

# Outils pour l'élaboration de protocoles de transfert entre services de police et services hospitaliers en Ontario

Mai 2019

UNE DIRECTIVE COMPLÉMENTAIRE À L'APPUI DE LA MISE EN ŒUVRE DU DOCUMENT  
*IMPROVING POLICE-HOSPITAL TRANSITIONS: A FRAMEWORK FOR ONTARIO*  
(AMÉLIORER LES TRANSFERTS ENTRE SERVICES DE POLICE ET SERVICES HOSPITALIERS :  
UN CADRE POUR L'ONTARIO)



Canadian Mental  
Health Association  
Ontario

Association canadienne  
pour la santé mentale  
Ontario



HSJCC  
Human Services & Justice  
Coordinating Committee



Ontario  
Hospital  
Association



## Remerciements

Cette boîte à outils a été élaborée en partenariat avec :

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée;
- le ministère du Solliciteur général;
- le Comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques.

## Avis de non-responsabilité

Les renseignements fournis dans ce document sont présentés tels quels, sans représentations ni garanties expresses ou implicites. Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario ne fait aucune représentation ni aucune garantie concernant les renseignements fournis dans ce document. Elle ne fournit aucune garantie permettant de présager que les renseignements présentés dans ce document sont complets, exacts ou à jour.

## Groupe de travail sur le transfert entre services de police et services hospitaliers

Nous aimerions exprimer notre gratitude à tous les membres du Groupe de travail sur le transfert entre services de police et services hospitaliers pour leurs conseils et leurs orientations en vue de l'élaboration de ces outils et de ces ressources.

**Katie Almond et Michael Dunn**, Comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques  
**Fuad Abdi**, ministère du Solliciteur général  
**Nina Acco Weston et Alexia Jaouich**, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
**Kashfia Alam**, Secrétariat du Comité de coordination des services à la personne et des services juridiques  
**Jeffrey Bagg**, Association des hôpitaux de l'Ontario  
**Alison Bevington**, Service de police régional de Waterloo  
**Amanda Baine**, ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
**Lisa Beck**, Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay  
**Dena Bonnet**, ministère du Procureur général  
**Brian Callanan**, Association de la police de Toronto  
**Uppala Chandrasekera**, Association canadienne pour la santé mentale, Ontario  
**Raymond Cheng**, Ontario Peer Development Initiative  
**Vanessa Ciolfitto**, ministère du Solliciteur général  
**Theresa Claxton-Wali**, Ontario Association of Patient Councils  
**Marg Connor**, ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
**Sean Court**, ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
**Sandra Cunning**, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
**Alison Demuy et Rebecca Webb**, Réseau local d'intégration des services de santé de Waterloo-Wellington  
**Ryan Fritsch**, Aide juridique Ontario  
**Francine Gravelle**, Bureau des services à la jeunesse  
**Paul Greenwood**, Hôpital St. Michael  
**Lori Hassall**, Association canadienne pour la santé mentale, succursale du comté de Middlesex  
**Jenna Hitchcox**, Secrétariat du Comité de coordination des services à la personne et des services juridiques  
**Ashley Hogue**, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre  
**Doug Lewis**, Association de la Police provinciale de l'Ontario  
**Phil Lillie**, Comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques  
**Robyn MacEachern**, Police provinciale de l'Ontario  
**Diana McDonnell**, Centre de santé mentale du comté de Lanark  
**Terry McGurk**, Centre de santé St-Joseph, Hamilton  
**John Pare**, Services de police de London et Association des chefs de police de l'Ontario  
**Stephen Waldie**, ministère du Solliciteur général  
**Margo Warren**, ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
**Jeremy Watts, Alex Lam et Bryan Laviolette**, Région de York, direction des services ambulanciers paramédicaux et des services aux aînés  
**Mike Worster**, Services de police de Hamilton  
**Jodi Younger**, Centre de santé St-Joseph, Hamilton

## Présentation générale

Les outils et les ressources présentés ci-après ont été élaborés en tant que lignes directrices complémentaires à l'appui de la mise en œuvre du document *Improving Police-Hospital Transitions: A Framework for Ontario (Améliorer les transferts entre services de police et services hospitaliers : un cadre pour l'Ontario)*.

Ils ont été réalisés en s'appuyant sur des pratiques prometteuses déjà existantes en Ontario. Leur utilisation n'est pas obligatoire, ils sont plutôt conçus pour aider la police, les hôpitaux et les autres intervenants à se conformer aux exigences légales, par exemple celles énoncées dans la législation de l'Ontario sur la santé mentale, les droits de la personne, les services de police et la protection de la vie privée, et aux meilleures pratiques. Ils doivent être adaptés aux besoins particuliers des collectivités locales (à l'exception de l'outil 4 : Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie, qui est un produit breveté).

L'utilisation du terme « hôpital » dans le présent document de protocole se réfère à des « hôpitaux publics » au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Le terme « établissement psychiatrique de l'annexe 1 » se réfère à des hôpitaux psychiatriques qui fournissent des services aux patients hospitalisés et sont désignés en vertu de la *Loi sur la santé mentale*.

- ❖ **Outil 1 : Étapes du transfert pour une personne en crise (pp. 3-16)**  
Ce diagramme donne un aperçu général du parcours d'une personne entre le déclenchement d'une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie jusqu'à sa sortie de l'hôpital et son retour dans la collectivité en passant par l'arrivée des agents de police sur place pour la soutenir et par son arrivée à l'hôpital.
- ❖ **Outil 2 : Mandat du comité mixte services de police-services hospitaliers (pp. 17-21)**  
Il s'agit d'un modèle général pouvant être adapté selon les besoins.
- ❖ **Outil 3 : Protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers (pp. 22-34)**  
Il s'agit d'un modèle général pouvant être adapté selon les besoins.
- ❖ **Outil 4 : Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie des services de police et des services hospitaliers pour les arrestations en vertu de la Loi sur la santé mentale (pp. 35-39)**  
Il s'agit d'un outil destiné à aider les agents de police lorsqu'ils interviennent dans une situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie.
- ❖ **Outil 5 : Formulaire de transfert de garde (pp. 40-41)**  
Il s'agit d'un modèle général pouvant être adapté selon les besoins.

## Outil 1 : Étapes du transfert pour une personne en crise

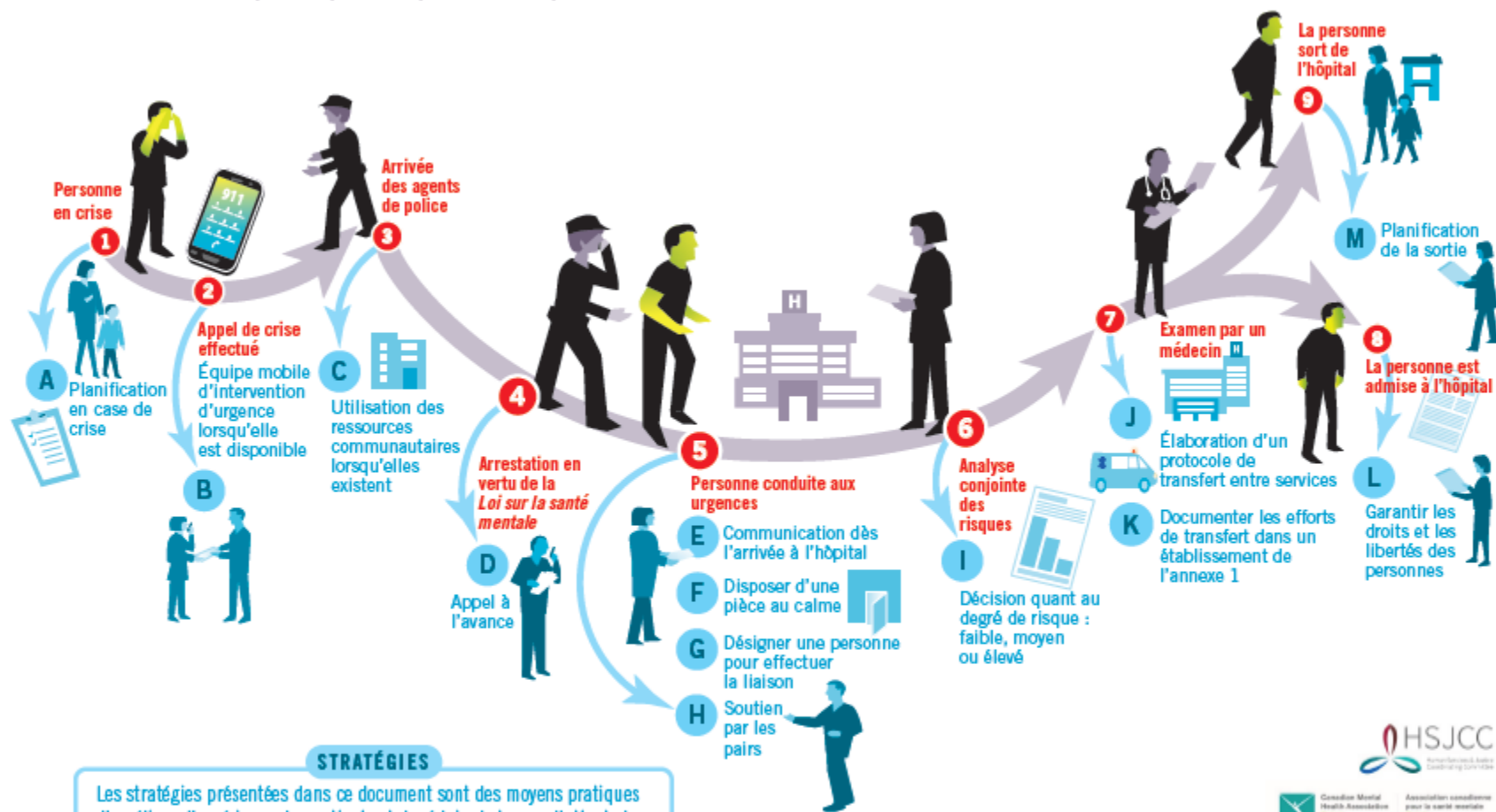
Ce diagramme donne un aperçu général du parcours d'une personne entre le déclenchement d'une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie jusqu'à sa sortie de l'hôpital et son retour dans la collectivité en passant par l'arrivée des agents de police sur place pour la soutenir puis par son arrivée à l'hôpital. Cet outil représente une carte simplifiée du parcours pouvant être suivi par une personne arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Cependant, les parcours peuvent s'avérer très différents d'une personne à l'autre et cet outil pourrait ne pas rendre compte de certains d'entre eux. Cette carte vise uniquement à fournir un aperçu général de ces parcours.

