

Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières

Préparé pour le compte du

**Comité consultatif sur la santé mentale et la loi
de la Commission de la santé mentale du Canada**

Par

**Terry G. Coleman, Ph. D.(C)
D^{re} Dorothy Cotton**

Mai 2010



Ce rapport a été rédigé par Terry G. Coleman, Ph. D.(C) et Dorothy Cotton, Ph. D. et a été financé par le projet relatif aux services policiers du Comité consultatif sur la santé mentale et la loi de la Commission de la santé mentale du Canada.

Le travail de la Commission de la santé mentale du Canada bénéficie d'une subvention de Santé Canada.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	2
PRÉFACE	4
RÉSUMÉ.....	6
SECTION I	8
1.0 : Introduction	8
2.0 : Contexte.....	9
3.0 : Méthodologie.....	10
SECTION II : APPRENTISSAGE ACTUEL DES AGENTS DE POLICE	11
4.0 : Éducation et formation des agents de police durant le service (apprentissage)	
– Canada.....	11
ALBERTA	12
<i>Gouvernement de l'Alberta</i>	12
<i>Service de police de Calgary</i>	13
<i>Service de police d'Edmonton</i>	14
CANADA ATLANTIQUE	15
<i>Police provinciale – région de l'Atlantique (Gendarmerie royale du Canada)</i>	15
<i>Police régionale de Halifax</i>	15
<i>Force constabulaire royale de Terre-Neuve</i>	18
COLOMBIE-BRITANNIQUE.....	19
<i>Gouvernement de la Colombie-Britannique</i>	19
<i>Police provinciale de la Colombie-Britannique</i>	20
<i>Service de police de Vancouver</i>	21
<i>Service de police de Delta</i>	24
ONTARIO	24
<i>Collège de police de l'Ontario</i>	24
<i>Police régionale de Peel</i>	24
<i>Service de police régional d'Halton</i>	25
<i>L'équipe LEAD du comté de Lanark</i>	26
<i>Police provinciale de l'Ontario</i>	27
<i>Service de police de Belleville</i>	29
<i>Service de police de Cornwall</i>	29
SASKATCHEWAN	30
<i>Saskatchewan Police College</i>	30
ORGANISMES AUTRES QUE LES SERVICES POLICIERS.....	30
<i>CALEA (Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies)</i>	
(i commission pour l'accréditation des services d'application de la loi).....	30
<i>Premiers soins en santé mentale</i>	32
<i>Réseau canadien du savoir policier</i>	34
5.0 : Éducation et formation des agents de police durant le service (apprentissage) –	
International	35
ÉTATS-UNIS	35
ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES	36

<i>Service de police de Dyfed Powys</i>	39
AUSTRALIE	40
<i>SECTION III : Facteurs importants touchant la conception de l'éducation et la formation</i>	43
6.0 : Conception et communication de l'apprentissage fondé sur des preuves	43
7.0 : Pouvoir discrétionnaire de la police et prise de décision éthique	51
8.0 : Les groupes cibles de l'apprentissage des services policiers à l'égard des problèmes de santé mentale	54
9.0 : Conception et communication de l'apprentissage	55
10.0 : Choix du cadre de « formation »	58
11.0 : Justice en matière de procédure et accent sur le client ou l'utilisateur de services.....	59
12.0 : Comportements et attitudes du personnel policier	61
13.0 : Stigmatisation	63
14.0 : Maladie mentale, violence et recours à la force	64
15.0 : Éducation postsecondaire.....	70
<i>SECTION IV : RECOMMANDATIONS</i>	73
Recommandation I : Élaborer un cadre de travail pour la conception et la communication de l'apprentissage.....	73
Recommandation II : Revoir le cursus	74
Recommandation III : Modèle d'apprentissage – TEMPO.....	76
TEMPO 100 :.....	77
TEMPO 200 :.....	78
TEMPO 300 :.....	79
TEMPO 400 :.....	80
TEMPO 500 :.....	80
Recommandation IV : Sélection des formateurs et animateurs	81
Recommandation V : Gestion des ressources humaines fondée sur les compétences	82
Recommandation VI : Un environnement policier sans stigmatisation	83
Recommandation VII : Attitudes du personnel des services de police	84
Recommandation VIII : Formation sur le recours à la force	85
Recommandation IX : Le « bon » apprentissage pour le « bon » personnel.....	85
Recommandation X : Conception et communication de l'apprentissage policier	86
Recommandation XI : Normes provinciales en matière de services de police.....	87
Recommandation XII : Politiques et normes	88
Recommandation XIII : Base de données et bibliothèque pour les ressources	88
Recommandation XIV : Apprentissage intégré.....	88
Recommandation XV : Éducation fondée sur le consommateur	89
<i>SECTION V : CONCLUSION</i>	90
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	92
<i>ANNEXES</i>	103

PRÉFACE

Depuis 2007, la Commission de la santé mentale du Canada, par l'entremise de son Comité consultatif sur la santé mentale et la loi, entreprend une série de projets relatifs aux interactions des services policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales¹. Il y a eu une importante augmentation du nombre de ces interactions au cours des dernières années et, en même temps, une inquiétude croissante par rapport à leurs résultats. Tandis que la plupart des interactions entre les forces policières et les personnes atteintes de maladies mentales sont sans histoire, certaines d'entre elles se sont soldées de façon négative, par exemple par le décès de la personne atteinte de la maladie mentale. L'objectif général des projets de la Commission de la santé mentale est d'identifier les façons d'améliorer la probabilité que ces interactions se déroulent bien – que ces interactions entraînent de meilleurs résultats pour toutes les personnes impliquées.

Lorsqu'un incident se termine mal, il y a généralement une enquête du coroner ou une enquête médico-légale qui se conclut par des recommandations destinées à améliorer le dénouement de situations similaires à l'avenir. La recommandation la plus courante est d'augmenter le niveau de « formation » offert aux policiers afin de mieux les préparer. À vrai dire, il est incontestable qu'une bonne éducation et formation – par l'apprentissage et l'acquisition de connaissances – en la matière sont nécessaires. L'objectif principal de cette étude a donc été de délimiter un modèle pour l'éducation et la formation du personnel policier durant le service, y compris les agents de police, concernant son intervention avec des personnes qui semblent éprouver des problèmes de santé mentale.

Toutefois, même si l'apprentissage est essentiel, ce n'est pas une panacée. Même s'il est tentant de se contenter d'un document qui fournit un bref aperçu ou un programme de formation des forces policières, les auteurs croient qu'un tel document peut facilement être pris hors contexte. Dans ce cas, il ne contribuera pas à l'aboutissement escompté, c'est-à-dire à l'amélioration des résultats avec les personnes atteintes de maladies mentales. Nous encourageons donc le lecteur à regarder ce document dans un contexte élargi, dont une part proviendra d'un contexte hors de ce document.

Par exemple, un aperçu de la situation générale concernant les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales, écrit par les auteurs de ce document, est sous presse et paraîtra dans *Police Practice and Research: An International Journal* (publication prévue pour l'été 2010). De plus, une étude antérieure de la Commission de la santé mentale à

¹ Il existe une variété de termes différents utilisés par les chercheurs, les policiers, les utilisateurs et autres pour décrire les personnes atteintes de maladies mentales ou les personnes ayant un vécu de la maladie mentale. Dans ce document, le terme « personne atteinte d'une maladie mentale » est utilisé car il est familier pour l'auditoire cible et parce qu'il décrit de la façon la plus précise la situation dans laquelle les agents de police interagissent avec cette population — lorsque les signes et les symptômes de la maladie mentale se voient facilement — contrairement aux personnes ayant des antécédents ou un vécu de la maladie mentale, mais dont les symptômes ne sont pas évidents à l'heure actuelle.

propos de la formation de base offerte aux policiers par les collèges et académies de police canadiens (Cotton et Coleman, 2008) sera résumée dans ce document. La Commission de la santé mentale du Canada a également financé une étude relative aux interactions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales du point de vue de l'utilisateur de services, la personne atteinte de maladie mentale. Cette étude est en cours et sera terminée en 2011. On s'attend à ce que les résultats soient révélateurs pour l'éducation et la formation des services policiers.

Peu importe le niveau de conception et de perfectionnement d'un programme, les résultats ne seront améliorés que si l'apprentissage implique les bonnes personnes dans le bon contexte. Ainsi, dans ce document, on porte également attention aux facteurs contextuels – pas seulement ce que l'on devrait enseigner, mais à qui on devrait l'enseigner et en collaboration avec quelles autres structures organisationnelles et quels autres systèmes sociaux. La Section III de ce document traite donc de ces facteurs supplémentaires. Bien qu'ils ne reflètent pas toujours précisément le programme recommandé, ils contribuent à sa conception et à sa communication.

RÉSUMÉ

Au cours des dernières décennies, le nombre d'interactions entre les personnes atteintes de maladies mentales et les services policiers a augmenté de façon importante. Même si la plupart de ces interactions sont de nature mineure et se résolvent sans histoire, quelques-unes se terminent de façon très négative. Lorsque c'est le cas, une des recommandations les plus fréquentes qui émerge des études est que l'on devrait offrir aux agents de police une éducation et une formation – de l'apprentissage – afin de leur donner les compétences et les connaissances nécessaires pour interagir de façon à s'adapter aux personnes atteintes de maladies mentales. Ce document représente la Partie II d'une étude en deux parties relative à cet apprentissage; la Partie I était un examen de l'éducation et de la formation de base offertes aux étudiants de l'académie de police. L'objectif de l'enquête actuelle, la Partie II, était d'examiner l'état de l'éducation et de la formation des policiers durant le service au cours des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

Un examen des pratiques courantes dans diverses juridictions à travers le Canada, ainsi que les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie, suggère que les programmes existants sont très variés. Tandis que de nombreux services de police n'offrent que peu ou pas d'apprentissage sur ce sujet, d'autres offrent une éducation plus complète variant de quelques heures à plusieurs jours. Le contenu de la formation varie entre un aperçu jugé adéquat pour de nombreux policiers et une formation très centralisée destinée à des agents de police spécialisés. Alors que certains services policiers offrent une formation « universelle », d'autres offrent divers niveaux et degrés d'apprentissage. Malheureusement, malgré l'acceptation généralisée de programmes tels que le modèle d'équipes d'intervention en cas d'urgence, qui provient de Memphis au Tennessee, il y a peu de recherches sur les résultats ou sur les preuves s'appuyant sur des données qui décrivent la nature exacte d'un programme efficace, et la recherche actuelle ne fournit pas d'indications sur les composantes des programmes d'apprentissage qui sont les plus efficaces. Néanmoins, les chercheurs actuels ont tendance à soutenir la théorie que l'éducation et la formation sont efficaces pour améliorer les résultats généraux.

Bien que l'objectif principal de ce document soit de fournir un aperçu des éléments offerts par un programme relatif à la maladie mentale, et de ce qu'il devrait fournir, il serait inadéquat de discuter d'un programme sans prendre en considération l'étendue du contexte. Alors que l'éducation et la formation sont bien sûr essentielles pour s'assurer que les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales sont constructives et adaptatives, l'éducation en soi n'est pas une panacée et ne créera pas le type de changements souhaités si elle survient seule. Donc, avant d'identifier les « pratiques souhaitées » en matière de programme, il est nécessaire de commenter les circonstances dans lesquelles l'apprentissage devrait se faire.

D'abord, chaque agent de police agit selon le contexte de son organisation. Pour cette raison, il est essentiel que chaque organisation policière mette sur pied des politiques et procédures pour soutenir l'application des compétences et des connaissances que les policiers acquièrent grâce à l'éducation et à la formation. Par exemple, l'Association canadienne des chefs de police

a publié le *Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System* (directives des services policiers contemporains sur le travail avec le système de santé mentale). Ces directives donnent un aperçu d'une série de processus et de politiques qui devraient idéalement être mis sur pied dans tout service de police afin d'informer et de soutenir le travail des agents de police, mais également celui de tout le personnel qui entre en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales. En plus de ces politiques et procédures, chaque organisation policière doit être guidée par la connaissance que possèdent les agents qui offrent la formation dans les académies de police.

Comme déterminé dans un sondage précédent (Partie I), les académies de police varient de façon importante en ce qui a trait au type d'apprentissage et à son étendue au niveau de la formation de base. Dans plusieurs cas, cette formation de niveau académique n'est en place que depuis quelques années. Donc les agents de police à l'emploi depuis plus longtemps n'auront pas bénéficié de cette formation.

Ensuite, le contenu particulier d'un programme relatif à la santé mentale est évidemment essentiel, mais il ne représente pas le seul facteur de réussite de l'apprentissage. Il est nécessaire que les services de police prennent en considération plusieurs autres facteurs qui ont un impact direct sur les résultats de l'apprentissage. Parmi ceux-ci, on retrouve :

- le choix des « formateurs » adéquats, y compris des personnes qui connaissent bien le sujet et qui sont crédibles dans leurs fonctions,
- l'inclusion de professionnels locaux en matière de santé mentale afin de fournir des renseignements fiables, en plus d'établir des liens avec des organismes de santé mentale,
- l'intégration de personnes atteintes de maladies mentales et de leur famille au sein de la formation afin d'offrir une expérience pratique directe avec cette population,
- l'utilisation d'une variété de formats de support d'apprentissage, y compris les stratégies participatives,
- la centralisation sur les facteurs cognitifs déterminants des comportements, y compris les attitudes, l'exercice de discrétion et la stigmatisation,
- la capacité du programme à refléter la population qui reçoit la formation (p. ex. les nouveaux agents versus les équipes spécialisées versus le personnel de répartition) ainsi que les besoins locaux de la communauté.

En dégageant les composantes de divers systèmes d'éducation et de formation déjà en place au Canada et dans d'autres pays, et en les combinant aux résultats de recherche que nous pouvons recueillir, un système d'éducation et de formation complet fondé sur un cursus identifié émerge; un système qui peut être adapté à une variété de services de police et de types de personnel policier. Le modèle d'apprentissage proposé a été intitulé **TEMPO** — acronyme pour *Training and Education about Mental Illness for Police Officers* (formation et éducation relatives à la maladie mentale pour les agents de police).

SECTION I

1.0 : Introduction

Cette étude représente la Partie II d'une étude en deux parties. La partie I était une étude par Cotton et Coleman (2008) du programme relié à la maladie mentale enseigné dans les collèges et les académies de police². Plus particulièrement, l'objectif était de connaître davantage le contexte dans lequel les agents de police canadiens reçoivent leur éducation et formation au niveau de la « formation de base »³ et les méthodes d'enseignement afin de les préparer à leurs interactions inévitables avec les personnes atteintes de maladies mentales. L'objectif de la Partie II de cette étude était de déterminer quels types de programmes de formation « durant le service » relatifs aux interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales existent et, selon la documentation pertinente, d'identifier un modèle contemporain recommandé d'éducation et de formation « durant le service »⁴ relié au rapport entre les services policiers et la maladie mentale pour le personnel policier, offert aux chefs de police canadiens et aux autorités policières de surveillance. Il est important que le modèle recommandé soit non seulement adéquat aux environnements de justice pénale et de santé mentale, ainsi qu'à l'environnement social en général, mais également qu'il reflète les résultats obtenus jusqu'à maintenant par les chercheurs de ce domaine.

L'intérêt de cette étude était, comme dans la Partie I, fondé sur la prémisse selon laquelle l'éducation et la formation adéquates relatives aux personnes atteintes de maladies mentales entraîneraient de plus fortes chances que les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales se terminent de façon positive. Les résultats positifs comprennent a) les interventions plus axées sur l'utilisateur, b) la diminution du recours à la force, c) les liens plus efficaces avec le système de santé mentale, si pertinents ou souhaités, et d) la réduction de la stigmatisation. Dit plus simplement, l'éducation et la formation adéquates des agents de police relatives aux personnes atteintes de maladies mentales représentent « les bonnes choses » à faire. La question posée par cette étude était donc : comment les organisations policières peuvent-elles s'assurer que le personnel policier est préparé de façon adéquate aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales?

Même si les policiers ne pensent généralement pas que les services de police sont des services sociaux, il s'agit effectivement de services sociaux – bien qu'ils possèdent une autorité unique qui les distingue d'autres types d'organismes sociaux. Par conséquent, cette étude s'est positionnée dans l'environnement policier contemporain qui encourage le développement de solutions collaboratives, fondées sur la communauté, aux problèmes de continuation d'un service axé sur le client ou l'utilisateur, d'évaluation continue et d'amélioration constante. Afin

² Cette étude utilise les termes collèges et académies de façon interchangeable.

³ Dans le jargon policier, cette formation s'appelle souvent la « formation des recrues » ou la « formation des cadets ».

⁴ Parfois appelée la « formation avancée » ou « formation par modules ».

de situer la Partie II par rapport à l'apprentissage durant le service, il est essentiel d'examiner les résultats de la Partie I.

2.0 : Contexte

Les résultats de la Partie I (Cotton et Coleman, 2008) ont été informatifs pour cette étude puisqu'ils ont conclu que tous les collèges et toutes les académies de police canadiens incorporent l'apprentissage relatif aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales dans la « formation de base ». Ils le font grâce à divers programmes.

Par exemple :

Pratiquement tous les programmes introduisent des stratégies verbales pour traiter d'agression et de suicide. La plupart couvrent également les symptômes de base, tels que les délires actifs, la loi sur la santé mentale, la dangerosité et les options de recours à la force. Toutefois, les données indiquent également que dans certains cas, la couverture est limitée et donc la compréhension des problèmes l'est aussi, car il est impossible de couvrir ces sujets dans le temps imparti (Cotton et Coleman, 2008, p. 15).

Malgré le fait que plusieurs des programmes incorporent de l'apprentissage relatif aux stratégies verbales, à l'idéation du suicide et aux problèmes reliés aux signes et aux symptômes de la maladie mentale, certains programmes n'arrivent pas à enseigner aux policiers les symptômes de la maladie mentale, ne fournissent pas d'introduction aux catégories principales de diagnostic ou d'aptitudes pour communiquer de façon adéquate et efficace avec une personne souffrant de symptômes psychotiques. Cela est inquiétant.

En général, les programmes varient de façon importante en matière de contenu, d'antécédents et de compétences des présentateurs ou formateurs et en ce qui concerne la profondeur et l'étendue générales de l'éducation ou de la formation et le temps total alloué à chaque sujet. Par exemple, tandis que certaines académies consacrent un temps minime sur le problème (moins de cinq heures dans certains cas), d'autres offrent plus de vingt heures de formation. Quoique problématiques, ces renseignements sont utiles puisqu'ils traitent du sujet de cette étude, soit la conception de l'apprentissage « durant le service ».

Par exemple, Cotton et Coleman (2008) ont déterminé qu'en moyenne la plupart des agents de police ne reçoivent qu'environ dix heures d'éducation ou de formation au cours de la « formation de base ». Malgré que cela puisse suffire pour commencer à sensibiliser de nouveaux policiers au fait que certaines personnes avec qui ils interagissent puissent être atteintes de maladies mentales, cela n'est probablement pas adéquat pour communiquer les connaissances et les compétences nécessaires pour être efficace en la matière. Ces dix heures ne sont également probablement pas suffisantes pour changer les attitudes personnelles de stigmatisation et de préjugés.

Les résultats de la Partie I montrent clairement que malgré les importants progrès qui semblent avoir été accomplis, c'est-à-dire que les académies de police canadiennes fournissent au moins une introduction minimale aux problèmes reliés aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales au cours de la formation de base, il reste beaucoup de chemin à parcourir. De plus, la Partie I soulève le problème qu'en général, la maladie mentale et les sujets connexes ne sont compris dans le programme des académies de police canadiennes que depuis environ l'an 2000. Plusieurs personnes qui ont amorcé leur carrière policière avant l'an 2000 peuvent donc ne pas avoir profité de la formation minimale de base. Cela influence la courbe de l'apprentissage durant le service souhaité. Sur l'ensemble, la Partie I a fourni des renseignements permettant d'aller de l'avant et a établi une base de référence pour les études futures sur la formation de base, mais également sur les études de l'apprentissage durant le service.

3.0 : Méthodologie

Les objectifs de cette étude ont été accomplis en quatre étapes. Premièrement, pour déterminer les programmes d'apprentissage durant le service existants au Canada, au début de l'année 2009, par l'entremise de la *Listserv*⁵ du comité de liaison entre les services policiers et le réseau de santé mentale (PHML), on a demandé à environ 500 services de police canadiens, collègues et académies de police canadiens en plus d'organismes de santé mentale offrant des services aux policiers en matière d'intervention policière avec les personnes atteintes de maladies mentales, de décrire l'éducation et la formation concernant la relation services policiers et santé mentale dans leurs juridictions respectives. Vingt-six réponses ont été reçues de partout au Canada. Ces réponses provenaient principalement de services de police, mais certaines venaient de partenariats services policiers et santé mentale et d'autres organismes de santé mentale.

Deuxièmement, un examen complet de la documentation reliée à l'éducation et à la formation des policiers concernant les contacts entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales a été mené. Cet examen visait principalement le Canada, les États-Unis, le Royaume-Uni et l'Australie. L'examen cherchait a) à apprendre davantage sur la recherche et l'évaluation complétées, y compris les recommandations concernant le contenu, la conception et la durée des programmes d'apprentissage « durant le service » et b) à identifier et évaluer de façon générale les programmes d'apprentissage « durant le service » actuellement utilisés par les services de police à l'extérieur du Canada, y compris au Royaume-Uni, aux États-Unis et en Australie.

Troisièmement, on a exploré les facteurs et influences qui peuvent avoir un effet précis sur la nature du contact entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales mais qui n'ont pas été traités traditionnellement dans les programmes d'apprentissage « durant le

⁵ Gérée par www.pmhl.ca

service ». Ces facteurs sont, entre autres, la discrétion et la prise de décision éthique des agents de police, l'attitude des policiers par rapport aux maladies mentales, la stigmatisation reliée à la maladie mentale, les concepts de justice en matière de procédure et le recours à la force des agents de police.

Enfin, selon l'analyse de tous les renseignements figurant ci-dessus, un modèle contemporain d'apprentissage relatif aux services policiers et à la santé mentale pour le personnel policier canadien, respectant les principes fondamentaux des services de police contemporains⁶, a été conçu pour préparer les agents de police à répondre de façon adéquate à leurs interactions avec des personnes atteintes de maladies mentales. Le modèle prescrit prend en considération les besoins d'éducation et de formation non seulement des agents de police, mais également des téléphonistes, des répartiteurs, du personnel des services d'aide aux victimes et du personnel de la réception.

SECTION II : APPRENTISSAGE ACTUEL DES AGENTS DE POLICE

4.0 : Éducation et formation des agents de police durant le service (apprentissage) – Canada

Avant cette étude, il existait peu de documentation au niveau national à propos de l'éducation ou de la formation concernant la relation services policiers et personnes atteintes de maladies mentales⁷ « durant le service » du personnel policier canadien. De façon similaire aux résultats vus dans la Partie I, cette étude a trouvé une variété de programmes d'apprentissage durant le service concernant la relation services policiers et santé mentale. Sans surprise, les variations de qualité ou d'accessibilité aux programmes d'éducation et de formation sont quelque peu reliées à la taille de l'organisation policière. Les programmes varient, n'offrant parfois aucun apprentissage durant le service, dans de nombreux services de police de petite à moyenne taille, et d'autres fois des programmes relativement complets, tels que ceux mis sur pied par la police provinciale de l'Ontario, l'Association canadienne pour la santé mentale de la C.-B., en association avec la police provinciale de la Colombie-Britannique, le service de police de la région d'Halton et le service de police régional d'Halifax. Chez les organisations policières plus petites qui offrent une formation « durant le service », il s'agit souvent d'un court séminaire occasionnel organisé par un représentant d'un organisme de santé mentale, tel que

⁶ Plusieurs des principes fondamentaux des services policiers contemporains s'appliquent directement aux interactions des agents de police avec les personnes atteintes de maladies mentales. Ce sont la concentration consciente sur l'offre d'un service de qualité et à valeur ajoutée aux utilisateurs et clients, la consultation et la collaboration internes et avec la communauté, l'évaluation et l'amélioration continues, la décentralisation de l'autorité et de la prise de décisions, le travail d'équipe, l'augmentation de la communication en partageant activement les renseignements à l'interne et avec la communauté, le traitement équitable, l'impartialité et l'équité et l'accent sur les résultats (Coleman, 2008).

