Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux dans l'intervention en itinérance à Montréal

Synthèse bibliographique sur les expériences comparables aux États-Unis, en Australie et en Europe

Evelyne Baillergeau, CREMIS, co-chercheure recherche EMRII

avec la participation de :
Dorieke Wewerinke, agente de recherche
Prescillia van Noort, agente de recherche
Max Huber, agent de recherche

Novembre 2012

1. Préambule

Contrairement au cas général, la préparation de cette synthèse bibliographique n'a pas seulement consisté en une enquête bibliographique préalable à une recherche empirique pour étayer des hypothèses à l'aune de travaux réalisés par d'autres. Elle a aussi été – et même surtout été - un travail d'exploration, mené en parallèle de la recherche de terrain concernant l'EMRII à Montréal. Dans ce travail d'exploration il s'est agi de repérer des politiques et des pratiques déployées dans d'autres contextes pour répondre à des questionnements similaires concernant la présence des personnes itinérantes dans l'espace public. Quelles sont les réponses qui ont été conçues et mises en œuvre? Quelles sont les logiques qui les ont guidées? A quelles interrogations ont-elles donné lieu, en termes d'évaluation des pratiques ou bien en termes d'enjeux théoriques et éthiques de l'intervention auprès des personnes en situation d'itinérance? L'objet central de cette recherche bibliographique a donc été de renseigner les initiatives impliquant conjointement forces du maintien de l'ordre public et intervenants du monde de la santé et des services sociaux autour de la présence des personnes itinérantes dans l'espace public, là où cette présence pose question. En l'absence de données de recherche synthétique sur la question, nous avons entrepris de repérer les pays où de tels questionnements ont cours, pour voir quelles analyses en ont été faites, quelles réponses ont été développées et quelles leçons il est possible d'en tirer en regard des projets en cours et à venir à Montréal. Il a pour cela fallu mobiliser des connaissances théoriques existantes et pertinentes concernant des sujets proches, notamment sur les enjeux de la

judiciarisation de l'itinérance et le partenariat interprofessionnel et/ou inter-institutionnel impliquant police, santé et/ou travail social.

Concrètement, nous nous sommes attachés à saisir les contours des initiatives conjointes, les ressorts et les résultats au prisme de la plus grande variété de regards possibles : gestionnaires, professionnels de première ligne, personnes impliquées. Compte tenu du questionnement initial des commanditaires sur l'impact des initiatives conjointes, nous avons particulièrement veillé à déterminer si les initiatives avaient fait l'objet d'évaluations et de quel type. En effet, une évaluation ne renseigne pas nécessairement l'impact des politiques et des pratiques sur les usagers. Nous verrons d'ailleurs que c'est rarement le cas des pratiques qui intéressent cette recherche, particulièrement l'impact durable sur la trajectoire des personnes à la rue.

Cette recherche ayant été réalisée en un temps réduit et avec des moyens limités, elle ne prétend pas à l'exhaustivité, ni au niveau des formes d'intervention mises en œuvre, ni au niveau des analyses qui en ont été faites. Pour faciliter l'approfondissement des connaissances, nous nous sommes efforcé d'inclure un maximum de mots-clés et de références bibliographiques tout au long du texte. Par ailleurs, faute de temps, cette note ne traite pas de la situation dans les autres provinces canadiennes ni dans les autres villes du Québec. Les explorations bibliographiques et les contacts pris au cours de la recherche laissent entrevoir qu'il y aurait pourtant lieu de le faire, notamment au sujet de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ou il existe des problématiques comparables et où des interventions conjointes ont été développées au cours des dernières années. De nombreuses pistes restent à explorer.

2. Les États-Unis

Nous nous sommes bien évidemment penché sur le cas des **États-Unis** puisque les instigateurs de l'EMRII se sont inspiré de l'expérience de la ville de San Diego (Californie). A un niveau plus global, la situation états-unienne présente des similarités avec la situation québécoise mais aussi d'importantes différences.

Tout comme au Québec, une proportion non négligeable de personnes en situation d'itinérance sont confrontées à des questions de santé mentale (50% pour l'ensemble et environ 25% ayant des problématiques sévères telles que troubles bipolaires, schizophrénie, dépression chronique - NAEH, 2012). Comme au Québec, cette situation est en partie due au processus de desinstitutionnalisation (Borus, 1981), amorcé dans les années 1960 et 1970, et qui devait être accompagné d'investissements publics dans les ressources communautaires en santé mentale. Cela a très peu été le cas aux États-Unis (Reuland, 2004 ; NAEH, 2012). Il n'est donc pas surprenant que dans un grand nombre de localités, l'incarcération soit la seule option possible pour les policiers lorsqu'ils interpellent des personnes présentant un comportement qu'ils jugent 'erratique' et lié à des problématiques de santé mentale (IACP, 2010). Parallèlement, des chercheurs estiment que l'itinérance est, aux États-Unis, surtout considérée comme une question de sécurité, bien plus que comme une question sociale, l'accent étant mis sur la criminalisation de l'itinérance et parfois même des ressources qui visent à leur venir en aide (National Law Center on Homelessness & Poverty, 2011) et sur la dangerosité des personnes, dans un climat de pessimisme concernant la possibilité d'incorporer les marginaux dans la société américaine et ce depuis 1980 (Beckett & Western, 2001).

De fait, les réponses envisagées concernant la présence dans l'espace public de personnes en situation d'itinérance partent le plus souvent de préoccupations policières en matière de sécurité publique et d'efficacité policière (comment diminuer le temps passé par les patrouilleurs lors de situations de crise?). On constate cependant que d'autres préoccupations se font jour dans certaines villes, notamment les coûts liés au recours à des services d'urgences médicales mais aussi la mise en lien des personnes avec des ressources adéquates dans l'optique de favoriser leur bien-être. C'est particulièrement le cas dans certains États du Sud où se trouvent de grandes agglomérations urbaines qui accueillent de nombreux itinérants, dont une part non négligeable de vétérans : Californie, Floride, Texas.

Les réponses développées aux États-Unis peuvent être rangées dans deux types de modèles : le modèle de police spécialisée (*police-based specialised police response*) et les modèles d'intervention conjointe (*police-based specialised mental health response*), selon la typologie employée par Deane et al. (2009).

Le modèle de **police spécialisée** le plus connu et le plus répandu est celui des *Crisis Intervention Teams* (CIT) développé à Memphis (Tennessee) à partir de 1987. Le modèle a été conçu pour favoriser la capacité des policiers à assurer la sécurité lors de situations de crise. La sécurité physique est en effet un enjeu particulièrement important aux États-Unis en raison de la large diffusion et de la grande accessibilité des armes à feu. Ce modèle a été mis au point pour répondre à des situations de crise en lien avec une problématique de santé mentale – suite au décès accidentel d'une personne ayant des troubles de santé mentale lors d'une fusillade impliquant des policiers (Steadman et al., 1999 & 2000; Reuland, 2004). L'enjeu central est de mettre les policiers en capacité de réduire l'intensité d'une situation potentiellement violente, dans l'intérêt des personnes présentant des troubles de santé mentale mais aussi des policiers. De fait, les CIT traitent également de questions relatives aux personnes itinérantes, en lien avec des problématiques de santé mentale ou non (par exemple des appels émanant de commerçants concernant des conflits les opposant à des quêteurs installés devant leur local commercial). On y retrouve l'association des modes de réponse santé mentale/itinérance du Québec. Ce modèle est clairement orienté vers la recherche d'alternatives à l'arrestation et à l'incarcération (Daly, 2006). La spécificité de ce modèle repose sur la **formation d'officiers de police aux techniques d'intervention en cas de situation de crise** et sur leur **sensibilisation aux enjeux de santé mentale** et au vécu des personnes ayant des problèmes de santé mentale en situation de contact avec la police ou la justice. L'ampleur et le contenu des formations est très variable d'une région à une autre, les formations étant conçues localement en fonction de problèmes locaux, et d'ailleurs pas forcement en lien direct avec l'itinérance. Suite à cette formation, les policiers sont censés être mieux outillés pour évaluer une situation de crise et pour savoir où orienter la personne.