La carte des étapes du transfert entre services de police et services hospitaliers peut servir à deux fins:

- Pour informer les utilisateurs du système de soins de santé sur le parcours de soins pouvant être suivie par une personne arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (la carte peut être imprimée sous la forme d'un prospectus d'une page à distribuer au public, où sont résumés les stratégies et chacune des étapes du transfert).
- Pour informer le personnel hospitalier, les agents de police et d'autres fournisseurs de services communautaires qui interviennent dans les arrestations en vertu de la *Loi sur la santé mentale* au sujet des différentes étapes que comprend généralement le transfert d'une personne en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

# Étapes d'un transfert entre services de police et services hospitaliers

Ce qui se passe quand une personne est arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale*



## STRATÉGIES

Les stratégies présentées dans ce document sont des moyens pratiques d'améliorer l'expérience des patients et de réduire le temps d'attente lors de transfert entre services de police et services hospitaliers



Rose Zgodzinski

Pour obtenir plus d'information, veuillez visiter le site Web [www.hsjcc.on.ca](http://www.hsjcc.on.ca)



## Étapes du transfert pour une personne en crise

On trouvera ci-après une description des étapes du transfert des personnes victimes d'une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie ayant été arrêtées en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Les stratégies présentées ci-après s'appuient sur des pratiques prometteuses qui ont été mises en œuvre dans des collectivités de l'Ontario. Veuillez noter que ces stratégies visent à favoriser l'élaboration et la mise en œuvre d'un protocole efficace de transfert « services de police-service des urgences de l'hôpital » et ne doivent être considérées que comme des recommandations. Elles ne constituent pas des exigences obligatoires. Certaines stratégies exigent des ressources qui pourraient ne pas être disponibles dans toutes les collectivités.

### 1) Une personne vit une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie

Lorsqu'une personne subit une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, elle a besoin de soins et d'attention qui répondent à ses besoins en matière de santé physique et de santé mentale, tout en veillant, dans une situation difficile et souvent inhabituelle, à sa sécurité et à celle des autres. Une crise peut nécessiter l'aide de professionnels qui contribueront à réduire les risques et fourniront des soins à la personne et à d'autres qui pourraient en avoir besoin, surtout si la situation est nouvelle ou difficilement gérable pour la personne elle-même et pour son entourage.

Un problème grave et immédiat de santé mentale ou de dépendance, une crise incidentielle, une psychose, un risque de se blesser ou de blesser d'autres personnes, un traumatisme émotionnel, de l'agitation ou une incapacité à trouver le sommeil et, en conséquence, une dépression ou de l'anxiété graves, des symptômes de sevrage modéré ou des pensées suicidaires constituent quelques-unes des caractéristiques pouvant être présentes lors d'une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

De nombreuses personnes peuvent participer au soutien en situation de crise, notamment des membres de la famille et des amis de la personne concernée, le personnel de répartition des centres de crise, les agents de police, les ambulanciers paramédicaux et le personnel des services médicaux d'urgence, le personnel hospitalier, les médecins et les infirmiers d'urgence, les membres des organisations communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie et les intervenants en soutien par les pairs.

Dans de nombreuses collectivités, il existe des services de crise disponibles pour les personnes en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie qu'il est possible d'appeler avant de se tourner vers le 911. Le site Web ConnexOntario



propose une liste de ressources communautaires pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et exploite une ligne d'assistance téléphonique pour les situations de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie fonctionnant 24 h sur 24.

**Services de traitement des problèmes de dépendances, de santé mentale et de jeu compulsif :**

1 866 531-2600 | **Accessibles 24 heures sur 24, tous les jours**  
**ConnexOntario** : [www.connexontario.ca](http://www.connexontario.ca)

**STRATÉGIE A : Planification en cas de crise**

Les personnes et les familles peuvent élaborer un plan pour se préparer à une situation de crise. La planification pour une situation de crise contribue à s'assurer que la personne recevra des soins axés sur le patient et offre un moyen aux personnes d'établir un plan d'action en vue de périodes de maladie. Les plans de crise fournissent des stratégies éprouvées pour désamorcer les situations de crise, offrent des outils permettant de réduire l'apparition des déclencheurs et précisent les traitements et les médicaments qui ont, dans le passé, atténué ou aggravé les problèmes dans des situations similaires. Les personnes conservent la capacité de contrôler les soins qu'ils recevront lorsqu'ils ne seront plus en mesure de communiquer efficacement.

Pour de plus amples renseignements sur la planification de crise, veuillez consulter le guide d'information du Comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques : *Strategies for Implementing Effective Police-Emergency Department Protocols in Ontario (Stratégies de mise en œuvre de protocoles efficaces entre les services de police et les services des urgences des hôpitaux en Ontario)* (pages 13 à 15). [www.hsjcc.on.ca](http://www.hsjcc.on.ca)

## 2) Appel de crise effectué

Quand quelqu'un vit une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, une aide supplémentaire peut être nécessaire et il arrive que la personne ou sa famille ne sache pas à qui s'adresser pour obtenir cette aide. Dans ce type de situation, des amis, des membres de la famille ou la personne elle-même peuvent appeler une ligne d'assistance en cas de crise pour obtenir du soutien. S'il n'y a pas de service de ligne

d'assistance en cas de crise au sein de la collectivité, il est possible d'appeler en urgence le 911.

En cas d'appel au 911, le centre de communication de la police (répartition) joue un rôle important en réaction à une crise individuelle. En particulier, dans les collectivités où existent des équipes mobiles d'intervention d'urgence susceptibles d'être envoyées sur place pour aider les agents de police dans leur intervention, ces équipes, en mesure d'offrir des soins à la personne là où elle se trouve, peuvent permettre d'éviter qu'elle ne soit hospitalisée dans un service des urgences et prise en charge par la justice. La collectivité peut également disposer de programmes de lits de crise permettant de soutenir les personnes en situation de crise.

Le site Web ConnexOntario propose une liste de ressources communautaires pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et exploite une ligne d'assistance téléphonique pour les situations de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie fonctionnant 24 h sur 24.

#### **STRATÉGIE B : Utilisation, lorsqu'elles sont disponibles, d'équipes mobiles d'intervention d'urgence ou d'autres organismes communautaires de santé mentale ou de lutte contre la toxicomanie**

Les services mobiles d'intervention d'urgence peuvent s'appuyer sur des professionnels de la santé ou consister en une intervention conjointe des services de police et d'organismes de soins de santé. Les équipes mixtes d'intervention comprennent généralement un agent de police travaillant aux côtés d'un professionnel de la santé mentale. Lorsqu'elles existent, ces équipes d'intervention peuvent être envoyées pour aider la personne en crise et arrivent généralement sur les lieux après la sécurisation de la zone. L'équipe mobile d'intervention d'urgence évalue la personne en crise et l'aiguille vers la structure appropriée au sein de la collectivité pour qu'elle puisse y recevoir des soins, qu'il s'agisse d'un hôpital ou d'un organisme communautaire de santé mentale ou de lutte contre la toxicomanie.

### **3) Les agents de police arrivent pour aider la personne en crise**

Lorsque l'on fait appel à la police ou qu'elle entre en contact avec une personne vivant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, elle a un rôle

important à jouer pour déterminer la meilleure ligne de conduite pour aider la personne et garantir la sécurité publique. Dans certains cas, un incident criminel peut également s'être produit alors que survenait la crise liée à un problème de santé mentale ou de

toxicomanie. Dans ces situations, il peut arriver qu'un agent de police ait à décider s'il y a lieu d'effectuer une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale* ou de porter des accusations au pénal. Dans ces circonstances, la police devrait être encouragée à tout mettre en œuvre pour que, lorsque c'est possible, la personne soit tenue à l'écart du système de justice pénale. La police devrait en priorité évaluer l'adéquation de la *Loi sur la santé mentale* pour répondre de façon appropriée aux éléments préoccupants de chaque cas particulier.

Les policiers peuvent mettre les personnes en relation avec les ressources communautaires à tout moment. Par exemple, si une personne ne fait l'objet d'aucune accusation criminelle et qu'elle n'est pas appréhendée aux termes de la *Loi sur la santé mentale*, le policier peut mettre celle-ci en relation avec les ressources communautaires de sa région. Le site Web ConnexOntario propose une liste de ressources communautaires pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et exploite une ligne d'assistance téléphonique pour les situations de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie fonctionnant 24 h sur 24.

### **Services de traitement des problèmes de dépendances, de santé mentale et de jeu compulsif :**

1 866 531-2600 | **Accessibles 24 heures sur 24, tous les jours**  
**ConnexOntario** : [www.connexontario.ca](http://www.connexontario.ca)

ConnexOntario peut aider aussi bien les personnes en crise (jeunes ou adultes) que leurs proches, leurs amis, et des professionnels comme les agents de police à trouver de l'information sur les types de services et les programmes qui sont offerts dans leur collectivité, ainsi que sur les temps approximatifs d'attente pour y accéder. Les membres du personnel des lignes d'assistance téléphonique pour les situations de crise sont des spécialistes de l'information et de l'orientation qui ont reçu une formation en techniques d'intervention face au suicide. La plupart d'entre eux ont travaillé comme personnel de première ligne dans le domaine de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie. Ils apportent leur assistance aux appelants en leur prêtant une oreille attentive et veillent à ce que les personnes qui ont besoin d'aide soient mises en relation avec les services pertinents dans leur collectivité.

### STRATÉGIE C : Utilisation de ressources communautaires, lorsqu'elles sont disponibles

Si aucune accusation au pénal n'a été portée et que la police n'a pas procédé à une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, les agents de police pourraient souhaiter mettre la personne en relation avec des ressources communautaires locales. Le site Web ConnexOntario propose une liste de ressources communautaires pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et exploite une ligne d'assistance téléphonique pour les situations de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie fonctionnant 24 h sur 24. Pour en savoir plus long sur les ressources communautaires disponibles, il suffit de se rendre sur le site se trouvant à l'adresse [www.connexontario.ca](http://www.connexontario.ca)

#### 4) Arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale*

En vertu de la *Loi sur la santé mentale*, lorsque les circonstances requises sont remplies, les agents de police ont le pouvoir de conduire les personnes présentant un risque de se blesser elle-même ou de blesser d'autres personnes dans un endroit approprié, souvent le service des urgences d'un hôpital, pour être examinées par un médecin. Après l'avoir arrêtée, l'agent de police reste avec la personne jusqu'à ce que le transfert de garde à l'hôpital se produise.

