnels. Dans ce but, nos travaux à la Haute école de santé Vaud (HESAV) visent à offrir un espace de recherche appliquée, en mesure de mettre les connaissances acquises au service des intervenants et de leurs futures formations.

#### Bibliographie

CARDINAL CHRISTIANE ET LABERGE DANIELLE, « Le système policier et les services de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, 24(1), 1999 : pp. 199–220.

LINDER AUDREY, MEYER MICHAËL ET SKUZA KRZYSZTOF (dir.), *Police et psychiatrie. Polyphonie des postures professionnelles face à la crise psychique*, Genève, Georg Éditeur, Collection Médecine Société, 2016.

MEYER MICHAËL, SKUZA KRZYSZTOF ET UTZ ADRIEN, « Surveiller et guérir. Pratiques de collaboration entre soignants et policiers dans l'hospitalisation psychiatrique », *Tsantsa*, n°16, 2011 : pp. 38–49.

NEEDHAM C., ADERHALDEN C., DASSEN T., HAUG H. J., ET FISCHER J. E., « Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry », *Swiss Medical Weekly*, 132(19–20), 2002 : pp. 253–258.

OIGEN ALBERT, « L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers », *Revue française de sociologie*, 27(1), 1986 : pp. 29–46.

ROGERS ANNE, *Psychiatric referrals from the police: an examination of police officers' action and interaction with psychiatrists*, Thèse de doctorat, Université de Nottingham, 1989.

ROGERS ANNE, « Police and psychiatrists: a case of professional dominance? », *Social policy & administration*, 27, 1993 : pp. 33–44.

VAN DE KERCHOVE MICHEL (1990), « Droit pénal et santé mentale », *Déviante et société*, vol. 14, n°2, pp. 199–206.

## Zusammenfassung

**Polizei und psychische Notsituationen: Interprofessionalität als Herausforderung für den polizeilichen Umgang mit psychiatrischen Patienten**

Polizistinnen und Polizisten übernehmen wichtige Funktionen im Bereich der Triage, der Vermittlung und der Unterstützung von Patienten, die in eine psychiatrische Einrichtung eingeliefert werden oder dort verbleiben müssen. Diese Feststellung dient dem vorliegenden Artikel als Ausgangspunkt für eine Reflexion zur « Interprofessionalität » von Polizei und Psychiatrie. Nach einer Diskussion zur Rolle von Polizistinnen und Polizisten hinsichtlich des Zugangs zu psychiatrischer Versorgung werden eine Reihe häufiger Situationen behandelt, bei denen Akteure der Psychiatrie (Pflegerpersonen, Patienten und Angehörige) auf Polizeikräfte treffen. Der Beitrag befasst

sich mit der Phase vor einem allfälligen Strafverfahren und richtet ein besonderes Augenmerk auf Interaktionen zwischen Uniformpolizei und Personen mit psychischen Störungen auf der Strasse, an deren Wohnsitz oder im Spital. Die Autoren stellen dabei eine vorschnelle und allzu starre Abgrenzung von Psychiatrie und Polizei in Frage, da dies bewirken kann, dass Erfahrungsberichte auf das jeweilige Berufsfeld beschränkt werden. Stattdessen plädieren sie für einen « polyphonen » Ansatz in psychischen Notsituationen. Diese Sichtweise berücksichtigt die verschiedenen beruflichen Rollen, den Handlungsspielraum und die Anpassungsfähigkeit in Bezug auf die jeweiligen Haltungen bei gemeinsamen, zeitgleichen Einsätzen bei Personen mit psychischen Störungen.