Ce modèle repose le plus souvent sur une initiative des milieux policiers et il prend appui sur un partenariat ponctuel avec les institutions de la santé publique et des services sociaux, principalement au stade de la formation des policiers. Ce modèle suppose l'existence de ressources en santé mentale accessibles à tout moment, ce qui n'est pas toujours le cas aux États-Unis, loin s'en faut, d'où une première limite de ce modèle. Une autre limite en est que les policiers, même en étant formés, n'ont pas accès au dossier médical des personnes qu'ils interpellent. Ils risquent donc de ne pas savoir les mettre en relation rapidement avec les ressources adéquates et ce d'autant plus dans les grandes villes où coexistent plusieurs hôpitaux et ressources spécialisées.

Les États-Unis ont également investi dans le développement d'**interventions conjointes** (entrant dans ce qu'on appelle le *co-responder model*), mettant en scène non seulement des officiers de police mais aussi des intervenants cliniciens (infirmière, psychologue, travailleur social clinicien, etc.) pour procéder à **l'évaluation des situations et à l'orientation des personnes vers les ressources adéquates**. Ces évaluations se font soit par téléphone, soit *de visu* au sein d'unités mobiles ou au bureau de police.

Les villes californiennes sont souvent citées en exemple, notamment Los Angeles et San Diego. La ville de Los Angeles a été pionnière dans le développement d'interventions conjointes. L'équipe SMART (System wide Mental Assessment Response Teams) a été lancée en 1993, à l'initiative de la police de Los Angeles en partenariat avec l'agence de santé mentale du comté de Los Angeles pour mieux orienter les personnes interpellées par la police vers les ressources adéquates. Cette équipe comprend un policier ayant reçu une formation spécifique et un intervenant en santé mentale. Parallèlement, le programme CAMP (Case Assessment Programme) vise à assurer un **suivi de cas** pour des personnes identifiées comme suscitant de nombreux appels à la police. Le suivi de cas consiste en des prises de contact régulières avec un certain nombre de personnes, notamment pour s'assurer qu'elles poursuivent bien leur traitement, le cas échéant. Le programme CAMP implique des policiers enquêteurs, des psychologues, des travailleurs sociaux de l'agence de santé mentale du comté de Los Angeles (The Council of State Governments, 2012; Adelman, 2003). Cette agence est également impliquée dans la supervision, depuis 2002, de l'équipe HOPE (Homeless Outreach Psychiatric Evaluation) à Pasadena, une ville proche de Los Angeles qui abrite de nombreux itinérants. Le mandat de cette équipe mixte composée d'un policier ayant suivi une formation particulière et d'un intervenant clinicien semble centré sur l'évaluation des situations (première ligne) mais il s'agit cependant de promouvoir un climat de confiance (rappelant les pratiques d'EMRII : préparation à un travail de suivi?). L'équipe mixte circule dans une voiture banalisée et les policiers n'opèrent pas toujours en uniforme (The City of Pasadena, 2012). L'équipe effectue des patrouilles mais prend aussi en charge des appels reçus par la police. A Los Angeles, une attention particulière est portée à la coordination entre l'équipe SMART et l'équipe CAMP. Les deux sont reliées à une infirmière qui est en mesure de consulter les registres locaux de santé mentale. Le partage d'informations concernant les patients se fait cependant de manière contrôlée et limitée aux membres d'une même équipe (Adelman, 2003). On constate donc qu'il existe **deux types d'interventions conjointes** aux États-Unis, certaines portant sur l'évaluation des situations, d'autres sur le suivi de cas, comme c'est le cas d'EMRII, ce n'est donc pas le cas général, loin s'en faut.

A San Diego, deux types d'intervention conjointe ont été mises au point à partir de 2001. Le *Psychiatric Emergency Response Team* (PERT) est une unité mobile, composée d'un policier ayant suivi une formation particulière et d'un clinicien en santé mentale, qui a pour mission de prendre en charge certains appels faits à la police (concernant soit des doutes sur la santé mentale d'une personne, la violence domestique ou le suicide) ainsi que les incidents liés à des comportements jugés étranges. Elle est donc centrée sur les enjeux de santé mentale, concernant des résidents du comté de San Diego, quel que soit leur âge. Le deuxième type d'interventions conjointes développé à San Diego est celui des *Homeless Outreach Team* (HOT), qui sont plus spécialement adaptées aux situations de personnes à la rue de manière chronique et à l'orientation de celles-ci (quand elles le souhaitent) vers des ressources qui vont répondre à leurs besoins élémentaires (nourriture, hébergement d'urgence, etc.), voire même à un soutien juridique pour éviter l'incarcération ou un suivi en désintoxication ou psychiatrique. A San Diego, les équipes HOT associent un officier de police, d'un clinicien PERT et d'un travailleur social.[1]

La présence sur le terrain d'intervenants autres que policiers est perçue comme rassurante du point de vue des personnes interpellées. La principale limite mise en avant concernant les modèles d'intervention conjointe est qu'ils supposent une implication financière plus importante que les CIT et sont donc peu abordables pour les villes qui ont des ressources limitées. Quand bien même ces modèles existent, comme en Californie, les unités mobiles ne sont pas disponibles en tout temps, ce qui limite également leur portée, (s'agissant des unités mobiles de première ligne).

A l'échelle des États-Unis, les partenariats développés sur le terrain s'inspirent de l'un ou de l'autre des modèles ou combinent les deux. Globalement les évaluations des différents partenariats développés aux États-Unis sont positives, en regard de critères tels qu'un moindre taux d'incarcération des personnes ayant des problèmes de santé mentale au profit de la référence vers d'autres lieux ; un moindre temps d'intervention des patrouilleurs sur des situations impliquant des personnes ayant des problèmes de santé mentale; la hausse du recours aux urgences psychiatriques; la régression des blessures lors des interpellations; la régression des attitudes stigmatisantes associant santé mentale et dangerosité (Compton et al., 2006); la régression du recours a la force (Reuland, 2004; Steadman et al., 2000; Watson et al., 2008) ou encore un taux élevé d'utilisation des unités mobiles mises à disposition. Cela dit, ces évaluations sont le plus souvent le fait des institutions policières et fondées sur des données policières. Elles ne renseignent donc pas centralement

1 Ce n'est pas le cas de toutes les villes qui ont développé des équipes HOT à travers les États-Unis : certaines se limitent à un partenariat entre intervenants de la santé et du service social, notamment à San Francisco, à partir de 2004.

l'amélioration de la situation ou de la condition de la clientèle itinérante, ni à court terme ni à long terme.

Pour compenser cette absence de données dans ce domaine et pour tâcher de donner une idée de la variété des regards, nous avons réalisé quelques entrevues téléphoniques (*National Coalition for the Homeless*; *National Alliance to End Homelessness*), qui permettent de nuancer la perspective largement positive des évaluations formelles. Les témoignages recueillis suggèrent un net déséquilibre entre les logiques du maintien de l'ordre et de l'efficacité policière (dominantes) et les logiques de santé publique et de promotion du bien-être des personnes itinérantes et vulnérables, la collaboration apparaissant, pour les professionnels de la sante mentale, au mieux, comme un pis-aller, dans un contexte de grande pénurie du côté des politiques sociales en général et, en particulier, de ressources en santé mentale accessibles aux plus vulnérables. Ces témoignages sont bien sûr à prendre avec précaution mais ils indiquent néanmoins la nécessité de prendre la mesure, pour conclure à un succès des initiatives, d'un certain nombre de paramètres tels que la capacité à l'adaptation à des situations locales; la qualité de la communication et de la confiance entre les partenaires; l'existence de ressources en santé mentale pour accueillir les personnes; l'implication de ressources en santé mentale mais aussi d'autres ressources communautaires tels que les groupes de défense des droits et/ou de représentation de la clientèle. Certains facteurs sont d'ailleurs présentés comme des facteurs de réussite des programmes et il parait indispensable de les intégrer à tout dispositif d'évaluation de tels partenariats.

Outre les États-Unis, nous nous sommes penché sur quelques pays réputés pour l'importance accordée aux enjeux de santé publique et aux questions d'exclusion sociale au niveau des pouvoirs publics et, en ce sens, plus proches du Québec que les États-Unis de ce point de vue : l'Australie et l'Europe occidentale.

