



# Menottés

## Revoir le recours aux mesures de contention pour les transferts de cas en santé mentale dans les établissements universitaires

Shane Neilson MD MFA PhD FCFP Andrea Chittle MD CCFP Juveria Zaheer MD FRCPC

Lorsque des étudiants se présentent à une clinique de santé universitaire en Ontario et qu'ils posent vraisemblablement un risque imminent de s'infliger des blessures ou d'en infliger à autrui en raison de problèmes de santé mentale sous-jacents, les médecins chargés de l'évaluation peuvent invoquer la *Loi sur la santé mentale*<sup>1</sup> et remplir la Formule 1 (une demande d'évaluation psychiatrique d'urgence). Par la suite, ces étudiants sont transférés à un établissement psychiatrique et peuvent être détenus sans leur consentement pour une période allant jusqu'à 72 heures dans l'attente de leur évaluation par un spécialiste. Dans de telles circonstances, il existe différentes options pour acheminer les étudiants vers l'hôpital. À l'Université de Guelph, en Ontario, la police communautaire du campus est systématiquement impliquée dans les transferts de cas aigus de santé mentale, et des mesures de contention sont utilisées la grande majorité du temps. Les cliniciens de cette université ont exprimé de plus en plus vigoureusement leur malaise face à cette pratique constitutive d'impliquer les forces de l'ordre dans le transfert des patients en santé mentale, de même qu'à l'égard du recours quasi universel aux menottes\*. Le présent commentaire s'inscrit dans nos efforts de plaidoirie visant à mieux faire connaître et à élargir les bases de données pertinentes susceptibles d'étayer la nécessité de changements. L'enjeu réside dans la réalisation d'un juste équilibre entre le respect de la dignité des personnes malades et les préoccupations relatives à la sécurité.

### La santé mentale sur les campus

Les étudiants au niveau postsecondaire rapportent des taux grandissants de maladies mentales sérieuses et d'idées suicidaires. L'enquête National College Health Assessment de 2016 a révélé que près de la moitié des étudiants ont admis s'être sentis déprimés au cours de l'année précédente, au point de ne plus pouvoir fonctionner<sup>2</sup>. Quelque 14% des répondants ont dit avoir sérieusement envisagé le suicide au cours de l'année précédente, et 2,2% ont rapporté avoir fait une tentative de suicide durant cette même période<sup>2</sup>. Dans le but

\*Depuis la présentation de cet article, à l'été de 2018, des changements positifs considérables se sont produits dans nos établissements. Les organisations démontrent la volonté de s'en remettre au jugement clinique des médecins, et les mesures de contention sont utilisées moins fréquemment lorsque la police intervient dans les transferts.

d'aider ces étudiants dans le contexte de leur mandat, de nombreux établissements postsecondaires en Ontario ont mis sur pied des services de santé affiliés à leur campus. Aux services de santé de l'Université de Guelph, une proportion considérable de notre travail clinique est consacrée aux soins primaires en santé mentale. La gravité des combats en santé mentale chez les étudiants a tragiquement été révélée par une série sans précédent de suicides commis dans les résidences pour étudiants de l'Université de Guelph durant l'année universitaire 2016-2017. Les soins offerts aux étudiants souffrant de problèmes de santé mentale à l'université ont suscité beaucoup d'attention sur les plans local et national<sup>3</sup>. Nous continuons de voir fréquemment des étudiants en détresse aiguë: en 2017, 15 étudiants ont été envoyés à l'hôpital pour une évaluation psychiatrique urgente, dont 14 demandes selon la Formule 1 prescrite (A. Chittle, vérification de dossiers, 16 avril 2018).

Il est largement reconnu qu'il est difficile d'offrir des soins en santé mentale de grande qualité dans des milieux où les ressources sont de plus en plus restreintes<sup>4</sup>. L'analyse qui suit insiste sur le rôle et les politiques des forces de l'ordre qui participent présentement au transfert des cas aigus en santé mentale. Par ailleurs, nous reconnaissons que les professionnels et les organisations de la santé ont aussi un rôle crucial à jouer pour améliorer les compétences et accroître la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle dans le but de mieux gérer les crises en santé mentale dans les milieux de consultations externes, et de mettre en place d'autres façons de procéder aux transferts des patients aux services d'urgence lorsque nécessaire. Lorsque les politiques et les pratiques compromettent la dignité et perpétuent la stigmatisation dans les milieux de la santé, il est de notre devoir de combler ces lacunes.