⁷ Dans ce document, le terme « services policiers » démontre le contact et les interactions du personnel policier avec les personnes atteintes de maladies mentales et catégorise l'apprentissage nécessaire pour préparer le personnel policier à son contact avec les personnes atteintes de maladies mentales.

l'Association canadienne pour la santé mentale, ou du cours en ligne de deux heures du Réseau canadien du savoir policier – *Reconnaître une personne perturbée affectivement*⁸. Réciproquement, certaines grandes organisations policières possèdent des programmes bien conçus mais de façon générale, seule une petite fraction de leur personnel reçoit une telle formation. Voici certains exemples qui démontrent la gamme des apprentissages « durant le service » offerts :

ALBERTA

Gouvernement de l'Alberta

Le bureau du Solliciteur général de l'Alberta a mis sur pied un cours en ligne exceptionnel⁹. Le cours intitulé *Policing and Persons with Mental Illness (les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales)* – qui a été conçu par un psychologue, deux concepteurs de programmes d'étude, un agent de police et un représentant d'un établissement correctionnel provincial, s'adresse à tous les services de police municipaux et établissements correctionnels provinciaux. Il s'adapte aussi bien à la formation de base des agents de police qu'à la formation « durant le service ». Le cours est décrit comme :

[...] n'étant pas une unité indépendante, mais comme une composante d'une formation continue. La structure élargie du programme, dans laquelle le cours est utilisé, met à contribution les techniques d'apprentissage des adultes, la participation continue de cohortes et la superposition de compétences et connaissances fondamentales (juridiques, opérationnelles et tactiques). De façon similaire, les modules du cours sont reliés par l'application continue des compétences et connaissances acquises au cours des modules précédents et de l'évaluation qui s'y rattache.

Les objectifs du cours sont de :

- fournir des renseignements généraux sur les problèmes de santé mentale aux agents de police,
- créer une sensibilisation des agents de police sur l'impact de la maladie mentale au cours des rencontres entre les agents de police et les citoyens,
- reconnaître la relation dynamique entre les agents de police et les citoyens, et le rôle des idées reçues qui peuvent influencer la rencontre,

⁸ Décrit plus loin dans ce document.

Accessible sur http://www.cpkn.ca/course_detail/emotionally_disturbed_e.html

⁹ Le public n'a pas accès à ce site. On y a donné accès aux auteurs de ce document aux fins de cette étude. Les détails sur ce cours, qui seront donnés plus loin dans le document, proviennent de ce que les auteurs y ont trouvé.

- augmenter les connaissances des agents de police des syndromes, des diagnostics et des symptômes les plus fréquents des troubles mentaux,
- augmenter la sensibilisation des policiers par rapport à l'impact et à l'étendue de la maladie mentale, et des coûts associés,
- parfaire les connaissances générales relatives aux facteurs des maladies mentales qui pourraient aider les agents de police,
- soutenir le développement de dix compétences comportementales de base,
- aider les agents de police à agir plus prudemment lorsqu'ils approchent les citoyens, afin d'éviter de blesser des individus, et eux-mêmes,
- aider les agents de police à diriger les personnes atteintes de maladies mentales vers un système plus adéquat, tel que le système de santé mentale,
- aider les agents de police à concevoir des techniques d'évaluation efficaces relatives aux rencontres agent de police-citoyen,
- développer des compétences axées sur le comportement.

Le cours en six modules comprend :

- La mise en contexte des services policiers et de la maladie mentale,
- Les perceptions des agents de police et la stigmatisation qu'ils pratiquent,
- Les troubles mentaux,
- La communication, la désescalade et les réactions,
- Les procédures, la création de rapports, l'autorité et les processus,
- L'intervention en cas de suicide.

Il est à noter que ce cours est l'un des rares trouvés dans l'examen de la documentation et dans les enquêtes directes auprès des services de police à inclure un module précis sur les « perceptions des agents de police et la stigmatisation qu'ils pratiquent ».

Service de police de Calgary

Pour faire suite à un cours de sept heures¹⁰ durant la formation de base, l'éducation et la formation durant le service du service de police de Calgary compte trois niveaux. Au premier niveau, le service de police de Calgary utilise un cours en ligne, conçu à l'interne, accessible à toute heure du jour ou de la nuit qui se base sur le manuel *The Calgary Police Service Officer's Guide to Dealing with Emotionally Disturbed Behavior* (2008)¹¹. Au second niveau, le *Mental*

¹⁰ Bien qu'il y ait des différences entre un « cours », un « séminaire » et un « atelier », les services de police ont tendance à utiliser les termes de façon interchangeable ou à nommer tout apprentissage formel un « cours ». Donc, la référence à un « cours » dans cette étude peut désigner un « séminaire » ou un « atelier ».

¹¹ Les agents de police de Calgary et les professionnels de la santé mentale ont conçu le guide, lequel est une publication interne du service de police de Calgary. Il présente des faits importants sur la maladie mentale et le trouble émotionnel et facilite l'identification des symptômes comportementaux en plus d'offrir des renseignements sur les ressources communautaires et le *Mental Health Act*. Il discute également des manières efficaces de documenter des observations et de diriger des interventions.

Health Interdiction Program (programme d'interdiction en santé mentale) étend l'apprentissage traditionnel vers la pratique sur le terrain de la santé mentale dans la communauté. Des agents de police, formés par des professionnels de la santé mentale, aidés d'infirmières psychiatriques et des services judiciaires et d'un psychiatre, donnent le cours. L'apprentissage continu semi-structuré en milieu de travail suit la formation traditionnelle de deux heures sur la santé mentale et la maladie mentale. La base de ce cours est le document intitulé *Calgary Police Service Officer's Guide to Dealing with Emotionally Disturbed Behavior* (2008).

Au troisième niveau, le volet sur l'itinérance de l'initiative *Police and Crisis Team* (PACT), est un partenariat communautaire stratégique entre le service de police de Calgary et les services de santé de l'Alberta. Le projet pilote, qui a débuté vers la fin de l'année 2009, s'adresse aux personnes en état de crise représentant un danger pour la sécurité publique qui ont des troubles de santé mentale et de toxicomanie et qui, par conséquent, risquent de devenir itinérantes. Les cinq semaines d'orientation et de formation comprennent :

- l'orientation et des visites chez les services et les installations de santé mentale et d'aide aux personnes itinérantes à Calgary,
- divers formulaires et listes de vérification relatifs à l'évaluation de la santé mentale,
- l'examen du *Mental Health Act* et du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM);
- l'observation au poste de travail des agents de police par des cliniciens en santé mentale,
- des discussions en équipe sur la philosophie du *Police and Crisis Team*.

Les spécialistes communautaires offrent de l'information sur l'itinérance, la médication et ses effets secondaires, les modèles d'intervention en cas d'urgence, la toxicomanie, le suicide et la santé mentale autochtone. Les ressources offertes comprennent le document *Calgary Police Service Officer's Guide to Dealing with Emotionally Disturbed Behavior* (2008), en plus de *Suicide by Cop* et *Pathways to Housing*.

Service de police d'Edmonton

Malgré que ceci ne soit pas commun pour les services de police canadiens, la politique et les procédures du service de police d'Edmonton concernant la relation entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales comprennent les exigences et les attentes de « formation » nécessaires :

Afin de reconnaître et de répondre aux incidents impliquant une présomption de maladie mentale, les membres du service de police d'Edmonton reçoivent, au cours de la formation de recrutement de base, des principes permettant de définir les troubles mentaux et de s'en occuper, des instructions concernant les pouvoirs d'arrestation, l'arrestation et le transport et l'arrestation avec mandats sous le Mental Health Act. Une formation d'appoint sera donnée au moins tous les trois ans ou plus fréquemment selon le besoin.

Il est à noter que les agents de police d'Edmonton reçoivent une formation très élaborée sur la relation entre les services policiers et la santé mentale au collège de police, comparativement à la plupart des services de police canadiens (voir Cotton et Coleman, 2008, pour obtenir un examen plus approfondi de la formation au niveau du collège de police du service de police d'Edmonton).

CANADA ATLANTIQUE

Police provinciale – région de l'Atlantique (Gendarmerie royale du Canada)

La région de l'Atlantique comprend la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick, en plus de Terre-Neuve-et-Labrador. La région de l'Atlantique a indiqué que l'éducation et la formation « durant le service » concernant les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales variait d'une province à l'autre. Même si toute la région de l'Atlantique offre une formation sur la prévention du suicide¹² aux premiers intervenants policiers, à Terre-Neuve-et-Labrador, la formation a également été offerte en respectant le *Mental Health Act* de la province¹³. De plus, la Société Alzheimer a offert des séances de demi-journées dans les districts policiers, selon la disponibilité du personnel policier.

Aucune formation de ce type n'a été offerte à l'Île-du-Prince-Édouard ou en Nouvelle-Écosse en 2008 et 2009. Depuis la fin de l'année 2009, la Gendarmerie royale du Canada du Nouveau-Brunswick utilise le module du Réseau canadien du savoir policier : *Reconnaître une personne perturbée affectivement*. Ce module est accessible à tous les employés du Réseau canadien du savoir policier partout au Canada, sur son site intranet. Jusqu'à maintenant, il n'est pas obligatoire partout au Canada mais il est utilisé à la discrétion de chaque division provinciale.

Police régionale de Halifax

La police régionale de Halifax a pris une approche intéressante en construisant une matrice d'éducation et de formation à quatre niveaux. Cette matrice a été conçue avec la collaboration

¹² Conçue par Living Works.

¹³ Un agent de police de la Gendarmerie royale du Canada a abattu l'une des deux personnes décédées de l'enquête Reid/Power. L'enquête a engendré des recommandations concernant la nécessité d'offrir une éducation et de la formation aux agents de police de Terre-Neuve-et-Labrador (Rapport d'enquêtes, 2003).

conjointe de la police régionale de Halifax et de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale.

L'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale a travaillé avec le département de psychiatrie de l'université Dalhousie pour concevoir les pièces intégrantes du programme de formation. Le module conçu par le département de psychiatrie, intitulé *Reconnaître une personne perturbée affectivement*, est maintenant accessible en ligne par l'entremise du Réseau canadien du savoir policier.

Niveau 100 : Formation de base des agents de police

- Formation de trois jours avec toutes les classes de « recrutement »¹⁴,
- Formation d'une journée pour les policiers recrutés latéralement (résumé et révision).

Les objectifs d'apprentissage sont :

- de présenter aux nouveaux agents de police les catégories générales des maladies mentales et les difficultés en santé mentale, plus précisément en lien avec les personnes perturbées affectivement,
- d'offrir de l'éducation relative aux stratégies et aux directives adéquates pour répondre aux personnes perturbées affectivement,
- d'augmenter le niveau de confiance, de confort et de sensibilisation pour répondre aux personnes perturbées affectivement et pour résoudre certaines situations,
- de comprendre la politique et la procédure de la police régionale de Halifax relatives aux personnes perturbées affectivement et *l'Involuntary Psychiatric Treatment Act* (loi sur le traitement psychiatrique involontaire) (IPTA)¹⁵, et de se familiariser avec elles, afin de comprendre le rôle de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale, le service qu'elle offre et la relation avec la police régionale de Halifax pour présenter aux agents de police la carte de triage d'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale de la police régionale de Halifax concernant les personnes perturbées affectivement.

Niveau 200 : Perfectionnement pour premiers intervenants

- formation de trois heures pour les agents de police qui n'ont pas reçu la formation de base (niveau 100),
- offert quatre jours par année pour huit séances distinctes de trois heures par année,

¹⁴ Le terme « recrue » représente, dans le jargon des services policiers, un nouvel agent de police. Bien qu'il soit utilisé lorsque le nouvel agent complète sa formation de base, il est également souvent utilisé durant au moins les cinq premières années du service de l'agent de police.

¹⁵ Comparable aux Lois sur la santé mentale des autres provinces.

- comprend le cours en ligne du Réseau canadien du savoir policier,
- présentation plus interactive avec l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale en délibération.

Les objectifs d'apprentissage sont :

- d'offrir un perfectionnement au personnel policier relatif aux vastes catégories de signes et de symptômes de la maladie mentale,
- d'offrir de l'éducation concernant les directives pour répondre aux personnes perturbées affectivement et pour résoudre leurs appels, et ainsi augmenter la familiarisation avec la loi sur le traitement psychiatrique involontaire,
- d'expliquer le rôle de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale, le service qu'elle offre et la relation avec la police régionale de Halifax,
- de présenter aux agents de police la carte de triage d'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale de la police régionale de Halifax concernant les personnes perturbées affectivement.

Niveau 300 : Formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence

- quarante heures d'éducation ou de formation,
- offerte au moins deux fois par année civile.

Les objectifs d'apprentissage sont :

- d'augmenter la sensibilisation et la compréhension des problèmes de santé mentale et, particulièrement, de mieux comprendre la perspective des utilisateurs de services de santé mentale et de leur famille,
- de développer et d'améliorer les compétences des participants en ce qui concerne les entrevues et la communication avec les personnes souffrant de maladies mentales, nommées personnes perturbées affectivement,
- d'augmenter les connaissances des participants concernant les maladies mentales les plus communes et les façons les plus adéquates d'approcher ces individus et d'interagir avec eux,
- d'augmenter les aptitudes à communiquer les observations servant à rédiger des rapports de réponses aux appels de personnes perturbées affectivement,
- d'augmenter la connaissance des ressources communautaires offrant de l'assistance dans la communauté aux personnes atteintes de maladies mentales, aux membres de leur famille et aux agents de police ayant des rapports avec eux,
- de développer des connaissances, des compétences et des stratégies pour que les policiers soient en mesure de calmer de façon sécuritaire une personne en crise de santé mentale,

- d'augmenter la compréhension et la connaissance du rôle de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale, de la loi sur le traitement psychiatrique involontaire et de la relation avec la police régionale de Halifax,
- d'augmenter la compréhension de la relation systémique entre le service d'urgence, les services d'évaluation psychiatrique et la police régionale de Halifax.

Niveau 400 : Formation avancée pour les agents de police de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale

- la réussite du cours de niveau 300 est préalable,
- orientation sur la santé mentale par Capital Health offerte à tout le nouveau personnel de santé mentale,
- un minimum de quatre quarts d'observation au poste de travail avec l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale.

Les objectifs d'apprentissage sont :

- d'obtenir une connaissance pratique plus approfondie sur la maladie mentale : signes et symptômes, stratégies pour maximiser la sécurité individuelle et publique et stratégies appropriées pour répondre aux personnes perturbées affectivement,
- d'augmenter les aptitudes de communication et les stratégies pour répondre aux personnes perturbées affectivement,
- d'améliorer les compétences verbale et écrite nécessaires dans le rapport d'observations.

Force constabulaire royale de Terre-Neuve

En plus de son programme d'éducation ou de formation de base complet, qui met l'accent sur l'usage judicieux de la discrétion policière et de la déontologie policière (Cotton et Coleman, 2008), sa formation durant le service comprend¹⁶ :

- une séance de trois heures sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, donnée par Choices for Youth, au cours de laquelle une mère partage les défis que doit surmonter son garçon qui souffre de troubles causés par l'alcoolisation fœtale,
- une séance d'information de trois heures sur l'autisme donnée par la Société d'autisme,
- un séminaire d'une journée sur les premiers soins en santé mentale¹⁷ présidé par un professionnel en santé mentale.

¹⁶ La fréquence et le niveau de l'expérience des étudiants ne sont pas clairs dans leurs réponses.

¹⁷ Pour obtenir de plus amples renseignements sur les Premiers Soins en Santé Mentale, consultez la page 28.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

La *Police Intervention in Mental Illness Crisis* (intervention policière en cas de crise de maladie mentale),¹⁸ mise sur pied par la Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique (BCSS) en collaboration avec l'académie de police de la *Justice Institute of BC* (institut de justice de la Colombie-Britannique), est une source d'information en ligne détaillée et facile à comprendre qui traite de la maladie mentale, de la législation et d'autres sujets connexes. Même s'il ne s'agit pas d'un cours en soi, le *Police Intervention in Mental Illness Crisis* est généralement considéré une ressource utile pour les agents de police dans plusieurs juridictions.

Gouvernement de la Colombie-Britannique

À la suite du décès d'un homme vers la fin de l'année 2007 à l'aéroport de Vancouver, après qu'un policier ait utilisé une arme à impulsions, et de l'inquiétude découlant des circonstances entourant le décès, le gouvernement de la Colombie-Britannique a exigé une enquête – nommée enquête Braidwood – pour faire des recommandations afin d'éviter que des situations similaires ne se reproduisent à l'avenir (*Restoring Public Confidence*, 2009). En attendant le rapport final, le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis sur pied le *Braidwood Recommendation Implementation Committee* (comité de mise en œuvre de recommandations Braidwood) (BRIC) présidé par un dirigeant du ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général. On s'attend à ce que le rapport comprenne des représentants de l'Association canadienne pour la santé mentale, de la *B.C. Alliance on Mental Health and Addiction*, des chefs de police, de la Gendarmerie royale du Canada, des associations policières (syndicats), de la *B.C. Civil Liberties Association*, des représentants des Premières nations, des shérifs, des services correctionnels, du Bureau du commissaire aux plaintes contre la police de la Colombie-Britannique, du *Justice Institute of British Columbia*, du Centre de formation de la région du Pacifique et « probablement d'autres organismes ». Deux groupes de travail ont été mis sur pied pour concevoir les normes et la formation :

- la formation sur l'intervention en situation de crise et de désescalade,
- la formation sur les armes à impulsions.

De façon pertinente à cette étude, cet incident a donné un nouvel élan à la révision, par le gouvernement de la Colombie-Britannique, des changements devant être apportés à l'éducation et à la formation des agents de police pour affecter positivement les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales. Le but est que cette éducation ou formation soit élaborée de façon systématique à l'aide d'experts en conception de programmes et en apprentissage aux adultes. De plus, elle sera fondée sur le rendement, donc sera « défendable » et permettra une évaluation des programmes. En lien direct avec cette étude, une partie importante du nouveau programme comprendra des techniques d'approche verbale et de désescalade pour éviter, lorsque possible, le recours à la force.

¹⁸ Accessible sur http://www.jibc.ca/police/main/PIIMIC/piimic_introduction.htm et sur <http://www.piimic.com>

Police provinciale de la Colombie-Britannique

L'Association canadienne pour la santé mentale-C.-B., en collaboration avec la division E de la Gendarmerie royale du Canada, qui fournit les services policiers dans la province, a implanté un modèle de formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence modifié – le *BC-CIT*. Les partenaires mettent l'accent sur le fait « qu'il ne s'agit pas juste d'une autre formation, mais d'un programme communautaire durable ». Il offre non seulement une formation polyvalente communautaire à un groupe principal de premiers intervenants (personnel policier, personnel de la salle d'urgence des hôpitaux, répartiteurs des services d'urgence, ambulanciers paramédicaux, infirmières aux urgences psychiatriques, gardiens des blocs cellulaires, agents de probation, agents de libération conditionnelle, fournisseurs de services d'approche et communautaires, travailleurs sociaux, agents de correction, praticiens en santé mentale et en toxicomanie), mais, après la formation de 40 heures, des personnes de liaison formées sur l'équipe d'intervention en cas d'urgence sont identifiées chez des services participants (plus particulièrement chez les services de santé mentale et les services de police) pour collaborer avec la communauté en matière de résolution de problèmes, de conception de protocoles, de planification de gestion de cas et de présentations d'éducation conjointe¹⁹. L'Association canadienne pour la santé mentale-C.-B. envisage :

[...] un centre de coordination provincial d'équipe d'intervention en cas d'urgence et des coordonnateurs régionaux de formation ou coordination. Le centre provincial mettrait sur pied et maintiendrait des normes de formation et une trousse de formation normalisée qui préserverait ces normes, protocoles, politiques et qui coordonnerait ou soutiendrait les coordonnateurs régionaux. Les coordonnateurs régionaux concevraient une formation pour la région et maintiendraient ou soutiendraient un réseau de liaison pour l'échange de connaissances et pour faciliter la résolution de problèmes (modèle de communauté de pratique).

Le programme BC-CIT est guidé par un comité intersectoriel comprenant la police provinciale, les services de police municipaux, le service ambulancier de la C.-B., les autorités provinciales de la santé, l'Association canadienne pour la santé mentale – Division C.-B., la Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique, les familles et les personnes ayant une expérience directe avec les services de santé mentale, la Commission des plaintes du public contre la Gendarmerie royale du Canada et l'avocat de la Couronne. D'abord établi dans les basses-terres continentales de la Colombie-Britannique, le programme est maintenant provincial. Le programme de cours comprend :

- la *Mental Health Act* de la Colombie-Britannique – *Rôle des policiers, des médecins et du service ambulancier de la Colombie-Britannique*;

¹⁹ Présentations offertes aux organismes tels les organismes de santé mentale, aux personnes atteintes de maladies mentales et à la communauté en général.

- la poursuite au criminel des personnes atteintes de maladies mentales,
- le retard du développement et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale,
- les troubles de santé mentale et la médication habituelle,
- l'intervention durant les premiers stades de la psychose,
- l'évaluation des risques pour les premiers intervenants,
- la complexité de la toxicomanie,
- le délire actif et la contention,
- le trouble de stress post-traumatique – l'usure de compassion,
- le panel interactif pour les clients et la famille de la Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique,
- l'*Adult Guardianship Act* (acte de tutelle pour les adultes) et les ressources communautaires,
- l'homicide provoqué par la victime (*Suicide by Cop*),
- les autorités en matière de santé et les services policiers : *problèmes de communication*,
- les aptitudes de communication en cas d'urgence,
- les simulations de personnes perturbées affectivement avec le *Ralston Studio Actors*,
- l'événement *Stand Up for Mental Health*, numéros misant sur l'anti-stigmatisation présentés par une troupe d'humoristes,
- la sensibilisation culturelle et les implications.

Bien que le programme dépende actuellement de l'évaluation provenant de la rétroaction des participants, le partenariat a collaboré avec l'université de Fraser Valley pour mener une recherche complète sur plusieurs années, dans diverses communautés.

Service de police de Vancouver

Même si le service de police de Vancouver n'utilise pas le déploiement du modèle américain d'équipe d'intervention en cas d'urgence, son programme de formation pour les premiers intervenants des services de police se base sur la formation de 40 heures d'équipe d'intervention en cas d'urgence. Le cours du service de police de Vancouver, qui vise les nouveaux agents de police dans le cadre d'un plan de développement quinquennal, représente une modification de la formation habituelle de quatre jours (40 heures) vers un modèle de trois jours (36 heures) qui s'ajuste à sa rotation de quarts de 12 heures. Bien que les directives d'équipe d'intervention en cas d'urgence suggèrent que 25 % des agents de police soient formés, ce chiffre varie selon la taille, l'emplacement géographique et l'environnement social du service de police ou du détachement. L'objectif du service de police de Vancouver, vu son pourcentage élevé apparent de contacts entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales (Wilson-Bates, 2008), est de former 100 % de ses « patrouilleurs ».

Les objectifs de l'équipe d'intervention en cas d'urgence du service de police de Vancouver sont de :

- mettre en place une intervention proactive pour prévenir les crises qui peuvent engendrer des niveaux de force élevés,
- minimiser le recours à la force par les agents de police qui interagissent avec les personnes atteintes de maladies mentales ou les citoyens en crise,
- réduire les risques et les blessures pour les agents de police,
- réduire les responsabilités grâce à une gestion améliorée des crises,
- faciliter l'identification et le suivi des utilisateurs des services d'urgence en santé mentale à comportements chroniques qui présentent des risques pour eux-mêmes et pour autrui ou qui monopolisent les ressources policières,
- développer un partenariat solide entre les services policiers, la communauté de santé mentale et la communauté entière,
- augmenter la confiance et le soutien du public par rapport à l'intervention policière.

Le cours ou séminaire porte sur les éléments suivants :

- Troubles de l'humeur
 - Aperçu de la maladie mentale et de son impact sur la société,
 - Vivre avec la maladie mentale – la personne, sa famille, ses amis et la communauté,
 - Accent particulier sur le trouble bipolaire.
- Dépression, suicide
 - Aperçu des risques de dépression et de suicide,
 - Aperçu des stratégies d'intervention en cas de suicide pour les agents de police,
 - Sensibilisation aux risques de dépression et de suicide pour vous-même, votre famille et vos amis.
- Intervention durant les premiers stades de la psychose et schizophrénie
 - Aperçu des signes et des symptômes des premiers stades de la psychose et accent sur l'intervention préventive,
 - Aperçu des ressources communautaires à Vancouver,
 - Accent particulier sur la schizophrénie, y compris une présentation du partenariat de la Société de schizophrénie de la Colombie-Britannique.
- Incidents critiques, trouble de stress post-traumatique et autotraitement des agents
 - Aperçu des incidents critiques et du trouble de stress post-traumatique,
 - Accent particulier sur l'autotraitement des agents de police.