3. L'Australie

En **Australie**, le processus de desinstitutionnalisation a également eu un impact non négligeable sur les personnes aux prises avec des problématiques de santé mentale, notamment en termes de réduction des capacités d'hébergement et de ressources communautaires en santé mentale. Les auteurs y voient un risque accru d'itinérance et de troubles à l'ordre public pour délits mineurs (Calma, 2008). Une particularité du contexte australien est l'importance des pouvoirs dont disposent les forces de police pour bouter les itinérants hors des espaces publics (move-on laws & Northbridge curfews – Tailor & Walsh, 2006), particulièrement quand il s'agit d'autochtones avec des problématiques de santé mentale (Taylor, 2006; Butler & Allnut, 2003; NSW Police force, 2011), qui sont en moyenne sur-représentés dans le système judiciaire (Calma, 2008; Allard et al. 2010; Naylor, 2012).

Comme aux États-Unis et au Québec, le temps passé par les policiers lors d'interpellations de personnes avec des problématiques de santé mentale pose question en Australie. Par ailleurs, de nombreux policiers australiens ne se sentent pas formés et peu soutenus lors des contacts avec des problématiques de santé mentale, qui plus est dans un contexte de croissance des besoins (Fry et al, 2002; Bartels, 2011). De plus, certains sont souvent confrontés à des réticences du côté des institutions hospitalières quand il s'agit de recevoir des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale (NSW Law Reform Commission, 2010). On note cependant une tendance récente à prendre en compte les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Les mesures prises sont de plusieurs ordres.

Tout d'abord il existe des mesures d'ordre **législatif** : sur l'initiative du gouvernement de l'État de Nouvelle-Galles du Sud (Sydney), des moyens ont été accordés à la police pour faire appel au système de santé plutôt qu'au système judiciaire lors d'interpellations de personnes présentant des troubles de santé mentale (Mental Health Act datant de 2007). On ne sait cependant pas quelles ont été les conditions de l'application de la loi ni même si elle s'est assortie de moyens financiers supplémentaires pour les institutions hospitalières.

Par ailleurs, à partir de 2001, plusieurs États australiens ont procédé au développement d'unités de **police spécialisée**. Tout comme dans le cas des CIT états-uniens, il s'agit de promouvoir la formation des policiers, en s'appuyant sur un programme national de formation : le Mental Health First Aid (MHFA). Ce programme vise à développer les connaissances des policiers en matière de santé mentale en vue de réduire les attitudes stigmatisantes et à promouvoir les actions de soutien. Ce programme a fait l'objet d'une évaluation positive (Orygen Youth Health Research Centre,

2009)[2]. Ce programme de formation est relativement léger en regard des programmes de formation californiens s'appliquant aux policiers impliqués dans les unités conjointes (12h de formation contre 40h voire plus). Le gouvernement de l'État de Nouvelle-Galles du Sud s'est inspiré de l'expérience de Memphis pour développer, à partir de 2008, le Mental Health Intervention Team (MHIT). Ce projet pilote - devenu récurrent depuis - repose sur un programme intensif de formation de policiers poursuivant plusieurs objectifs : réduire le nombre de blessures lors des interpellations policières de personnes présentant des troubles de santé mentale (de part et d'autre); développer les connaissances des policiers en termes de risques; améliorer la collaboration entre les policiers et les autres agences gouvernementales impliquées dans la réponse aux questions de santé mentale; réduire le temps passé par les policiers dans l'intervention auprès de personnes présentant des troubles de santé mentale (Lee et al., 2010; Herrington, 2009). Concrètement, il s'agit de développer des compétences en communication pour contribuer à réduire l'intensité et gérer au mieux les situations de crise. Ce type de formation est conçu et donné par des cliniciens en santé mentale.

Enfin, on peut trouver en Australie plusieurs expériences d'**intervention conjointe de première ligne**. Le programme PACER (Police, Ambulance and Crisis Assessment Team Early Response) a été lancé dans l'État de Victoria et implique, aux côtés de la police, le service public de santé mentale. Des équipes mixtes et mobiles, composées d'un policier et d'un intervenant clinicien (issu de services Crisis Assessment and Treatment et habilité à faire de l'évaluation de cas de santé mentale dans un bureau de police, aux urgences ou ailleurs) ont pour mission de porter assistance aux patrouilleurs ou à des équipes d'urgentistes lors de situations de crise (Wood et al., 2011). Ces équipes opèrent à partir d'un véhicule banalisé. L'évaluation du programme PACER fait ressortir l'amélioration de la communication entre agences, l'amélioration de l'utilisation des ressources existantes et la création de réponses plus centrées sur la personne qui permettent de prévenir le recours à des mesures restrictives (Victoria Auditor General, 2009; Wood et al., 2011; Lee et al, 2010). La coopération permet de favoriser la consultation des banques de données de santé mentale pour pouvoir élargir les options de référence. Il y a cependant une claire volonté que chacun reste à sa place (Victoria Police, 2006 & 2007). L'État de Queensland a également vu l'émergence d'un modèle d'intervention conjointe à Cairns en 2011. Il s'agit de procéder à l'évaluation de situation puis de favoriser l'arrimage avec des ressources de santé mentale ou autres. Contrairement à EMRII, ces partenariats n'ont pas en général pas d'expertise sociale et mobilisent surtout des savoir-faire

2 Voir aussi le programme de formation CRYPAR (Co-ordinated Response to Young People at Risk à Nroth-Brisbane et Pine Rivers (Etat de Queensland) visant à former les policiers aux enjeux de l'itinérance. Il s'agit de les encourager à référer les personnes en situation d'itinérance aux ressources (Hollywood, 2008)

en santé. Une exception à cela a cours dans l'État d'Australie Méridionale, au sein du partenariat Youth Development Officers (YDO), alliant des police et des travailleurs sociaux en vue de prévenir la judiciarisation des jeunes vulnérables (Parker et al., 2000).

On pourra remarquer l'implication active et volontariste des pouvoirs publics fédéraux et étatiques ainsi que des services locaux de santé mentale australiens dans la promotion des initiatives partenariales avec la police. Les évaluations – le plus souvent positives – suggèrent un moindre recours à la judiciarisation du fait de l'existence de différentes réponses mais une étude plus fine des impacts reste à mener, notamment sur le devenir des usagers au-delà de l'évaluation – meilleur arrimage aux ressources? Y a-t-il un développement de celles-ci parallèlement aux initiatives de partenariat inter-institutionnel? Là aussi, la visibilité sur l'appréciation des services par les usagers reste mystérieuse.

4. Quelques pays d'Europe occidentale

En **Europe** - tout comme au Canada et aux États-Unis - le thème des collaborations entre police et santé au sujet de la présence des populations itinérantes dans l'espace public a peu été traité dans la littérature en général, encore moins dans la littérature scientifique. Ce qui suit repose donc principalement sur la lecture de travaux portant sur des sujets adjacents et n'abordant la question qui nous intéresse que de manière marginale[3] et sur la sollicitation active d'informateurs-clé basés dans divers pays: la Grande-Bretagne qui fait office de pionnier en Europe pour ce qui est de la problématisation du 'anti-social behaviour' dans l'espace public ; Les Pays-Bas où les collaborations entre policiers et intervenants sociaux sont très répandues; la Norvège, réputée pour la vigueur de ses approches sociales de la marginalité. Ces informateurs nous ont suggéré d'intéressantes pistes qui restent à explorer plus en avant et à compléter par des recherches ciblées dans chacun de ces pays. Pour ce qui est de la France, un rapide tour d'horizon laisse à penser que les partenariats formels sont peu fréquents, qu'on a plutôt affaire à des configurations de co-présence (police/Samu social) ou bien de sous-traitance ou de délégation dans le sens des policiers vers les intervenants de la santé et des services sociaux pour ce qui est de la gestion des personnes itinérantes dans les espaces publics, gares ferroviaires comprises, ce qui peut notamment amener des intervenants sociaux à organiser ou à participer à l'éviction de populations indésirables (Bonnet, 2009). Globalement, la question des interactions entre intervenants ou entre secteurs d'intervention semble peu investie par les chercheurs français, ce qui suggère un flou qui ne pourrait être dissipé qu'en déployant des moyens de recherche supplémentaires.

Contexte

Avant d'aborder plus directement la question des partenariats police-santé-services sociaux concernant la présence dans l'espace public des personnes en situation d'itinérance, nous voudrions souligner trois éléments de contexte qui nous paraissent importants pour bien saisir la situation européenne.