À ce stade, les agents de police peuvent utiliser un formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie pour documenter leurs observations de la personne arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Pour en savoir plus long, veuillez consulter l'outil 4 « [Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie](#) ».

Dans certains cas, ils peuvent également, à ce même stade, procéder à une fouille de sécurité.

### STRATÉGIE D : Appel à l'avance

Lorsque les agents de police sont en route vers l'hôpital, il est préférable qu'ils appellent directement, ou que le centre de communication de la police (répartition) appelle, à l'avance pour informer le personnel du service des urgences de l'hôpital qu'une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale* a eu lieu et que des agents de police vont arriver sur place prochainement avec la personne concernée. Le personnel du service des urgences de l'hôpital dispose ainsi d'un délai supplémentaire pour préparer, le mieux possible, l'arrivée de la personne.

## 5) La personne est amenée au service des urgences de l'hôpital

Lorsque les agents de police arrivent au service des urgences de l'hôpital en compagnie de la personne subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, différentes dynamiques de service peuvent intervenir durant le processus de transfert débouchant sur des problèmes ayant des répercussions sur les services de police, sur le personnel hospitalier et sur la personne en crise elle-même. À ce stade, dans le cadre du processus d'admission à l'hôpital, la personne en crise peut faire l'objet d'une fouille de sécurité.

Afin d'aider tous ceux qui sont concernés par le transfert, on recommande l'établissement d'un protocole de transfert services de police-services hospitaliers. Pour un modèle général susceptible d'être adapté selon les besoins, veuillez consulter l'outil 3 « [Protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers](#) ».

### STRATÉGIE E : Communiquer à l'arrivée

La communication, dès l'arrivée à l'hôpital, entre les agents de police et le personnel hospitalier du service des urgences et la transmission par les policiers des renseignements pertinents au personnel soignant permet d'accélérer le processus et favorise la fourniture de soins appropriés au patient en crise. En outre, l'établissement d'une solide communication dès l'arrivée permet de déterminer plus facilement la durée pendant laquelle les agents de police devront rester à l'hôpital.

### STRATÉGIE F : Disposer d'une pièce au calme

La possibilité de disposer d'un endroit calme pour les personnes vivant une crise peut réduire la stigmatisation associée aux pathologies mentales et à la toxicomanie. Un espace de ce type permet de protéger la vie privée de la personne et de la mettre à l'abri des regards des autres patients présents dans la salle des urgences. Il permet également à la personne en crise d'être en sécurité.

### **STRATÉGIE G : Désigner une personne pour effectuer la liaison**

La désignation d'un coordonnateur de crise dans le service des urgences de l'hôpital peut représenter un atout favorisant la mise en place d'une communication sans ambiguïté, et ce, aussi bien pour le personnel hospitalier que pour les agents de police. Le coordonnateur de crise désigné peut également fournir des services et du soutien à la personne vivant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, notamment en conduisant une évaluation initiale en santé mentale, en offrant des services de *counseling* et en mettant la personne en relation avec des ressources communautaires en santé mentale et en lutte contre la toxicomanie.

### **STRATÉGIE H : Soutien par les pairs**

Certains hôpitaux en Ontario disposent dans leurs locaux d'intervenants en soutien par les pairs susceptibles de jouer un rôle essentiel pour soutenir une personne en crise. La possibilité de pouvoir faire appel à du soutien par les pairs pour les personnes vivant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie contribue à la mise en place d'échanges entre la personne, la famille et les autres aidants naturels et des pairs familiers avec la situation qu'ils vivent et peut favoriser la planification pour de futures situations de crise susceptibles de survenir.

## 6) Analyse conjointe des risques

Les agents de police, après leur arrivée à l'hôpital, conduisent, conjointement avec le personnel hospitalier, une analyse du degré de risque présenté par la personne. L'analyse conjointe des risques doit être menée à bien par un des agents de police et un membre du personnel de l'hôpital qui n'est pas nécessairement un médecin.

Le but de l'analyse conjointe des risques consiste à déterminer si la personne présente un risque de se blesser elle-même ou de blesser d'autres personnes, ou de s'enfuir de l'hôpital. Compte tenu de ces risques particuliers, le membre du personnel de l'hôpital désigné et l'agent de police doivent déterminer si l'hôpital est prêt à assumer immédiatement la garde de la personne de telle sorte que les agents de police puissent quitter les locaux de l'hôpital.

Cette analyse de risque est distincte de l'évaluation associée à la décision de produire ou non une Formule 1, en effet cette décision relative à une « Demande d'évaluation psychiatrique faite par un médecin » en vertu de la *Loi sur la santé mentale* relève exclusivement d'un médecin.

À ce stade, un formulaire de transfert de garde peut être utilisé par le personnel de l'hôpital pour documenter les décisions relatives à l'analyse conjointe des risques menée par le personnel de l'hôpital et l'agent de police. Pour un modèle général susceptible d'être adapté selon les besoins, veuillez consulter [l'outil 5 « Transfert du formulaire de garde »](#).

### STRATÉGIE I : Décision quant au degré de risque : faible, moyen ou élevé

Une personne vivant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie peut présenter un risque faible, moyen ou élevé de se blesser elle-même ou de blesser les autres, ou de s'enfuir de l'hôpital. Les critères de détermination de ce degré de risque doivent être définis sans ambiguïté et mentionnés sur le formulaire de transfert de garde, tout en gardant à l'esprit les objectifs généraux du protocole, plus particulièrement d'améliorer et de formaliser le processus de transfert.

Si la personne présente un **risque faible**, l'agent ou les agents de police peuvent transférer la garde au personnel hospitalier immédiatement.

### STRATÉGIE I : Décision quant au degré de risque : faible, moyen ou élevé (suite)

Dans le cas des personnes présentant un **risque moyen**, il peut être nécessaire ou non que les agents de police restent. Cette décision doit être prise de façon collaborative lors d'une discussion entre le personnel hospitalier et les agents de police.

Lorsque la personne présente un **risque élevé**, les agents de police doivent rester avec elle jusqu'à ce qu'elle ait été évaluée par un médecin qui déterminera s'il doit ou non produire la Formule 1 de demande d'évaluation psychiatrique.

Le degré de risque présenté par une personne peut varier de faible à élevé ou réciproquement, à tout moment durant, ou après, la phase de transfert de garde. Si le comportement observable de la personne donne à penser qu'elle présente un risque accru notable de blessure après le départ des agents de police, l'hôpital peut appeler la police pour qu'elle revienne.

En cas de désaccord sur la décision prise à l'issue de l'analyse conjointe du risque, la meilleure pratique consiste à ce que les agents de police restent à l'hôpital à la demande du personnel hospitalier. En cas de désaccord persistant et systématique, les services de police et l'hôpital peuvent déclencher leur mécanisme de règlement des différends par l'intermédiaire de leur protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers en vue de régler les problèmes qui se présentent.

## 7) Examen lié à une Formule 1 produite par un médecin

Après un examen, le médecin prend une décision quant à savoir si une Formule 1 est nécessaire, c'est-à-dire qu'il détermine si les conditions définies à l'article 15 de la *Loi sur la santé mentale* sont remplies. Lorsqu'une Formule 1 concernant un patient est produite, la loi autorise à conduire immédiatement la personne, sous garde, dans un établissement psychiatrique et à la détenir jusqu'à 72 heures à des fins d'évaluation psychiatrique. Lorsqu'une telle formule n'est pas produite, la personne peut décider de rester volontairement ou non à l'hôpital pour recevoir des soins supplémentaires.

Suite à l'évaluation associée à la décision de production ou non d'une Formule 1, le médecin peut demander à la personne si elle accepte que les résultats de l'évaluation soient communiqués à l'agent ou aux agents de police qui l'ont arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. La décision de la personne devrait être documentée, qu'elle acquiesce ou non à la demande.



## (7a) Le transport dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1<sup>1</sup> peut être requis

Dans certaines situations, l'hôpital où la personne a été accompagnée par la police ne dispose pas du pouvoir légal de détenir un patient contre sa volonté. Dans ce cas, la personne doit être transportée dans un établissement psychiatrique offrant des services d'hospitalisation en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (établissement psychiatrique de l'annexe 1<sup>1</sup>) afin de poursuivre l'évaluation et les soins.

Une Formule 1 est valide pour une durée de sept jours et donne à toute personne le pouvoir de conduire, sous garde, la personne concernée dans un établissement psychiatrique où elle peut être détenue, contrainte, observée et examinée pendant un maximum de 72 heures.

### STRATÉGIE J : Élaboration d'un protocole pour le transport

Les établissements ne relevant pas de l'annexe 1 dotés d'un service des urgences devraient élaborer un protocole de transport des personnes exigeant une évaluation psychiatrique vers un établissement psychiatrique de l'annexe 1. Une meilleure pratique consiste, pour le médecin qui remplit la Formule 1, à également fournir une évaluation clinique de la façon dont la personne peut être transférée en toute sécurité dans le nouvel établissement. Le médecin doit consigner le choix de la méthode de transfert et sa justification. Si l'on détermine qu'il incombe aux services ambulanciers paramédicaux de transporter la personne entre les établissements, le protocole devra inclure le Centre provincial d'autorisation du transfert des patients qui est l'entité responsable de la coordination et de l'approbation de l'ensemble des transferts conduits par les services ambulanciers paramédicaux.

À l'heure actuelle, dans les collectivités de l'Ontario, le transport de la personne dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1 peut être effectué par un membre de la famille, un ami, les services ambulanciers paramédicaux, un autre service de transport de patients ou un ou plusieurs agents de police. On recommande que les hôpitaux, les services ambulanciers paramédicaux, les services de police et les autres entités concernées veillent à la mise en place d'un processus régissant le transport de patients vers des établissements de l'annexe 1. Ce processus peut être intégré au protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers.