### Le recours aux mesures de contention pour les transferts

À la clinique de santé des étudiants de l'Université de Guelph, la police communautaire du campus est depuis longtemps impliquée par défaut dans les transferts à l'hôpital des cas aigus en santé mentale. Auparavant, l'utilisation des menottes était discrétionnaire. Une directive stricte d'utiliser obligatoirement des contentions physiques pour tous les transferts prescrits par la Formule 1 a été émise après qu'un patient eut tenté de s'enfuir, il y a plus de 10 ans (communication

personnelle de L. Davenport, le 10 mai 2018). Selon notre expérience, nos patients à la clinique de santé des étudiants posent des risques négligeables pour autrui. Ils sont habituellement jeunes, s'identifient au sexe féminin, ne sont pas agités, intoxiqués ou armés, et sont coopératifs. Nous croyons que l'usage systématique des menottes pour le transfert de tels patients non seulement nuit à la santé dans l'immédiat, mais réduit aussi la probabilité que ces patients consultent un médecin à l'avenir lorsqu'ils sont en détresse. Des patients ont signalé que l'implication des policiers et surtout l'usage des menottes causent de l'embarras et de la honte, leur donnant le sentiment d'être perçus comme étant violents, dangereux ou criminels. Les médecins des services d'urgence rapportent que certains patients qui arrivent menottés sont en colère et sur la défensive en raison de leur traitement durant le transfert, ce qui nuit aux efforts du clinicien qui les accueille pour établir une relation thérapeutique et fournir des soins optimaux (communication personnelle d'I. Digby, le 15 février 2018).

Notre désir de changer la pratique de l'utilisation systématique des menottes durant les transferts prévus dans la Formule 1 nous a motivés à mobiliser et impliquer des partenaires de la communauté. La D<sup>re</sup> Juveria Zaheer, chercheuse et psychiatre chevronnée à l'Université de Toronto (Ontario), a offert une aide importante en matière de procédures, en plus de son encouragement. Des médecins de la clinique ont rencontré les dirigeants de la police communautaire du campus. Nous avons appris que les policiers de ce service, tout comme les constables spéciaux du Service de police de Guelph, ont l'obligation de suivre les politiques des forces de l'ordre municipales. Nous avons appris que la politique des services de police municipaux a été interprétée comme une obligation d'utiliser les menottes dans toutes les situations où un agent appréhende une personne (y compris toutes les arrestations criminelles et toutes les appréhensions en vertu de la *Loi sur la santé mentale*)<sup>1,5</sup>. Nous avons parlé à des agents de police de Guelph, ainsi qu'à d'autres agents qui travaillent dans d'autres municipalités régionales (Hamilton, London, Chatham-Kent et Toronto). Nous avons présenté des demandes d'accès à l'information pour obtenir des documents concernant ces politiques. Nous avons effectué une recherche documentaire sur l'utilisation des mesures de contention pour les transferts de patients en santé mentale issus de la communauté. Nous avons parlé à des cliniciens et à des dirigeants cliniques dans d'autres milieux de la région et d'autres cliniques de santé affiliées à des universités en Ontario. Enfin, nous procédons à une étude qualitative qui se penchera plus précisément sur les politiques liées aux transferts en santé mentale dans les cliniques de santé affiliées à des universités ontariennes.

Il n'est pas surprenant que nos efforts pour apporter des changements se soient heurtés à une sorte d'inertie

institutionnelle qui fait souvent persister les pratiques de longue date. Par ailleurs, dans l'ensemble, nous ne nous attendions pas à ce que nous avons appris. Alors que nous, et bon nombre des autres professionnels de la santé avec qui nous avons communiqué, croyons que la pratique de menotter systématiquement nos patients est injustifiée, compte tenu surtout des recommandations généralisées dans la littérature médicale d'utiliser judicieusement les contentions physiques<sup>6</sup>, nous avons découvert l'existence d'une pratique policière normative de menotter les patients dans de nombreuses compétences. Nous avons été réconfortés d'apprendre qu'il y avait certaines exceptions notoires. Le personnel des forces de l'ordre rationalise l'utilisation des menottes en la qualifiant de nécessaire pour la protection du patient et des agents. Cette pratique est fondée sur la base d'une métaphore de sécurité engendrée par le cas personnel de chaque agent individuel où N=1 (et nous avons été informés de cas tragiques) dans lequel la situation s'est détériorée parce qu'un patient n'était pas sous contention. C'est analogue au cas N=1 qui a engendré l'adoption de la politique de contention universelle des services de sécurité de notre propre campus. Cette métaphore est profondément ancrée dans la formation des policiers qui, essentiellement, est excessivement axée sur la sécurité de l'agent de police, plutôt que dans une formation sur la nature des troubles mentaux et les techniques de désescalade<sup>7</sup>.