- Santé mentale gériatrique
 - Sensibilisation accrue sur les maladies psychiatriques les plus communes chez les aînés,
 - Aperçu des outils de base pour évaluer la fonction cognitive et le risque chez les aînés,
 - Aperçu des services offerts à Vancouver aux adultes plus âgés ayant une maladie psychiatrique.

- Déficience développementale
 - Aperçu de la maladie mentale et des déficiences développementales,
 - Accent particulier sur l'impact sur le comportement, l'apprentissage et la présence de la maladie mentale,
 - Gestion et traitement des contrevenants ayant une déficience développementale.

- Considérations tactiques des services de police
 - Évaluation de la situation et de la scène lorsqu'une personne en crise est impliquée,
 - Étude des options tactiques pour les agents de police.

- Drogues et psychoses
 - Aperçu de la consommation de drogues, de la psychose due aux drogues, de la consommation de drogues et de la maladie mentale,
 - Impact de la consommation de drogues sur le corps – durée, effets physiologiques,
 - Accent particulier sur la méthamphétamine en cristaux, la cocaïne et le cannabis.

- Homicide provoqué par la victime
 - Aperçu de l'homicide provoqué par la victime,
 - Préparation des agents avant, pendant et après un incident d'homicide provoqué par la victime.

- Intervention en cas d'urgence par un psychologue
 - Accent sur la théorie et les stratégies de communication pour les premiers intervenants,
 - Application pratique par jeux de rôles.

Le service de police de Vancouver n'a pas encore évalué ce cours. Sa position est que puisqu'il se base sur le modèle de formation standard américain d'équipes d'intervention en cas d'urgence, le service « se conforme aux pratiques exemplaires ».

Service de police de Delta

Les politiques et procédures du service de police de Delta concernant le contact entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales comprennent son engagement à « former » son personnel :

Offrir aux employés une éducation et une formation permettant (au personnel) d'effectuer des arrestations selon la Section 28(1) du Mental Health Act, lorsque les personnes répondent aux critères et, ensuite, de diriger ces personnes vers un médecin.

ONTARIO

Collège de police de l'Ontario

Le Collège de police de l'Ontario a rédigé un guide complet sur le travail avec les personnes atteintes de maladies mentales intitulé *Not just another call ... police response to people with mental illnesses in Ontario – a practical guide for the frontline officer*²⁰. Ce guide a été conçu en réponse aux recommandations provenant de diverses enquêtes du coroner (examinant les décès de personnes atteintes de maladies mentales) qui identifient le besoin d'augmenter le niveau de formation et les ressources des services policiers. Le guide, offert aux nouveaux agents de police en tant que ressource au cours de la formation de base du Collège de police de l'Ontario, fournit également au personnel policier une référence permanente utile²¹. Il semble que les hôpitaux, psychiatres, travailleurs en santé mentale, premiers intervenants, agents de correction et organisations pour bénéficiaires de services de santé mentale utilisent également ce guide.

Police régionale de Peel

La police régionale de Peel, qui utilise un modèle de réponse mobile conjointe COAST²², offre un séminaire de quatre jours durant le service aux agents de police, aux professionnels de la santé mentale et aux personnes atteintes de maladies mentales qui comprend :

- un test préliminaire,
- une présentation ou simulation de désescalade et d'intervention en cas de suicide,
- une présentation du système juridique,
- une partie sur la jeunesse et les problèmes de santé mentale,
- une partie sur l'autisme et les personnes vulnérables,

²⁰ Accessible en ligne sur le site Web du Collège de police de l'Ontario <http://www.opconline.ca/>

²¹ Une version de poche a été conçue pour être utilisée par les agents de police « de première ligne ».

²² Parfois nommé « Community Outreach and Stabilization Team » ou « Crisis Outreach and Support Team ». Il s'agit d'un modèle de réponse conjointe de la police et des services en santé mentale qui a débuté à Hamilton en Ontario il y a environ 15 ans. Depuis les dernières années, d'autres juridictions de la région du Grand Toronto ont adopté ce modèle.

- une partie sur le diagnostic mixte,
- une présentation d'une « famille survivante » et une discussion avec elle,
- une introduction à la santé mentale par un psychiatre,
- une partie sur le tribunal de la santé mentale²³,
- une présentation par un groupe d'experts de trois hôpitaux locaux,
- un test.

Service de police régional d'Halton

Formation pour les nouveaux agents de police

Bien que les nouveaux agents de police reçoivent une certaine éducation concernant le contact entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales au Collège de police de l'Ontario, le service de police régional d'Halton offre une formation supplémentaire lorsque les agents arrivent du Collège de police de l'Ontario pour s'assurer qu'ils comprennent le programme COAST et la façon d'accéder aux services communautaires de la région d'Halton. Un agent de police COAST et un travailleur social COAST présentent le module d'une heure et demie trois fois par année.

Agents de police « spécialistes » de la relation entre les agents et les personnes atteintes de maladies mentales

Dans le cadre de son approche structurée à plusieurs niveaux concernant l'éducation agents de police vis-à-vis les personnes atteintes de maladies mentales, le service de police régional d'Halton utilise un modèle modifié d'équipe d'intervention en cas d'urgence pour ses agents de police spécialistes de la relation entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales. Cette formation, comme la plupart des formations d'équipe d'intervention en cas d'urgence, est d'une durée de 40 heures. Le cours, financé par le ministère de la Santé, est offert une fois par année. La conception et la communication se font par :

- des travailleurs en santé mentale COAST,
- des agents de police COAST,
- des membres de la communauté,
- la Société de schizophrénie de l'Ontario,
- les membres de la famille d'une personne atteinte d'une maladie mentale,
- des personnes atteintes de maladies mentales du programme TAMI (Parlons de la maladie mentale),
- du personnel des hôpitaux locaux,
- l'équipe d'approche gériatrique d'Halton.

Le cours contient un vaste aperçu des problèmes de santé mentale comprenant la psychose, les troubles de l'humeur, la démence et les troubles d'abus d'alcool ou d'autres drogues. Des

²³ Un tribunal de la santé mentale est en place dans la juridiction de la police régionale de Peel.

simulations de scénarios policiers « réels » sont utilisées pour lesquelles des acteurs sont formés pour simuler les symptômes. L'évaluation se fonde sur la rétroaction des participants. La construction du cours est telle qu'elle permet l'établissement de nouvelles relations communautaires et la préservation des relations existantes.

Formation durant le service et par modules

Tous les agents de police doivent compléter la formation annuelle par modules qui offre un aperçu de la psychose et du programme COAST. Le module de 90 minutes, offert au moins seize fois par année, est conçu et communiqué par les travailleurs en santé mentale COAST, les agents de police COAST et les travailleurs sociaux du service de la police pour les jeunes.

Citizens Police Academy (académie de police pour les citoyens)

Bien qu'il ne s'agisse pas à strictement parler d'une formation durant le service, il est possible que ce soit le seul service de police au Canada offrant ce type d'apprentissage communautaire. Le groupe cible de ce séminaire d'une heure se compose des membres de la communauté qui se présentent volontairement à l'académie pour en apprendre davantage à propos du service de police. La présentation annuelle par un agent de police COAST et un travailleur en santé mentale COAST offre un aperçu du programme, et de l'information sur la façon d'accéder à ses services.

Services aux victimes

Le groupe cible de ce séminaire de 90 minutes se compose des volontaires de l'unité de travail des services aux victimes des services policiers. Ces volontaires rencontrent fréquemment des personnes atteintes de maladies mentales dans le cadre de leur travail pour soutenir les agents de police. Un agent de police COAST explique le programme et la façon d'accéder aux services COAST.

Formation des agents de police auxiliaires

Le groupe cible de ce séminaire de deux heures se compose des agents auxiliaires des services policiers qui offrent du soutien et de l'assistance aux services policiers. Un agent de police COAST et un travailleur en santé mentale COAST expliquent le programme et offrent l'information sur la façon d'accéder aux services.

L'équipe LEAD²⁴ du comté de Lanark

Ce groupe, qui est un modèle conjoint services policiers et services en santé mentale, offre avec succès des services à divers services de police municipaux plus petits du Sud-Est de l'Ontario, y compris les détachements de Smith Falls, Perth et Cornwall, en plus de Leeds-Grenville, Lennox et Addington, du comté de Renfrew et du comté de Lanark de la police provinciale de

²⁴ L'acronyme « LEAD » représente les comtés desservis par le programme.

l'Ontario²⁵. Tous les services partenaires ont signé un protocole qui comprend la « formation » requise pour les agents de police :

La formation sera une composante importante de notre capacité à mieux servir les personnes perturbées affectivement. Nos partenaires s'engagent à s'entraider en ce qui a trait à leurs besoins de formation. La formation sera constamment modifiée pour augmenter notre capacité à servir les personnes perturbées affectivement.

Les membres de l'équipe LEAD participeront à une formation initiale de seize heures sous la supervision pédagogique de professionnels formés. Les membres LEAD partageront leur formation avec le reste de l'équipe pour favoriser le développement du programme et son renouvellement.

Par conséquent, le programme LEAD en conjonction avec ses services membres, qui comprennent les Services médicaux d'urgence et le district hospitalier en plus des services policiers, offre une formation annuelle durant le service aux premiers intervenants de la police, au personnel hospitalier, aux membres de l'équipe d'urgence en santé mentale et aux Services médicaux d'urgence. Le module durant le service de seize heures offre un aperçu de la maladie mentale grave, y compris les symptômes, les comportements, les évaluations de risques, les stratégies de désescalade et une meilleure reconnaissance des personnes à risque de crise de santé mentale grâce à l'exposition directe aux dynamiques de base des types communs de maladie mentale et aux points de vue et émotions des patients en santé mentale. La formation, conçue et communiquée pour aider les membres à mieux comprendre que la maladie mentale est une déficience ou un trouble et non un crime, comprend le perfectionnement des capacités de désescalade de situations potentiellement versatiles, la cueillette d'un historique pertinent, l'évaluation des renseignements médicaux et l'évaluation du système de soutien social de la personne.

Police provinciale de l'Ontario

La police provinciale de l'Ontario offre divers niveaux d'éducation et de formation à son personnel concernant les personnes atteintes de maladies mentales :

Nouveaux agents de police – En plus de la formation « de base » concernant les services policiers et les services en santé mentale du Collège de police de l'Ontario, les nouveaux agents de police suivent une formation supplémentaire sur la relation services policiers et maladie mentale à l'académie de la police provinciale de l'Ontario. Cette formation comprend des séances de mise en situation concernant les personnes qui semblent être atteintes d'une maladie mentale.

²⁵ Le document contenant le protocole, qui comprend la formation, est accessible sur <http://www.pmhl.ca/webpages/reports/LEAD%20Team%20Protocol.doc>

Formation durant le service – tous les agents de police en uniforme suivent une « formation par modules » annuelle de deux jours qui porte sur les éléments suivant :

- la maladie mentale et la *Loi sur la santé mentale*,
 - un historique de la maladie mentale,
 - des services de criminalistique,
 - des services d'aide en cours de procès,
- la psychose et la schizophrénie,
- les techniques de désescalade,
- la démence,
- les troubles de l'humeur,
- les troubles de la personnalité,
- les troubles d'anxiété,
- une formation de mise en situation concernant des aspects de la maladie mentale et la *Loi sur la santé mentale*.

L'évaluation se fait par questionnaire, avant et après la formation.

Formation pour négociateurs en situation de crise – Les négociateurs en situation de crise²⁶ des services policiers doivent suivre le cours pour négociateurs en situation de crise accrédité par le gouvernement qui comprend des séances sur les troubles mentaux et les personnes perturbées. Un psychiatre donne généralement cette formation.

Intervention en cas d'urgence – Le personnel policier responsable de la recherche et sauvetage (SAR) doit compléter le cours de gestion de recherche, qui comprend des modules qui traitent de la psychologie des personnes égarées, incluant les personnes pouvant être atteintes de maladies mentales.

Téléphonistes et superviseurs du centre de communications – Dans la police provinciale de l'Ontario, ces postes ne sont pas occupés par des agents de police. Ces employés doivent suivre la formation requise au Collège de police de l'Ontario, régie par les normes adéquates du gouvernement. O. Reg. 3/99. Cette formation comprend des modules sur la maladie mentale et les personnes perturbées.

Personnel de transport des contrevenants – Tous les agents de transport des contrevenants reçoivent une présentation de deux heures, au cours de leur formation de base de trois semaines, sur les maladies mentales et la *Loi sur la santé mentale*.

Agents de sécurité – Tous les agents de sécurité reçoivent une formation annuelle, qui comprend des mises en situation et des règles de la *Loi sur la santé mentale*.

²⁶ Parfois, bien que de façon inexacte, nommés les « négociateurs en cas de prise d'otages ».

Garde des prisonniers – Tout le personnel responsable de garder les prisonniers doit remplir le cahier d'exercices de garde des prisonniers, lequel traite de certains aspects de la prévention du suicide et de la façon dont il est relié à la maladie mentale.

Breffage opérationnel sur le terrain – Ces documents de formation par mise en situation sont distribués aux agents de police de première ligne et au personnel de soutien chaque mois. Certains breffages traitent de la *Loi sur la santé mentale* et de la maladie mentale.

Service de police de Belleville

Le service de police de Belleville offre une formation sur la prévention du suicide (ASIST) à tous les agents de police et aux répartiteurs de la police. Cette formation est offerte par des agents de police et des partenaires dans la communauté. Le service de police de Belleville améliore sa formation en offrant un atelier interactif de deux jours durant le service pour les partenaires dans la communauté, les agents de police et les répartiteurs. Cet atelier, également donné par des agents de police et des partenaires dans la communauté, met aussi l'accent sur l'intervention en cas de suicide. L'évaluation se base sur la rétroaction des participants. Vu sa nature interservices, l'atelier est considéré avantageux du point de vue de l'établissement de relations.

Service de police de Cornwall

Les politiques et procédures du service de police de Cornwall concernant le contact entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales comprennent son engagement de « formation » :

S'assurer que les membres du service de police communautaire de Cornwall reçoivent des directives et de la formation afin de les aider (2006/09/28) à offrir une réponse sécuritaire et professionnelle aux plaintes impliquant des personnes atteintes de maladies mentales, qui sont perturbées affectivement ou qui ont une déficience développementale. Ce décret résulte de la réglementation de la Loi sur les services policiers 3/99 (directive LE-013 de la réglementation d'adéquation).

Tout le nouveau personnel de service qui peut entrer en contact avec les membres de la communauté doit recevoir une formation complète pour l'aider à identifier les personnes atteintes de maladies mentales.

Tout le personnel de service qui entre en contact avec le public doit recevoir une formation de perfectionnement chaque année.

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Police College

En plus de l'éducation et de la formation relatives aux interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales au cours de la formation de base des nouveaux agents de police au service de police de la Saskatchewan, pendant laquelle ils reçoivent des informations sur la signification de la maladie mentale et sur les stratégies et les procédures pour interagir avec les personnes atteintes de maladies mentales, la formation « durant le service » se limite à celle offerte aux nouveaux et aux futurs superviseurs policiers municipaux (caporaux et sergents). Elle comporte une formation d'une demi-journée présentée par un professionnel en santé mentale, une personne atteinte d'une maladie mentale et un agent de police.

ORGANISMES AUTRES QUE LES SERVICES POLICIERS

CALEA (Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies) (commission pour l'accréditation des services d'application de la loi)

Bien qu'il ne s'agisse pas d'un programme d'apprentissage, les normes de la *Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies* sont pertinentes et informatives pour la conception et la communication de l'apprentissage relatif au rapport entre les services de police et la santé mentale. Même si la Commission²⁷ a été fondée en tant qu'autorité américaine de délivrance de titres et certificats pour les services de police et « d'application de la loi », quelques services de police canadiens²⁸ sont maintenant accrédités et se sont joints au réseau de la Commission. Par conséquent, ces services de police ont des politiques et des pratiques par rapport à la relation entre les services policiers et la santé mentale qui sont jugées comme respectant les normes de l'accréditation de la Commission.

L'objectif des programmes d'accréditation de la Commission est d'améliorer l'offre des services de sécurité publique, principalement en :

- préservant un ensemble de normes, développées par des praticiens de la sécurité publique, couvrant un large éventail d'initiatives récentes concernant la sécurité publique,
- établissant et gérant le processus d'accréditation,
- reconnaissant l'excellence professionnelle.

En lien avec cette étude, la norme d'accréditation de la *Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies* – Section 41.2.7 – contient les éléments suivants :

²⁷ Accessible sur <http://www.calea.org/Online/AboutCALEA/Commission.htm>

²⁸ Service de police de Brantford en Ontario (200 agents de police), service de police de Camrose en Alberta (43 agents de police), service de police d'Edmonton en Alberta (1700 agents de police), service de police de Lethbridge en Alberta (180 agents de police) et service de police de Winnipeg au Manitoba (1700 agents de police).

41.2.7 Maladie mentale

Le service [doit posséder] des directives écrites concernant l'interaction du personnel de service avec les personnes soupçonnées d'être atteintes de maladies mentales qui traitent de :

- a. les directives pour reconnaître les personnes atteintes de maladies mentales,*
- b. les procédures pour accéder aux ressources communautaires offertes en santé mentale,*
- c. les directives précises à suivre par les agents assermentés lorsqu'ils interagissent avec des personnes soupçonnées d'être atteintes de maladies mentales au cours de rencontres dans la rue, et pendant les interviews et les interrogatoires,*
- d. la formation documentée au niveau d'entrée du personnel d'agence,*
- e. la formation de perfectionnement documentée au moins tous les trois ans.*

Fait particulièrement intéressant, la *Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies* suggère que :

Les directives des services devraient être conçues en collaboration avec des professionnels en santé mentale, qui peuvent former ou aider le service en formation. La formation devrait inclure l'accès au système judiciaire et à la jurisprudence applicable. La formation devrait être révisée ou mise à jour au moins tous les trois ans. La formation peut être offerte aux agents de police dans la formation du recours à la force requis (norme 1.3.11) ou pendant la formation annuelle (norme 33.5.1) et à tout le personnel au cours de la formation de quart (norme 33.5.2), ou dans tout autre programme durant le service.

En l'absence de normes pour les services policiers canadiens concernant les éléments adéquats à inclure dans l'apprentissage relatif aux interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, et en raison du manque de programmes fondés sur des preuves²⁹, les normes de la *Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies* peuvent être un point de départ utile pour les services de police canadiens qui ne sont pas accrédités par cette commission.

²⁹ Dans ce document, « fondé sur des preuves » désigne l'implantation de programmes et de pratiques fondés sur des résultats de recherches scientifiques.

Premiers soins en santé mentale

Les premiers soins en santé mentale ont été fondés en 2001 par le centre de recherche australien sur la santé mentale. L'objectif était d'offrir un soutien initial aux personnes qui pourraient développer un problème de santé mentale ou qui vivent une crise de santé mentale. Son but était d'améliorer la littéracie de la santé mentale. Depuis, le programme a été mis sur pied, évalué, disséminé et implanté internationalement, y compris en Angleterre, en Écosse et au Canada. L'Australie et l'Écosse ont incorporé les premiers soins en santé mentale dans leurs stratégies nationales de santé mentale. En 2010, la Commission de la santé mentale du Canada a assumé la responsabilité des premiers soins en santé mentale au Canada³⁰. Elle a déclaré que « tout le monde peut profiter des premiers soins en santé mentale », y compris les « familles touchées par des problèmes de santé mentale, les professeurs, les fournisseurs de services de santé, les travailleurs des urgences, les travailleurs de première ligne qui traitent avec le public, les volontaires, les professionnels des ressources humaines, les employeurs et les groupes communautaires ».

Actuellement, au Canada, il semble que seuls la Force constabulaire royale de Terre-Neuve et quelques détachements de la Gendarmerie royale du Canada de l'Alberta utilisent les premiers soins en santé mentale en tant qu'outil d'apprentissage. Les premiers soins en santé mentale sont potentiellement utiles au personnel policier à tous les niveaux d'expérience en tant que projet d'apprentissage complet. Les premiers soins en santé mentale du Canada offrent un cours de 12 heures comprenant quatre modules de trois heures. Selon leur site Web, « les participants apprennent à offrir une aide initiale aux personnes présentant des signes de problème de santé mentale ou qui sont victimes d'une crise de santé mentale ». Les premiers soins en santé mentale offrent également un cours mettant l'accent sur la jeunesse et la maladie mentale qui « est conçu pour être sensible aux aspects uniques des problèmes mentaux chez les jeunes »³¹. Même si le but des premiers soins en santé mentale n'est pas d'apprendre aux gens à devenir des thérapeutes, ils montrent comment reconnaître les symptômes des problèmes de santé mentale, comment offrir une aide initiale et comment guider une personne vers l'aide professionnelle adéquate (Bather, Fitzpatrick et Rutherford, 2008, p. 13).

Bather, Fitzpatrick and Rutherford (2008), dans *36: The Police and Mental Health*, publication du *Sainsbury Center for Mental Health* au Royaume-Uni, ont souligné que :

[...] le développement des services policiers de la communauté et du voisinage crée une occasion pour les agents de police de participer davantage à l'identification des personnes à risque d'être de sérieux contrevenants qui pourraient profiter de soins de santé mentale et d'autres services. Les agents de police ont besoin de plus de

³⁰ Accessible sur <http://www.mentalhealthfirstaid.ca>

³¹ Cet énoncé est particulièrement pertinent au Canada à la Section 6 de la *Loi sur le système pénal pour les adolescents*.

formation, et d'une meilleure formation, en lien avec les problèmes de santé mentale. Les premiers soins en santé mentale représentent une approche potentiellement utile à une formation qui s'adapterait au rôle des agents de police lorsqu'ils gèrent des crises reliées à la santé mentale (p.1).

Ils expliquent brièvement plus loin,

Malgré la force [des services policiers] avec les services de santé mentale, les services policiers auront toujours besoin des compétences d'un travailleur social, d'un parent et d'un communicateur au point de contact avec un individu, avant que d'autres services arrivent pour les prendre en charge. Ces compétences ne sont pas nécessairement apprises grâce à la formation formelle visant seulement les services policiers. Elles s'acquièrent de façon plus efficace par une formation de services collectifs, par exemple une formation donnée par un groupe qui s'étend au cheminement clinique de la justice pénale – des services de police aux services de probation et du personnel du tribunal aux agents de prison, etc. Il est également essentiel que les commentaires des utilisateurs de services³² soient incorporés et que des groupes volontaires s'y consacrent (p. 12).

La formation de sensibilisation sur la santé mentale pour les agents de police est importante afin de promouvoir une pratique de première ligne sans stigmatisation et une réponse adéquate ou proportionnée au cours des rencontres avec des membres du public qui ont des problèmes de santé mentale. Dans ce contexte, la « dangerosité » ne devrait pas être perçue par les agents de police par défaut, et ne devrait pas être confondue avec la « vulnérabilité » (p. 13).

Bather, Fitzpatrick et Rutherford (2008) ont suggéré que la formation est également utile au restant du personnel policier y compris les « employés à la réception et les téléphonistes » (p. 13).

La formation des premiers soins en santé mentale a été évaluée de façon exhaustive en Australie³³ grâce à des essais contrôlés aléatoires et à une étude qualitative. Selon les premiers soins en santé mentale d'Australie, elle est efficace pour :

³² En termes canadiens, cela désigne les « consommateurs » et les « groupes de consommateurs ». Il s'agit de personnes atteintes de maladies mentales.

³³ Accessible sur <http://www.mhfa.com.au/evaluation.shtml>.

- améliorer la connaissance des participants au cours relatif aux troubles mentaux,
- réduire la stigmatisation,
- augmenter le niveau d'aide offerte aux autres.

Réseau canadien du savoir policier

Le Réseau canadien du savoir policier offre actuellement trois programmes d'apprentissage en ligne concernant la maladie mentale. En collaboration avec l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale régionale de Halifax³⁴ et le département de psychiatrie de l'université de Dalhousie, le Réseau canadien du savoir policier offre un module en ligne de deux heures intitulé *Reconnaître les personnes perturbées affectivement*³⁵. Il a été conçu pour accroître la confiance des premiers intervenants, y compris les agents de police en plus des intervenants d'autres disciplines, telles que les services médicaux d'urgence, lorsqu'ils interagissent avec les personnes perturbées affectivement. Le module est utilisé par quelques services de police canadiens. La plupart d'entre eux sont des services de police plus petits qui l'utilisent comme formation autonome, tandis que d'autres l'utilisent dans le cadre d'un programme mixte³⁶, par exemple la police régionale de Halifax. Il est également utilisé par certains services de police canadiens pour répondre aux normes de formation de la *Commission on Accreditation for Law Enforcement Agencies* pour leurs agents.