<sup>1</sup> On trouvera au <http://www.health.gov.on.ca/fr/common/system/services/psych/designated.aspx> une liste complète des établissements psychiatriques désignés comme établissements psychiatriques de l'annexe 1 en vertu de la Loi sur la santé mentale.

### **STRATÉGIE K : Documenter les efforts de transfert dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1**

La *Loi sur la santé mentale* précise que le transfert d'une personne dans un établissement psychiatrique de l'annexe 1 à des fins d'évaluation doit être effectué « sans délai », une notion généralement interprétée par la jurisprudence comme signifiant « aussitôt que possible ». On recommande que le personnel hospitalier documente les efforts déployés pour transférer la personne dans le nouvel établissement, les soins prodigués en attendant le transfert et le suivi et l'évaluation continus destinés à vérifier que les critères définis dans la *Loi sur la santé mentale* pour imposer une évaluation psychiatrique en vertu d'une Formule 1 sont toujours présents.

### **8) La personne est admise à l'hôpital**

Une personne peut être admise dans un établissement psychiatrique, volontairement ou en « institutionnalisation involontaire », après une évaluation médicale. Si le médecin produit une Formule 1, cette dernière permet de détenir la personne jusqu'à 72 heures.

Le fait pour les hôpitaux psychiatriques d'informer les personnes dont l'évaluation médicale a abouti à la production d'une Formule 1, aussitôt après leur admission dans l'établissement, de leur droit à être informées des motifs de cette évaluation et de leur détention potentielle ainsi que de leur droit à un avocat devrait être considéré comme une meilleure pratique. Les établissements psychiatriques ont certaines obligations en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, notamment des obligations d'information des personnes au sujet de leurs droits qui s'effectuent généralement par la remise d'une Formule 42 produite dans de tels établissements.

### STRATÉGIE L : Garantir les droits et les libertés des personnes

Le personnel hospitalier et les agents de police peuvent prendre les mesures suivantes pour veiller à ce que les droits et des libertés des personnes soient protégés en situation de crise :

- ✓ Autant que possible, il est recommandé que le personnel hospitalier examine les processus internes de l'hôpital pour veiller à ce que les exigences légales soient respectées, à ce que les personnes arrêtées en vertu de la *Loi sur la santé mentale* soient rapidement évaluées et à ce que la décision transférant la garde à l'hôpital soit prise, autant que faire se peut, dans les plus brefs délais. Les hôpitaux peuvent faire en sorte que les niveaux de l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG) attribués à des personnes en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie reflètent le plus exactement possible la gravité de l'état de chaque personne en examinant, en interne, les lignes directrices ETG et la façon dont elles sont appliquées au sein de leur service des urgences. Lorsque tous les niveaux de gravité sont égaux, l'hôpital peut mettre en place un processus de priorisation des personnes accompagnées par des agents de police afin qu'elles soient vues avant les autres avec pour objectif d'accélérer le processus de transfert pour les personnes en crise.
- ✓ Fournir des pièces au calme supervisées et surveillées ne pouvant pas être verrouillées
- ✓ Former le personnel de l'hôpital sur les limites de leurs pouvoirs de détention, de fouille et de maîtrise ainsi que des mesures de rechange pouvant être utilisées
- ✓ Former le personnel hospitalier de sécurité sur le cadre des garanties juridiques, sur les techniques de désescalade, sur les mesures d'adaptation en vertu des droits de la personne et sur les exigences de confidentialité avec un accent sur une communication appropriée efficace
- ✓ Former le personnel de l'hôpital sur la façon d'évaluer et de trier des personnes arrêtées qui sont incapables ou refusent de communiquer
- ✓ Déterminer des procédures claires autour de la remise d'une Formule 42 ainsi que de la disponibilité de services de soutien par les pairs et de défense des intérêts

**Ressources supplémentaires pour les hôpitaux :** Pour en savoir plus long sur les pouvoirs que la loi confère aux hôpitaux en matière de détention de personnes susceptibles de se blesser elles-mêmes ou de blesser les autres, veuillez consulter le document de l'Association des hôpitaux de l'Ontario ayant pour titre : [\*A Practical Guide to Mental Health and the Law in Ontario.\*](#)

## 9) La personne sort de l'hôpital

La sortie d'un établissement de soins actifs exige, pour les personnes ayant vécu une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, une excellente planification pour garantir une transition de retour au sein de la collectivité réussie. Chaque personne vit différemment son rétablissement après une crise. Pour de nombreuses personnes, il est important qu'elles puissent disposer de soutiens communautaires adéquats ainsi que d'aiguillages vers des programmes communautaires ou de mises en relation avec ces programmes. Pour que la personne soit en mesure de conserver un bon état de santé une fois qu'elle sera revenue dans sa communauté, il est important que le personnel hospitalier travaille avec elle pour déterminer ses besoins spécifiques après sa sortie de l'hôpital.

### STRATÉGIE M : Planification de la sortie

Dans un service des urgences, un phénomène de « porte tournante » peut se produire. Les agents de police peuvent accompagner une personne arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale* jusqu'au service des urgences d'un hôpital; toutefois, une fois qu'elle a été examinée par le médecin, elle peut être renvoyée dans sa communauté parce qu'elle ne remplit pas les critères pour une institutionnalisation sans son consentement à l'hôpital.

Le soutien de la famille et de la communauté ainsi que l'accès aux déterminants sociaux de la santé, par exemple le logement et la nourriture, constituent des éléments clés d'accroissement du bien-être et de prévention de futurs contacts avec les services de police ou de visites supplémentaires non prévues au service des urgences de l'hôpital.

On recommande que la planification de la sortie des personnes ayant été fréquemment arrêtées en vertu de la *Loi sur la santé mentale* soit examinée par le personnel hospitalier afin de déterminer les éventuelles lacunes ou les problèmes possibles devant être résolus pour mettre plus efficacement en relation ces personnes avec les services communautaires, tout en respectant le droit des patients au choix du traitement et à la protection de la vie privée.

## Outil 2: Mandat du comité mixte services de police-services hospitaliers

Cet outil est un modèle que les collectivités ontariennes peuvent utiliser pour faciliter la mise en place d'un comité mixte services de police-services hospitaliers à l'appui de l'élaboration d'un protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers. Les collectivités peuvent adapter et modifier ce modèle en fonction de leurs besoins locaux en utilisant les ressources disponibles. Plus précisément, il a pour but de clarifier le rôle et le rayon d'action du comité mixte services de police-services hospitaliers, ainsi que les objectifs et la composition du comité. Il donne également des précisions sur la fréquence des réunions du comité et les personnes à contacter pour les questions relatives au transfert entre services de police et services hospitaliers et au protocole à suivre.

## Mandat du comité mixte services de police-services hospitaliers

*(Insérer la date de création ou de modification du mandat)*

### But du comité mixte services de police-services hospitaliers

Le but de ce comité consiste à réunir des représentants des services de police, des hôpitaux, des services ambulanciers paramédicaux et des organisations communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie à *(insérer le nom de votre ville ou de votre localité)* afin d'élaborer et de mettre en œuvre un protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers conforme aux exigences légales et aux meilleures pratiques liées à la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario, aux droits de la personne ainsi qu'aux législations sur les services de police et la protection de la vie privée.

On encourage les membres à utiliser le document *Improving Police-Hospital Transitions: A Framework for Ontario (Améliorer les transferts entre services de police et services hospitaliers : un cadre pour l'Ontario)* à l'appui des travaux du comité. L'information, les modèles et les outils contenus dans ce cadre fourniront des orientations aux membres de ce comité pour établir des protocoles efficaces de transfert entre services de police et services hospitaliers pour les personnes arrêtées par des agents de police en vertu de la *Loi sur la santé mentale* et accompagnées par la suite au service des urgences d'un hôpital à des fins d'évaluation et de soins.

### Objectifs du comité mixte services de police-services hospitaliers

- Améliorer les résultats pour les personnes subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie ayant été accompagnées dans un service des urgences par un agent de police, tout en respectant leurs droits individuels, notamment à la protection de la vie privée
- Améliorer la collaboration et la coordination entre les hôpitaux et les services de police dans les collectivités de l'Ontario
- Diminuer les délais avant que les agents de police puissent transférer au service des urgences de l'hôpital la garde de la personne arrêtée
- Protéger la sécurité des intervenants en santé grâce à des améliorations systémiques
- Promouvoir la sécurité publique
- Définir des stratégies de résolution et déterminer des solutions pour les problèmes susceptibles de survenir lors de la mise en œuvre du protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers
- Élaborer des stratégies de surveillance et d'évaluation permanentes de l'efficacité du protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers
- Examiner annuellement les travaux de ce comité mixte services de police-services hospitaliers et mettre à jour son mandat s'il y a lieu

## Relations hiérarchiques

Le (*insérer le nom de votre comité*) rendra compte au chef de la direction de (*insérer le nom de l'hôpital*), et au chef de la police du (*insérer le nom de votre service de police*) ou au commandant de détachement de la Police provinciale de l'Ontario. Il incombe aux services ambulanciers paramédicaux ainsi qu'aux organisations de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie de rendre compte aux chefs de la direction et aux gestionnaires de leurs organisations respectives.

## Responsabilités des membres

Il incombe à tous les membres de participer régulièrement aux réunions du comité mixte services de police-services hospitaliers et de travailler à l'atteinte de ses objectifs mentionnés ci-dessus. Les responsabilités décrites ci-après correspondent aux rôles particuliers de certains membres du comité.