Tout d'abord, en Europe, l'itinérance est une **réalité sociale en moyenne moins répandue** qu'en Amérique du Nord en raison de l'existence des systèmes de sécurité du revenu plus favorables ; du volume plus abondant d'habitations à loyer modique et d'une désinstitutionnalisation moindre ou

3 Notamment sur la criminalisation de l'itinérance et sur la criminalisation des 'incivilités' et autres 'nuisances' dans l'espace public, mettant en cause la présence et/ou le comportement de divers usagers des espaces publics, dont les personnes itinérantes mais pas uniquement, loin s'en faut : aussi les jeunes issus des quartiers défavorisés (Roché, 2002).

alors gérée différemment (par exemple aux Pays-Bas, le mouvement de désinstitutionnalisation a principalement reposé sur la transformation d'institutions hospitalières hautement médicalisées en des groupements d'habitations gérées collectivement plutôt qu'en des transferts vers des habitations individuelles diffuses - Van Gennep, 2000). Cela dit, les situations européennes tendent à se rapprocher de la situation états-unienne en raison de l'érosion des mécanismes de redistribution de revenus et des services publics à vocation socio-sanitaire. Cette tendance est, particulièrement évidente au Royaume-Uni, où les personnes tombant au travers des mailles du filet sont de plus en plus nombreuses. Par ailleurs, du fait de l'implication des pouvoirs publics pour offrir des alternatives à l'itinérance à partir du début des années 1990 et du relatif succès de ces initiatives, il apparaît que les personnes qui demeurent à la rue sont majoritairement des personnes dont la situation est complexe, combinant plusieurs problématiques et/ou affirmant le refus de recourir aux services (Johnsen & Fitzpatrick, 2010). On rejoint là des problématiques familières au Québec. Il ne faut cependant pas occulter la problématique des immigrants clandestins en attente de statut pour accéder à un logement (Pays-Bas, France – Rensen, 2001; Aalbers et al., 2005)

Ensuite, on peut remarquer en Europe, depuis une trentaine d'années, une **tendance générale à la revitalisation des centres-villes** où l'on souhaite attirer des entrepreneurs, des commerçants, des consommateurs/'magasineurs', des touristes, des contribuables et où les usagers marginaux des espaces publics (dont les personnes itinérantes) sont de moins en moins bienvenus. Cette tendance, également perceptible en Amérique du Nord (Smith, 1996; Nemeth, 2006; Rose, 2004), s'incarne particulièrement, en Europe, dans un grand nombre d'opérations de rénovation urbaine orchestrée par les pouvoirs publics (Baillergeau et al., 2008). La rénovation des gares ferroviaires a beaucoup suscité l'attention des chercheurs européens, en tant que lieux très fréquentés à la fois par des voyageurs désirables et des mendiants de moins en moins désirables (Bonnet, 2009 ; Doherty et al., 2008). Ce **climat de malaise vis-à-vis de la présence des populations marginalisées dans les espaces publics centraux** est parfois principalement d'ordre 'esthétique' (correspondant à un souhait d'invisibilisation des populations marginales en lien avec un processus d'amélioration de l'image des centres-villes – Millie, 2000 ; Johnsen & Fitzpatrick, 2010) et parfois principalement d'ordre sécuritaire (protection du public, les marginaux inspirant la crainte d'une certaine partie des usagers des espaces publics – Aalbers, 2010). Un peu partout en Europe, on peut constater la **multiplication des outils juridiques visant à réglementer les usages des espaces publics** (ou bien la réactivation d'outils juridiques existants), conduisant de fait à limiter la présence des populations itinérantes dans l'espace public. Ces mesures reposent soit sur l'interdiction d'accéder à certains espaces (en édictant ou en modifiant les

règles d'accès aux parcs ou aux centres d'achat la nuit), soit sur l'exclusion de certains comportements dans ces espaces (consommation 'abusive' d'alcool, dormir dans les espaces publics, mendicité, etc. – Johnsen & Fitzpatrick, 2010 ; Doherty et al., 2008). S'en suivent des injonctions passées au personnel policier, les conduisant à verbaliser ou à évincer des personnes itinérantes (voir pour le Canada Bellot & Sylvestre, 2012; Bellot et al., 2005; O'Grady et al., 2011). Il s'agit alors pour les policiers de répondre au sentiment d'insécurité du public et de le rassurer (on parle de *reassurance policing*, notamment en Suède) et de restaurer la confiance des citoyens en l'appareil policier et judiciaire. Il arrive aussi que des unités spécialisées soient mises en place. En Angleterre par exemple, il existe des équipes de police spécialisée (*street community policing teams*), chargées de faire appliquer l'interdiction de pratiquer la mendicité et la consommation d'alcool dans la rue en certains lieux ciblés (Johnsen & Fitzpatrick, 2010).

Ces pratiques policières, mais aussi les réglementations sur lesquelles elles sont basées, font l'objet de nombreux débats : y a-t-il vraiment des enjeux en termes de protection du public ? Dangerosité ? Les policiers eux-mêmes n'en sont pas toujours sûrs, notamment en Angleterre (Johnsen & Fitzpatrick, 2010) et aux Pays-Bas où la gestion des 'nuisances' est considérée comme une zone grise entre crime et perturbation bénigne de l'ordre public (De Bruin et al., 2003). Les résidents n'en sont pas toujours sûrs non plus et il arrive que ce soit plus le politique que les résidents qui pousse à l'application des réglementations des espaces publics (Johnsen & Fitzpatrick, 2010).

Enfin, la préoccupation de la sécurité des citoyens, particulièrement importante dans les agendas politiques européens à partir des années 1990, croise la tendance à **considérer que le maintien de l'ordre public n'est pas qu'une affaire de policiers** et que d'autres acteurs doivent être impliqués. Il s'agit notamment les citoyens (appelés à participer à des initiatives de surveillance de leur quartier de type *neighbourhood watch* – Royaume-Uni, Norvège, Pays-Bas) mais aussi – et surtout, dans le contexte européen – d'autres acteurs professionnels, en charge des publics perçus comme posant (potentiellement au moins) des questions d'ordre public (personnel enseignant, travailleurs sociaux, etc.). Ces derniers – ou du moins leur institution de tutelle sont donc régulièrement appelés à participer à des travaux de concertation au sujet de la sécurité des citoyens, notamment à l'initiative des pouvoirs publics locaux. Il arrive même que leurs pratiques fassent l'objet d'une évaluation en termes de contribution à la sécurité publique.

Existence et formes de partenariats interprofessionnels concernant la recherche de réponses aux personnes à la rue

En Europe, l'itinérance est souvent entendue comme une question principalement socio-économique (Edgar, 2006) et les acteurs du **champ social** sont en moyenne plus présents sur le terrain qu'en Amérique du Nord (surtout en Europe du Nord et de l'Ouest, moins en Europe du Sud – Benjaminsen et al., 2008 et 2009 et surtout si l'on met de côté les régions spécifiques que sont la Californie et le Québec). C'est notamment le cas des organisations caritatives privées qui fournissent des repas ou de l'hébergement d'urgence, mais aussi des pouvoirs publics à travers des implications directes (Damon, 2012) ou via des financements publics accordés aux organisations caritatives pour certaines missions en rapport avec les populations itinérantes (en France, SAMU social – réseau de ressources de liaison en matière d'hébergement d'urgence – principalement financé par l'État). D'une manière générale, les réponses sociales à l'itinérance sont très nombreuses et diversifiées en Europe et ont donné lieu à une littérature très abondante, que ce soit sur le droit au logement et l'accès au logement, l'accès aux soins, etc., parfois en lien avec des questionnements sur la disqualification sociale (Paugam, 2009) ou sur l'accès aux droits sociaux (Warin, 2007), ou la pauvreté urbaine (Pichon, 2008).