Ce module passe en revue les vastes catégories de personnes perturbées affectivement et offre des stratégies et des approches de réponse recommandées pour interagir avec des personnes en crise.

Les objectifs d'apprentissage sont les suivants :

- être en mesure de définir la maladie mentale,
- comprendre le pourcentage de la population atteinte de maladie mentale,
- devenir conscient de certaines règles provinciales concernant le traitement des personnes atteintes de maladies mentales,
- définir « la personne perturbée affectivement » et décrire le système de catégories qui peut être utilisé pour aider les premiers intervenants à identifier les types de personnes perturbées affectivement,
- décrire la stratégie Tête – Cœur – Mains et les autres outils utiles aux premiers intervenants pour effectuer des évaluations ciblées et pour amorcer des stratégies de réponse auprès des personnes perturbées affectivement,

³⁴ Un programme de réponse collective de la police régionale de Halifax et des services locaux en santé mentale.

³⁵ Accessible sur http://www.cpkn.ca/course_detail/emotionally_disturbed_e.html

³⁶ L'apprentissage mixte, dans cette situation, se fait lorsqu'un outil tel que l'apprentissage en ligne est utilisé conjointement avec d'autres méthodes, comme la salle de classe conventionnelle ou le jeu de rôles.

- se souvenir des signes et des symptômes d'une personne perturbée affectivement de catégorie R et des stratégies de réponse générale recommandées pour les premiers intervenants,
- se souvenir des signes et des symptômes d'une personne perturbée affectivement de catégorie A et des stratégies de réponse générale recommandées pour les premiers intervenants,
- se souvenir des signes et des symptômes d'une personne perturbée affectivement de catégorie B et des stratégies de réponse générale recommandées pour les premiers intervenants,
- se souvenir des signes et des symptômes d'une personne perturbée affectivement de catégorie S et des stratégies de réponse générale recommandées pour les premiers intervenants.

L'*Ontario Police Video Training Alliance*³⁷ a récemment produit un DVD intitulé *Psychosis* comme ressource pour la formation du personnel policier. Il est accessible en ligne par l'entremise du Réseau canadien du savoir policier. De plus, le Réseau canadien du savoir policier a également lancé un nouveau programme intitulé *Excited Delirium Syndrome*. Étant donné que certaines interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales ont été fatales et que dans certains cas le « délire actif » a été cité comme facteur, l'augmentation de la connaissance du personnel policier sur ce phénomène sera utile au contexte élargi des interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

5.0 : Éducation et formation des agents de police durant le service (apprentissage) – International

Puisque l'objet de cette étude n'est pas unique au Canada, cette étude fait également état de la situation aux États-Unis, en Europe, particulièrement au Royaume-Uni, et en Australie.

ÉTATS-UNIS

Bien qu'il est apparent dans la littérature que la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence en plus d'un modèle éducationnel, ou le programme modifié d'équipe d'intervention en cas d'urgence, est de plus en plus favorisé aux États-Unis et au Canada, il ne s'agit pas du seul modèle utilisé. Par exemple, comme Keram (2005) l'a souligné, la législature de l'état de la Californie en 2000 demandait à la commission de la *Police Officer Standards and Training* (normes et formation pour les agents de police) (POST)³⁸ d'établir un programme de formation basé sur la prémisse que les résultats des contacts entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales s'amélioreraient grâce à l'éducation ou la formation adéquate des agents de police. La législation exigeait :

³⁷ Accessible sur www.opvta.com.

³⁸ Accessible sur <http://www.post.ca.gov/>

- que l'éducation ou la formation soit assez longue pour être significative, mais assez courte pour permettre aux agents de police d'y participer sans mettre en péril le déploiement opérationnel,
- qu'elle soit convenable pour les agents des grandes zones urbaines et pour les agents des zones rurales éloignées.

Le résultat a été un programme de huit heures enseigné par un agent de police et un « clinicien en santé mentale » qui comprenait les éléments suivants :

- des concepts mettant l'accent sur la dé-stigmatisation,
- le fondement biologique de la maladie mentale,
- les déficiences développementales,
- les maladies mentales principales,
- des stratégies d'intervention verbale,
- des alternatives à la force létale,
- les ressources de la communauté et de l'état vers lesquelles diriger les personnes en ayant besoin,
- la législation de l'état concernant la santé mentale,
- les insuffisances de la formation qui ont émergées dans des litiges contre les services de police,
- l'inclusion de représentants de personnes atteintes de maladies mentales dans la conception de programme (Keram, 2005, p. 48).

ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

L'IPCC (*Independent Police Complaints Commission*) a mené une recherche exhaustive concernant les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales et a trouvé que la santé mentale est un facteur relié à plusieurs de leurs enquêtes, telles que les décès dans des gardes à vue, des tirs de policiers sur des personnes vulnérables, la gestion des « personnes disparues » et l'enquête sur des crimes. Elle a recommandé que les agents de police soient formés de façon adéquate pour reconnaître les symptômes des troubles de santé mentale et pour comprendre leurs pouvoirs en fonction de la *Mental Health Act* (Mind, 2007; IPCC, 2008). Par conséquent, plusieurs organisations nationales, y compris l'*Association of Chief Police Officers* (ACPO)³⁹ et la *National Police Improvement Agency* (NPIA)⁴⁰, ont répondu à l'appel. L'*Association of Chief Police Officers*, par exemple, a mis sur pied le *Mental Health and Disability Committee* (comité sur la santé mentale et les déficiences).

Malgré ce qui est considéré comme étant un départ lent comparativement à ce qui se fait aux États-Unis et au Canada concernant le changement du traitement des interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, les services policiers et les

³⁹ L'équivalent de l'Association canadienne des chefs de police (ACCP). Accessible sur <http://www.acpo.police.uk/> - <http://www.cacp.ca/intro/>

⁴⁰ Accessible sur <http://www.npia.police.uk/>

autorités connexes en Angleterre et au Pays de Galles⁴¹ font maintenant des progrès importants. La *National Police Improvement Agency* a fait état de deux développements récents particulièrement intéressants pour l'auditoire canadien. Le premier, digne d'être imité au Canada, est la *Mental Health Strategy for England and Wales* (stratégie de santé mentale pour l'Angleterre et le Pays de Galles) de l'association des chefs de police qui a été approuvée et transmise au public au début mai 2010. Cette stratégie a été conçue en collaboration avec quelques agences du ministère de la Santé du gouvernement du Royaume-Uni comme moyen pour démontrer l'engagement de l'association des chefs de police envers l'amélioration des services offerts par la police aux personnes atteintes de maladies mentales et aux personnes ayant une déficience développementale⁴².

La stratégie de santé mentale aidera les services policiers à :

- réduire le nombre de crimes et la victimisation concernant les personnes atteintes de maladies mentales ou souffrant de déficience d'apprentissage⁴³,
- réduire l'utilisation de salles de détention policière pour les détentions concernant la Section 136 du *Mental Health Act*, conformément aux codes de pratique du *Mental Health Act*,
- augmenter l'utilisation de plans de diversion et de liaison avec les personnes atteintes de maladies mentales ou de déficiences d'apprentissage afin de réduire les infractions, gérer les besoins de santé et éviter les problèmes futurs,
- rendre les personnes atteintes de maladies mentales ou de déficiences d'apprentissage plus confiantes pour rapporter des infractions aux services policiers et pour donner des preuves,
- soutenir et renseigner le développement de politiques et procédures relatives au recours à la force et d'ententes de niveau de service sur mesure,
- développer de meilleurs partenariats grâce à des relations améliorées avec des agences législatives et volontaires sociales et de soins de santé, et à une meilleure compréhension des compétences, connaissances et responsabilités de chacun,
- réduire le nombre d'enquêtes publiques, d'enquêtes de l'*Independent Police Complaints Commission* et d'enquêtes de coroner, et par conséquent de litiges coûteux engendrés par de piètres réponses des services policiers aux personnes atteintes de maladies mentales ou de déficiences développementales.

La stratégie de santé mentale offre un cadre pour l'amélioration des services aux personnes atteintes de maladies mentales qui entraîne :

⁴¹ Les services de police de l'Écosse et de l'Irlande du Nord travaillent de façon quelque peu indépendante, mais similaire aux services d'Angleterre et du Pays de Galles.

⁴² Accessible sur http://www.acpo.police.uk/pressrelease.asp?PR_GUID={3F40855B-2EA1-4B10-8225-648D90FB08F5}

⁴³ Le terme utilisé au Royaume-Uni « déficience d'apprentissage » désigne ce qui est connu au Canada comme étant une « déficience développementale » ou la « débilité mentale ».

- l'amélioration des réponses relatives à la santé aux personnes atteintes de maladies mentales ou de déficiences d'apprentissage,
- l'amélioration des réponses relatives à la justice pénale aux personnes atteintes de maladies mentales ou de déficiences d'apprentissage,
- l'utilisation plus efficace des ressources policières,
- l'amélioration des partenariats de travail,
- l'amélioration du partage d'informations.

L'éducation et le perfectionnement nécessaires pour opérationnaliser la stratégie sont en développement avancé. Toutefois, la stratégie comprendra un module d'apprentissage en ligne à compléter par les « agents de police ». Tel qu'expliqué par la *National Police Improvement Agency* :

La formation de sensibilisation sur la santé mentale pour les agents de police est essentielle afin de promouvoir une pratique de première ligne sans stigmatisation et une réponse adéquate et proportionnée au cours des rencontres avec des membres du public qui ont une mauvaise santé mentale ou des déficiences d'apprentissage. À cette fin, la National Police Improvement Agency développe un bon nombre de produits nationaux d'apprentissage et de développement pour aider les forces à livrer la stratégie nationale de santé mentale. Grâce à la formation, les agents de police deviendront plus confiants pour répondre aux personnes ayant une mauvaise santé mentale ou qui souffrent d'une déficience d'apprentissage, et seront plus doués pour offrir les services adéquats à ce groupe de personnes.

Les résultats d'apprentissage entraîneront la capacité à :

- reconnaître les signes et comportements qui peuvent indiquer une mauvaise santé mentale ou une déficience d'apprentissage,
- démontrer une compréhension d'un éventail de déficiences d'apprentissage pour pouvoir communiquer efficacement et soutenir l'individu,
- offrir un soutien initial à une personne pouvant être atteintes d'un ou de plusieurs problèmes de santé mentale,
- décrire le rôle des services de santé et de soins de santé dans le contexte de la réponse des agents de police aux personnes ayant une mauvaise santé mentale ou qui ont des déficiences d'apprentissage,
- définir les réponses et les pouvoirs adéquats des agents de police pour intervenir dans des situations relatives à la maladie mentale,

- identifier les réponses des agents aux victimes et aux témoins qui peuvent avoir des problèmes de santé mentale ou être atteints de déficiences d'apprentissage,
- identifier les réponses adéquates des agents de police aux suspects et aux contrevenants ayant une mauvaise santé mentale ou une déficience d'apprentissage,
- gérer les renseignements concernant les personnes ayant une mauvaise santé mentale ou une déficience d'apprentissage conformément aux directives nationales.

Service de police de Dyfed Powys

Malgré le progrès important récent de la *National Police Improvement Agency* et de l'association des chefs de police, en 2004, le service de police de Dyfed Powys, en collaboration avec un service local en santé mentale, a implanté un programme de développement de la police dans la communauté en matière d'interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales. Les objectifs étaient :

- d'améliorer les compétences et les connaissances des nouveaux agents de police (étudiants) concernant les problèmes de santé mentale grâce à une meilleure compréhension de la maladie mentale et des traitements, des aspects juridiques pertinents et des habiletés pratiques de communication avec les personnes en détresse mentale,
- d'assurer l'utilisation la plus adéquate des ressources en santé mentale de façon à mieux répondre aux besoins des utilisateurs de services.

Le programme de formation de six jours, visant chaque embauche de nouveaux agents de police, se donne quatre fois par année. Le programme débute par un cours de deux jours sur les premiers soins en santé mentale⁴⁴, suivi par un stage de quatre jours dans un service de santé mentale de la juridiction respective de chaque service de police. Le programme se résume comme suit :

Les utilisateurs de services sont impliqués dans la conception et la communication du programme et discutent de leur vécu de la maladie mentale avec les agents de police. Le programme présente des occasions de rencontrer d'autres membres de l'équipe multidisciplinaire, et de passer du temps avec l'unité. Les agents participent à des séances d'apprentissage concernant l'importance des problèmes de santé mentale, la façon dont ils peuvent se présenter et les compétences les plus adéquates à utiliser avec les personnes en détresse de santé mentale.

⁴⁴ Ce programme est maintenant offert au Canada par la Commission de la santé mentale du Canada. Consulter la page 28 pour obtenir plus de renseignements.

Les autres expériences d'apprentissage comprennent un court stage en service d'hospitalisation, des aptitudes essentielles de communication grâce à des jeux de rôles, l'observation de diverses techniques de traitement et la participation à des exercices simulés d'entente de voix. Les agents de police participent également à des rondes en service d'hospitalisation, passent du temps avec les patients, les visiteurs, et les « représentants » des patients et ont assisté aux tribunaux du Mental Health Act. Ils ont également accompagné les équipes de résolution de crise lors de visites à domicile et ont participé à l'organisation quotidienne des équipes communautaires de santé mentale pour la santé mentale des adultes, dans des secteurs où ils auront éventuellement à travailler.

L'évaluation se limite à la rétroaction des étudiants à la fin de la formation de six jours. Une rétroaction supplémentaire continue est également reçue et enregistrée de la part de partenaires et de la communauté. Plus de 300 agents de police ont complété le programme de développement de la police dans la communauté au cours des six dernières années. Les preuves ont démontré jusqu'à maintenant une réduction de l'utilisation de la Section 136 du *Mental Health Act* (ministère de la Santé, 2008) et l'amélioration des relations entre les services policiers et les services en santé mentale.

Depuis l'établissement du programme pour les nouveaux agents de police, la formation de développement de la police dans la communauté est maintenant offerte aux sergents de détention, aux agents de soutien dans la communauté, aux préposés aux armes à feu, aux commandants du lieu de l'incident de la division des armes à feu et aux négociateurs en situation de crise⁴⁵.

AUSTRALIE

Tel que décrit par Clifford (2010), la situation en Australie concernant les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales est semblable à celle du Canada, des États-Unis et du Royaume-Uni. En conséquence de la fréquence des interactions en général et à cause des nombreuses situations dans lesquelles une personne atteinte d'une maladie mentale a été tirée et tuée par un agent de police, de l'enquête de coroner en découlant et des clameurs publiques, il a été jugé nécessaire pour les services policiers de se préparer davantage pour résoudre ces situations avec sensibilité et en réduisant le recours à la force, en particulier de la force létale.

Par conséquent, des initiatives ont été élaborées en Australie « pour améliorer la capacité des agents de police à répondre efficacement aux personnes atteintes de maladies mentales, en utilisant moins de méthodes coercitives au cours de la résolution d'événements et de l'interaction pendant les interventions en cas de crise de santé mentale » (Clifford, 20, p. 1). Ces

⁴⁵ Parfois désignés en langage ordinaire par « négociateurs en cas de prise d'otage ».

initiatives sont mises en œuvre en Australie grâce à l'introduction de formations spécialisées en santé mentale pour les agents de police, telles que les modèles d'équipe d'intervention en cas d'urgence en plus d'autres modèles de réponse concernant la santé mentale et les services policiers. Elles comprennent le *Mental Health Intervention Project* (projet d'intervention en santé mentale) du service de police du Queensland (un partenariat triservice avec le service ambulancier du Queensland et le ministère de la Santé du Queensland) et le programme pilote *Mental Health Intervention Team* (équipe d'intervention en santé mentale) des forces policières de Nouvelle-Galles-du-Sud⁴⁶.

Les objectifs du projet de Nouvelle-Galle-du-Sud comprennent :

- la réduction des risques de blessure des agents de police et des patients en santé mentale au cours du traitement des incidents reliés à la santé mentale,
- le développement de la sensibilisation des agents de police « de première ligne » concernant les risques impliqués dans l'interaction entre les agents de police et les patients en santé mentale,
- l'amélioration de la collaboration avec les autres services gouvernementaux et non gouvernementaux relative à la réponse aux incidents de crise en santé mentale et de leur gestion,
- la réduction du temps pris par les services policiers pour diriger les patients en santé mentale vers le système de soins de santé (force policière de la Nouvelle-Galles-du-Sud, 2008).

L'utilisation d'un cours ou séminaire de quatre jours des services policiers de la Nouvelle-Galles-du-Sud, similaire au modèle de formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence, traite des problèmes de première ligne concernant la santé mentale et la compréhension de la législation pertinente à la santé mentale. Il est conçu pour développer les compétences, connaissances et aptitudes des premiers intervenants policiers, telles que les stratégies de communication, l'évaluation des risques et les techniques d'intervention en cas d'urgence, afin de leur permettre de gérer efficacement les incidents où la maladie mentale est en cause. De façon similaire au modèle américain d'équipe d'intervention en cas d'urgence, on remet aux agents de police qui terminent la formation avec succès un insigne distinctif du *Mental Health Intervention Team* à porter sur leur uniforme.

Bien qu'il y ait peu de recherche collaborative entre le monde académique et les services policiers au Canada, il existe des exemples de recherches en Australie qui ont étudié les pratiques policières en lien avec le contact entre l'agent de police et la personne atteinte d'une maladie mentale. Un de ces projets d'évaluation est actuellement en cours à l'Université Charles Sturt sur l'ordre du service de police de la Nouvelle-Galles-du-Sud (Clifford, 2010; forces

⁴⁶ Renseignements supplémentaires sur <http://www.mhca.org.au/MediaReleases/2007/NSW%20police%20trial%20welcome.pdf>

policières de la Nouvelle-Galles-du-Sud, 2008). Un autre de ces projets est un partenariat de recherche entre le service de police de l'état de Victoria et de l'université Monash – le projet PrimeD (*Police Responses to the Interface with Mental Disorder*). On s'attend à ce qu'il identifie des modèles de respect de « pratiques exemplaires » qui donneront des renseignements sur l'éducation et la formation nécessaires (Université Monash, 2008).

Depuis l'année 2005, la police fédérale australienne engage O²C Solutions, un fournisseur du secteur privé, pour fournir une formation durant le service de deux jours sur la santé mentale aux premiers intervenants policiers. Cette formation, qui comprend une présentation par une personne atteinte d'une maladie mentale, traite de :

- l'importance des troubles mentaux communs,
- suicide,
- dépression,
- troubles d'abus d'alcool et d'autres drogues,
- troubles d'anxiété,
- schizophrénie,
- troubles de la personnalité,
- ressources en santé mentale.

Selon l'évaluation faite par questionnaires avant et après la formation auprès des participants, O²C a conclu que la formation était une réussite.

SECTION III : Facteurs importants touchant la conception de l'éducation et la formation

6.0 : Conception et communication de l'apprentissage fondé sur des preuves

Idéalement, la conception et la communication de l'apprentissage seront plus efficaces, si elles se basent sur les conclusions d'évaluations et de recherches rigoureuses. Toutefois, la littérature démontre que l'évaluation de l'éducation et de la formation concernant les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, et les recherches qui s'y rattachent, ne sont pas complètes ou répandues. Un examen évaluatif de Tucker, Van Hasselt et Russel (2008) a révélé les faiblesses méthodologiques des recherches qui :

- empêchent les conclusions définitives concernant l'efficacité des interventions policières (p. ex. le modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence de Memphis),
- ont des implications importantes sur la conception des politiques et des procédures normales d'exploitation, et sur la formation du personnel policier,
- sont potentiellement pertinentes à la sécurité des personnes atteintes de maladies mentales, en tant que sujets ou suspects, qui deviennent des victimes possibles (p. 236).

Watson, Angell, Vidalon et Davis (2010) ont suggéré que les failles proviennent probablement du fait que les capacités de conservation de dossiers à l'interne des organisations policières sont telles que les données empiriques requises pour l'évaluation ne sont souvent pas accessibles (p. 362). Parmi les recherches existantes, la majorité d'entre elles ont mis l'accent sur l'éducation ou la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence; malgré tout, cela n'est pas suffisant pour établir la qualité générale des études, ce qui rend le fondement de la conception de programmes d'apprentissage « fondés sur des preuves » discutable. Afin d'interpréter l'évaluation et la recherche relatives à l'apprentissage d'équipe d'intervention en cas d'urgence, telles que présentées dans la documentation, il est tout d'abord nécessaire de comprendre l'équipe d'intervention en cas d'urgence.

Les équipes d'intervention en cas d'urgence, qui datent de 1988 lorsque le service de police de Memphis a mis sur pied les équipes d'intervention en cas d'urgence en collaboration avec la *National Alliance on Mental Health* (alliance nationale sur la santé mentale), représentent une approche anticipée fondée sur les services policiers.⁴⁷ Cette approche fait appel à des agents de police spécialement formés pour offrir une première intervention policière aux appels de service impliquant une personne atteinte d'une maladie mentale et ensuite assurer la liaison, si nécessaire, avec le système de santé mentale (Borum, Williams, Deans, Steadman et Morrisey, 1998). Conforme aux principes des services policiers contemporains, l'équipe d'intervention en

⁴⁷ « Anticipé » dans ce contexte désigne un substitut adéquat de résolution de situation avant l'arrestation ou l'inculpation à la suite d'une infraction à la loi. Par exemple, diriger une personne atteinte d'une maladie mentale vers un service de santé mentale plutôt que d'arrêter cette personne.

cas d'urgence est inscrite dans une approche de résolution de problèmes qui vise les problèmes sous-jacents aux appels de service plutôt que de « seulement frapper d'incapacité l'individu ou le retirer de sa communauté » (Thompson et Borum, 2006, p. 27). Bien que les directives d'équipe d'intervention en cas d'urgence suggèrent que 25 % du personnel policier devrait être éduqué et formé, cela peut varier selon les circonstances locales.

Même si, lors de son établissement, le premier objectif du modèle était de réduire les blessures des agents de police et des citoyens, il a évolué depuis et le détournement des personnes atteintes de maladies mentales du système pénal, lorsqu'adéquat, est tout aussi important. Watson, Morabito, Draine et Ottati (2008) sont d'avis que :

(...) les hypothèses de base, sous-jacentes à l'équipe d'intervention en cas d'urgence, sont que la formation associée à de nouvelles politiques de répartition et de patrouille, en plus de partenariats avec des fournisseurs en santé mentale, augmentera la liaison aux services de santé mentale pour les personnes atteintes de maladies mentales, réduira le recours à la force pendant les rencontres, et réduira le nombre d'arrestations et de blessures pour les citoyens et les agents de police. Ces hypothèses doivent toujours être testées en relation avec une hypothèse rivale qui affirme que l'accessibilité et la facilité de liaison des traitements en santé mentale sont le mécanisme principal ayant un effet sur ces résultats (p. 362).

Les éléments essentiels de l'équipe d'intervention en cas d'urgence sont :

- l'établissement de partenariats policiers avec des ressources communautaires en santé mentale,
- la transformation du rôle des priorités policières et organisationnelles de modèle policier traditionnel qui traite à contrecœur avec les personnes atteintes de maladies mentales vers un modèle axé sur le service (Watson, et coll., 2008, p. 361).

Ils ont également souligné que la littérature n'a pas réussi à être précise concernant « quels composants des équipes d'intervention en cas d'urgence sont les plus importants pour quels résultats, et sous quelles conditions les équipes d'intervention en cas d'urgence sont le plus susceptibles d'être efficaces » (p 362). Cette déclaration, bien sûr, affecte l'évaluation recherchée.