Le chef de la police ou le commandant de détachement de la Police provinciale de l'Ontario et le chef de la direction de l'hôpital :

- Seront les directeurs et porte-parole du protocole

La personne désignée par la police ayant le pouvoir de prise de décision et le chef du service des urgences (à savoir la personne la plus haut placée responsable de ce service, par exemple un chef de service, un vice-président ou un directeur de programme, etc.) :

- Fourniront des orientations au personnel en vue d'une mise en œuvre réussie du protocole et résoudront les différends susceptibles de survenir entre les organisations
- Veilleront à ce que l'ensemble du personnel de première ligne suive la formation requise pour la mise en œuvre du protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers
- Fourniront des orientations au personnel de première ligne tout au long de la phase de mise en œuvre
- Assureront le suivi et l'évaluation permanents du protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers
- Géreront les relations entre les représentants de la police, de l'hôpital et des autres membres concernés et résoudront les problèmes pouvant éventuellement survenir entre eux

Les agents de police de première ligne, ainsi que le personnel du service des urgences et du bureau de protection de la vie privée de l'hôpital :

- Tiendront les engagements associés à l'accord écrit entre l'hôpital et les services de police
- Participeront à toutes les formations nécessaires relativement au protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers
- Travailleront avec les autres agents de police de première ligne et avec le personnel hospitalier à la mise en œuvre du protocole
- Communiqueront avec leurs supérieurs respectifs sur les progrès réalisés et leur signaleront les éventuels problèmes

Rôles et responsabilités des autres fournisseurs de services :

- Tiendront les engagements associés au protocole
- *(Insérer ici des détails supplémentaires)*

## Membres du comité mixte services de police-services hospitaliers

Représentants de l'hôpital

---

Représentants des services de police (il pourrait s'agir de plusieurs services de police municipaux et de la Police provinciale de l'Ontario)

---

Représentants des services ambulanciers paramédicaux

---

Représentants des organisations communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

---

Personnes ayant une expérience en matière de transfert entre services de police et services hospitaliers

---

## Réunions du comité mixte services de police-services hospitaliers

Les réunions auront lieu au moins annuellement à *(insérer le lieu de la réunion)*.

Les réunions seront présidées par la personne désignée par la police ayant le pouvoir de prise de décision et le chef du service des urgences (à savoir la personne la plus haut placée responsable de ce service, par exemple un chef de département, un vice-président ou un directeur de programme, etc.)

Les services administratifs de soutien au comité pour la prise de notes et la rédaction des comptes-rendus ainsi que pour d'autres activités seront fournis par *(insérer le nom ici)*.



**Personne-ressource**

**Pour obtenir des renseignements sur le comité mixte services de police-services hospitaliers, veuillez communiquer avec :**

**Représentant de l'hôpital :**

**Titre :**

**Numéro de téléphone :**

**Courriel :**

**Représentant de la police :**

**Titre :**

**Numéro de téléphone :**

**Courriel :**

### Outil 3: Protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers

Cet outil est un modèle que les collectivités ontariennes peuvent utiliser pour faciliter l'élaboration d'un protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers. Les collectivités peuvent adapter et modifier ce modèle en fonction de leurs besoins locaux en utilisant les ressources disponibles. Plus précisément, l'outil vise à déterminer les processus qui interviennent dans le transfert entre services de police et services hospitaliers dans le cas d'une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale*.

## Protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers

*(Insérer les noms ou les logos des organisations partenaires)*

### 1. Introduction

Ce protocole est conçu pour améliorer la collaboration entre les hôpitaux et les services de police dans le but d'obtenir de meilleurs résultats pour les personnes qui ont été arrêtées par des agents de police en vertu de la *Loi sur la santé mentale* et par la suite accompagnées à un service d'urgence de l'hôpital pour une évaluation et des soins.

Ce protocole a pour but 1) d'améliorer les résultats pour les personnes arrêtées par la police en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, tout en respectant les droits individuels, notamment le droit à la vie privée; 2) d'améliorer les transferts entre les agents de police et le personnel hospitalier; 3) d'améliorer la coordination et la collaboration entre les partenaires concernés par le transfert.

Le protocole peut être étendu pour inclure des partenariats avec d'autres intervenants de la collectivité, par exemple des services ambulanciers paramédicaux, des organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, des organismes de soutien par les pairs et par la famille, des organismes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie chez les jeunes et les enfants, etc.

### 2. Objectif

Ce protocole a été élaboré en collaboration avec les acteurs clés qui sont les premiers intervenants lorsqu'une personne est en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Ce document reflète l'engagement de tous les participants à apporter une réponse efficace et intégrée à de telles situations de crise à *(insérer le nom de votre ville ou de votre localité)*.

Cette entente a pour but :

- D'améliorer les résultats pour les personnes subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie ayant été accompagnées dans un service des urgences par un agent de police, tout en respectant leurs droits individuels, notamment à la protection de la vie privée;
- D'améliorer la collaboration et la coordination entre les hôpitaux et les services de police dans les collectivités de l'Ontario;
- De diminuer les délais avant que les agents de police puissent transférer au service des urgences de l'hôpital la garde de la personne arrêtée;
- De protéger la sécurité des intervenants en santé grâce à des améliorations systémiques;
- De promouvoir la sécurité publique.

Cette entente décrit :

- Les rôles des signataires en réponse à une situation de crise dans laquelle une personne a été arrêtée par des agents de police en vertu de la *Loi sur la santé mentale*;
- Les responsabilités respectives de chaque signataire en vue d'assurer un transfert sans heurts entre les agents de police de première ligne et le personnel hospitalier.

### 3. Définitions clés (des termes tels qu'ils sont utilisés dans le présent protocole)

**Santé mentale** : désigne la capacité de chaque personne de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de manière à mieux jouir de la vie et à mieux faire face aux défis. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle<sup>2</sup>.

**Maladies mentales** : les maladies mentales sont des problèmes de santé ayant des répercussions sur l'image de soi, ainsi que sur les rapports avec autrui et sur les interactions avec le monde extérieur. Elles influencent les pensées, les sentiments et les comportements. Elles peuvent perturber la vie d'une personne ou créer des défis; mais, avec les services appropriés, il est possible de se rétablir et de recouvrer le bien-être. Il est important de comprendre qu'il existe de nombreux types de maladies mentales qui touchent les gens de diverses façons<sup>3</sup>.

**Dépendance** : le terme toxicomanie fait généralement référence à des habitudes de forte consommation de substances psychotropes surtout prises pour leurs effets sur la conscience, l'humeur et la perception. On délaisse communément l'emploi du terme toxicomanie pour utiliser plutôt le syntagme plus précis de dépendance à une substance (ou à une drogue). Cela étant dit, l'utilisation du terme « toxicomanie » est courante et renvoie habituellement à une consommation compulsive causant des symptômes physiques de sevrage en cas d'arrêt de la prise. C'est pour cette raison que la notion de toxicomanie est souvent assimilée à celle de dépendance physique<sup>4</sup>

---

<sup>2</sup>Définition de la santé mentale de l'Agence de la santé publique du Canada, extraite de la page <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/index-fra.php>

<sup>3</sup>Définition de la maladie mentale de l'association canadienne pour la santé mentale, extraite de la page [https://www.cmha.ca/fr/mental\\_health/la-maladie-mentale/-V6DX10uG8tg](https://www.cmha.ca/fr/mental_health/la-maladie-mentale/-V6DX10uG8tg)

<sup>4</sup>Définition de la toxicomanie du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, extraite de la page <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011812-2010.pdf>

**Formule 1** : il s'agit de la formule utilisée par un médecin pour demander une consultation psychiatrique. Elle permet d'emmener quelqu'un dans un établissement psychiatrique pour une évaluation pouvant durer jusqu'à 72 heures (trois jours). Pour produire une Formule 1, un médecin doit avoir personnellement examiné la personne au cours des sept jours précédant et avoir des motifs de penser qu'elle répond à certains critères établis en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Durant l'évaluation, d'autres professionnels de la santé mentale, par exemple des infirmiers, des psychologues ou des travailleurs sociaux, peuvent rencontrer la personne, sa famille, ses amis ou des aidants naturels afin d'obtenir des renseignements supplémentaires<sup>5</sup>.

**Hôpital et établissement psychiatrique de l'annexe 1** : Le terme « hôpital » se réfère à des « hôpitaux publics » au sens de la *Loi sur les hôpitaux publics*. Le terme « établissement psychiatrique de l'annexe 1 » se réfère à des hôpitaux psychiatriques qui fournissent des services aux patients hospitalisés et sont désignés en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. Un établissement psychiatrique offre des programmes de santé mentale aux patients hospitalisés, notamment des soins et des traitements actifs et de court terme aux personnes rencontrant des problèmes liés à la santé mentale et à la toxicomanie. Les établissements de l'annexe 1 disposent de l'autorité légale pour détenir les patients sans leur consentement en vertu de la *Loi sur la santé mentale*<sup>6</sup>.

#### 4. Ce protocole est établi entre :

*(Préciser ici la liste de toutes les organisations concernées par le protocole)*

Hôpital

---

Service de police (il pourrait s'agir de plusieurs services de police municipaux et de la Police provinciale de l'Ontario)

---

Services ambulanciers paramédicaux

---

Organisations communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

---

*(Mentionner ici d'autres partenaires)*

---

<sup>5</sup>Définition de la Formule 1 du Centre de toxicomanie et de santé mentale, extraite de la page [http://www.camh.ca/fr/hospital/visiting\\_camh/rights\\_and\\_policies/Pages/challenges\\_choices\\_applegalform.aspx](http://www.camh.ca/fr/hospital/visiting_camh/rights_and_policies/Pages/challenges_choices_applegalform.aspx)

<sup>6</sup> On trouvera au <http://www.health.gov.on.ca/fr/common/system/services/psych/designated.aspx> une liste complète des établissements psychiatriques désignés de l'annexe 1 offrant des services psychiatriques en Ontario.

## 5. Intervention de l'équipe

Dès qu'une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale* aura été effectuée et que les agents de police auront amené la personne subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie au service des urgences de l'hôpital, on suivra la procédure suivante:

- 5.1)** Les agents de police, ou le centre de communication des services de police, informeront le service des urgences de l'hôpital de l'arrivée de la personne subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie à des fins d'évaluation et de l'heure approximative de cette arrivée.
- 5.2)** Les agents de police, ou le centre de communication des services de police, communiqueront les renseignements suivants au service des urgences de l'hôpital :
  - Heure estimée d'arrivée;
  - Moyen de transport de la personne, à savoir véhicule de police ou ambulance.
- 5.3)** Les agents de police qui interviennent rempliront le formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie dont un exemplaire sera également mis à la disposition du service des urgences de l'hôpital (*voir en annexe un exemple de formulaire*). Un exemplaire du formulaire dûment rempli pourra être fourni à (*insérer ici le poste du membre du personnel du service des urgences approprié*).
- 5.4)** Si la personne subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie est transportée par la police et que son état observé est tel qu'un triage de routine ne serait ni approprié ni sécuritaire, les agents effectuant le transport utiliseront l'entrée des ambulances du service des urgences de l'hôpital.
- 5.5)** Lorsqu'une personne subissant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie est amenée au service des urgences de l'hôpital en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, l'évaluation de triage sera menée à bien par (*insérer ici le poste du membre du personnel du service des urgences approprié*).