Nous comprenons la nature difficile du travail des forces de l'ordre modernes et reconnaissons l'absence d'outils à utiliser pour prédire parfaitement le risque<sup>8</sup>. Par contre, nous nous objectons à ce que des anecdotes de type N=1 justifient les préjudices causés à chaque patient obéissant et à faible risque conduit à l'hôpital. Le nombre nécessaire pour nuire dans un tel cas est très possiblement de 1. Nos discussions avec des agents des forces de l'ordre mettent en évidence la complexité de la situation dans laquelle se trouvent les policiers lorsqu'ils interagissent avec des personnes souffrant de maladie mentale. Des agents sympathiques à notre cause croient qu'ils ne bénéficieraient pas du soutien de leurs institutions s'ils n'utilisaient pas de mesures de contention physique avec un patient et si un problème survenait. Ils craignent de s'exposer à des poursuites personnelles et professionnelles, même dans les compétences où les politiques permettent explicitement d'utiliser des menottes à leur propre discrétion. Ironiquement, la réalité qu'ont mise en lumière nos discussions, celle d'une stigmatisation persistante, d'une criminalisation et du manque de soutien institutionnel perçu par les policiers à l'endroit d'un traitement avec plus de dignité des personnes souffrant de maladie mentale, coexiste avec de sérieux ouvrages scientifiques qui font référence aux bienfaits des équipes d'intervention mobiles en cas de crise sur la réduction de la stigmatisation<sup>9, 10</sup>.

Les documents sur les politiques des services de police qui omettent de faire la distinction entre une « arrestation » et une « appréhension », et qui justifient de continuer à utiliser universellement les menottes pour toutes les personnes en garde à vue, vont à l'encontre des enquêtes et des études marquantes qui visaient à améliorer les interactions policières avec les personnes souffrant de maladies mentales. Dans son examen des politiques et des pratiques du Service de police de Toronto (SPT), déclenché par le décès par balles aux mains d'un policier du SPT d'un jeune de 18 ans, Sammy Yatim, le juge Frank Iacobucci encourageait le SPT à :

identifier des exceptions aux exigences du SPT, comme le recours aux menottes, l'utilisation de caméras dans les voitures et d'autres mesures, dans le but de reconnaître que l'appréhension d'une personne en état de crise en vertu de la *Loi sur la santé mentale* diffère des autres types d'appréhensions par des policiers<sup>11</sup>.

Le directeur du Bureau indépendant de l'examen de la police de l'Ontario, Gerry McNeilly, suggérait au SPT de

modifier les documents procéduraux du SPT pour veiller à ce qu'il soit clair que les policiers ne devraient pas adopter la pratique d'utiliser des menottes avec des personnes émotionnellement troublées qui sont appréhendées en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, à moins que ces personnes aient un comportement qui justifie de les menotter<sup>12</sup>.

Notre revue de la littérature scientifique nous a renseignés sur l'évolution menant au recours à la force par les policiers au cours des 20 dernières années afin de mieux comprendre notre problème actuel. Les recommandations explicites de changements aux politiques et de modernisation de la formation des policiers<sup>13</sup> n'ont pas encore été adoptées par toutes les compétences. Il est évident que nos patients continuent de faire face à la stigmatisation dans leurs interactions avec la police. Nous espérons qu'il ne faudra pas le décès exceptionnellement tragique d'une personne atteinte de maladie mentale aux mains de policiers dans chaque communauté en Ontario pour que les services de police locaux soient réceptifs à des changements.

### Améliorer les soins en cas de crise en consultations externes

Dans notre milieu, nous continuons à travailler activement à perfectionner nos compétences et nos capacités cliniques, et à resserrer la collaboration avec les agences communautaires dans le but de réduire le nombre de patients envoyés à l'hôpital en vertu d'une Formule 1, de même qu'à améliorer les soins immédiats en santé mentale dans la communauté. Parallèlement, nous préconisons la création d'autres moyens pour