Le programme d'éducation ou de formation de 40 heures, essentiel à l'opérationnalisation réussie de l'équipe d'intervention en cas d'urgence, et important pour cette étude, devient de plus en plus la « norme » aux États-Unis et devient de plus en plus important, bien que souvent modifié, au Canada et au Royaume-Uni. Ce sont des professionnels de la santé, des agents de police, des représentants en santé mentale et des « utilisateurs de services » des communautés

respectives qui habituellement contribuent à l'apprentissage, au développement et à la maîtrise des compétences efficaces d'intervention en cas d'urgence. Le contenu comprend généralement l'éducation sur les causes, les signes, les symptômes et le traitement de la maladie mentale, l'abus d'alcool et d'autres drogues, les médicaments psychotropes, de l'information sur les critères et les procédures de placement, les droits des utilisateurs de services, des histoires personnelles « d'utilisateurs de services » et de leur famille, des visites chez des fournisseurs de traitement en santé mentale et de l'information concernant les modalités de traitement en plus d'une formation sur les aptitudes de communication et de désescalade. Malgré que des chercheurs tels que Vermette, et coll. (2005) aient trouvé que les agents de police ne valorisent pas le jeu de rôles, Reuland (2004) a trouvé que la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence comprenait souvent des exercices de jeux de rôles. De plus, même si elles ne sont pas toujours populaires auprès du personnel policier, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont suggéré que les techniques d'apprentissage expérimentales⁴⁸, telles que :

- les jeux de rôles,
- les visites sur place,
- les témoignages des utilisateurs de services et des membres de leur famille,
- les exercices de simulation (p. 18)

devraient être incluses dans l'apprentissage.

Tandis que beaucoup de documents existants expliquent les éléments qui constituent un programme d'équipe d'intervention en cas d'urgence, il y a peu de recherches publiées sur son efficacité (A. Watson, communication personnelle, janvier 2010, Compton, Bahora, Watson et Oliva, 2008). Voici quelques exemples :

- a. À la suite d'un vaste examen de la littérature, Compton, et coll. (2008) n'ont trouvé que douze rapports décrivant la recherche empirique sur les équipes d'intervention en cas d'urgence (p. 49). Ils ont conclu que « le modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence peut être une composante efficace pour diriger les personnes atteintes de maladies mentales, entrant en contact avec des agents policiers, vers les ressources psychiatriques adéquates » (p. 52). De plus, « les premières recherches indiquent que la composante de formation du modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence peut avoir un effet positif sur les attitudes, croyances et connaissances des agents relativement aux interactions avec (les personnes atteintes de maladies mentales) » (p. 52). Ils ont rapporté que, à un niveau systémique « l'équipe d'intervention en cas d'urgence, comparativement à des programmes de pré-diversion et de post-diversion, peuvent présenter un taux d'arrestation et un coût connexe de justice pénale

⁴⁸ L'apprentissage expérimental désigne les activités structurées conçues pour permettre aux étudiants d'apprendre par expérience (Reuland et Schwarzfeld, 2008, p. 18).

moins élevés » (p. 52). Ils ont par contre reconnu que de la recherche supplémentaire était nécessaire.

- b. Le manque de recherche représente le problème de qualité des études, en plus de la nature et de la valeur de la recherche envers l'établissement d'éducation et de formation « fondées sur des preuves ». Même si, de façon intuitive, il semble que l'éducation ou la formation des agents de police soit nécessaire pour améliorer les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, Watson, et coll. (2008) ont clairement déclaré que « la recherche actuelle ne met pas l'accent sur le fait que la formation est suffisante ou non pour améliorer les résultats, et sur la quantité de formation à offrir » (p. 363). Ils ont mis en garde que bien que le modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence peut être attirant, il manque une « base solide fondée sur des preuves aux équipes d'intervention en cas d'urgence ou aux autres interventions pour améliorer l'intervention policière avec les personnes atteintes de maladies mentales » (p. 366).
- c. En matière de qualité des études jusqu'à maintenant, la littérature comprend plusieurs exemples d'évaluation par test préliminaire/post-test sur la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence. Par exemple, une recherche par Compton, Esterberg, McGee, Kotwicki et Ilica (2006), se basant sur une évaluation par test préliminaire ou post-test de 159 agents de police,⁴⁹ a indiqué que :

Les programmes d'équipes d'intervention en cas d'urgence peuvent corriger de façon efficace les mythes, améliorer la compréhension et le soutien, et réduire le nombre de rapports concernant les attitudes de stigmatisation présentes lorsque les agents de police répondent aux appels impliquant des schizophrènes. Ils peuvent entraîner l'amélioration des compétences d'établissement de relations, des habiletés de désescalade et de la communication entre les agents de police et les membres de leur famille; l'amélioration de la sécurité des patients et des agents; de meilleurs résultats pour les patients en matière de référence vers des services en santé mentale; et la diminution du nombre d'incarcérations pour infractions mineures reliées à des comportements d'extériorisation concernant d'importantes maladies mentales (p. 1201).

⁴⁹ Aucun groupe de contrôle n'a été utilisé.

- d. Bahora, Hanafi, Chien et Compton (2008) sont arrivés à des conclusions similaires grâce à une évaluation par test préliminaire et post-test d'une formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence de 40 heures. Leur étude impliquait 92 agents de police⁵⁰.
- e. Steadman, Deane, Borum et Morrisey (2000) ont conclu que le déploiement du modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence de Memphis a réussi à réduire le « taux d'arrestation » découlant des contacts entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales en plus d'augmenter le nombre d'orientations vers des ressources en santé mentale.
- f. Hanafi, Bahora, Demir et Compton (2008) ont utilisé une analyse thématique de discussion avec des groupes après la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence pour évaluer son efficacité. Leurs conclusions suggèrent que les agents de police ont augmenté leurs connaissances de la maladie mentale, amélioré leur patience lorsqu'ils traitent avec une personne atteinte d'une maladie mentale, augmenté le nombre d'orientations et diminué le nombre d'inculpations/d'arrestations, en plus d'améliorer l'application des compétences apprises. Ils ont déterminé que la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence réduit l'imprévisibilité des interventions en cas d'urgence et réduit les risques de blessures (p. 427). Toutefois, selon la méthodologie, ils mettent en garde contre la généralisation de leurs résultats. La taille de leur échantillonnage était petite et représentait seulement une des perspectives des interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales.
- g. Les évaluations des équipes d'intervention en cas d'urgence, et donc la formation et l'éducation préparatoires des agents de police pour l'évaluation de l'équipe d'intervention en cas d'urgence, sont entravées par l'absence dans plusieurs services de police de « capacités de conservation de dossiers à l'interne pour déterminer si l'équipe d'intervention en cas d'urgence a atteint ses objectifs » nécessaires (Watson, et coll., 2008, p. 362). Par conséquent, l'accessibilité aux données empiriques nécessaires pour évaluer l'efficacité des équipes d'intervention en cas d'urgence est limitée. Dans l'ensemble, Watson, et coll. (2008) déplorent que « les conceptualisations et recherches actuelles sur l'efficacité des équipes d'intervention en cas d'urgence sont de faible étendue et ne portent pas une assez grande attention sur les forces contextuelles élargies qui peuvent façonner l'implantation et les résultats » (p. 362). De plus, ils ont souligné que :

[...] vu les diverses contraintes méthodologiques et des ressources inhérentes à l'évaluation des interventions

⁵⁰ Elle comprenait un groupe de contrôle de 34 agents de police.

appliquées, les études menées jusqu'à maintenant n'ont pas inclus de groupes de contrôle et n'ont pas modélisé les facteurs organisationnels et contextuels importants qui peuvent influencer l'implantation d'équipes d'intervention en cas d'urgence et les résultats recherchés (p. 362).

Néanmoins, on présume que le modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence présente un vaste éventail d'effets, donc de résultats. D'après Watson, et coll. (2008), la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence

[...] devrait améliorer les compétences des agents de police au moment de leurs rencontres avec des personnes atteintes de maladies mentales et avec leur famille, réduire le recours à la force par ces agents, réduire les cas de violence au cours de ces rencontres avec les personnes atteintes de maladies mentales, réduire le nombre d'arrestations, réduire le nombre de blessures pour chaque partie impliquée et augmenter l'accessibilité aux traitements en cas de crise ou aux autres traitements psychiatriques. Ces concepts sont facilement mesurables. La manière d'étudier les modifications de ces concepts de façon à évaluer l'efficacité des interventions policières telles que les équipes d'intervention en cas d'urgence représente une question plus épineuse. Ce défi est apparent dans certains résultats, tels que la diminution du nombre de fusillades. Dans un service de police, que veut dire une modification d'une ou de deux fusillades au cours d'une année en matière d'efficacité de l'équipe d'intervention en cas d'urgence? En conceptualisant plus en profondeur ces résultats, nous pouvons trouver des occasions de mettre en place des preuves pour les composantes de la logique de l'efficacité des équipes d'intervention en cas d'urgence, raffiner le modèle et nous diriger vers des modèles à résultats testables (p. 362).

Malgré certaines réserves envers les évaluations menées jusqu'à maintenant, Watson, et coll. (2008) sont d'accord pour dire que « la recherche actuelle soutient l'équipe d'intervention en cas d'urgence en tant qu'approche prometteuse pour l'amélioration de la réponse des agents de police aux personnes atteintes de maladies mentales » (p. 366). Ils suggèrent que, malgré le fait que la recherche concernant l'efficacité du modèle d'équipe d'intervention en cas d'urgence soit imparfaite, il y a de plus en plus de preuves qu'il peut réduire le nombre de blessures aux agents, minimiser le recours à la force, améliorer les connaissances des agents, améliorer

l'identification de la maladie mentale, améliorer les attitudes du personnel policier et leur confiance pour répondre aux personnes atteintes de maladies mentales, au moins à court terme, en plus d'augmenter le nombre de transports vers des installations de traitements d'urgence et le nombre d'orientations vers des services de santé mentale. Toutefois, ils mettent en garde qu'il n'y a aucune « preuve qui suggère que d'autres résultats [souhaités] des équipes d'intervention en cas d'urgence ont été atteints ». Plus particulièrement, il n'est pas clair que « l'implantation des équipes d'intervention en cas d'urgence a diminué le nombre d'arrestations de personnes atteintes de maladies mentales » (p. 362).

Bien que les équipes d'intervention en cas d'urgence et que la formation respective soient répandues aux États-Unis, il ne s'agit pas du seul modèle d'apprentissage utilisé par les services policiers pour travailler avec les personnes atteintes de maladies mentales. Voici d'autres exemples de recherche relative à l'apprentissage des services policiers sur la santé mentale, autres que la formation d'équipes d'intervention en cas d'urgence :

- a. McAfee et Musso (1995) ont trouvé que l'éducation et la formation relatives à la relation entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales dans les 50 états des États-Unis comptent quatre thèmes communs :
 - l'intervention en cas d'urgence,
 - les communications interpersonnelles et les relations humaines,
 - la maladie mentale et la déficience mentale⁵¹,
 - l'orientation vers des services en santé mentale (p. 57).

Ils ont également trouvé que le temps imparti de « formation » relative à la relation entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, varie entre deux heures et 55 heures. Cette variation est similaire à celle identifiée au Canada (Cotton et Coleman, 2008). McAfee et Musso (1995) ont conclu que « la majorité des états offrent une formation dans le domaine de la maladie mentale et des compétences génériques (p. ex. l'intervention en cas d'urgence)... pour éviter les confrontations inadéquates » (pages 61-62). Ils ont ajouté :

[...] les nouveaux agents de police doivent être sensibles au fait que plusieurs citoyens ont des besoins spéciaux, qu'ils peuvent ne pas comprendre les ordres des policiers, qu'ils ne comprennent pas les concepts d'avertissement des agents de police et qu'ils peuvent avoir de la difficulté à communiquer des renseignements concernant un crime (p. 62).

⁵¹ Il s'agit de la formulation dans leur recherche.

- b. Une étude réalisée par Vermette, Pinals et Applebaum (2005) auprès de 150 agents de police américains arrive à la conclusion que les agents de police identifient la dangerosité, l'homicide provoqué par la victime, la diminution des risques de suicide, la *Loi sur la santé mentale* et les « responsabilités possibles pour les conséquences négatives » comme étant les aspects les plus importants pour les agents de police (p. 42). Vermette, et coll. (2005) reconnaissent que vu les limites de leur étude, telles que le petit échantillonnage et la partialité possible de la population de l'étude, les résultats doivent être interprétés avec prudence.
- c. Janus, Bess, Cadden et Greenwald (1980) ont mené une étude sur un groupe « expérimental » d'agents de police américains. On a donné aux agents de police 16 heures d'instructions couvrant la psychologie anormale en plus de descriptions et de syndromes psychiatriques. Janus, et coll. (1980) ont observé des changements d'attitude positifs chez les agents de police de ce groupe expérimental (comparativement au groupe de contrôle qui n'a pas reçu d'instructions) et ont conclu que ces changements ont été provoqués par les instructions intensives (p. 228). Ils ont prétendu qu'il s'agissait « d'importantes implications pour le travail policier » (p. 229). Curieusement, malgré la présence de changements d'attitude observés chez les agents du groupe expérimental, ils ont tout de même trouvé des preuves de préjugés chez les agents envers les personnes atteintes de maladies mentales. Toutefois, bien qu'ils n'aient pas été en mesure de déterminer si cela était dû à la peur ou à l'ignorance, ils étaient confiants qu'ils pourraient être minimisés grâce à l'éducation » (p. 229). Quoique plutôt informative, la méthodologie de leur étude rend difficile d'évaluer si l'éducation, telle qu'elle est fournie, peut entraîner des changements positifs durables dans le comportement policier.
- d. Une recherche menée aux États-Unis par Godschalx (1984) a conclu que tandis qu'un bref séminaire d'éducation est efficace pour augmenter les connaissances des agents de police, il n'est pas efficace pour changer les attitudes (p. 116). Cette recherche comptait toutefois un petit échantillonnage; donc il est nécessaire d'user de prudence pour appliquer ces résultats.
- e. Selon une évaluation du Royaume-Uni à l'aides de questionnaires préliminaires et de post-questionnaires, Pinfeld, Huxley, Thornicroft, Farmer, Toulmin et Graham (2003) ont conclu que « les courtes interventions éducationnelles peuvent engendrer des changements d'attitudes rapportées des participants, et les agents de police peuvent se sentir plus informés et plus confiants pour soutenir les personnes en détresse mentale » (p. 337). Cette étude présente également des limites vu l'absence d'un groupe de contrôle et une intervention d'apprentissage de seulement quatre heures. Ils ont donc conclu que l'effet de l'intervention n'était pas solide (p. 339).

Il appert que bien qu'une certaine documentation soit accessible concernant l'éducation et la formation sur les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladie mentale en général, mais plus particulièrement pour les équipes d'intervention en cas d'urgence⁵², les chercheurs, dans l'ensemble, ont des inquiétudes face à la méthodologie de recherche (p. ex. qualité de l'étude), y compris l'utilisation fréquente de petits échantillonnages et d'une méthodologie de test préliminaire et post-test⁵³.

7.0 : Pouvoir discrétionnaire de la police et prise de décision éthique

On accorde aux services policiers une importante discrétion sur la façon dont ils résolvent les appels de service auxquels ils sont répartis, et pour les rencontres directes qu'ils font au cours de leur travail. Toutefois, la littérature explique que l'application de discrétion s'améliore lorsqu'un agent de police possède les connaissances, la compréhension et l'expérience adéquates, ce qui lui permet de prendre les meilleures décisions parmi toutes les options offertes. Par exemple, la discrétion est requise pour des décisions telles que l'arrestation involontaire ou le fait qu'une orientation soit requise ou non vers des services en santé mentale plutôt que d'arrêter ou d'inculper à la suite d'une infraction. Elle s'applique également dans des situations qui présentent des dilemmes éthiques.

La nature des incidents impliquant des personnes atteintes de maladies mentales nécessite souvent une évaluation rapide de la situation de la part des agents de police afin de faire preuve du jugement éclairé nécessaire. Menzies (1987, p. 430), cité par LaGrange (2003), a conclu que les agents de police doivent

[...] évaluer, selon la situation, la condition mentale du sujet et [...] développer les compétences linguistiques nécessaires pour communiquer leur « diagnostic » à leurs supérieurs et aux autres responsables – y compris les professionnels en santé mentale, à qui ils doivent fournir un résumé de l'incident et du comportement qui soutiendra et justifiera la réponse policière (p. 94).

Au cours des rencontres policières avec les personnes atteintes de maladies mentales, la discrétion doit se fonder sur un raisonnement sensé et un jugement positif sans préjugés pour déterminer l'option la plus adéquate pour résoudre une situation. Les agents de police doivent également faire preuve de discrétion pour prendre des décisions et des mesures parfois engendrées par des dilemmes éthiques. Cela a des répercussions sur l'éducation et la formation des agents de police, et même sur l'embauche, pour qu'ils soient prêts à de telles rencontres. Lorsque les services policiers font preuve de discrétion au cours des interactions avec les

⁵² Dans les deux cas, la plupart de la documentation provient des États-Unis.

⁵³ Les évaluations de test préliminaire et de post-test identifiées dans l'examen de la littérature ont été faites immédiatement avant l'apprentissage et tout de suite après l'achèvement de celui-ci. Donc, elles n'ont pas été en mesure d'expliquer le changement comportemental de moyen à long terme chez le personnel policier. La valeur des conclusions a été diminuée par les petits échantillonnages souvent utilisés pour ces évaluations.

personnes atteintes de maladies mentales, il est permis de croire qu'historiquement, ils le font pour :

- protéger les membres du public,
- prendre un rôle paternaliste pour protéger les individus inaptes (Bloom et Schneider, 2006).

Toutefois, de là proviennent potentiellement des dilemmes d'ordre éthique⁵⁴. Si une personne passe en revue les directives éthiques et les énoncés de valeur des services de police d'un côté, et celles des professionnels en santé mentale de l'autre, des différences deviennent évidentes. Dans un sens large, la responsabilité des services policiers est envers la communauté, soit la société. Par exemple, les énoncés de mission de plusieurs services de police partout au Canada comprennent des phrases communes, telles que⁵⁵ :

- « ...s'assurer que les services policiers sont responsables envers le public »,
- « ...les devoirs fondamentaux d'un agent de police comprennent le fait d'être au service de la communauté »,
- « les agents d'application de la loi doivent en tout temps... être au service de la communauté et protéger tous les individus »,
- « en partenariat avec la communauté... assurer un environnement sécuritaire ».

Réciproquement, le devoir des professionnels en santé mentale est envers « l'individu ». Les priorités éthiques des professionnels en santé mentale⁵⁶ comprennent des énoncés tels que (les éléments suivants proviennent de divers codes de déontologie des médecins) :

- « le médecin doit agir seulement dans le meilleur intérêt du patient... »,
- « le médecin doit offrir son entière loyauté au patient »,
- « la santé de mon patient sera ma première préoccupation... »,
- « le médecin doit percevoir sa responsabilité envers le patient comme étant d'une importance capitale ».

Ces distinctions, qui démontrent les cultures professionnelles et les obligations juridiques de chaque groupe, n'ont pas seulement de ramifications au niveau professionnel, mais également dans la conception et la communication de l'apprentissage aux groupes des services policiers et des services en santé mentale. Chaque groupe doit comprendre les contraintes culturelles et professionnelles de l'autre groupe.

⁵⁴ Aux fins de cette étude, un dilemme éthique est une situation dans laquelle entrent en conflit des préceptes moraux ou des obligations éthiques de façon à rendre toute résolution possible du dilemme moralement intolérable. En d'autres termes, un dilemme éthique est une situation dans laquelle des principes moraux directeurs ne peuvent déterminer si la mesure à prendre est bonne ou mauvaise.

⁵⁵ Malgré que les énoncés suivants soient interprétés, ils reflètent les messages qui se trouvent dans plusieurs énoncés de mission.

⁵⁶ Dans ce cas, cela désigne les médecins et les psychiatres.

Une situation qui peut parfois embêter les preneurs de décisions et qui peut parfois soulever des dilemmes éthiques est l'exercice de l'autorité qui dépasse la législation provinciale en santé mentale. Les provinces et les territoires canadiens, en vertu de leur législation respective en santé mentale, permettent aux services policiers, selon un mandat autorisé par un juge ou un médecin, d'arrêter une personne qui semble atteinte d'un trouble mental et qui indique qu'elle peut représenter un danger pour elle-même ou pour les autres. Dans cette situation, la discrétion se limite généralement au transport involontaire de la personne vers un établissement d'évaluation psychiatrique ou à la persuasion de la personne pour qu'elle les accompagne de façon volontaire. Sans mandat pré autorisé, lorsqu'un agent de police a des raisons de croire qu'une personne représente une menace pour les autres et pour elle-même à cause d'un trouble mental, une de ses options est d'arrêter la personne sans mandat lorsqu'il n'est pas pratique d'en obtenir un auprès d'un médecin ou d'un juge (Gray, Shone et Liddle, 2008). Si c'est sa décision, il peut ensuite emmener le sujet sans sa volonté vers un « établissement » qui fera une évaluation psychiatrique ou orienter la personne vers un professionnel de la santé mentale.

La situation est similaire lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale commet une infraction. L'agent de police a le pouvoir de procéder ou non à une arrestation pour l'infraction en question. C'est particulièrement le cas lorsque l'infraction est mineure. Un agent de police peut décider de procéder à une arrestation et à une inculpation, de ne prendre aucune mesure supplémentaire, de se limiter à un avertissement, ou de diriger la personne vers le système de santé mentale. Lamb, et coll. (2002), bien que dans un contexte américain, ont conclu que lorsque les agents de police ne connaissent pas les alternatives adéquates d'orientation, ils sont susceptibles d'arrêter ou d'inculper les personnes atteintes de maladies mentales. Ces résultats proviennent de communautés qui possèdent peu de lits pour malades psychiatriques hospitalisés ou qui ont des services communautaires en santé mentale limités. Dans ces cas, l'agent de police trouvera peut-être que l'attention psychiatrique nécessaire sera mieux donnée par le système de justice pénale. Les problèmes ci-dessus ont parfois l'effet problématique et non intentionnel d'influencer le pouvoir discrétionnaire de la police, par lequel certaines personnes atteintes de maladies mentales qui commettent des crimes mineurs sont inculpées de façon non convenable et donc entrent dans le système de justice pénal. Pour citer Patch et Arrigo (1999), Lamb, et coll. (2002) ont souligné que « certains agents de police sont plus susceptibles d'arrêter les personnes atteintes de maladies mentales, certains tentent plus vigoureusement d'hospitaliser ces personnes, et quelques-uns ont tendance à tout simplement les relâcher sans prendre de mesure supplémentaire » (p. 1267).

Tandis que certains agents de police ont un important pouvoir discrétionnaire pour résoudre les contacts entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, Lamb, et coll. (2002) ont observé qu'« il y a de grandes chances que le choix des agents de police soit influencé par ses attitudes ou ses croyances personnelles » (p. 1267). De plus, « dans ces cas », ils déclarent que « les agents agissent librement et résolvent le problème de la façon qui leur semble adéquate selon leurs attitudes, leurs perceptions et leurs assomptions concernant les personnes atteintes de maladies mentales » (p. 1267).

Un autre dilemme d'ordre éthique souvent rencontré par les agents de police et les professionnels de la santé mentale dans le contexte des rencontres entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales concerne les décisions prises sur les renseignements à partager entre les services. Par exemple, jusqu'à quel point le problème élargi de la sécurité publique a-t-il priorité sur les droits à la vie privée? Quand est-ce que les situations d'urgence ont-elles priorité sur les droits d'une personne atteinte d'une maladie mentale en matière d'autodétermination? Un autre dilemme se présente lorsqu'un agent de police rencontre une personne semblant être atteinte d'une maladie mentale qui, selon l'évaluation de l'agent, a un sérieux besoin de traitement ou d'hospitalisation. Toutefois, la personne ne veut pas participer volontairement à un traitement et les circonstances ne respectent pas les critères d'appréhension involontaire. Le dilemme éthique est le suivant : quelle est la bonne chose à faire?

L'usage adéquat du pouvoir discrétionnaire de la police est un problème complexe, mais essentiel. Il n'y a pas toujours un choix clair à faire, particulièrement lorsque la situation est engendrée par une interaction entre un agent de police et une personne atteinte d'une maladie mentale. Toutefois, en lien avec cette étude, même si tous les dilemmes éthiques nécessitent la discrétion policière au sens traditionnel, ils nécessitent également, tout comme pour le pouvoir discrétionnaire de la police en général, des connaissances adéquates pour prendre des décisions éclairées. Il est raisonnable de conclure, avec le soutien de Borum (2000) par exemple, que l'usage de discrétion sera amélioré grâce aux niveaux adéquats de connaissances et de compétences.

La résolution des situations entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales s'améliorera si le personnel policier impliqué est éduqué en matière d'options et sur les différentes conséquences de ces options. Concernant la discrétion nécessaire pour résoudre les dilemmes éthiques, beaucoup de temps est requis au cours de l'apprentissage formel pour discuter des situations qui seront probablement rencontrées, y compris par rapport aux options pratiques offertes et aux droits des personnes atteintes de maladies mentales, et l'on doit les étudier avec le personnel expérimenté des services policiers et de la santé mentale. L'objectif est que le pouvoir discrétionnaire (la prise de décision) et la résolution de dilemmes éthiques soient inclus dans l'apprentissage formel et qu'ils soient renforcés au niveau opérationnel. Selon cette étude, il ne semble pas que ce sujet soit adéquatement couvert dans l'apprentissage actuel concernant les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales.