Les acteurs de la **santé** sont également très présents et ce depuis longtemps dans certains pays, à travers des services généraux de soins sans condition de ressources et de services spécifiques, notamment en Suisse et aux Pays-Bas autour de programmes d'échanges de seringues (depuis 1984 à Amsterdam – Bless et al., 1993; Kübler & Wälti, 2001[4]). Aux Pays-Bas, les services de santé mentale ont pour mandat d'intervenir en rapport aux personnes qui représentent un danger pour elles-mêmes.[5] Edgar et al (2006) évoquent des recommandations pour des partenariats interministériels sur la question de l'itinérance. Il faut aussi noter que les sphères de l'intervention sociale et de la santé sont en moyenne moins intégrées qu'au Québec et donc que la collaboration entre les acteurs du social et ceux de la santé prête à discussion, tant au niveau organisationnel qu'au niveau de l'articulation des logiques d'action (par exemple à Barcelone). Quoiqu'il en soit, les policiers européens sont loin d'être les seuls interlocuteurs professionnels des personnes en situation d'itinérance dans l'espace public, même si on peut constater un certain retrait des pouvoirs publics depuis quelques années.

4 Coordination entre les organisations et les agences impliquées dans les affaires impliquant des usagers de drogue à trois niveaux : élus locaux, fonctionnaires municipaux et intervenants de première ligne (Van der Veer, 1998; Kübler & Wälti, 2001).

5 Voir aussi les Crisis Resolution Home Treatment (CRHT) en Norvège qui, depuis 2002, répondent aux références concernant les personnes en crise (évaluation et orientation – Karlsson et al., 2008)

Pour ce qui est des partenariats interprofessionnels incluant la police, l'aspect le plus documenté à ce jour semble être **l'implication d'autres acteurs que la police dans l'application des règlements concernant les usages des espaces publics.** Cette question est au cœur du travail de Johnsen & Fitzpatrick (2010) sur l'Angleterre et de Baillergeau & Schaut (2001) sur les Pays-Bas et la Belgique ; elle est également abordée par Bonnet (2009) sur la France et l'Italie et par Doherty et al (2008) sur l'Irlande, la Suède, la Lithuanie, la Pologne, l'Italie et l'Allemagne. Les autres acteurs concernés sont bien sûr les commerçants mais aussi les acteurs du social et de la santé publique. Tous ces acteurs sont appelés à participer à des **instances de concertation** sur la question de la sécurité publique en rapport à un territoire donné. Ces concertations ne sont d'ailleurs pas toujours initiées par la police, mais plutôt par l'exécutif municipal ou infra-municipal (Angleterre, Pays-Bas), ou bien même au niveau national. Par exemple, en Italie, les programmes de revitalisation de gares ferroviaires ont fait l'objet de démarches de concertation au niveau national, afin de prendre en compte non seulement les enjeux de sécurité des passagers et des commerçants ainsi que de leurs clients mais aussi les implications sociales des opérations de rénovation, en rapport avec la (forte) présence de populations marginalisées dans les gares (Doherty et al., 2008 ; Tosi, 2007). Aux Pays-Bas, depuis 2003, la concertation inter-institutionnelle (au niveau national et au niveau local) porte principalement sur l'accès aux services (dont on considère que c'est le problème majeur, bien plus que l'existence de services – De Bruin et al, 2004) ainsi que sur les problèmes de communication entre institutions. Les fruits de la concertation sont peu documentés à ce jour mais les problèmes de communication ont été soulevés dans divers travaux, à la fois du côté de la santé et du côté de la police (De Bruin et al, 2004; Bisseling & Braam, 2009; Lindeman et al., 2004).

Pour ce qui est de **partenariats opérationnels** associant les policiers et les acteurs de la santé mentale, les partenariats tels que les CIT sont peu fréquents, voire absents, ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait pas de collaboration entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux autour de la présence de populations vulnérables dans l'espace public, bien au contraire. La question de l'articulation des logiques d'intervention se pose donc. En Europe, il existe des partenariats au niveau de la **première ligne** (évaluation des situations) – dans divers pays, notamment l'Angleterre et les Pays-Bas. Dans les grandes villes d'Angleterre, l'identification des patients santé mentale peut se faire au bureau de police avec le recours à des infirmières psychiatriques qui font un examen clinique et qui ont accès aux dossiers médicaux des services psychiatriques (*police liaison scheme* ou *diversion scheme*). Depuis le début des années 1990, le transfert vers le système hospitalier est en principe privilégié par rapport au système de justice criminelle, mais il arrive que,

faute de connaissance en santé mentale du côté des officiers de garde à vue, la loi ne soit pas appliquée et que des patients auteurs de délits mineurs se retrouvent dans la rue sans avoir pu accéder au système de soins. Aux Pays-Bas, des unités de crise ont été mises en place par les services municipaux de santé mentale avec pour mandat de faire l'évaluation de la situation de personnes interpellées par la police et présentant des signes de vulnérabilité selon les policiers. L'évaluation se fait sur place ou au poste de police (Bisseling & Braam, 2009).

Les partenariats au niveau de la **deuxième ligne** (suivi des dossiers) sont plus rares – à noter cependant à Belfast depuis 1998 (Johnsen & Fitzpatrick, 2010[6]) et dans quelques villes de Norvège depuis 2009 (Tidlig Ute) concernant l'usage de stupéfiants par des jeunes de 25 ans et moins. Les cas sont évalués par la police puis ils sont transférés aux services sociaux qui sont chargés de mettre en œuvre des mesures alternatives à l'incarcération. Ces mesures reposent sur la mise au point et la mise en œuvre d'un plan d'intervention comprenant des aspects santé (tels que désintoxication, éventuellement des services de santé mentale), des aspects de prévention de la délinquance et des mesures de retour à l'emploi. Il s'agit donc d'un partenariat entre l'exécutif municipal, la santé, le service de l'emploi et la justice (services correctionnels), reposant sur le suivi de cas et incluant du travail d'outreach (travail de rue, suivi sur mesure).

On note aussi des partenariats entre la police et d'autres acteurs autour de la prévention de l'itinérance, à travers l'accompagnement des ex-détenus dans leur insertion au logement ainsi qu'à travers des protocoles pour la prévention des expulsions (Norvège – Edgar, 2006; Pays-Bas – Gemeente Rotterdam, 2009). A Amsterdam, il faut aussi noter une assez longue expérience de collaboration entre policiers et travailleurs sociaux et/ou de santé, autour d'incidents liés à la prise de stupéfiants, où c'est conjointement que les intervenants de première ligne décident d'une approche répressive ou d'accompagnement.[7]

Un problème du partenariat mis en avant dans le cas des Pays-Bas est le temps de réponse des équipes de crise mises en place par les services de santé mentale, jugé trop long par les policiers (3 heures ou plus). L'accessibilité, la disponibilité des équipes ainsi que l'échange d'informations sur les personnes et les risques d'incompréhension entre professionnels ont récemment été présentés comme des sources de problèmes persistants, malgré les tentatives de concertation mises en place depuis 2003. La mise en discussion de ces problèmes a conduit à la rédaction d'un nouvel accord cadre, conclu en décembre 2011. Dans ce

6 En fait il s'agit d'un dispositif mixte, couvrant à la fois première et deuxième ligne, reste à voir quelle est la place de la deuxième ligne par rapport à la première ligne.

7 Voir aussi les partenariats impliquant l'accompagnement des usagers de stupéfiants en Suède (Kihlström & Wikström, 2009).

nouvel accord, le bien-être du patient est placé au centre, mais aussi le respect de l'ordre public et la sécurité des citoyens (Vereniging GGZ NL & Raad van Korpschefs, 2011). L'accord prévoit notamment que les équipes de crise doivent pouvoir rejoindre la situation à évaluer en moins de 2 heures. Reste à voir comment cet accord est mis en œuvre. Il serait notamment intéressant de voir ce qu'il en est au niveau du partage d'informations sur les personnes. Cette question a notamment fait l'objet de divers dérapages lors d'autres partenariats interprofessionnels impliquant la police (avec des organismes œuvrant auprès de jeunes en situation de décrochage scolaire et estimés à risque de délinquance).