## 6. Analyse conjointe des risques

Les agents de police, après leur arrivée à l'hôpital, devront conduire, conjointement avec le personnel hospitalier, une analyse du degré de risque présenté par la personne. L'analyse conjointe des risques devrait être menée à bien conjointement par une personne désignée parmi le personnel hospitalier, par exemple une infirmière ou un médecin de garde, et l'agent de police.

Le but de l'analyse conjointe des risques consiste à déterminer si la personne présente un risque de se blesser elle-même ou de blesser d'autres personnes, ou de s'enfuir de l'hôpital. Compte tenu de ces risques particuliers, le membre du personnel de l'hôpital désigné et l'agent de police devraient déterminer si l'hôpital est prêt à assumer immédiatement la garde de la personne de telle sorte que les agents de police puissent quitter les locaux de l'hôpital.

Cette analyse de risque est distincte de l'évaluation associée à la décision de production ou non d'une Formule 1. Le cas échéant, cette décision de production d'une Formule 1 en vertu de la *Loi sur la santé mentale* relève exclusivement d'un médecin. Suite à l'évaluation associée à la décision de production ou non d'une Formule 1, le médecin peut demander à la personne si les résultats de l'évaluation peuvent être communiqués à l'agent ou aux agents de police ayant procédé à l'arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. La décision de la personne devrait être documentée, qu'elle accepte ou non que des renseignements la concernant soient communiqués aux agents de police.

L'agent de police doit rester avec la personne jusqu'à ce que le transfert de la responsabilité de la garde soit mené à bien. Le transfert de garde est considéré comme achevé lorsque le membre du personnel de l'hôpital responsable et l'agent de police ont revu le formulaire de transfert de garde et l'ont tous deux signé dans la zone désignée à cet effet (*voir en annexe un exemple de formulaire*).

*(Dans la section suivante, les critères de détermination de ce degré de risque devraient être définis sans ambiguïté et mentionnés sur le formulaire de transfert de garde, tout en gardant à l'esprit les objectifs généraux du protocole, plus particulièrement d'améliorer et de formaliser le processus de transfert.)*

Une personne en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie peut présenter un risque faible, moyen ou élevé.

Par exemple :

- Si la personne présente **un risque faible**, les agents de police peuvent transférer la garde au personnel hospitalier immédiatement (*ajouter des informations complémentaires au besoin*).

- Dans le cas des personnes présentant un **risque moyen**, il peut être nécessaire ou non que les agents de police restent. Cette décision doit être prise de façon collaborative lors d'une discussion entre le personnel hospitalier et les agents de police (*ajouter des informations complémentaires au besoin*).
- Lorsque la personne présente un **risque élevé**, les agents de police doivent rester avec elle jusqu'à ce qu'elle ait été évaluée par un médecin qui déterminera s'il doit ou non produire la Formule 1 de demande d'évaluation psychiatrique (*ajouter des informations complémentaires au besoin*).

Le degré de risque présenté par une personne peut varier de faible à élevé ou réciproquement, à tout moment durant, ou après, la phase de transfert de garde. Si le comportement observable de la personne donne à penser qu'elle présente un risque accru notable de blessure après le départ des agents de police, l'hôpital peut appeler la police pour qu'elle revienne. Les services de police devraient accorder la priorité à ces appels.

En cas de désaccord sur la décision prise à l'issue de l'analyse conjointe du risque, la meilleure pratique consiste à ce que les agents de police restent à l'hôpital à la demande du personnel hospitalier. En cas de désaccord persistant et systématique, les services de police et l'hôpital peuvent déclencher leur mécanisme de règlement des différends par l'intermédiaire de leur protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers en vue de régler les problèmes qui se présentent.

## 7. Résolution des conflits

En cas de différend entre l'hôpital et les services de police concernant toute question relevant du présent protocole, la personne désignée par la police ayant le pouvoir de prise de décision et le chef du service des urgences (soit la personne la plus haut placée responsable de ce service, par exemple un chef de service, un vice-président, un directeur de programme, etc.) devront se réunir, par téléphone ou en personne, pour engager des négociations de bonne foi en vue de résoudre le conflit.

Si un problème quelconque n'est pas résolu 20 jours ouvrables après avoir été transmis aux représentants définis ci-dessus, il incombera au chef de la police ou au commandant de détachement de la Police de la province de l'Ontario et au chef de la direction de l'hôpital de le résoudre.



## 8. Formulaires à remplir

- Un formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie à l'intention des agents de police de première ligne pour documenter les observations concernant une personne arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (*voir en annexe un exemple de formulaire*)
- Un formulaire de transfert de garde à l'intention du personnel hospitalier pour documenter les décisions relatives à une analyse conjointe des risques menée par le personnel de l'hôpital et l'agent de police. L'analyse conjointe des risques peut être menée à bien par un membre du personnel de l'hôpital désigné qui n'est pas nécessairement un médecin et l'agent de police. Cependant, le cas échéant, la décision de production d'une Formule 1 en vertu de la *Loi sur la santé mentale* relève exclusivement d'un médecin (*voir en annexe un exemple de formulaire*).

## 9. En fonction des besoins et des ressources disponibles dans votre collectivité, insérez ici :

***Mise en relation avec des services de soutien communautaires***  
*(Si des organismes communautaires sont concernés par le protocole de transfert entre services de police et services, veuillez inclure ici les instructions de mise en relation de la personne avec des services de soutien communautaires, notamment ceux ayant trait au respect des droits du patient en matière de choix du traitement et de protection de la vie privée.)*

## 10. Partage des renseignements associés à une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale*

Le partage des renseignements entre la police et le personnel de l'hôpital concernant une personne arrêtée en vertu de la *Loi sur la santé mentale* mettra habituellement en jeu les renseignements personnels de la personne ainsi que ses renseignements personnels sur la santé. Les observations d'un agent de police sur une personne constituent, par exemple, des renseignements personnels de cette personne. Lorsque l'hôpital collecte et utilise des renseignements dans le but de fournir des soins de santé à la personne, ces renseignements constituent des renseignements personnels sur la santé de cette personne.

Dans le cadre d'échanges de renseignements, la police, l'hôpital et les autres partenaires des services d'urgence doivent être conscients de leurs droits et devoirs liés à la vie privée en vertu des lois pertinentes, telles que la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, la *Loi sur la santé mentale*, la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée* et la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Cela signifie que l'organisation qui divulgue les renseignements personnels ou les renseignements personnels sur la santé concernés doit avoir le pouvoir de le faire et que celle qui les reçoit doit avoir le pouvoir de les collecter.

Dans ce contexte, il convient de noter que le personnel hospitalier doit se conformer aux exigences énoncées à l'article 30 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*. Cet article exige que, d'une façon générale, l'hôpital ne collecte, n'utilise ou ne divulgue 1) aucun renseignement personnel sur la santé à une fin que d'autres renseignements permettraient de réaliser et 2) plus de renseignements personnels sur la santé qu'il n'est raisonnablement nécessaire pour réaliser la fin visée. Des principes similaires en matière de minimisation des données régissent également la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels par la police aux termes de la *Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée*.

#### 10.1) Divulgations et collectes liées à l'arrestation et au transport

En vertu de la *Loi sur la santé mentale*, les agents de police ont le pouvoir de conduire les personnes présentant un risque de se blesser elle-même ou de blesser d'autres personnes dans un endroit approprié, souvent le service des urgences d'un hôpital, pour être examinées par un médecin. Au cours de l'arrestation d'une personne en vertu de l'article 17 de la *Loi sur la santé mentale*, les agents de police peuvent recueillir des renseignements pertinents sur l'attitude, le comportement et la situation particulière de cette personne et les utiliser pour l'arrêter et la transporter en toute sécurité jusqu'à l'hôpital.

Pendant le transport, les agents de police peuvent appeler à l'avance le service des urgences de l'hôpital pour informer le personnel qu'ils ont procédé à une arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale* et qu'ils vont arriver dans l'établissement en accompagnant la personne concernée. En outre, à l'arrivée dans le service des urgences, les agents de police peuvent divulguer d'autres renseignements personnels au personnel de l'hôpital lorsqu'il est raisonnable de penser qu'ils seront utiles à l'hôpital pour procéder, en toute sécurité, à l'évaluation, au traitement, à la détention et à la sortie de la personne concernée, notamment des renseignements sur son attitude, son comportement et sa situation personnelle.

En tant que gardiens des renseignements sur la santé, les hôpitaux ne peuvent collecter, utiliser et divulguer des renseignements de ce type qu'en conformité avec les règles de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* (LPRPS). Cela signifie également que les hôpitaux ne doivent pas collecter, utiliser ou divulguer plus de renseignements personnels sur la santé qu'il n'est nécessaire pour atteindre l'objectif visé.

Les agents de police et le personnel de l'hôpital doivent faire preuve d'une diligence raisonnable pour veiller à ce que les communications de renseignements soient limitées, dans toute la mesure du possible, à des renseignements exacts, complets et à jour.

## 10.2) Divulgations et collectes liées au transfert de garde

Après l'avoir arrêtée, l'agent de police reste avec la personne jusqu'à ce que le transfert de garde à l'hôpital se produise. Les règlements pris en vertu de la *Loi sur la santé mentale* exigent : qu'une décision concernant le transfert de garde soit prise dès que cela est raisonnablement possible; que le décideur de l'hôpital consulte les agents de police; et que le personnel de l'hôpital informe promptement la police de la décision.

En vertu de ce protocole, le transfert de garde se produit généralement dans l'une des deux situations suivantes :

1. Le membre du personnel de l'hôpital responsable et l'agent de police ont examiné le formulaire de transfert de garde, l'hôpital est prêt à prendre la responsabilité immédiate de la garde de la personne et le membre du personnel de l'hôpital responsable et l'agent de police ont tous deux signé dans la zone désignée à cet effet sur le formulaire de transfert de garde.

En informant la police de cette décision de transfert, l'hôpital devrait limiter la divulgation de renseignements personnels sur la santé à la police aux renseignements du formulaire de transfert de garde.