8.0 : Les groupes cibles de l'apprentissage des services policiers à l'égard des problèmes de santé mentale

La détermination de la composition de l'auditoire cible – les participants – de l'apprentissage est bien sûr essentielle. Traditionnellement, la formation concernant le rapport entre les services policiers et la santé mentale n'incluait que les agents de police. Toutefois, la littérature démontre clairement que l'évaluation de l'éducation et de la formation concernant la relation entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales ne doit pas se limiter

aux agents de police. Au minimum, elle doit inclure tout le personnel policier qui a, ou qui peut avoir, un contact avec des personnes atteintes de maladies mentales. Schwarzfeld, Reuland et Plotkin (2008)⁵⁷ étaient catégoriques à l'effet que :

[...] tout le personnel d'application de la loi qui répond à des incidents dans lesquels la maladie mentale d'un individu semble être un facteur reçoit une formation pour le préparer à ces rencontres; les personnes ayant des affectations spécialisées reçoivent la formation la plus complète. Les répartiteurs, les téléphonistes et les autres personnes ayant un rôle de soutien reçoivent une formation personnalisée à leurs besoins (p. 3).

De plus, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont précisé que le personnel de supervision et de soutien, tel que les gestionnaires de niveau intermédiaire et les agents de formation sur le terrain⁵⁸, doit également être formé afin de pouvoir aider les premiers intervenants policiers et faciliter les résolutions réussies. On peut aussi ajouter le personnel de la « réception » en plus des employés et des volontaires des services aux victimes. La littérature est également claire sur le fait que le groupe cible doit inclure le personnel local en santé mentale qui travaille ou qui travaillera en collaboration avec des agents de police.

Bien que certaines formations canadiennes durant le service comptent parmi leurs participants le personnel policier autre que les agents de police, il semble que beaucoup ne l'incluent pas. Cependant, quelques modèles canadiens émergents ciblent un groupe élargi de personnel policier, ne comptant pas seulement les premiers intervenants policiers. Au Canada, le meilleur exemple est la police provinciale de l'Ontario. Les services policiers d'Angleterre et du Pays de Galles incluent les négociateurs policiers en situation de crise, les commandants du lieu de l'incident et les préposés aux armes à feu désignés, tels que ceux de l'équipe d'intervention d'urgence ou des armes spéciales et tactiques (SWAT)⁵⁹. Ces exemples sont sensés et doivent être encouragés (Coleman et Cotton, 2010b).

9.0 : Conception et communication de l'apprentissage

Reuland et Schwarzfeld (2008)⁶⁰ ont souligné que bien que l'apprentissage soit un élément

⁵⁷ Il s'agit d'une source utile et recommandée relative à l'apprentissage nécessaire aux réponses et aux interactions concernant les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

⁵⁸ Les agents de formation sur le terrain sont des agents de police expérimentés qui sont affectés à l'entraînement des nouveaux agents de police et qui doivent les familiariser avec diverses situations rencontrées par les services policiers. La période d'entraînement varie parmi les services de police entre quelques jours ou semaines et environ six mois.

⁵⁹ Les équipes d'intervention d'urgence des services policiers qui ont la responsabilité de résoudre les incidents à « risque élevé » concernant une violence potentielle portent divers noms. Deux des noms les plus fréquents sont l'équipe d'intervention d'urgence ou les armes spéciales et tactiques.

⁶⁰ Malgré le fait que *Improving Responses to People with a Mental Illness: Strategies for Effective Law Enforcement Training* (Reuland et Schwarzfeld, 2008) soit préparé pour un environnement américain, il offre une

essentiel des interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, il « doit faire plus qu'*informer* ses participants : il doit également les *transformer* » (p. 2). Reuland et Schwarzfeld (2008) ont signalé que les formateurs/animateurs en santé mentale doivent faire attention à ne pas mettre trop l'accent sur des diagnostics précis et ainsi perdre l'attention du personnel policier. L'objectif de l'apprentissage doit faire en sorte que le personnel policier comprenne et reconnaisse les symptômes afin de mieux résoudre les problèmes se présentant et, le cas échéant, procéder à des orientations adéquates vers des ressources communautaires. Lamb, et coll. (2002) ont également averti que l'éducation et la formation seules ne sont pas suffisantes sans changement du programme des académies de police par rapport aux directives sur le recours à la force létale et, au niveau opérationnel, à l'établissement d'équipes mobiles d'intervention en cas d'urgence (p. 1269). Cela dit, la résolution d'améliorer les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales s'étend plus loin qu'à l'éducation; une approche systémique est nécessaire pour arriver aux changements d'attitudes durables souhaités et donc au changement de la culture professionnelle et organisationnelle.

Il est important de construire un programme d'apprentissage ou un continuum d'apprentissage capable de maximiser l'échange de connaissances de façon à ce qu'il ne fasse pas que communiquer des connaissances factuelles, mais également qu'il examine le processus et le dénouement des interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales. Comme nous l'avons vu, l'évaluation et la recherche subsistantes ne sont que modérément utiles. Néanmoins, en l'absence de preuve détaillée et concluante, il est raisonnable d'utiliser des programmes tels le programme d'équipe d'intervention en cas d'urgence en tant que base. À vrai dire, Watson, et coll. (2008) ont suggéré que selon la recherche jusqu'à maintenant, l'équipe d'intervention en cas d'urgence est une « approche prometteuse vers l'amélioration des réponses policières aux personnes atteintes de maladies mentales » (p. 366). De façon complémentaire aux éléments inclus dans le programme d'équipe d'intervention en cas d'urgence, Lamb, et coll. (2002) ont observé, dans un contexte américain, que les agents de police souhaitent savoir :

- comment reconnaître la maladie mentale,
- comment agir en présence d'un comportement psychotique,
- comment réagir face à la violence ou la violence potentielle,
- quoi faire lorsqu'une personne est suicidaire,
- quelles sont les ressources communautaires offertes et comment y accéder,
- le moment où ils devraient faire appel à une équipe mobile d'intervention en cas d'urgence (p. 1269).

Lamb, et coll. (2002) ont conclu à partir de leur travail que l'éducation ou la formation des agents de police doit, au minimum, comprendre :

bonne base pour structurer l'apprentissage canadien sur les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales.

- la familiarisation avec la classification des troubles mentaux,
- l'apprentissage et la démonstration des façons de gérer les personnes atteintes de maladies mentales, y compris l'intervention en cas d'urgence,
- la façon d'avoir accès aux ressources utiles, moins restrictives que l'hospitalisation,
- les lois concernant les personnes atteintes de maladies mentales, en particulier les critères précis d'évaluation et de traitement psychiatriques involontaires (pages 1269-1270).

De plus, ils ajoutent « l'emphase doit être mise sur les situations de désescalade, autrement il pourrait y avoir un recours meurtrier à la force sur les personnes atteintes de maladies mentales » (p. 1269). Selon leur vaste expérience dans l'univers des services policiers et de la santé mentale, Cotton et Coleman (2008) ont suggéré que les agents de police devraient au moins :

- connaître les signes et les symptômes de la maladie mentale pour permettre la reconnaissance d'une personne atteinte d'une maladie mentale,
- connaître la maladie mentale pour effectuer une évaluation concernant le niveau de contrôle que le sujet démontrera dans son comportement,
- savoir s'il est possible qu'une personne atteinte d'une maladie mentale soit capable de comprendre les directives d'un agent, et d'y répondre,
- savoir que les procédures policières standard qui désarmeraient normalement une personne saine, stabiliseraient la situation ou entraîneraient une coopération peuvent avoir l'effet contraire sur une personne en crise de santé mentale,
- savoir comment ajuster adéquatement leur prise de décision concernant le moment d'appréhender, le moment d'arrêter, le moment d'orienter, le moment de chercher de l'aide supplémentaire,
- être à l'aise avec les techniques de désamorçage et les situations calmantes impliquant les personnes atteintes de maladies mentales,
- être en mesure d'évaluer adéquatement et raisonnablement les risques de suicide,
- être assez familiers avec la législation relative à la santé mentale pour prendre les mesures adéquates,
- connaître les services et les options en santé mentale, et savoir quelles personnes appeler pour une consultation ou pour obtenir de l'aide,
- être au courant de la stigmatisation et des préjugés avec lesquels les gens – y compris le public et les services policiers – approchent une personne atteinte d'une maladie mentale afin que les services policiers puissent ajuster leur propre comportement (pages 4-5).

Un fait notable est que la littérature suggère que la conception de l'apprentissage, relative au contenu et à sa communication, pour le personnel policier, devrait se faire en collaboration avec le personnel de santé mentale. Par exemple, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont recommandé l'utilisation d'un « comité multidisciplinaire de planification pour discuter de tous les programmes relatifs à la planification du programme, y compris la formation » (p. 4), et pour déterminer la composition du cadre de formation. Lamb, et coll. (2002) ont proposé que le processus d'apprentissage le plus efficace pour préparer les agents de police au contact entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales soit mené par les services de police et les professionnels en santé mentale.

De plus, concernant la communication, la documentation propose clairement qu'il est important d'inclure une personne atteinte d'une maladie mentale ou un membre de la famille. Par exemple, Pinfeld, et coll. (2003), en citant le travail de Guynan, Daily, Spaulding, Garbin et Sullivan (1994); Angermeyer et Matschinger (1996) et Corrigan, Green, Lundin, Kubiak et Penn (2001), ont déterminé qu'une « stratégie constamment efficace pour améliorer la compréhension publique est... le contact personnel avec une personne souffrant d'un problème de santé mentale, ce qui offre une expérience crédible et positive pour dissiper les mythes et les stéréotypes grâce à des expériences directes » (p. 337). Le résultat, ont-ils conclu, est que les agents de police se sentaient plus informés et que leur niveau de confiance était plus élevé concernant leurs contacts futurs avec les personnes atteintes de maladies mentales (p. 343).

10.0 : Choix du cadre de « formation »

Le choix minutieux des personnes facilitant l'apprentissage peut avoir un impact positif sur la transformation des comportements du personnel policier. Reuland et Schwarzfeld (2008) ont souligné la nécessité d'identifier et d'utiliser des « formateurs » provenant des services de police et du domaine de la santé mentale qui possèdent les compétences, l'expérience et la crédibilité requises pour « enseigner » à leurs collègues. Les formateurs, selon eux, doivent avoir une compréhension et une appréciation des objectifs de leur modèle respectif de réponse concernant la relation entre les services policiers et la santé mentale et doivent avoir une expérience avec les personnes atteintes de maladies mentales et le système de justice pénale. Bien qu'il soit important d'inclure des professionnels de la santé mentale et des personnes atteintes de maladies mentales et leur famille en tant que « formateurs », les personnes choisies doivent avoir une attitude favorable envers les services policiers. Ils doivent « passer outre tout résultat négatif découlant de rencontres [passées] [avec les services policiers] » (Reuland et Schwarzfeld, 2008, p. 12). Dans l'ensemble, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont maintenu que les formateurs, y compris le personnel policier, doivent « être préparés à contribuer de façon constructive et positive » (p. 12).

Le besoin de formateurs qualifiés et crédibles est crucial à l'efficacité de la « formation », mais également au succès du modèle de communication des services, et donc, aux pratiques utilisées pour interagir avec les personnes atteintes de maladies mentales. Par exemple, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont clairement souligné qu'il est important pour le personnel policier de comprendre la culture professionnelle des professions en santé mentale, et pour les

professionnels en santé mentale de comprendre la culture professionnelle des organisations policières. Il est donc essentiel que le traitement des messages durant l'apprentissage parle également de l'engagement des professionnels des services policiers et de la santé mentale à travailler ensemble pour atteindre de meilleurs résultats pour toutes les parties, malgré leurs différentes cultures professionnelles et parfois leurs différents régimes législatifs et réglementaires.

11.0 : Justice en matière de procédure et accent sur le client ou l'utilisateur de services

Les communautés canadiennes ne s'attendent pas seulement à ce que les services du secteur public soient offerts en mettant l'accent sur le client ou l'utilisateur, mais elles s'attendent à être traitées de façon équitable et avec respect, en conformité avec les principes de justice en matière de procédure. Dans le cadre de leur travail quotidien, les agents de police font face à une myriade de situations, dont la plupart ne nécessitent pas d'application de la loi au sens strict du terme⁶¹. Toutefois, de nombreuses situations demandent à l'agent de police d'être expert dans la désescalade de conflits, la résolution de conflits et la médiation. Toutes ces situations nécessitent l'application d'aptitudes de communications interpersonnelles supérieures et une concentration sur le service offert. De plus, les agents de police se trouvent souvent, selon Worden (1989), dans des situations « d'ambiguïté et d'incertitude » (p. 671). Egon Bittner (1990), un chercheur réputé sur les services policiers cité par LaGrange (2003), a conclu que les agents de police doivent posséder

[...] la capacité d'analyser des situations, de déterminer laquelle des procédures ou décisions (potentiellement conflictuelles) à appliquer, et la capacité de prendre ces décisions rapidement – ces qualités peuvent demander d'importantes connaissances, de l'intelligence et du jugement, et ce sont les qualités qui sont perçues comme étant les plus pertinentes à une éducation supérieure (p. 92).

Certaines situations, telles que celles dans lesquelles le sujet semble être atteint d'une maladie mentale, nécessitent un jugement supérieur, l'utilisation judicieuse de pouvoir discrétionnaire et un important degré « d'intuition en matière de dynamique des problèmes humains » (Worden, 1990, p. 589). Par exemple, Watson, et coll. (2010) ont souligné que la littérature suggère que les personnes atteintes de maladies mentales qui entrent en contact avec des agents de police sont susceptibles d'être moins perturbées si elles sentent qu'elles sont traitées « justement et de bonne foi » (p. 2). Cet énoncé est informatif pour la conception et la communication de l'éducation ou de la formation du personnel policier.

⁶¹ Les études menées aux États-Unis et en Grande-Bretagne ont observé que, selon la juridiction, seulement entre 15 % et 25 % du travail des agents de police est relié aux crimes, et ce pourcentage se rapproche de 7 % à 10 % lorsque les appels de service sont analysés de façon plus poussée (Bayley, 1996, p. 40)

Bien que les conceptions et la communication de l'éducation et de la formation policières relatives aux contacts entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales varient, il existe une tendance croissante, y compris au Canada, d'utiliser le programme de formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence, au moins en tant que fondement. Tel que discuté ci-dessus, les éléments importants de ce programme, selon Watson, et coll. (2010), sont l'établissement de relations entre les services policiers et les ressources en santé mentale et la

[...] transformation des rôles et des priorités organisationnelles des services policiers d'un modèle traditionnel d'application de la loi, qui interagissait à contrecœur avec la maladie mentale, vers un modèle plus orienté vers le service qui répond à la maladie mentale vue comme une préoccupation de sécurité communautaire et de santé publique (p. 3).

L'orientation vers un service axé sur le client ou l'utilisateur est un élément fondamental des services policiers (communautaires) contemporains (Coleman, 2008). La clé d'une telle approche est la conduite du personnel policier. Watson, et coll. (2010) ont déclaré que la littérature est claire à propos des résultats engendrés par le comportement positif et respectueux de la police. Lorsque les services policiers exercent leur autorité d'une manière procédurale juste, la coopération et le respect communautaires en découlent; d'un autre côté, le comportement irrespectueux des agents de police réduit la possibilité de coopération publique (pages 3-4). Par exemple, Watson, et coll. (2010), en citant McCluskey (2003), ont souligné que « les personnes atteintes de maladies mentales (qui perçoivent) leur traitement par les policiers comme étant respectueux et digne, plutôt que coercitif, ont plus de chances de se conformer aux demandes des agents » (p. 5). Watson, et coll. (2010), en citant Lind et Tyler (1988), Tyler (1990) et Tyler et Lind (1992), ont conclu que les clés pour satisfaire la justice en matière de procédure sont :

- la version ou la participation, y compris avoir l'occasion de présenter sa version des faits et d'être entendu par le preneur de décisions, des agents de police,
- la dignité, être traité avec respect, politesse et dignité et le fait que le preneur de décisions reconnaisse les droits du sujet,
- la confiance que l'autorité, les agents de police, se préoccupe du bien-être du sujet (p. 3).

Le travail de chercheurs tels que Watson, et coll. (2010), Lind et Tyler (1988), Tyler (1990), Tyler et Lind (1992), Bittner (1990), McCluskey (2003) et Worden (1990) établit clairement que le traitement juste des individus et le fait de leur laisser la perception d'équité sont des éléments importants dans l'établissement de relations et entraînent une compréhension de la situation par toutes les parties. Ces éléments réduisent la probabilité d'escalade vers une situation potentiellement versatile. De plus, ils ne font pas qu'améliorer la situation courante, mais

contribuent à améliorer les interactions futures avec les mêmes personnes ou avec les personnes avec lesquelles ces personnes ont partagé leurs expériences.

La justice en matière de procédure (procédure de recours, justice et équité) et l'orientation vers le client ou l'utilisateur vont de pair; elles sont toutes deux des principes fondamentaux des services policiers contemporains (Coleman, 2008). Elles nécessitent toutes deux l'application adéquate d'aptitudes de communication verbales, d'établissement de rapport, d'une compréhension de la maladie mentale et de l'établissement de relations. La justice en matière de procédure et l'orientation vers le client ou l'utilisateur impliquent également la nécessité de posséder la connaissance des ressources communautaires permettant l'acheminement des individus, et d'avoir une bonne compréhension de la législation dans laquelle le personnel policier doit travailler. Le résultat souhaité est que les « bénéficiaires » du service sentent qu'ils sont bien traités. Cela influence la conception et la communication de l'apprentissage concernant les services policiers/la santé mentale car l'attention est requise non seulement pour assurer la compréhension des ressources et des procédés accessibles, mais pour 1) comprendre les aptitudes permettant d'établir un bon rapport et d'équiper le personnel policiers pour la désescalade des situations parfois versatiles et 2) apprécier les droits des personnes atteintes de maladies mentales.

Il n'est pas clair à partir de l'analyse des réponses de cette étude si la justice en matière de procédure et l'orientation vers le client ou l'utilisateur reçoivent assez d'attention dans le cadre de l'apprentissage canadien en matière de services policiers et de santé mentale. On recommande fortement aux services de police et à leurs partenaires en santé mentale, le cas échéant, de s'assurer que les deux éléments sont inclus en tant que cadre obligatoire de l'apprentissage concernant les services policiers et la santé mentale et les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales.

12.0 : Comportements et attitudes du personnel policier

Même si le transfert de connaissances est la clé de l'apprentissage, l'objectif principal de l'apprentissage concernant les services policiers et la santé mentale doit également être de changer le comportement et les attitudes des agents de police envers les personnes atteintes de maladies mentales (Price, 2005). Comme nous l'avons déjà vu, Reuland et Schwarzfeld (2008)⁶² ont souligné que l'apprentissage en préparation des interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales « doit faire plus qu'*informer* ses participants : il doit également les *transformer* » (p. 2). La transformation en tant qu'objectif d'apprentissage est vitale, spécialement dans les environnements de travail a) dans lesquels le personnel policier perçoit encore les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales comme étant inférieures au « vrai » travail des policiers et b)

⁶² Malgré le fait que *Improving Responses to People with a Mental Illness: Strategies for Effective Law Enforcement Training* (Reuland et Schwarzfeld, 2008) soit préparé pour un environnement américain, il offre une bonne base pour structurer l'apprentissage canadien sur les interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales.

dans lesquels la stigmatisation et les préjugés sont toujours évidents, au moins à un certain degré. Bien que quelque peu évident, Lamb, et coll. (2002) ont conclu que les agents de police « ont assumé le rôle de 'psychiatre de rue' par défaut » (p. 1266). Ils ont ajouté, en parlant d'une perspective américaine, que plusieurs agents de police ont accepté ce rôle. Néanmoins, selon Husted, Charter et Perrou (1995), et Borum (2000), bien qu'également dans un contexte américain, ils l'ont apparemment fait à contrecœur et parfois même avec ressentiment. L'ambivalence des agents de police canadiens a été observée par une étude menée par Trovato (2000)⁶³. Il a noté que « d'un côté, les agents ressentent une profonde obligation envers les personnes perturbées affectivement... tandis que de l'autre, ils sentent que le public a besoin de protection contre elles » (p. 81).

Également dans un contexte canadien, une étude sur les attitudes des policiers par Cotton (2004) a démontré cette ambivalence. Elle démontrait qu'environ 50 % des agents de police étaient préoccupés par le fait que les personnes atteintes de maladies mentales prenaient plus que leur juste part des ressources policières. Une minorité considérable (38 %) des agents de police ressentait qu'elle n'aurait pas à s'occuper des problèmes reliés à la santé mentale si ce n'était des services inadéquats de santé mentale (Cotton, 2004). Cela semble suggérer que certains agents de police ne considèrent pas l'interaction avec les personnes atteintes de maladies mentales comme étant du « vrai » travail policier. De l'autre côté, l'étude de Cotton (2004) a également démontré que de nombreux agents de police, sinon la plupart, répondent aux situations impliquant des personnes atteintes de maladies mentales de façon appropriée et avec sensibilité. Son étude a démontré que la plupart des agents de police (80 %) conviennent que les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales font partie de leur rôle et soutiennent la notion qu'ils devraient être formés adéquatement (Cotton, 2004). Ces résultats sont similaires à ceux rapportés dans un contexte américain par Vermette, et coll. (2005). Ils ont trouvé que les agents de police sont intéressés à en apprendre davantage sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales et ils considèrent qu'il s'agit d'un aspect intégral des services policiers communautaires. Ces résultats sont encourageants et cohérents avec la transformation philosophique de plusieurs services policiers d'un modèle réactif traditionnel d'application vers un modèle collaboratif et de résolution de problèmes des services policiers communautaires (Price, 2005, p. 50).

Borum (2000) a cité des recherches des années 1960 et 1970 qui suggéraient que les attitudes et les préjugés négatifs du personnel policier envers les personnes atteintes de maladies mentales « étaient en grande partie dus au manque d'information » (p. 333). Ces recherches suggéraient également que la préparation inadéquate des agents de police pour ce rôle a inutilement entraîné « la criminalisation des personnes atteintes de maladies mentales » (Lamb, et coll., 2002, p. 1276). La documentation suggère que l'éducation peut être, au moins, une solution partielle aux attitudes négatives.

⁶³ Inspecteur Frank Trovato du service de police de Toronto.

Watson et ses collaborateurs (2004b) ont fait des recherches pour savoir si le fait que l'agent de police sache qu'une personne est atteinte d'une maladie mentale influence ses perceptions, attitudes et réponses (p. 49). Ils ont trouvé que les agents de police ayant cette connaissance percevaient les personnes atteintes de maladies mentales comme étant moins responsables de leur situation personnelle, plus méritantes de pitié et plus dignes d'obtenir de l'aide, mais en même temps, plus dangereuses que les personnes pour lesquelles aucune information sur leur santé mentale n'était offerte. Plus particulièrement, et de façon importante pour la conception de l'éducation et de la formation, ils ont trouvé que la perception des agents de police sur la violence d'une personne augmentait significativement lorsqu'un agent « savait » que la personne était schizophrène. Ce fait est préoccupant, car « si ce sentiment de risque élevé entraîne les agents à approcher les personnes atteintes de maladies mentales plus agressivement, [les agents de police] peuvent faire escalader la situation et engendrer une violence inutile » (Watson, Corrigan et Ottati, 2004b, p. 52). Borum (2000) a clairement déclaré que la formation sur les compétences verbales est essentielle pour la désescalade des conflits réels ou perçus. Une telle formation peut non seulement améliorer la confiance des agents, mais elle peut également réduire le niveau de peur et réduire le risque de blessures des agents de police et des personnes atteintes de maladies mentales (Price, 2005).

13.0 : Stigmatisation

Des recherches de chercheurs tels Trovato (2000), Cotton (2004) et Vermette, et coll. (2005) et des expériences personnelles des auteurs de cette étude, il appert que certains membres du personnel policier ne considèrent pas la réponse aux appels de service pour des personnes atteintes de maladies mentales comme étant du « vrai » travail policier. Pourquoi cette perception persiste-t-elle? Est-il possible que la stigmatisation associée à la maladie mentale en soit un facteur – une manifestation de préjudice? La littérature suggère qu'elle l'est.