Les logiques à l'œuvre

A partir des années 1990, la question s'est souvent posée, dans les milieux criminologiques européens, de savoir si les programmes mixtes tels que le *community safety* combinant, au nom de la complémentarité, des actions de prévention inscrites dans une logique de protection du public et d'autres actions visant à l'inclusion sociale des personnes estimées à risque de délinquance, étaient viables dans les faits (Hughes et al., 2002; Gilling, 2009). Divers chercheurs, s'appuyant sur des recherches concernant différents pays, montrent que c'est souvent la logique de **protection du public** qui prend le pas sur la logique d'inclusion sociale (Stickley et al, 2005 ; Knepper, 2007 ; Van Swaaningen, 2008). Il y a cependant des exceptions, notamment autour des sites d'échanges de seringues (Kübler & Wälti, 2001). Le débat est loin d'être tranché, mais la question vient toujours et encore à l'esprit, s'agissant de programmes visant à combiner la protection du public avec d'autres logiques, l'insertion sociale, mais aussi possiblement la santé publique, et ce particulièrement dans un contexte où les pouvoirs politiques et l'opinion publique ont des attentes très fortes en matière de sécurité publique et où le 'sentiment d'insécurité' – ou 'peur du crime' – continue d'être un thème récurrent dans les campagnes électorales (sauf en Allemagne – Groenemeyer & Schmidt, 2012). Divers chercheurs ont montré que les pratiques policières allant dans le sens de l'éviction des personnes itinérantes des espaces publics peuvent avoir un impact sur la santé des personnes, du fait que, faute de pouvoir pratiquer la mendicité elles peuvent avoir à se tourner vers des activités plus dangereuses et plus marginalisées telles que la prostitution ou alors se déplacer vers des zones où elles auront plus de chances de se faire agresser ou bien moins de chances d'être rejointes par des ressources d'aide (Johnsen & Fitzpatrick, 2010; voir aussi Kidd, 2006 pour le Canada).

S'agissant de l'impact de l'application des réglementations concernant les usages des espaces publics sur les personnes itinérantes en Angleterre, Johnsen et Fitzpatrick (2010) ont montré que l'action des policiers (et de leurs partenaires) ne tourne pas toujours à l'éviction pure et simple des

personnes marginalisées des espaces publics mais peut contribuer à favoriser l'accès aux ressources susceptibles de contribuer à leur bien-être. Leur recherche portant sur des personnes dont il est spécifié qu'elles sont souvent réticentes vis-à-vis des ressources existantes ('service resistant'), on parle alors de **soins coercitifs** (*coercive care*). Cette notion, bien que soulevant des questions éthiques délicates,[8] connaît un regain de popularité en Europe,[9] notamment en Angleterre et aux Pays-Bas. Tandis que les approches dures de type zero tolerance policing (déportation vers des espaces périphériques ; judiciarisation pour cause de 'harcèlement') ont largement été rejetées (Doherty et al, 2008 ; Tosi, 2007),[10] les mesures répressives paraissent désormais acceptables à un nombre grandissant de citoyens européens à condition qu'elles soient associées à un volet bien-être de la personne (voir aussi Ross et al, 2005). Qu'en pensent les usagers ? Johnsen & Fitzpatrick (2010) ont pu recueillir des points de vue favorables (rappelant le point de vue de certains usagers EMRII). Il resterait à voir dans quelles circonstances et à quel moment (peut-on parler d'impact positif durable ou non). Aux Pays-Bas, les points de vue négatifs par rapport aux interventions policières sont loin d'être négligeables (50% selon Lindeman et al., 2004).

Un autre enjeu des débats est celui de la **durabilité de l'impact des collaborations police-santé-services sociaux**. Dans certains programmes, des intervenants sociaux (suède, Italie, Royaume-Uni, France) ont été associés au déplacement de populations marginalisées de certains espaces vers un hébergement, ce qui pouvait contribuer à une amélioration de l'existant dans l'immédiat mais pas forcément à long terme. En effet, il est arrivé que l'hébergement d'urgence ne soit pas associé à des mesures d'accompagnement ou de compensation par rapport au manque à gagner en termes de revenus (notamment pour des personnes visant de la mendicité ou de petits travaux ne pouvant avoir lieu que dans des espaces très fréquentés) ou de soins (Doherty et al., 2008 ; Bonnet, 2009). Pour finir le résultat n'est pas très différent de l'éviction pure et simple des personnes considérées comme indésirables.

---

8 Pose d'autant plus question quand ces mesures concernent des personnes dont la capacité de faire des choix est difficile à évaluer.

9 On s'éloigne nettement des programmes de policing comportant un volet social du fait que ce sont des chômeurs de longue durée qui sont affectés, dans le cadre de programmes de soutien au retour à l'emploi – France, Allemagne et Pays-Bas à partir du milieu des années 1990 ; ou bien même des ABC (Acceptable Behaviour Contracts) qui, en Angleterre, ont permis de donner un avertissement avant l'éviction totale d'une zone via un ASBO (Anti-Social Behaviour Order – qui rappelle le 'quadrilatère' – ordonnance, décidée par la police) ; avertissement assorti d'un accompagnement spécifique (Johnsen & Fitzpatrick, 2010).

10 Il en va de même pour les campagnes d'incitation à orienter les dons des citoyens vers les organisations caritatives plutôt que les dons directs au nom de leur bien-être (Angleterre – Johnsen & Fitzpatrick, 2010),

5. Remarques conclusives

Les collaborations entre forces de l'ordre et instances de santé et de service social sont assez répandues en Amérique du Nord, en Europe et en Australie mais sont d'ordres assez divers. Il peut s'agir de concertation au niveau institutionnel – aboutissant notamment à des ententes au niveau des références (par exemple des policiers vers les intervenants sociaux) ou d'ententes concernant l'échange d'informations sur les dossiers personnels entre police, santé et services sociaux. Sur le terrain, on peut trouver trois grands types d'occasions de collaboration entre forces de l'ordre et intervenants de la santé et des services sociaux : la participation d'intervenants de la santé et/ou de service social à **la formation** de policiers aux enjeux de santé mentale et/ou de l'itinérance; l'association entre policiers et intervenants de la santé et/ou de service social au niveau de **l'évaluation** des situations jugées problématiques par les policiers et la référence (y compris aux urgences psychiatriques); et enfin l'association entre policiers et intervenants de la santé et/ou de service social au niveau du **suivi et de l'arrimage aux services** comme c'est le cas dans EMRII. L'objectif des interventions conjointes est souvent de l'ordre de l'évaluation et de la référence, plus rarement de l'ordre du suivi de cas, EMRII est donc une initiative pour le moins originale en la matière. Y compris aux États-Unis où les policiers sont très présents en matière de réponses à l'itinérance, le suivi de cas est souvent confié à des équipes mixtes mais se limitant au champ de la santé mentale et de l'intervention sociale.

Du point de vue pratique, plusieurs expériences d'intervention conjointe, tant californiennes qu'australiennes, ont opté pour le recours à un véhicule banalisé, voire même le port de vêtements civils pour les policiers, contrairement à EMRII. Il pourrait être intéressant de connaître les raisons de ce choix et l'opinion des usagers sur ce choix.

S'agissant des logiques à l'œuvre, il existe une littérature assez abondante, particulièrement en Europe et en Amérique du Nord sur la question de **l'équilibre entre différentes logiques d'intervention** qui paraît en effet fondamentale pour qui se soucie non seulement d'efficacité policière mais aussi du bien-être des populations vulnérables : quelles pourraient être les conditions d'un partenariat où la promotion du bien-être aurait sa place ? D'une manière générale, il semble qu'il y ait une tendance forte à l'éviction des personnes vulnérables ou marginalisées des espaces publics convoités, du fait de pressions sur l'activité policière dans un contexte de gentrification généralisée des centre-ville occidentaux mais force est de constater qu'il existe des configurations plus équilibrées, permettant aux stratégies inclusives (du point de vue des personnes itinérantes) de prévaloir. Il importe donc de définir des indicateurs qui permettent de prendre la mesure de la prise en compte du point de vue des personnes

itinérantes et des intervenants qui ont pour mandat d'assurer leur bien-être.