2. Le membre du personnel de l'hôpital responsable et l'agent de police ont déterminé que l'agent de police devait rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'un médecin ait décidé de produire ou non une Formule 1; la garde d'une personne peut alors passer de la police à l'hôpital après la prise de décision du médecin.

À la suite de l'examen initial, le personnel de l'hôpital peut informer l'agent de police de sa décision de produire ou non une Formule 1 si l'agent est resté à l'hôpital. Mais si cette évaluation a lieu après que la garde de la personne a été transférée à l'hôpital et que l'agent de police a quitté les lieux, le personnel de l'hôpital peut demander à la personne si elle accepte que les résultats de l'évaluation soient divulgués (que la personne soit admise ou non).

Si l'agent de police demande à l'hôpital de divulguer si la personne est détenue aux termes d'une Formule 1, l'hôpital peut informer l'agent de la décision de produire ou non une Formule 1 avec le consentement exprès de la personne concernée. En règle générale, le consentement à divulguer les renseignements sur la santé de la personne devrait être demandé uniquement après que la décision a été prise concernant la production d'une Formule 1. En outre, afin de s'assurer que la personne consent à la divulgation en connaissance de cause et de son plein gré, on doit lui indiquer de manière précise les renseignements qui seront divulgués à la police concernant sa santé (c.-à-d. si une Formule 1 a été produite ou non), ainsi que les raisons pour lesquelles ces renseignements sont divulgués. On doit également l'informer de son droit de consentir ou non à la divulgation de ces renseignements. De plus, on devrait l'aviser que la divulgation de ces renseignements pourrait entraîner une divulgation ultérieure de renseignements sur sa santé mentale par la police (p. ex., la divulgation à d'autres services de police, par l'entremise du Centre d'information de la police canadienne, du fait qu'une Formule 1 a été produite).

En outre, la personne concernée doit être capable de consentir à la divulgation de renseignements personnels sur sa santé, ce qui inclut des renseignements concernant la production d'une Formule 1. La capacité de donner le consentement pour la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur la santé est décrite à l'article 21 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

### 10.3) Autres divulgations et collectes

Le degré de risque présenté par une personne peut varier durant, ou après, la phase de transfert de garde. Si le comportement observable d'une personne donne à penser qu'elle présente un risque accru notable de se blesser ou de blesser un autre patient, après le départ des agents de police, l'hôpital peut appeler la police pour qu'elle revienne sur les lieux ou contribue au transfert et au retour de cette personne.

L'autorisation pour effectuer une telle divulgation peut s'appuyer sur le paragraphe 40(1) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* qui stipule qu'un hôpital peut divulguer des renseignements personnels sur la santé s'il a des motifs raisonnables de croire que cela est nécessaire pour éliminer ou réduire un risque considérable de blessure grave menaçant une personne ou un groupe de personnes. La notion de « risque considérable de blessure grave » comprend aussi bien les risques de blessures physiques que de blessures psychologiques. Comme toutes les dispositions de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements, le paragraphe 40(1) est soumis aux exigences de minimisation des données de l'article 30.

Il est entendu et convenu que les parties à ce protocole doivent maintenir la confidentialité de tous les renseignements, tous les contenus et tous les renseignements sur les patients obtenus par l'intermédiaire de leur participation à cette entente, et ce, en conformité avec les politiques propres à chacune des organisations.

## 11. Formation conjointe

La formation constituera une composante importante de notre capacité à mieux servir les personnes vivant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Nos partenaires se sont engagés à s'aider mutuellement par rapport à leurs besoins de formation. La formation sera constamment modifiée afin d'améliorer notre capacité à servir les personnes vivant une crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie.

*(Insérer les détails de formation)*

## 12. Personne-ressource

Pour de plus amples renseignements sur ce protocole, veuillez communiquer avec :

Représentant de l'hôpital :

Titre :

Numéro de téléphone :

Courriel :

Représentant de la police :

Titre :

Numéro de téléphone :

Courriel :

### 13. Signataires

*(Apposer ici les signatures de toutes les organisations concernées par le protocole)*

Hôpital

---

Services de police (il pourrait s'agir de plusieurs services de police municipaux et de la Police provinciale de l'Ontario)

---

Services ambulanciers paramédicaux

---

Organisations communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

---

*(Mentionner ici d'autres partenaires)*

#### Outil 4: Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie

Le Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie est un outil destiné à aider les agents de police à reconnaître les personnes en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Plus précisément, il leur permet de consigner leurs observations sur la personne en crise et de les communiquer clairement aux professionnels de la santé concernés. Bref, c'est une ressource que les services de police de tout l'Ontario devraient utiliser.

## Le Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie

Le Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie (FESMT) est un outil destiné à aider les agents de police à reconnaître les personnes en situation de crise liée à un problème de santé mentale ou de toxicomanie, à consigner leurs observations sur la personne en crise, et à les communiquer clairement aux professionnels de la santé concernés. Il vise à faciliter la documentation des observations faites par les agents de police au moment de la crise ou de l'incident afin de mieux éclairer les prises de décision au service des urgences. Bref, son but ultime est de permettre de veiller à ce que les personnes en situation de crise liée à un problème de santé mentale et de toxicomanie qui viennent en contact avec des agents de police puissent rapidement accéder à des services de soins de santé appropriés et de réduire ainsi le risque de criminalisation.

Les éléments essentiels du FESMT proviennent d'un échantillon de 40 000 cas contenus dans la base de données du Système d'information ontarien sur la santé mentale, données qui ont été recueillies à l'aide de la version 2.0 de l'instrument d'évaluation des résidents – santé mentale (RAI-MH), soit l'outil d'évaluation psychiatrique qui est utilisé pour tous les patients admis dans les hôpitaux psychiatriques de la province de l'Ontario. D'autres éléments que l'on trouve dans le FESMT ont été recueillis dans le cadre de divers efforts de collaboration avec des agents de police, des membres du personnel hospitalier et des professionnels de la santé mentale et de la lutte contre la toxicomanie. Une étude pilote a été menée sur une période de huit mois. Y ont pris part deux services de police, quatre hôpitaux généraux et un établissement psychiatrique du Sud de l'Ontario. L'efficacité du FESMT a été démontrée en s'appuyant sur l'appréciation des agents de police et des évaluations réalisées par des cliniciens du service des urgences des hôpitaux généraux.

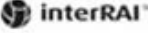
L'utilisation du FESMT présente deux importants avantages. En premier lieu, lorsque les agents de police apprennent à utiliser le FESMT, ils reçoivent une formation factuelle renforcée sur les principaux indicateurs de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. En second lieu, du fait que les éléments essentiels du FESMT reflètent ceux de l'outil RAI-MH, les agents de police ont l'occasion d'utiliser un formulaire qui non seulement se fonde sur des données du système de santé mais aussi est rédigé dans le langage du système de santé. L'utilisation d'un langage commun permet de relier les deux secteurs et est susceptible de faciliter les efforts de collaboration entre les hôpitaux, les services de police et les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.



Le FESMT ne remplace pas le pouvoir que la *Loi sur la santé mentale* confère aux agents de police. Ces derniers doivent remplir le FESMT pour toutes les personnes en situation de crise liée à un problème de santé mentale et de toxicomanie, peu importe la ligne de conduite qu'ils envisagent (libération, orientation, réorientation, arrestation en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, arrestation pour infraction criminelle, etc.). Un exemplaire du FESMT doit être remis au personnel du service des urgences ou aux fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Le personnel du service des urgences peut s'en servir à des fins d'évaluation. Les fournisseurs de services communautaires de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie peuvent y recourir pour déterminer si la personne en situation de crise a besoin de soins de suivi.

## Copie de démonstration du Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie

Des exemplaires de ce formulaire peuvent être obtenus à un coût minime. Pour en savoir plus long, il suffit de se rendre sur le site se trouvant à l'adresse <https://catalog.interrai.org/category/bmhs-forms>

**BMHS** interRAI™ Brief Mental Health Screener (BMHS) 1 

**Police Assessment Form**  
[CODE FOR LAST 24 HOURS UNLESS OTHERWISE SPECIFIED]

---

**SECTION A. Identification Information**

1. NAME  
a. First: \_\_\_\_\_ b. Middle initial: \_\_\_\_\_ c. Last: \_\_\_\_\_ d. Lx/Sx: \_\_\_\_\_

2. SEX  
M Male  F Female

3. BIRTHDATE  
Year: [ ] [ ] Month: [ ] [ ] Day: [ ] [ ]

4. POSTAL CODE OF USUAL LIVING ARRANGEMENT [EXAMPLE — CANADA]  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

5. HOMELESS  
0 No  1 Yes

6. DATE AND TIME CONTACT INITIATED  
a. Date: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Year: [ ] [ ] Month: [ ] [ ] Day: [ ] [ ]  
b. Time: [ ] [ ] [ ] [ ]  
(24-hr time system)

7. OCCURRENCE NUMBER [EXAMPLE — CANADA]  
[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

---

**SECTION B. Indicators of Disordered Thought**

1. MENTAL STATE INDICATORS AND BEHAVIOURS  
0 Not present  
1 Present but not exhibited in last 24 hours  
2 Exhibited in last 24 hours

a. Irritability  
b. Hallucinations  
c. Command hallucinations  
d. Delusions  
e. Hyperaerousal  
f. Pressured speech or racing thoughts  
g. Abnormal thought processes  
h. Socially inappropriate or socially unacceptable behaviour  
i. Verbal abuse  
j. Intoxication by drug or alcohol

2. DEGREE OF INSIGHT INTO MENTAL HEALTH PROBLEM  
0 Full   
1 Limited   
2 None

3. COGNITIVE SKILLS FOR DAILY DECISION MAKING  
Making decisions regarding tasks of daily life — e.g., when to get up or have meals, which clothes to wear or activities to do  
0 Independent — Decisions consistent, reasonable, and safe  
1 Modified independence or any impairment

---

**SECTION C. Indicators of Risk of Harm**

1. PREVIOUS POLICE CONTACT IN LAST 30 DAYS  
0 No contact  
1 Any contact, no mental health apprehension  
2 Any contact, mental health apprehension

2. PERSON HAS BEEN KNOWN TO CARRY OR USE WEAPON(S) IN THE LAST YEAR  
0 No  1 Yes

3. VIOLENCE  
Code for most recent instance  
0 Not present  
1 Present but not exhibited in last 24 hours  
2 Exhibited in last 24 hours

a. Violent ideation  
b. Intimidation of others or threatened violence  
c. Violence to others