Dans la plupart des sociétés, y compris au Canada, il persiste une stigmatisation profonde associée à la maladie mentale, et souvent un manque de volonté de reconnaître ou de traiter la discrimination qui en découle. L'expérience des auteurs de cette étude, et de celle de plusieurs collègues dans des services policiers, de la communauté et des services en santé mentale, et des utilisateurs et des familles des personnes atteintes de maladies mentales, est que la stigmatisation concernant la maladie mentale, et donc relative aux personnes atteintes de maladies mentales, est présente dans les services de police. Tandis que cette constatation ne s'applique pas à tout le personnel policier, sa présence est telle qu'elle est une préoccupation, donc on doit mettre un accent particulier dessus dans l'éducation et l'intégrer partout dans le programme d'apprentissage des services policiers.

La documentation suggère que l'éducation policière doit comprendre des initiatives anti-stigmatisation pour défier les barrières relatives aux attitudes du personnel policier qui ont entraîné des mesures discriminatoires. Par exemple, le programme conçu pour préparer le personnel policier aux interactions avec des personnes atteintes de maladies mentales doit inclure une attention plus que fugace sur l'explication de la raison pour laquelle les interactions policières sont importantes, et à vrai dire, un élément intégral des services policiers

contemporains. Les modèles éducationnels, donc, doivent inclure un lien clair entre le travail avec les personnes atteintes de maladies mentales et les principes fondamentaux des services policiers contemporains.

Les membres du personnel policier choisis pour éduquer et former leurs collègues doivent avoir l'expérience et l'attitude requises. Toutefois, les éducateurs doivent aussi avoir une crédibilité auprès de leurs pairs, être perçus comme étant de « vrais » agents de police, c'est-à-dire être un agent de police qui a agi ou qui agit en tant qu'agent de police opérationnel respecté. Cet aspect est important dans la culture professionnelle des services policiers, mais il est également important en général car c'est dans la nature humaine d'accepter plus facilement les informations, et d'y répondre, si la personne qui livre le message est perçue comme étant crédible. De plus, si l'éducation, peu importe la durée ou l'instructeur, ne traite pas des questions de stigmatisation et de préjudice, alors le changement culturel souhaité d'acceptation de ce travail comme étant un « vrai » travail policier sera incomplet. Une des explications, soutenue par la littérature, est que les agents de police qui ne considèrent pas les interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales peuvent ne pas être suffisamment éduqués et formés pour comprendre leur rôle et pour comprendre la maladie mentale et les tactiques nécessaires pour résoudre les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales (Borum, 2000).

14.0 : Maladie mentale, violence et recours à la force

Bien que de nombreuses personnes dans nos communautés, y compris le personnel policier, associent la maladie mentale à la violence, le lien entre la maladie mentale et la violence n'est étayé par aucun élément solide. Pour cette raison, il est essentiel de transmettre les connaissances actuelles concernant la relation qui existe entre la maladie mentale et la violence afin de corriger la perception très souvent stéréotypée qu'ont un grand nombre de personnes de cette relation. Le fait de posséder des connaissances concrètes sur la vraie relation entre la maladie mentale et la dangerosité est par conséquent nécessaire à l'évaluation de la situation qui se présente; il importe ensuite de faire preuve de discrétion pour éviter l'escalade de situations souvent délicates. Même si la majorité des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales ne nécessitent ni violence ni recours à la force, celles qui y ont recours deviennent forcément très publiques ou se terminent bien souvent de façon tragique. Les épisodes de violence sont plus fréquents lorsqu'une personne atteinte d'une maladie mentale « souffre d'un trouble concomitant de consommation abusive d'intoxicants ou ne prend pas ses médicaments » (Reuland, Schwarzfeld et Draper, 2009, p. 6). Il s'agit là encore d'informations importantes pour le personnel policier.

Dupont et Cochrane (2000), Nicoletti (1990) et Fyfe (1989) ont exprimé leurs inquiétudes à l'égard du recours à la force par les agents de police. Ils ont mentionné la nécessité de modifier la formation sur le recours à la force pour accorder une plus grande importance à l'extrémité inférieure du continuum de recours à la force (annexe A). Sont ainsi priorisés l'approche initiale

et le contact – « présence policière » – sans oublier la communication verbale et non-verbale du policier. Pour atteindre ces priorités dans les cas particuliers des contacts entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, Dupont et Cochrane (2000) proposent une meilleure compréhension des symptômes et des comportements d'une personne atteinte d'une maladie mentale et l'apprentissage et la mise en pratique de la communication verbale et des techniques de désescalade. Selon la documentation, la fréquence des incidents avec recours à la force physique en sera ainsi réduite.

Cela s'explique d'une part, selon la documentation, du fait que la stigmatisation et la peur du policier seront réduites et, d'autre part, que le policier jouit d'une plus grande confiance en raison des connaissances qu'il a acquises à travers l'éducation et la formation. Les sources qui ont participé à cette étude, dont l'Association canadienne pour la santé mentale et la Société canadienne de la schizophrénie, ont appuyé ce point de vue. La formation sur le recours à la force doit dépasser les seules habiletés techniques telles que celles requises pour utiliser une arme ou pour retenir une personne sous surveillance. Elle doit également miser sur une approche axée sur l'utilisateur et insister sur une justice en matière de procédure.

Compton, Demir, Broussard, McGriff, Morgan et Oliva (2009) ont également soutenu cette approche dans leur travail. Leur étude sur le recours à la force des policiers avec les personnes atteintes de schizophrénie comparait un groupe de 48 policiers ayant reçu la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence avec un groupe de 87 policiers qui n'avaient pas reçu cette formation. La formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence, tel que mentionné précédemment, met l'accent sur la compréhension et sur les symptômes de la maladie mentale, et insiste également sur les techniques de désescalade. En utilisant une série de vignettes tirées d'un scénario qui représentait une situation d'escalade avec une personne atteinte de troubles psychotiques, ils ont remarqué que les agents ayant reçu la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence avaient tendance à se servir davantage « de mesures sans recours à la force physique » (p. 1) pour résoudre la situation d'escalade que les agents n'ayant pas reçu la formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence. À la suite de cette étude, Compton, Demir, Broussard, et coll. (2009) ont déterminé qu'une formation d'équipe d'intervention en cas d'urgence pouvait constituer un moyen efficace pour diminuer les occasions de recours à la force dans les interventions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales. De plus, leurs conclusions de recherches ont démontré le rôle que devaient jouer les cliniciens, les intervenants et les chercheurs dans le domaine de la schizophrénie pour promouvoir la justice sociale en s'associant à des secteurs sociaux variés tels les systèmes de justice pénale (p. 8).

Conformément au *Code criminel du Canada*, le recours à la force chez les policiers est autorisé en situation de « dernier recours ». La plupart des services de police utilisent un modèle de continuum de recours à la force dans le cadre des formations offertes aux policiers sur le recours à la force (annexe A). On le décrit généralement à l'aide d'un graphique dont les cercles concentriques représentent un continuum d'action recommandée pour un agent de police, à partir du contact initial jusqu'au recours à la force létale. Étant donné que la discussion sur

l'utilité d'un graphique dépasse les objectifs de cette étude, nous nous concentrerons sur la pertinence d'un continuum qui débute avec la « présence policière ». Cela signifie que l'attitude initiale d'un policier et les actions qu'il pose dès son arrivée peuvent indiquer si la situation dégénérera ou non en violence, et ainsi, si une intervention plus directe est nécessaire, telle que l'immobilisation par la voix ou par un moyen physique.

On a clairement remarqué dans certains cas qu'au moins quelques agents de police passaient trop peu de temps à l'extrémité « inférieure » du continuum « présence » et communication verbale avant de progresser à un niveau « supérieur » : le recours à la force physique. Même si chaque nouvelle situation se présente au policier de façon différente, on retrouve souvent des dénominateurs communs parmi les situations qui exigent une attention particulière. Un exemple d'un dénominateur commun serait la difficulté d'un policier à communiquer avec une personne qui agit d'une façon « bizarre ». Dans ces situations, une compréhension plus vaste des circonstances et une bonne compréhension des aptitudes de communication appropriées pourraient empêcher que la situation ne dégénère. Cela est corroboré par le travail de Compton, Demir, Broussard, et coll. (2009) et Compton, Demir, Oliva, et coll. (2009).

Dupont et Cochrane⁶⁴ (2000), qui ont institué le premier programme d'équipe d'intervention en cas d'urgence, se sont montrés critiques face à l'enseignement aux policiers du recours à la force, du moins dans le contexte américain. Cités par Tucker, et coll. (2008), ils ont fait remarquer que

(...) le modèle de survie de la formation, en ce qui a trait à la légitime défense et aux armes à feu, non seulement dépasse la fréquence réelle d'une telle occurrence (en comparaison surtout avec le taux d'incidents impliquant des individus atteints de maladies mentales en situation de crise) mais semble également forger de façon inappropriée la perception du policier quant à la dangerosité de la situation (p. 245).

Au fil du temps, les services de police ont vu naître une « règle » selon laquelle un policier ne devrait pas permettre à un contrevenant armé de s'approcher à moins de 21 pieds, sinon quoi le policier sortirait son arme de poing⁶⁵. Dupont et Cochrane (2000), cités par Tucker, et coll. (2008), n'ont pas seulement questionné la « règle des 21 pieds »; ils ont notamment également

⁶⁴ Le Major Cochrane a longtemps servi comme policier à Memphis.

⁶⁵ Durant plus de 20 ans, la notion appelée « règle des 21 pieds » a été une composante clé de la formation des officiers pour se défendre face à des armes tranchantes comme des couteaux et des haches. Issue de recherches du formateur Dennis Tueller de Salt Lake City et popularisé par le *Street Survival Seminar* (séminaire sur la survie dans la rue), la « règle » stipule que par le temps qu'un agent moyen reconnaisse la menace, sorte son revolver et tire deux coups dans l'abdomen d'une personne, une personne moyenne qui fonce sur l'agent avec un couteau ou une autre arme tranchante ou arme blanche peut parcourir une distance de 21 pieds. (<http://www.policione.com/edged-weapons/articles/102828-Edged-Weapon-Defense-Is-or-was-the-21-foot-rule-valid-Part-1/>)

questionné la validité de cette règle dans le contact avec une personne qui pourrait souffrir d'une maladie mentale.

Une étude menée par John Nicoletti (1990) concernant le recours à la force des policiers du Colorado, et citée par Borum (2000), a démontré que

[...] des niveaux de stress élevés, un manque de formation, un manque de maîtrise de la situation et un manque de confiance en soi sont les causes les plus souvent données de réactions excessives, tandis que les comportements les plus souvent mentionnés comme étant souhaitables pour la désescalade de la force sont les compétences de médiation et les aptitudes de communication, l'attitude, la légitime défense, la condition physique et la maîtrise de la colère (p. 335).

Les conclusions de cette étude sont instructives et pertinentes non seulement pour la conception et la communication de la formation sur le recours à la force, mais également, de façon générale, pour l'éducation et la formation des policiers relativement aux personnes atteintes de maladies mentales. James Fyfe (1989), un chercheur de premier rang en ce qui concerne le recours à la force, soutient que la notion de « rencontres avec recours à la force létale » engendrées par des décisions prises en « une fraction de seconde » n'est pas justifiable (Borum, 2000, p. 335). Il suggère de réduire l'usage excessif de la force en misant davantage sur l'apprentissage de ce qu'un policier devrait faire et dire au moment où il arrive dans une situation, plutôt que de se concentrer sur l'apprentissage de ce que le policier fait durant l'intervention. Dans le même ordre d'idées, Watson et coll. (2008) soutiennent que le « manque de connaissances et de compétences de la part des policiers peut les entraîner à réagir avec une force excessive » (p. 360).

Les policiers disposent de différentes options, incluant l'usage d'armes à feu, lorsqu'ils ont recours à la force; une de ces options, l'arme à impulsions⁶⁶, qui a été envisagée et commercialisée à des fins de recours à la force « non létale », demeure controversée. Cela s'explique en majeure partie du fait que l'on considère son usage réglementé de façon inappropriée et insuffisante. À maintes reprises au Canada, on a constaté, preuves à l'appui, que l'usage des armes à impulsions avait entraîné la mort d'individus, dont plusieurs étaient des personnes atteintes de maladies mentales. Un tel incident, qui s'est soldé par la mort d'un homme à l'aéroport de Vancouver en 2007, est survenu après que la police l'ait maîtrisé avec une arme à impulsions⁶⁷. Cet incident a mené à la création de la Commission Braidwood sur l'utilisation de l'arme à impulsions.

⁶⁶ Communément appelée « Taser ».

⁶⁷ Bien qu'il ne soit pas sûr que cet homme était atteint d'une maladie mentale en soi, il affichait clairement un comportement trouble et une détresse émotionnelle.

En juin 2009, le commissaire a émis le premier de deux rapports, *Restoring Public Confidence: Restricting the use of conducted energy weapons in British Columbia* (restaurer la confiance du public : restreindre l'usage des armes à impulsions en Colombie-Britannique), élaboré à partir du travail de l'enquête (*Restoring Public Confidence*, 2009). Le commissaire a émis plusieurs recommandations significatives pour cette étude⁶⁸ :

Personnes perturbées affectivement

4. *Je recommande que le ministère de la Sécurité publique et le Solliciteur général adoptent un programme de formation sur l'intervention en situation de crise comparable à celui recommandé par des participants de notre tribune publique, et exige :*
 - *qu'il soit incorporé sans délai dans la formation de recrues pour les agents des organismes d'application de la loi régis par les provinces,*
 - *que tous les agents actuellement au service d'organismes d'application de la loi régis par les provinces complètent de façon satisfaisante la formation dans un délai établi par le gouvernement.*
5. *Je recommande que les agents des organismes d'application de la loi régis par les provinces, lorsqu'ils ont affaire à des personnes perturbées affectivement, soient tenus d'utiliser des techniques de désescalade ou d'intervention en situation d'urgence avant de déployer une arme à impulsions; ils peuvent toutefois recourir à leur arme s'ils ont des motifs valables de croire que ces techniques ne réussiront pas à éliminer le risque de dommages corporels.*

Blessures volontaires du sujet

6. *Je recommande qu'on prohibe le déploiement d'une arme à impulsions par les agents des organismes d'application de la loi régis par les provinces lorsque le sujet s'inflige des blessures volontaires sauf si :*
 - *le sujet s'inflige des lésions corporelles,*
 - *l'agent a des motifs valables de croire que le comportement du sujet l'entraînera de façon imminente à s'infliger des lésions corporelles (*Restoring Public Confidence*, 2009, pages 19-20).*

Plusieurs groupes de soutien et de pression pour les personnes atteintes de maladies mentales ont exprimé leur position face à ce que l'on a considéré de façon générale un usage inapproprié des armes à impulsions par la police canadienne, plus particulièrement dans les cas où le sujet était une personne atteinte d'une maladie mentale. En 2009, l'Association canadienne pour la santé mentale de la Saskatchewan a partagé ses inquiétudes, qui sont représentatives des groupes de soutien/pression, avec le gouvernement de la Saskatchewan par l'entremise de la Commission de police de la Saskatchewan. Sa position se résume comme suit :

⁶⁸ Le gouvernement de la Colombie-Britannique a mis en place le Comité de mise en œuvre Braidwood pour aborder les recommandations de la Commission (voir la page 19).

[...] nous constatons que [deux secteurs clés] font défaut à l'utilisation policière du Taser ou des armes à feu lorsque qu'il s'agit de situer les interactions des premiers intervenants avec les personnes atteintes de maladies mentales, à savoir la formation sur le désamorçage d'une situation, et le placement du Taser plus haut sur l'échelle des modèles de « recours à la force » de tous les services de police (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 4).

L'Association canadienne pour la santé mentale de la Saskatchewan a mentionné que les pratiques exemplaires fondées sur des preuves, pour une intervention efficace en cas d'urgence, devraient inclure :

- *la mise en place d'un noyau d'agents d'intervention en cas d'urgence de « premier appel » soigneusement choisis, disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine,*
- *un système spécialisé de répartition,*
- *une formation intégrée complète de 40 heures pour les agents désignés, répartiteurs, infirmières psychiatriques de liaison, et autres premiers intervenants (p .ex. les ambulanciers paramédicaux) avec une formation annuelle continue,*
- *des informations essentielles et des systèmes de partage d'informations,*
- *des protocoles pour le développement d'une collaboration avec les organismes de santé mentale,*
- *le développement et le support continu d'équipes collaboratrices d'intervention en situation de crise dans la communauté une fois ces professionnels formés,*
- *une méthode d'évaluation et de mesure des résultats (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 5).*

Ils ont insisté sur le fait que les interventions les plus appropriées et efficaces avec les personnes manifestement atteintes de maladies mentales requièrent l'usage de techniques de désescalade. Ces techniques, ont-ils ajouté,

[...] doivent être clairement comprises et mises en pratique, puisqu'elles diffèrent largement des techniques de communication normalement utilisées dans les interventions policières. On doit reconnaître et accepter que ces techniques requièrent temps et patience et exigent des capacités d'écoute et des modes d'interaction qui peuvent être désynchronisés par rapport aux pratiques policières « commander et contenir » [qui sont] applicables dans d'autres interventions policières. Elles constituent toutefois les méthodes les plus en voie de résoudre de façon

efficace un incident impliquant une personne atteinte d'une maladie mentale, de façon sécuritaire et en assurant la meilleure résolution possible pour toutes les personnes impliquées. (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 6).

Dans l'ensemble, ils ont recommandé que les « pratiques exemplaires dans la formation sur l'intervention en cas d'urgence soient incorporées dans le recrutement policier et fassent partie d'une formation continue pour tous les policiers » (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 9).

Tel que mentionné dans l'étude précédente (Partie I) sur la formation de niveau académique, six des 13 académies de police qui ont offert une formation de base au Canada intégraient des références à des problématiques reliées à la maladie mentale dans leur formation de base sur le recours à la force. Les questions posées aux futurs répondants au sondage de cette étude n'incluaient pas de question directe concernant les interactions en matière de santé mentale et le recours à la force. Cependant, si l'on tient compte de la description de tels incidents et des recommandations faites par de nombreuses enquêtes du coroner canadiennes, nous pouvons assumer de façon raisonnable que les services de police qui se sont attaqués à cette problématique de façon directe en modifiant la formation sur le recours à la force auraient répondu en conséquence. Personne n'a fourni de réponse, à l'exception, bien qu'en partie seulement, de la police provinciale de l'Ontario, de la police de Vancouver et de la police de Dyfed-Powys du Pays de Galles. En tout premier lieu, la police provinciale de l'Ontario incorpore un module pour les policiers négociateurs en situation de crise. En second lieu, la police de Vancouver inclut un module – *Police Tactical Considerations* (considérations tactiques des services de police) – qui comprend une « revue des options tactiques pour les policiers⁶⁹ ». En troisième lieu, la police de Dyfed-Powys intègre des modules destinés aux moniteurs de tir et aux policiers négociateurs en situation de crise et également aux commandants du lieu de l'incident de la division des armes à feu. Il est à noter que même si aucun service de police n'aborde directement l'inclusion du programme relatif à la relation entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales dans la formation sur le recours à la force, on peut y voir un progrès par rapport aux réponses fournies par les autres services de police.

15.0 : Éducation postsecondaire

Bien qu'elle soit jusque dans une certaine mesure périphérique à la discussion sur l'apprentissage durant le service, la documentation traitant de l'éducation postsecondaire du personnel policier peut s'avérer utile. Même si l'éducation postsecondaire pré-embauche n'est généralement pas un préalable à l'embauche des policiers au Canada, les recherches suggèrent qu'un candidat dont le niveau d'éducation est plus élevé sera probablement, à bien des égards, mieux préparé aux fonctions policières et, par le fait même, aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

⁶⁹ En langage policier, cela inclut généralement des situations qui vont jusqu'au recours à la force.

LaGrange (2003) a postulé que la pratique policière contemporaine dans les communautés urbaines supposait « une question d'équilibre exigeante dans un monde très diversifié et complexe, où les agents de police doivent comprendre les forces sociales en jeu, l'éthique » et les subtilités de la législation applicable (p. 91). Plusieurs chercheurs⁷⁰ cités par LaGrange (2003) ont noté que l'éducation universitaire entraînait une meilleure appréciation des problématiques éthiques inhérentes à la pratique policière et une compréhension accrue des complexités légales et sociales. Par exemple, les études ont démontré que lorsque les policiers sont moins autoritaires, parce qu'ils bénéficient d'une plus grande sensibilité fondée sur une meilleure connaissance et compréhension, les services de police reçoivent moins de plaintes de citoyens concernant la conduite policière. Dans l'ensemble, LaGrange a déterminé que les témoignages montrent qu'une meilleure éducation entraîne une « approche face au travail policier moins dogmatique, plus professionnelle » (p. 88). Cela est corroboré par une méta-analyse qui conclut que l'éducation de haut niveau « est un indicateur prévisionnel valide » d'une performance supérieure des policiers « sauf dans le cas de mentions élogieuses et de blessures » (Aamondt, 2004, p. 51).

Nonobstant quelques bénéfices importants et déterminés, Rydberg et Terrill (2010) ont souligné que « l'éducation supérieure⁷¹ [n'] offrira [pas] une amélioration par rapport à toutes les subtilités reliées à la discrétion policière » (p. 114). Cependant, pertinente à cette étude, la conclusion de Rydberg et Terrill (2010) admet que « l'éducation supérieure ... a réduit de façon significative les probabilités d'occurrences de [recours à la] force » (p. 92). Cette conclusion trouve écho dans celles d'Aamondt (2004), de McElvain et Kposowa (2008), y compris celles de Terrill et Mastrofski (2002).

En ce qui concerne les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales, LaGrange (2003) a noté, dans un service de police américain, que même si les interventions qu'elle a étudiées étaient dans l'ensemble d'une nature comparable, les résultats rapportés différaient en fonction du niveau d'éducation des agents de police. De façon plus spécifique, même en considérant d'autres facteurs, les agents ayant reçu une éducation universitaire avaient statistiquement plus de chances de faire des « recommandations psychiatriques » que leurs collègues moins éduqués (LaGrange, 2003, p. 106). En comparaison des agents ayant reçu une éducation universitaire, ceux dont le niveau d'éducation était plus faible étaient plus susceptibles de mettre une personne en état d'arrestation et de gérer les incidents de façon non officielle.

Tandis que le débat persiste quant aux avantages d'une éducation universitaire pour le travail des policiers, l'ensemble des témoignages semble plutôt positif. Les services de police ou les académies de police qui comptent sur une éducation obligatoire pré-embauche ou avant

⁷⁰ Tels que Lynch, 1976, Tyre et Braunstein, 1992, Cascio et Real, 1976, Finckenauer, 1975, Gross, 1973, Reed, 1988, Roberg, 1978, Smith, Locke et Fenster, 1970, Feldman et Newcomb, 1994, Carter et Sapp, 1989, Kappeler, Sapp et Carter, 1992.

⁷¹ Les collèges aux États-Unis, contrairement à ceux du Canada, sont des institutions qui octroient des diplômes.

l'admission à une académie de police pourraient vouloir s'assurer que les compétences comportementales et techniques, liées au travail impliquant les personnes atteintes de maladies mentales, sont incluses dans le cursus de l'éducation postsecondaire souhaitée ou obligatoire de pré-embauche. Si l'on tient compte des conclusions de la recherche, une éducation pré-embauche de « plus haut niveau », associée à un profil de compétences comportementales appropriées, serviraient de fondation sur laquelle construire l'apprentissage après l'embauche et le développement nécessaires aux interventions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales.

SECTION IV : RECOMMANDATIONS

Bien qu'on ait trouvé certains services de police canadiens qui offraient une éducation et une formation relativement complètes sur la relation entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales, plusieurs n'en offraient pas. De plus, on a constaté que dans quelques-uns des services de police qui offraient l'apprentissage, ce n'était qu'une relativement petite proportion du personnel qui le recevait. En outre, dans bon nombre de cas, les agents de police étaient les seuls à bénéficier de l'apprentissage; on omettait d'inclure tout le personnel qui avait des interactions avec des personnes atteintes de maladies mentales. Cela est problématique. Il est également problématique que, à maintes reprises, on ne traite pas ou ne semble pas traiter de façon adéquate plusieurs enjeux d'importance, tels la prise de décisions éthiques, la discrétion policière, la justice en matière de procédure axée sur l'utilisateur et la stigmatisation relativement à la maladie mentale dans le milieu de travail policier. Curieusement, on remarque également que les questions traitant de la santé mentale chez les enfants et les adolescents ne figurent pas du tout dans les plans existants d'apprentissage sur la relation entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales. La présente étude ne s'est pas articulée autour de cet aspect précis de la formation, et il peut s'avérer que ces questions soient incluses ailleurs dans l'éducation et la formation du personnel de police. Il s'agit là d'un domaine d'étude qui demande de plus amples investigations. Toutefois, en l'absence de preuves témoignant du contraire, on pourrait considérer juste l'inclusion d'un contenu de base concernant la jeunesse dans une formation générale reliée aux maladies mentales, de la même façon que les sujets reliés aux maladies mentales chez la population vieillissante, telles que les démences, sont normalement inclus.