Schématiquement ces logiques sont de trois ordres :

- Maintenir l'ordre public, avec derrière le souci d'assurer la tranquillité des citoyens 'ordinaires' (étant entendu que la tranquillité peut avoir des dimensions objectives mais aussi subjectives) mais aussi parfois de préserver ou de restaurer la bonne réputation d'un quartier (ce qui peut avoir des implications financières importantes pour les institutions locales ainsi que pour les citoyens résidents).
- Promouvoir la justice sociale, la réduction des inégalités sociales et le statut social des personnes vulnérables (ce qui peut être entendu de plusieurs manières, ascendante ou descendante, en fonction de si les personnes sont consultées ou non). Cette logique de la justice sociale rejoint celle de la solidarité au sens de Damon (2010).
- Promouvoir la santé publique : contribuer à l'amélioration de la condition physique et éventuellement mentale des personnes

Il va de soi que ces différentes logiques s'articulent selon des configurations variées, plus ou moins conflictuelles et plus ou moins équilibrées, qu'il importe d'étudier au cas par cas, en tenant également compte de la mesure dans laquelle le souci du long-terme est intégré mais aussi les facteurs contextuels, prenant la personne dans son environnement social immédiat ou quasi-immédiat.

6. Bibliographie

Adelman, J. (2003). Study in blue and grey, police interventions with people with mental illness: a review of challenges and responses. Vancouver, BC: Canadian Mental Health Association, BC Division.

Aalbers, Manuel, Agnieszka Bielewska, Franck Chignier-Riboulon and Anna Guszcza (2005), Feelings of insecurity and young people in housing estates. Chapter 14 from: R. van Kempen, K. Dekker, S. Hall and I. Tosics (2005) *Restructuring large housing estates in Europe*. Bristol: Policy Press.

Aalbers, Manuel, The Revanchist Renewal of Yesterday's City of Tomorrow. *Antipode* Vol. 43 No. 5 2011, pp 1696–1724

Allard, T., Stewart, A., Chrzanowski, A., Ogilvie, J., Birks, D., & Little, S. (2010) "Police Diversion of Young Offenders and Indigenous Overrepresentation". Trends and Issues in Crime and Chriminal Justice (390).

Baillergeau & Schaut « Social work and the security issue in The Netherlands and Belgium », *European Journal on Criminal Policy and Research*, vol. 9, No. 4, 2001, pp. 427-446.

Baillergeau, Duyvendak, Graaf, Veldboer, *Les politiques de mixité sociale dans l'Europe du Nord (Belgique, Pays-Bas, Suède)*, Paris, Éditions du PUCA, 2008.

Bartels, L. (2011) "Police Interviews with Vulnerable Adult Suspects". Research In Practice (21)

Beckett & Western, Governing Social Marginality: Welfare, Incarceration, and the Transformation of State Policy. *Punishment & Society*, January 2001 3: 43-59.

Governing Social Marginality: Welfare, Incarceration, and the Transformation of State Policy. *Punishment & Society*, January 2001 3: 43-59,

Bellot, Céline, Raffestin, Isabelle, Royer, Marie-Noëlle et Noël, Véronique (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes*. Rapport de recherche au Secrétariat National des sans-abri, juin, 141p.

Benjaminsen, L., E. Dyb & E. O'Sullivan (2009) The Governance of Homelessness in Liberal and Social Democratic Welfare Regimes: National Strategies and Models of Intervention. European Journal of Homelessness, vol. 3, pp. 23-51.

Benjaminsen, L., & E. Dyb (2008) The Effectiveness of Homeless Policies – Variations among the Scandinavian Countries. European Journal of Homelessness, vol. 2, pp. 45-67.

Bless, R., Korf, D., Freeman, M. (1993) *Urban drug policies in Europe*. O+S, Amsterdam.

Bisseling, E.M., & Braam, A.W. (2009) 'Tijdslimieten in de samenwerking tussen politie en crisisdienst: een praktijkevaluatie in Utrecht'. Tijdschrift voor psychiatrie 51 (9), 687-692

Bonnet, François, Managing Marginality in Railway Stations : Beyond the Welfare and Social Control Debate, International Journal of Urban and Regional Research, Vol. 33, No. 4, pp. 1029-44, 2009.

Borus, Jonathan F. Sounding Board. Deinstitutionalization of the Chronically Mentally Ill. *New England Journal of Medecine* 1981; 305:339-342.

Butler, T. and Allnut, S., (2003) "Mental Illness among Prisoners in NSW", NSW Correcitons Health Service.

Bruin, D. de., Meijerman, C., Verbraeck, H., Braam, R., Leenders, F., & van de Wijngaart, G. (2003) 'Zwerven in de 21ste eeuw. Een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland. Utrecht: Centrum voor verslavingsonderzoek

Calma, T., (2008) "Preventing Crime and Promoting Rights for Indigenous Young People with Cognitive Disabilities and Mental Health Issues". Australian Human Rights Commission.

Compton , M.T., Esterberg, M.L., McGee, R., Kotwicki, R.J., & Oliva, J.R. (2006). Brief reports: Crisis Intervention Team Training: Changes in knowledge, attitudes, and stigma related to schizophrenia. Psychiatric Services, 57, 1199-1202.

Daly, R. (2006). Police Learn Better Response To People With Mental Illness. Psychiatric News, 41 (5), 8

Damon, 2012, *La question SDF*, 2e édition, Paris : Presses Universitaires de France, Le Lien social.

Damon, Julien, Questions sociales et questions urbaines, Paris Presses Universitaires de France, 2010.

Deane, M.W., Steadman, H.J., Borum, R., Veysey, B., & Morrissey, J. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. Psychiatric Services, 50, 99- 101.

Doherty, J., V. Busch-Geertsema, V. Karpuskiene, J. Korhonen, J., E. O'Sullivan, Sahlin, I., A. Tosi, A. Petrillo, A. & J. Wygnanska (2008) Homelessness and Exclusion : Regulating Public Space in European Cities. Surveillance and Society, vol. 5, no.3, pp.290-314.

Dupont, R., Cochran, S.: Crisis Intervention Team Training Manual. Memphis, Memphis Police Department, 1996.

Edgar, B. (2006) National strategy to prevent and tackle homelessness. The pathway to a permanent home. Synthesis Report. Retrieved on June 2, 2012, from http://biblioteket.husbanken.no/arkiv/dok/3237/national_strategy_homelessness.pdf.

Eijk, Gwen van, Exclusionary Policies are Not Just about the « Neoliberal City' : A Critique of Theories of Urban Revanchism and the Case of Rotterdam. International Journal of Urban and Regional Research, Vol. 34, No. 4, pp. 820-34, 2010.

Fry, A.J., O'Riordan, D.P., and Geanellos, R. (2002) "Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia." Health Social Care Community 10 (4) 277-286.

Gemeente Rotterdam (2009) Actieplan Woonoverlast. http://www.rotterdam.nl/Rotterdam/Internet/Collegesites/Wethouder%20Hamit%20Karakus/Actieplanwoonoverlast.pdf

Gilling D (2009) Crime Prevention. In: Hucklesby A and Wahidin A (eds) *Criminal Justice*. Oxford: Oxford University Press, pp. 11-36.

Groenemeyer & Schmidt, 2012. Social Crime Prevention in Germany. Balancing Social Policy and Crime Policy? In. Hebberecht, Patrick & Baillergeau, Evelyne (eds.) *Social Crime Prevention in Late Modern Europe. A Comparative Perspective.* Brussels: VUB Press, 2012.

Herrington, V., Clifford, K., Lawrence, P.F., Ryle, S., & Pope, R. (2009) The Impact of the NSW Police Force Mental Health Intervention Team Final Evaluation Report. New South Wales: Charles Sturt University.

Hollywood, M. (2008) "Homelessness is not a crime. Why Homeless Awareness Training for Queensland Police is a Good Idea".

Hughes, Gordon, McLaughlin, Eugene, Muncie, John (eds.) 2002 *Crime Prevention and Community Safety: New Directions*, London, Sage.

IACP (2010) Building Safer Communities: Improving Police Response to Persons with Mental Illness.

James, D. V. (2010) Diversion of Mentally Disordered People from the Criminal Justice System in England and Wales: An Overview. International Journal of Law and Psychiatry, vol. 33, pp. 241-248.

Johnsen, S. & S. Fitzpatrick (2008) The Use of Enforcement to Combat Begging and Street Drinking in England: A High Risk Strategy? *European Journal of Homelessness*. Vol. 2, pp. 191-204.

Johnsen, S. & S. Fitzpatrick (2010) Revanchist Sanitisation or Coercive Care? The Use of Enforcement to Combat Begging, Street Drinking and Rough Sleeping in England. *Urban Studies*, vol. 47, no. 8, pp. 1703-1723.