4. INDICATORS OF SELF-HARM  
0 No  1 Yes

a. Self-injurious attempt in LAST 7 DAYS   
b. Considered performing a self-injurious act in LAST 30 DAYS   
c. Suicide plan — in LAST 30 DAYS, formulated a scheme to end own life   
d. Family, caregiver, friend, or other expresses concern that person is at risk for self-injury

5. HOME ENVIRONMENT — SQUALID CONDITION — e.g., extremely dirty; infestation by rats or bugs  
0 No   
1 Yes   
2 Unknown, home not visited or no information

6. REFUSED TO TAKE SOME OR ALL OF PRESCRIBED MEDICATION IN LAST 3 DAYS  
0 No, or no medications   
1 Yes

---

**SECTION D. Disposition**

1. ACTION(S) TAKEN  
Record action(s) taken as applicable  
0 No  1 Yes

a. Voluntarily escorted to hospital  
b. Transferred to EMS / mobile crisis team  
c. Caseworker / probation notified  
d. Referred to community mental health agency  
e. Apprehended under existing order  
f. Involuntarily apprehended  
g. Charges pending

2. HOSPITAL INFORMATION (if applicable)

a. Hospital Name: \_\_\_\_\_  
Post: \_\_\_\_\_

b. interRAI BMHS received by: \_\_\_\_\_  
Post: \_\_\_\_\_

c. Admitted to hospital   
0 No   
1 Yes   
2 Unknown

© interRAI BMHS 2014–2015 (3.0); www.interrai.org      Reproduction prohibited. Purchase interRAI forms at catalog.interrai.org      ISBN: 978-1-62289-626-7

### Accès au FESMT

Afin de pouvoir utiliser le FESMT, l'agent de police doit signer une entente d'utilisation avec interRAI et convenir d'acheter les manuels d'utilisation du FESMT à des fins de formation (on peut s'en procurer en ligne à un coût minime à l'adresse <https://catalog.interrai.org/category/bmhs-manuals>). Les agents de police peuvent procéder de diverses façons pour communiquer à un professionnel de la santé l'information du FESMT. Ils peuvent remettre le formulaire en mains propres ou le transmettre par voie électronique. Pour déterminer la méthode qui convient le mieux pour votre service de police ou obtenir un exemplaire de l'entente d'utilisation du FESMT, veuillez communiquer avec la personne suivante:

Dr Ron Hoffman  
École de criminologie et de justice pénale  
Université Nipissing, 100 College Drive, Box 5002  
North Bay, Ontario, P1B 8L7  
Tél. : 705 474-3450, poste 4565  
Courriel : [ronhoffman@nipissingu.ca](mailto:ronhoffman@nipissingu.ca)

### Élaboration du FESMT

L'élaboration du FESMT s'est faite en plusieurs étapes dont une analyse documentaire ciblée, une analyse de la base de données RAI-MH, la mise sur pied d'une équipe de recherche et l'instauration d'un comité consultatif.<sup>7</sup> Des commentaires et suggestions ont été également recueillis auprès des chercheurs d'interRAI, et en particulier ceux du réseau de la santé mentale d'interRAI, lequel a été établi en 2005 pour appuyer la recherche et la mise en œuvre des instruments d'évaluation de la santé mentale d'interRAI. Le réseau de la santé mentale d'interRAI est composé d'une trentaine de chercheurs et de cliniciens provenant de neuf pays, soit le Canada, les États-Unis, l'Islande, les Pays-Bas, l'Australie, le Brésil, le Chili, le Pérou et la Russie, lesquels possèdent une vaste gamme d'expertises dans les services de santé mentale.

### À propos d'interRAI

**interRAI** est un réseau collaboratif international de chercheurs provenant d'une trentaine de pays qui ont à cœur d'améliorer la qualité de vie des personnes vulnérables grâce à un système d'évaluation sans faille et complet. En tant que consortium sans but lucratif, interRAI s'efforce de promouvoir un processus décisionnel et des pratiques cliniques fondés sur des données probantes en assurant la collecte et l'interprétation des données de qualité sur les caractéristiques et les expériences des personnes ayant reçu des services fournis par divers établissements de services sociaux et de santé. Pour en savoir plus long au sujet du réseau interRAI, il suffit de se rendre sur le site se trouvant à l'adresse [www.interrai.org](http://www.interrai.org)

---

7. Pour en savoir plus long au sujet du FESMT, voir : Hoffman, R. et al. (2016). L'utilisation d'un FESMT pour renforcer la capacité des agents de police à reconnaître les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 28-35. Extrait du site Web se trouvant à l'adresse <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716300449>

## Outil 5: Formulaire de transfert de garde

Cet outil est un modèle que les collectivités ontariennes peuvent utiliser pour faciliter l'élaboration d'un protocole de transfert entre services de police et services hospitaliers. Les collectivités peuvent adapter et modifier ce modèle en fonction de leurs besoins locaux en utilisant les ressources disponibles.

Ce formulaire sert à documenter l'analyse conjointe des risques que mènent les agents de police et le personnel de l'hôpital. Le but de l'analyse conjointe des risques consiste à déterminer si la personne présente un risque de se blesser elle-même ou de blesser d'autres personnes, ou de s'enfuir de l'hôpital. Plus précisément, l'analyse vise à déterminer si l'agent ou les agents de police peuvent transférer la garde de la personne au personnel de l'hôpital ou s'ils doivent rester à l'hôpital. L'analyse conjointe des risques doit être menée à bien par un des agents de police et un membre du personnel de l'hôpital qui n'est pas nécessairement un médecin.

## Formulaire de transfert de garde

Ce formulaire sert à documenter l'analyse conjointe des risques que mènent les agents de police et le personnel de l'hôpital. Le but de l'analyse conjointe des risques consiste à déterminer si la personne présente un risque de se blesser elle-même ou de blesser d'autres personnes, ou de s'enfuir de l'hôpital. Plus précisément, l'analyse vise à déterminer si l'agent ou les agents de police peuvent transférer la garde de la personne au personnel de l'hôpital ou s'ils doivent rester à l'hôpital. L'analyse conjointe des risques doit être menée à bien par un des agents de police et un membre du personnel de l'hôpital qui n'est pas nécessairement un médecin.

### Renseignements sur la personne

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nom               |  |
| Adresse           |  |
| Téléphone         |  |
| Date de naissance |  |

Formulaire d'examen de santé mentale et de toxicomanie rempli par l'agent ou les agents de police:

Non                       Oui                       FESMT ci-joint

Comportement(s) observés:

---



---

### Disposition:

**Disposition de la personne. Les descripteurs ne constituent que des lignes directrices.**

|   |  |
|---|--|
| Risque élevé<br><input type="checkbox"/>  | La personne a démontré de nombreux indicateurs verbaux et physiques durant les 30 dernières minutes. La personne ne coopère pas. La personne a des antécédents de violence ou de fuite des institutions. La personne a des antécédents récents de toxicomanie. Lorsque la personne présente un <b>risque élevé</b> , les agents de police doivent rester avec elle jusqu'à ce qu'elle ait été évaluée par un médecin qui déterminera s'il doit ou non produire la Formule 1 de demande d'évaluation psychiatrique.                             |
| Risque moyen<br><input type="checkbox"/>  | La personne a démontré certains indicateurs verbaux et physiques durant les 30 dernières minutes. La personne coopère parfois. La personne peut avoir des antécédents de violence de fuite des institutions. La personne peut avoir des antécédents récents de toxicomanie. Dans le cas des personnes présentant un <b>risque moyen</b> , il peut être nécessaire ou non que les agents de police restent. Cette décision doit être prise de façon collaborative lors d'une discussion entre le personnel hospitalier et les agents de police. |
| Faible risque<br><input type="checkbox"/> | La personne s'est montrée docile et coopérative durant les 30 dernières minutes. La personne n'a pas d'antécédents de violence ou de fuite. La personne n'a pas d'antécédents récents de toxicomanie. Si la personne présente un <b>risque faible</b> , les agents de police peuvent transférer la garde au personnel hospitalier immédiatement.   |

### Mesure:

**L'agent de police a-t-il laissé la personne à l'hôpital?**

|                              |  |
|------------------------------|--|
| Oui <input type="checkbox"/> | Heure à laquelle l'agent de police est parti :           |
| Non <input type="checkbox"/> | L'agent de police est resté pour les raisons suivantes : |

Commentaires ou observations supplémentaires

---



---

Les signatures ci-dessous indiquent un accord avec le ou les comportements observés et la disposition vérifiée:

|   |                    |   |
|---|--------------------|---|
| Membre du personnel de l'hôpital :                  |                    | H |
| Agent de police :                                   | Numéro d'insigne : | H |
| L'agent de police est revenu dans l'établissement : |                    | H |
| Motif :   |                    |   |

## Ressources supplémentaires

Hoffman, R. et al. (2016). The use of a brief mental health screener to enhance the ability of police officers to identify persons with serious mental disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 28-35. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716300449>

Association des hôpitaux de l'Ontario. (2012). *Practical Guide to Mental Health and Law in Ontario*.

<http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/Toolkits/Documents/Final%20-%20Mental%20Health%20and%20the%20Law%20Toolkit.pdf>

Comité provincial de coordination des services à la personne et des services juridiques. (2013). *Strategies for Implementing Effective Police-Emergency Department Protocols in Ontario*

<http://www.hsicc.on.ca/Provincial/Planning%20and%20Priorities/Strategies%20for%20Implementing%20Effective%20Police-Emergency%20Department%20Protocols%20in%20Ontario.pdf>

Association pour la santé et la sécurité dans les services publics. (2013). *Completing the Violence/Aggression Assessment Checklist (VAAC) for Emergency Departments(ED) or Emergency Medical Services (EMS)*.

[https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/VAACEtoo\\_instruction.pdf](https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/VAACEtoo_instruction.pdf)

La législation pertinente peut être consultée au : <https://www.ontario.ca/fr/lois>

- Loi de 1990 sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée
- Loi de 1990 sur la santé mentale
  - Loi de 1990 sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée
  - Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels
  - Loi de 1990 sur les services de police



Canadian Mental  
Health Association  
Ontario

Association canadienne  
pour la santé mentale  
Ontario



HSJCC  
Human Services & Justice  
Coordinating Committee



Ontario  
Hospital  
Association