transporter vers les services d'urgence les patients qui font l'objet de la Formule 1. La loi n'est pas prohibitive; elle prévoit que le jugement clinique oriente les décisions entourant le mode de transport. Parmi ces options pourraient figurer: un véhicule privé; le taxi, que ce soit seul ou accompagné d'une personne de soutien ou d'un professionnel de la santé; les services médicaux d'urgence; le personnel de la sécurité ou des forces de l'ordre, que ce soit seul ou accompagné d'un professionnel de la santé<sup>14</sup>. Nous sommes d'accord avec les dirigeants cliniques de la région que l'implication de la police dans les soins aux personnes souffrant de maladie mentale cause de la stigmatisation et devrait être évitée dans la mesure du possible. Des changements aux politiques exigent un soutien administratif considérable dans des milieux comme le nôtre, où les médecins n'emploient pas directement d'autres professionnels de la santé autorisés. Nos communications avec les intervenants locaux nous ont donné l'occasion d'assister à une rencontre de notre comité régional de coordination des services à la personne et de la justice, et d'y faire une présentation<sup>15</sup>. Nous avons accepté l'invitation d'envoyer un représentant à une réunion du conseil d'administration du Service de police de Guelph, en octobre 2018, pour faire part de nos expériences et plaider en faveur d'une actualisation rapide des politiques. Selon nos sources, des révisions seraient en cours de préparation.

### Conclusion

Le recours à des mesures de contention physique dans les transferts de cas en santé mentale est un problème systémique qui cause des préjudices et exige des changements généralisés à l'échelle provinciale et nationale. Les forces de l'ordre, les hôpitaux, les ministères de la Santé et les ordres provinciaux de professionnels de la santé agréés devraient collaborer pour assurer la mise en place de paramètres pour le transport sécuritaire et dans la dignité des patients à faible risque qui n'y consentent pas. Une telle collaboration est nécessaire non pas en théorie, mais en fonction des données probantes existantes<sup>16</sup>. Nous espérons que notre étude qualitative en cours, qui examine les pratiques de transfert actuelles dans de nombreuses cliniques de santé affiliées à des universités en Ontario, éclairera ces efforts.

**Le D<sup>r</sup> Neilson** est médecin praticien à la clinique de santé des étudiants de l'Université de Guelph (Ontario), professeur clinicien adjoint (auxiliaire) au Campus Waterloo de l'Université McMaster, et étudiant postdoctoral à l'Université McMaster en sciences humaines de la santé, à qui le Conseil de recherches en sciences humaines a décerné une subvention du Programme Talent. **La D<sup>re</sup> Chittle** est médecin praticienne à la clinique de santé des étudiants de l'Université de Guelph et professeure adjointe de médecine (auxiliaire) à l'Université McMaster. **La D<sup>re</sup> Zaheer** est scientifique clinicienne à l'Institute for Mental Health Policy Research à Toronto (Ontario), administratrice de l'éducation aux Services d'urgence Gerald Sheff et Shanitha Kachan du Centre for Addiction and Mental Health, et professeure adjointe au Département de psychiatrie de l'Université de Toronto.