Karlsson, B., M. Borg, H. S. Kim (2008) From good intentions to real life: introducing crisis resolution teams in Norway. *Nursing Inquiry*, vol. 15, no. 3, pp. 206-215.

Kihlström, A. & E. Wikström (2009) Towards network and citizen: collaborative care for drug abusers. *International Journal of Health Planning and Management*, vol, 24, pp. 233- 250.

Kidd, Sean (2007) Youth Homelessness and Social Stigma. *J Youth Adolescence* 36:291-299.

Knepper, Paul, *Criminology and Social Policy*. London: Sage, 2007.

Kübler & Wälti, 2001 Drug policy-making in metropolitan areas: urban conflicts and governance, *International Journal of Urban and Regional Research*, 25 (1), pp. 34-55.

Lee, S., Keating, C., Castella, A., and Kulkarni, J. (2010) "Fitting Together the Pieces: Collaborative Care Models for Adults with Severe and Persistant Mental Illness". Monash Alfred Psychiatric Research Centre.

Lindemans, E., Crok, S., Slot, J., & Deben, L. (2004) 'Daklozen in Amsterdam. Daklozen en niet-daklozen aan het woord'. Amsterdam: HVO Querido

McGilloway, S. & M. Donnelly (2004) Mental Illness in the UK Criminal Justice System: A Police Liaison Scheme for Mentally Disordered Offenders in Belfast. Journal of Mental Health, vol. 13, no. 3, pp. 263-275.

Millie, A. (2011) Value Judgments and Criminalization. *British Journal of Criminology*, vol. 51, pp. 278-295.

Millie, Andrew (2009), *Anti-social behaviour*. Maidenhead, Open University Press.

Moore, R. (2010) Current trends in policing and the mentally ill in Europe: a review of the literature. Police Practice and Research, vol. 11, no. 4, pp. 330–341.

NAEH (2012) "Mental/Physical health", Retrieved on May 4, 2012, from http://www.endhomelessness.org/section/issues/mental_physical_health.

National Law Center on Homelessness & Poverty (2011) Criminalizing Crisis: The Criminalization of Homelessness in U.S. Cities (Report). Washington DC, www.nlchp.org.

Naylor, Bronwyn (2012), Prisoners or patients: prisons as mental health and disability institutions. Presentation at European Society of Criminology Annual Conference, Bilbao, Spain, 14 September 2012.

Nemeth, Jeremy, Conflict, Exclusion, Relocation : Skateboarding and Public Space, Journal of Urban Design, Vol. 11, No. 3, October 2006, 297-318.

New South Wales Law Reform Commission (2010) "Consultation paper 5. People with cognitive and mental health impairments in the criminal justice system: an overview".

NSW Police Force (2011) "NSW Police Force Disability Action Plan 2010-2011" NSW Police Force.

O'Grady, Bill; Gaetz, Stephen; Buccieri, Kristy (2011). Can I See Your ID? The Policing of Youth Homelessness in Toronto. Toronto: Street Youth Legal Services/Justice for Children and Youth.

Orygen Youth Health Research Centre (2009) "The Mental Health First Aid Training and Research Program", Retrieved on June 1, 2012, from http://www.campaspepcp.com.au/documents/Summary_MHFA_31_May_09.pdf

Parker, A.L., and More, P.B. (2000) "Police in Partnership with Civilian Youth Development Officers." University of South Australia.

Paugam, Serge (2009) *La Disqualification sociale*, 4e édition, Presses Universitaires de France, Quadrige.

Pichon, Pascale (dir.), Francq, Bernard, Firdion, Jean-Marie, Marpsat, Maryse, Roy, Shirley, Soulet, Marc-Henry, *SDF, sans-abri, itinérant. Oser la comparaison*. Presses Universitaires de Louvain, 2008.

Rensen, Peter, "Sorry mevrouw, maar ik kan er ook niks aan doen". Over daklozen en poepen in de openbare ruimte. *Medische Antropologie*, 13 (1) 2001, pp. 133-152.

Reuland, M. A Guide to Implementing Police-Based Diversion Programs for People with Mental Illness. Delmar: NY: Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion, 2004.

Reuland, M., Schwarzfeld, M., & Draper, L. Law enforcement responses to people with mental illness: a guide to research-informed policy and practice. The Council of State Governmentss Justice Center, 2009.

Roché, Sébastian, 2002. *Tolérance zéro? Incivilités et insécurité*. Paris, Odile Jacob.

Rose, Damaris, 2004, « Discourses and experiences of social mix in gentrifying neighbourhoods : a Montréal case study ». *Canadian Journal of Urban Research / Revue canadienne de recherche urbaine*, vol.13, no 2, p. 278-316.

Ross, A.J., Heim, D., Flatley, K. et al. (2005) An Exploration of street-drinking in Drumchapel, Scoltland, *Health Education Research*, 20, pp.314-322, 2005.

Smith, Neil (1996) *The new urban frontier. Gentrification and the revanchist city*. Routledge, London.

Steadman, H.J., Morrisey, J.P., Deane, M.W., & Borum, R. "Police Response to Emotionally Disturbed Persons: Analyzing New Models of Police Interations with the Mental Health System," Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, December 1999.

Steadman, H.J., Williams Deane, M., Borum, R., & Morrisey, J. (2000). Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies. Psychiatric Services, 51, 645-649.

Stickley, T., R. Hitchcock R & G. Bertrtem (2005) Social inclusion or social control? Homelessness and Mental Health. Mental Health Practice, vol. 8, no. 9, pp. 26-30.

Marie-Eve Sylvestre, Céline Bellot et Catherine Chesnay, « De la justice de l'ordre à la justice de la solidarité : une analyse des discours légitimateurs de la judiciarisation de l'itinérance au Canada » (2012) 81 Droit et société, 33 pp., Numéro spécial dirigé par Jacques Commaille et Emmanuelle Bernheim.

Taylor, N., (2006) "Juveniles in detention in Australia, 1981 – 2005, Technical Background Paper No. 22, Australian Institute of Criminology, Canberra.

The City of Pasadena (2012) "Homeless Outreach (H.O.P.E.), Retreived on May 4, 2012, from http://www.ci.pasadena.ca.us/police/HOPE/

The Council of State Governmentss (2012) "Los Angeles Police Department", Retrieved on May 4, 2012, from http://consensusproject.org/learningsites/losangelespd-le-learning-site

Tosi, A. (2007) Homelessness and the Control of Public Space – Criminalizing the Poor? European Journal of Homelessness, vol. 2, pp.224-236.

Van der Veer, J. (1998) Metropolitan government in Amsterdam and Eindhoven : a tale of two cities. *Environment and Planning C : Government and Policy*16, 25-50.

Van Gennep, A.T.G. (2000). Emancipatie van de zwaksten in de samenleving. Over paradigma's van verstandelijke handicap. Meppel/Amsterdam: Boom.

Vereniging GGZ NL & Raad van Korpschefs (2011) 'Convenant Politie – GGZ 2012'.

Victoria Auditor-General (2009). Responding to Mental Health Crisis in the Community. Melbourne: Victoria Auditor General's Office. Retrieved on June 5, 2012, from http://download.audit.vic.gov.au/files/111109_Mental_Health_Full_Report.pdf

Victoria Police (2006). Business Plan 2006/2007. Melbourne: Victoria Police. Retrieved on June 3, 2012, from http://www.police.vic.gov.au/content.asp?a=internetBridgingPage&Media_ID=7990

Victoria Police (2007). Peace of Mind: Providing Policing Services to People with, or Affected by, Mental Disorders. Melbourne: Victoria Police.

Warin, Philippe, L'Accès aux droits sociaux, Presses Universitaires de Grenoble, coll. « Politique en plus », 2007.

Watson, A.C., Schaefer Morabito, M., Draine, J., & Ottati, V. (2008). Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT. International Journal of Law and Psychiatry, 31, 359-368.

Wood, J., Swanson, J., Burris, S., and Gilbert, A. (2011) "Police Interventions with Persons Affected by Mental Illness. A Critical Review of Global Thinking and Practice." Center for Behavioral Health Services & Criminal Justice Research

Youth Legal Service Inc. (2009) "The Northbridge Curfew", Retrieved on May 30, 2012, from http://www.youthlegalserviceinc.com.au/factsheets/NorthbridgeCurfew.pdf