**Intérêts concurrents**  
Aucun déclaré

**Correspondance**  
D<sup>r</sup> Shane Neilson; courriel [neilss@mcmaster.ca](mailto:neilss@mcmaster.ca)

**Les opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

## Références

- Mental Health Act. R.S.O. 1990, c. M.7. Accessible à : [www.ontario.ca/lawsstatute/90m07](http://www.ontario.ca/lawsstatute/90m07). Réf. du 9 janv. 2018.
- American College Health Association. *American College Health Association-National College Health Assessment II: Ontario Canada reference group. Executive summary*. Hanover, MD: American College Health Association; 2016. Accessible à : [http://oucha.ca/pdf/2016\\_NCHA-II\\_WEB\\_SPRING\\_2016\\_ONTARIO\\_CANADA\\_REFERENCE\\_GROUP\\_EXECUTIVE\\_SUMMARY.pdf](http://oucha.ca/pdf/2016_NCHA-II_WEB_SPRING_2016_ONTARIO_CANADA_REFERENCE_GROUP_EXECUTIVE_SUMMARY.pdf). Réf. du 21 août 2018.
- Carcasole M. University of Guelph strengthening approach to mental health after on-campus suicides. *Global News* du 12 sept. 2017. Accessible à : <https://globalnews.ca/news/3737736/university-of-guelph-students-mental-health-supports/>. Réf. du 10 avr. 2018.
- Association médicale canadienne, Association des psychiatres du Canada. *Joint statement on access to mental health care from the Canadian Medical Association and Canadian Psychiatric Association*. Ottawa, ON: Association médicale canadienne, Association des psychiatres du Canada; 2016. Accessible à : <https://policybase.cma.ca/documents/policypdf/PD16-04.pdf>. Réf. du 22 mai 2019.
- Guelph Police Service. *LE-052. Police response to persons who have a mental illness or a developmental disability or who are emotionally disturbed*. Guelph, ON: Guelph Police Service; 2002.
- Goulet MH, Larue C. Post-seclusion and/or restraint review in psychiatry: a scoping review. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(1):120-8. Publ. en ligne du 9 sept. 2015.
- Hoffman R, Hirdes J, Brown GP, Dubin JA, Barbaree H. The use of a brief mental health screener to enhance the ability of police officers to identify persons with serious mental disorders. *Int J Law Psychiatry* 2016;47:28-35. Publ. en ligne du 1<sup>er</sup> avr. 2016.
- Royal College of Psychiatrists. *Good practice guide: assessment and management of risk to others*. Londres, RU: Royal College of Psychiatrists; 2016. Accessible à : [www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/supporting-you/managing-and-assessing-risk/assessmentandmanagementrisktoothers.pdf?sfvrsn=a614e4f9\\_2](http://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/supporting-you/managing-and-assessing-risk/assessmentandmanagementrisktoothers.pdf?sfvrsn=a614e4f9_2). Réf. du 22 mai 2019.
- Kisely S, Campbell LA, Peddle S, Hare S, Psyche M, Spicer D et coll. A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *Can J Psychiatry* 2010;55(10):662-8.
- Lamanna D, Kirst M, Shapiro G, Matheson F, Nakhost A, Stergiopoulos V. *Toronto Mobile Crisis Intervention Team (MCIT): outcome evaluation report*. Toronto, ON: Hôpital St Michael's; 2015. Accessible à : <http://stmichaelshospitalresearch.ca/wp-content/uploads/2016/12/MCIT-outcome-evaluation-Final-report.pdf>. Réf. du 13 janv. 2018.
- Iacobucci F. *Police encounters with people in crisis. An independent review conducted by the Honourable Frank Iacobucci for Chief of Police William Blair, Toronto Police Service*. Toronto, ON: Service de police de Toronto; 2014. Accessible à : [www.torontopolice.on.ca/publications/files/reports/police\\_encounters\\_with\\_people\\_in\\_crisis\\_2014.pdf](http://www.torontopolice.on.ca/publications/files/reports/police_encounters_with_people_in_crisis_2014.pdf). Réf. du 13 janv. 2018.
- McNeilly G. *Police interactions with people in crisis and use of force. OIPRD systemic review interim report*. Toronto, ON: Directeur du Bureau indépendant de l'examen de la police; 2017. Accessible à : [www.oiprd.on.ca/wp-content/uploads/Police-Interactions-with-People-in-Crisis-and-Use-of-Force-Systemic-Review-Report-March-2017-Small.pdf](http://www.oiprd.on.ca/wp-content/uploads/Police-Interactions-with-People-in-Crisis-and-Use-of-Force-Systemic-Review-Report-March-2017-Small.pdf). Réf. du 22 mai 2019.
- Coleman TG, Cotton D. *TEMPO: Police interactions. A report towards improving interactions between police and people living with mental health problems*. Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada; 2014. Accessible à : [www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/TEMPO%252520Police%252520Interactions%252520082014\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/TEMPO%252520Police%252520Interactions%252520082014_0.pdf). Réf. du 22 mai 2019.
- Association des hôpitaux de l'Ontario. *A practical guide to mental health and the law in Ontario*. Toronto, ON: Association des hôpitaux de l'Ontario; 2016. Accessible à : [http://blg.com/en/News-And-Publications/Documents/Publication\\_4649.pdf](http://blg.com/en/News-And-Publications/Documents/Publication_4649.pdf). Réf. du 17 janv. 2018.
- Human Services and Justice Coordinating Committee [site web]. Ottawa, ON: Comité de coordination des services à la personne et de la justice; 2019. Accessible à : <http://hsjcc.on.ca>. Réf. du 22 mai 2019.
- Cotton D, Coleman T. *Contemporary policing guidelines for working with the mental health system 2015*. Ottawa, ON: Commission de la santé mentale du Canada; 2015. Accessible à : [www.mentalhealthcommission.ca/English/document/78366/contemporary-policing-guidelines-working-mental-health-system-2015](http://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/78366/contemporary-policing-guidelines-working-mental-health-system-2015). Réf. du 18 mars 2018.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2019;65:e292-5

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the July 2019 issue on page 460.