Après avoir examiné les conclusions émanant de la révision de la documentation existante et passé en revue les programmes d'apprentissage au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, et après avoir directement communiqué avec une variété de professionnels des services policiers et de la santé mentale, les recommandations suivantes ont été formulées pour préparer de meilleure façon le personnel policier au contact avec des personnes atteintes de maladies mentales.

Recommandation I : Élaborer un cadre de travail pour la conception et la communication de l'apprentissage

Malgré les nombreux éléments importants de la conception et la communication de l'apprentissage concernant les services de police et la santé mentale, on devrait miser sur :

- la sensibilisation à la non-stigmatisation qui remet en question les comportements menant à des actions discriminatoires,
- la prise de décisions éthiques, la protection des droits de la personne et la responsabilité sociale.

Recommandation II : Revoir le cursus

Il convient, à tout le moins, que les objectifs du *cursus*⁷² nécessaires à la préparation du personnel de police relativement aux interventions des services de police avec les personnes atteintes de maladies mentales soient :

- *de comprendre :*
 - l'importance d'adhérer aux éléments fondamentaux de la pratique policière contemporaine, tels que :
 - l'approche axée sur l'utilisateur
 - la justice en matière de procédure
 - l'établissement de liens
 - une approche basée sur les résultats
 - une approche fondée sur des services multiples
 - le rôle du personnel de police dans les interventions avec les personnes atteintes de maladies mentales,
 - le rôle des professionnels en matière de santé mentale, du soutien familial et du soutien communautaire dans les interventions des services de police avec les personnes atteintes de maladies mentales, en conformité avec une approche systémique.

- *de comprendre :*
 - les symptômes tels les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et d'autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés,
 - la maladie mentale, de façon suffisante pour être en mesure d'évaluer l'influence que la maladie mentale peut avoir sur le comportement d'une personne et la capacité de celle-ci à comprendre et à répondre aux demandes et instructions d'un policier,
 - l'influence réciproque entre la culture, la race, le genre et d'autres caractéristiques propres à chaque personne qui affectent les expériences liées à la maladie mentale.

- *de comprendre :*
 - l'importance de favoriser les liens entre les services de police et les organismes de santé mentale,
 - l'importance des protocoles de partage d'informations entre les services de police et les organismes de santé mentale,

⁷² Le *cursus* s'applique à toutes les formations qui concernent la relation entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales et cela inclut la formation de base et la formation durant le service.

- une législation locale en matière de santé mentale suffisante pour prendre les mesures voulues lorsque nécessaire,
 - d'autres législations pertinentes incluant celles qui définissent les droits de protection de la vie privée et les droits de la personne,
 - la fonction des organismes locaux de santé mentale et leurs options, et savoir où et comment appeler pour obtenir une consultation ou de l'aide ou pour avancer des recommandations,
 - des politiques et des procédures organisationnelles adaptées aux interventions des services de police avec les personnes atteintes de maladies mentales.
- *de comprendre :*
 - comment utiliser les aptitudes de communication et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations qui impliquent des personnes atteintes de maladies mentales,
 - comment déterminer si la personne atteinte d'une maladie mentale comprend les instructions qui lui sont données par la police et y répond,
 - que les procédures standard des services de police qui, habituellement, désarmeraient une personne qui n'est pas atteinte d'une maladie mentale, stabiliseraient la situation ou mèneraient à la coopération, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise.
- *de comprendre :*
 - la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité,
 - la capacité à évaluer de façon raisonnable et précise le risque de suicide et la capacité à gérer la situation ou à intervenir au moment jugé opportun.
- *de comprendre :*
 - comment mettre au point la prise de décisions de façon appropriée, à savoir quand appréhender une personne, la mettre en état d'arrestation, l'orienter ou la référer et quand chercher des solutions supplémentaires,
 - la façon de résoudre les problèmes dans le milieu qui implique les policiers et la santé mentale,
 - comment mettre en pratique la prise de décisions conforme à l'éthique.

Justification :

Les éléments ci-dessus proviennent de la documentation existante tout autant que de ce que l'on considère actuellement les « pratiques exemplaires ». Les commentaires de professionnels expérimentés des milieux de la police et de la santé mentale, qui ont fait un travail considérable avec les personnes atteintes de maladies mentales, ont également été incorporés. Cette liste ne se veut pas exclusive. Il est important de noter que les programmes et la recherche existants dans ce domaine demeurent en grande partie muets quant aux problématiques de culture, de race et de genre, qui font

*référence à l'expérience avec la maladie mentale. Cependant, nous recommandons l'inclusion de ces problématiques dans la formation, parce qu'il y a en fait des facteurs reliés à la culture, la race et le genre qui sont pertinents autant à l'expérience avec la maladie mentale qu'à la façon dont les problèmes de santé mentale sont traités. Plus encore, nous ne suggérons pas que tous les objectifs d'apprentissage ci-haut reçoivent une considération égale et, donc, un temps d'apprentissage équivalent pour chaque module. Nous conseillons toutefois de couvrir tout le **cursus** recommandé de part et d'autre des modules du modèle de communication décrit dans la Recommandation III.*

Recommandation III : Modèle d'apprentissage – TEMPO

*On doit favoriser l'adoption, chez les services de police canadiens – en collaboration avec leurs professionnels locaux en matière de santé mentale –, d'un modèle de communication de l'apprentissage à modules multiples – Training and Education about Mentalhealth for Police Organizations (**TEMPO**) – afin de traiter de l'apprentissage nécessaire pour préparer les membres des services de police aux interventions avec les personnes atteintes de maladies mentales.*

Dans son ensemble, le modèle **TEMPO** s'adresse à tous les membres des services de police incluant les policiers, le personnel du centre d'appel, les répartiteurs, les agents de la réception et les employés des services d'aide aux victimes qui entretiennent des liens avec des personnes atteintes de maladies mentales. Ce modèle jouit d'une flexibilité qui lui permet de s'adapter aux facteurs locaux et aux groupes cibles. Le contenu prescrit de chaque module, qui peut se voir révisé par les experts locaux en la matière, s'appuie sur le **cursus**. Comme la différence entre chaque module est le groupe cible, l'accent est mis sur chaque discipline, sur l'importance des détails et sur la quantité d'apprentissage pratique ou expérientiel. Cela explique pourquoi la durée de chaque module diffère.

TEMPO 100 :

L'objectif d'apprentissage du niveau **TEMPO 100** est de s'assurer que les premiers intervenants des services de police détiennent les connaissances et les compétences suffisantes pour gérer les différents types d'interventions que le personnel policier effectue de façon régulière, et de comprendre à quel moment il est nécessaire d'aller chercher une aide supplémentaire ou, le cas échéant, une intervention plus experte.

TEMPO 101 : Formation policière de base⁷³

Ce module de quatre jours pour les « nouveaux policiers ou cadets de police » au collège ou à l'académie de police doit couvrir en entier le **curriculum** recommandé. Les étudiants recevront un renforcement concernant les principaux thèmes abordés au cours de leur formation modifiée recommandée sur le recours à la force (voir le **TEMPO 500**).

TEMPO 102 : Policiers recrutés latéralement

Un module de deux jours pour les policiers recrutés latéralement⁷⁴ qui n'ont peut-être pas déjà reçu l'apprentissage complet en ce qui concerne le rapport entre les services de police et la maladie mentale tel qu'enseigné dans le module **TEMPO 101**. L'objectif est de permettre à ces policiers d'opérer au même niveau de compréhension que ceux qui ont suivi cet enseignement lors de la formation de base standard, **TEMPO 101**. Ce module devrait couvrir en entier le **curriculum** recommandé.

TEMPO 103 : Membres du corps de police et personnel de soutien

Un module d'apprentissage d'un à deux jours pour le personnel comprenant les opérateurs et superviseurs du centre de communication, le personnel de la « réception » et les employés des services d'aide aux victimes.

Ce module devrait couvrir en entier le **curriculum** recommandé. Le cours du RCSP *Reconnaître une personne perturbée affectivement* ou le cours du gouvernement de l'Alberta *Policing and Persons with Mental Illness* (services de police et personnes atteintes de maladies mentales) pourraient également servir d'outils d'apprentissage dans le cadre de ce module.

Puisque les liens qu'ont habituellement les opérateurs et superviseurs du centre de communication avec les personnes atteintes de maladies mentales, leur famille ou leurs amis, y compris ceux qu'ils entretiennent avec le public relativement à des comportements « étranges » ou à une maladie mentale déterminée se font surtout par téléphone, des jeux de rôle ou simulations qui se fondent sur leur environnement de travail devraient également être inclus dans cet apprentissage.

TEMPO 104 : Transport des délinquants et du personnel de soins aux détenus

⁷³ Également connue sous le nom de formation de « recrues » ou de « cadets ».

⁷⁴ Les policiers qui ont déjà reçu une formation de base acceptable avec un autre service de police et qui détiennent une expérience policière.

Un module d'un jour couvrant les objectifs d'apprentissage du **curseus** recommandé qui s'adresse au personnel responsable des détenus. On devrait insister tout particulièrement sur les symptômes des maladies mentales et sur la sensibilisation au suicide dans une situation de travail qui implique à la fois des délinquants jeunes et adultes.

Le cours du RCSP Reconnaître une personne perturbée affectivement ou le cours du gouvernement de l'Alberta *Policing and Persons with Mental Illness* pourraient également servir d'outils d'apprentissage dans le cadre de ce module.

TEMPO 200 :

Le niveau **TEMPO 200** requiert un niveau de compétences de base préexistant sur lequel il se fonde, mais il traite d'abord et avant tout des premiers intervenants des services de police. Il inclut à la fois une mise à niveau ou une révision des informations déjà communiquées et une mise à jour concernant tout nouveau développement.

TEMPO 201 : Perfectionnement (durant le service) pour les premiers intervenants des services de police

Un module d'au moins un jour pour :

- les policiers qui n'ont pas reçu la « formation » lors de leur formation de base⁷⁵,
- chaque policier qui agit à titre de premier intervenant, environ tous les 3 ans.

Ce module, qui devrait couvrir le **curseus** recommandé, pourrait également combiner apprentissage en classe et ressources en ligne telles le cours du RCSP Reconnaître une personne perturbée affectivement ou le cours du gouvernement de l'Alberta *Policing and Persons with Mental Illness*.

Ce module devrait également inclure une évaluation de l'étude de cas des récentes interventions des services de police avec les personnes atteintes de maladies mentales afin d'engager la discussion sur les aspects positifs et négatifs de chaque situation. Il peut s'avérer pertinent de mettre l'accent sur un objet d'étude particulier qui n'aura pas été mis en pratique de façon convenable lors de situations passées. Des changements dans la législation, de même que dans la gestion du système local de santé mentale devraient également être passés en revue.

Les services de police munis d'équipes d'intervention spécialisées en santé mentale devraient inclure des membres d'équipe qui agiraient à titre d'animateur.

⁷⁵ Il s'agit des policiers, détenant parfois plusieurs années de service, qui ont terminé leur « formation » policière de base au moment où le collège ou l'académie de police soit ne fournissait pas de « formation » relativement au rapport entre les services de police et la santé mentale, soit très peu de « formation ». Ils auront cependant acquis des connaissances « sur le terrain ». Ce module vise à les mettre à jour et à les amener au niveau de ceux qui ont terminé l'apprentissage de base **TEMPO 101**.

TEMPO 202 : Agents de formation sur le terrain et policiers-instructeurs ou superviseurs nouvellement promus

Ce module de deux jours est conçu pour deux groupes cibles :

- les agents de formation sur le terrain et policiers-instructeurs désignés, pour leur permettre de renforcer l'apprentissage que leurs « nouveaux » policiers ont reçu lors de leur formation de base,
- les superviseurs nouvellement promus (caporaux et sergents)⁷⁶.

En ce qui concerne les agents de formation sur le terrain et les policiers-instructeurs, nous pouvons affirmer de façon sûre que, au tout début de la mise en œuvre de **TEMPO**, les agents de formation sur le terrain, qui comptent en général environ trois années de service, n'auront pas terminé le niveau **TEMPO 101**. Ainsi, on estime qu'un minimum de deux jours est requis pour compléter le module **TEMPO 202**. Cela pourrait être réduit à un minimum d'une journée si la majorité des nouveaux agents de formation sur le terrain ont terminé le niveau **TEMPO 101** lors de leur formation de base.

Bien qu'il doive couvrir tout le **curriculum** recommandé, si l'on tient compte du rôle d'un agent de formation sur le terrain et d'un policier-instructeur ou superviseur, ce module est élaboré afin de mettre l'accent sur ce que les nouveaux policiers devraient connaître au cours de leur apprentissage dans leur milieu de travail. Parce qu'il s'agit d'une étape de socialisation importante pour les nouveaux agents de police, il est fondamental de mettre l'accent sur des thèmes tels la compréhension de la maladie mentale, les attitudes des policiers et la stigmatisation en lien avec la maladie mentale de même que sur des techniques de désescalade.

TEMPO 300 :

Le niveau d'apprentissage 300 s'adresse aux employés de la police dont les tâches sont spécialisées, et requiert ou bien un niveau de connaissances et de compétences plus étendues, ou bien une compréhension globale plus pointue que celle du premier intervenant.

TEMPO 301 : Tâches spécialisées

Un module d'apprentissage d'une semaine (40 heures) pour le personnel tel les policiers négociateurs en situation de crise⁷⁷, les commandants du lieu de l'incident, les moniteurs de tir ou de recours à la force, les commandants des équipes d'intervention d'urgence ou des armes spéciales et tactiques (SWAT) et les responsables des opérations de sauvetage.

⁷⁶ Plusieurs services de police et collègues de police canadiens ne fournissent actuellement pas de « formation » concernant les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales pour les superviseurs nouvellement promus.

⁷⁷ De façon inexacte, parfois appelés « négociateurs en cas de prise d'otages. »

En plus de la totalité du **cur sus** recommandé, on recommande une étude de cas afin de permettre l'apprentissage fondé sur des situations passées. L'accent devrait être mis sur la valorisation du travail avec les professionnels de la santé mentale, afin de planifier et de mettre en œuvre des tactiques visant des résultats satisfaisants.

TEMPO 400 :

Le niveau d'apprentissage **TEMPO 400** s'adresse aux officiers spécialistes qui fourniront des services experts ou consultatifs relativement au contact entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 401 : Apprentissage avancé pour le personnel des services policiers assigné à une équipe d'intervention conjointe en santé mentale et en services policiers ou pour des spécialistes des services policiers⁷⁸ en relation avec la réponse face à la santé mentale.

Ce module intensif d'une semaine (40 heures) devrait couvrir en entier le **cur sus** recommandé. Il devrait également inclure une attestation de compétences verbale et écrite dans le rapport d'observations. Outre l'apprentissage formel de 40 heures, ce module devrait également comporter un apprentissage en milieu de travail sous forme d'un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation au poste de travail avec leur équipe d'intervention formée d'agents de police et de professionnels de la santé mentale, si leur service de police en a une, et un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation au poste de travail avec un établissement psychiatrique.

Le personnel qui termine ce module avec succès, tel qu'attesté par l'examen, se verra offrir l'enseigne **TEMPO** qu'il pourra apposer à son uniforme ou, s'il travaille en « civil », sur sa veste.

TEMPO 500 :

Module d'apprentissage à insérer dans la « formation » sur le recours à la force

Il semble que les agents de police passent trop peu de temps et ne dépensent pas assez d'énergie à l'extrémité inférieure du continuum de recours à la force avant d'en arriver au contact physique. Ce module d'une journée est conçu pour s'insérer dans la « formation » autonome traditionnellement donnée sur le recours à la force. Il devrait compléter et renforcer l'apprentissage de tous les autres modules **TEMPO**. Alors qu'il devrait couvrir les objectifs d'apprentissage du **cur sus** recommandé, un accent particulier, et ainsi un renforcement, devraient être mis sur :

- la compréhension des symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les

⁷⁸ Cela s'apparenterait aux officiers d'équipe d'intervention en cas d'urgence aux États-Unis.

troubles comportementaux et d'autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés,

- la connaissance suffisante de la maladie mentale pour être en mesure d'évaluer le contrôle que le sujet a sur son comportement,
- les aptitudes de communication et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations qui impliquent la personne atteinte d'une maladie mentale,
- la capacité de la personne atteinte d'une maladie mentale de comprendre les ordres donnés par le corps policier et d'y répondre,
- la connaissance du fait que les procédures standard des services de police qui, d'ordinaire, désarmeraient une personne qui n'est pas atteinte d'une maladie mentale, stabiliseraient la situation ou mèneraient à la coopération, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise,
- la compréhension de la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité,
- la capacité à évaluer de façon raisonnable et précise le risque de suicide et la capacité à gérer la situation ou à intervenir au moment jugé opportun,
- la capacité à résoudre les problèmes dans le milieu de la santé mentale et des services de police,
- la capacité à prendre des décisions éthiques et à exercer la discrétion policière.

Les recommandations IV à XV suivantes, bien qu'identifiées individuellement, devraient se conformer à la conception et la communication de tout l'apprentissage relatif à la relation entre les services de police et la santé mentale, y compris tous les modules du **TEMPO**. Bien que ces recommandations soient numérotées afin d'en faciliter le référencement, elles ne sont pas classées par ordre d'importance; toutes sont considérées importantes dans le contexte d'un régime d'apprentissage holistique.

Recommandation IV : Sélection des formateurs et animateurs

- a. Les formateurs et animateurs doivent avoir une expérience et une expertise en la matière. En outre, ils devraient détenir, du moins pour le personnel des services policiers, une crédibilité opérationnelle aux yeux de leurs pairs.

Justification :

Bien que les études démontrent que la plupart des membres des services de police acceptent les contacts avec les personnes atteintes de maladies mentales dans le cadre de leurs fonctions, il en demeure certains qui ne les acceptent pas. Voilà pourquoi cela ne doit pas être omis au cours de l'éducation et de la formation du personnel des services de police. La culture professionnelle policière

est telle que, sauf dans le cas où le formateur ou animateur est non seulement un expert en la matière, mais il détient également une crédibilité interne aux yeux de ses pairs, le transfert d'apprentissage sera compromis. La crédibilité au sein de la culture policière s'acquiert normalement à travers les réalisations professionnelles.

- b. Les organisations policières qui jouissent d'un modèle structuré d'intervention des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales, tel qu'un modèle d'intervention conjoint ou un modèle similaire à celui de l'équipe d'intervention en cas d'urgence, doivent inclure des membres de ces programmes à titre de formateurs ou animateurs de l'apprentissage des policiers en matière de santé mentale.

Justification :

Ces services de police qui offrent une forme d'intervention spécialisée en matière de services policiers et de santé mentale disposent probablement du personnel qui possède l'expertise et les connaissances nécessaires dans le domaine et détiennent probablement la crédibilité requise. L'emploi d'instructeurs issus de ces unités de travail contribuera également à établir les relations importantes essentielles. Cela a de fortes chances d'améliorer la légitimité des unités d'intervention du point de vue des « étudiants ».

Recommandation V : Gestion des ressources humaines fondée sur les compétences

- a. La formation des policiers en matière de santé mentale, pour le personnel des services de police en préparation aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, doit se fonder sur un profil de compétences conforme aux exigences professionnelles justifiées.

Justification :

Les compétences comportementales requises pour assurer l'efficacité des interactions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales ne sont pas exclusives à ces interactions. Elles sont également essentielles pour de nombreux aspects des services de police et font généralement partie d'autres programmes d'apprentissage, comme matière autonome ou de façon intégrée à l'apprentissage, tel que celui requis par l'intervention en situation de conflits familiaux et les interrogatoires de témoins et de victimes. Il est important que ces compétences comportementales soient renforcées et qu'elles soient référencées à travers les programmes d'apprentissage.

- b. Le développement de compétences techniques et comportementales, relativement aux techniques de communication verbales, interpersonnelles, de résolution ou médiation de conflits et de désescalade, de prises de décisions éthiques (dont toutes sont requises pour un contact efficace entre les services

de police et les personnes atteintes de maladies mentales), doit être intégré et renforcé à travers le programme des services de police.

Justification :

En utilisant un modèle de gestion des ressources humaines fondé sur les compétences, la caractérisation des compétences relatives et l'identification de l'apprentissage nécessaire seront facilités. Cela non seulement assurera une constante dans l'apprentissage et une formation transformationnelle, mais en plus sera défendable si remis en question.

Recommandation VI : Un environnement policier sans stigmatisation

- a. Les chefs de police doivent s'assurer d'avoir en place des politiques contemporaines et sans stigmatisation qui serviront de guide à l'éducation, la formation et les opérations des services de police relativement à la maladie mentale.

Justification :

Le problème de la stigmatisation par rapport à la maladie mentale dans les organisations policières doit encore être pris en considération. Cela peut être une situation difficile à rectifier, car elle nécessite un leadership provenant du « haut » de chaque service de police. Un tel leadership doit s'assurer que la langue, les politiques, les procédures et les pratiques, tout autant que l'apprentissage, sont examinés afin d'établir un environnement de travail organisationnel sans stigmatisation. Pour permettre le progrès, il est important d'impliquer les directeurs respectifs des associations policières et la Commission de la santé mentale du Canada, qui se sont engagés à traiter la stigmatisation relative à la maladie mentale. Bien qu'il soit vital de l'inclure dans les programmes d'apprentissage, il n'aura que très peu d'impact jusqu'à ce qu'il soit considéré comme « la façon de faire » organisationnelle.

- b. Les chefs provinciaux et nationaux des associations de police doivent travailler de concert avec la Commission de la santé mentale du Canada ainsi que les organisations en matière de santé mentale telles que l'Association canadienne pour la santé mentale et la Société canadienne de la schizophrénie pour créer un cadre de travail pour un programme de non-stigmatisation réservé au personnel des services de police.

Justification :

Comme en fait référence la documentation, et se fondant sur des observations et des informations anecdotiques, une stigmatisation profonde de la maladie mentale continue de prévaloir dans l'ensemble de la société canadienne. Il est donc peu surprenant de constater, du moins jusqu'à un certain degré, la prévalence de cette stigmatisation dans les services de police canadiens. Cela est

préoccupant. La Commission de la santé mentale du Canada a identifié l'élimination de la stigmatisation comme objectif de première importance de la Commission. Il serait prudent, chez les différentes associations de directeurs de police, au nom de leurs services de police membres, de travailler en étroite collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada afin de créer un programme intégré qui abordera l'inclusion dans l'éducation policière de la question importante de la stigmatisation.

- c. Par ailleurs, le programme de non-stigmatisation doit être une composante clé de la formation policière de base et il doit être renforcé au cours de l'éducation et de la formation subséquentes des policiers durant le service.

Justification :

La stigmatisation et les incompréhensions face à la maladie mentale, particulièrement en ce qui a trait à la violence potentielle, existent dans notre société aussi bien que dans nos services de police. À titre anecdotique, ce fait est évident, mais également encouragé par la documentation existante. De telles stigmatisations et incompréhensions continueront de faire obstacle à l'amélioration des services dédiés aux personnes atteintes de maladies mentales et des interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales jusqu'à ce que la stigmatisation soit enrayée ou du moins réduite. Ainsi, l'inclusion de programmes de non-stigmatisation dans l'apprentissage continu est primordial pour partager le message, le renforcer et pour changer les attitudes et les comportements.

Recommandation VII : Attitudes du personnel des services de police

- a. L'éducation du personnel des services de police doit mettre l'accent sur le fait que les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales constituent un « vrai » travail policier.

Justification :

L'attitude de certains agents de police qui affirment que le traitement de situations qui impliquent une personne atteinte d'une maladie mentale ne constitue pas un « vrai » travail policier semble être au moins partiellement reliée à la stigmatisation en lien avec la maladie mentale. Cependant, il est également probable, comme le suggère la documentation, qu'elle soit liée au fait que certains membres des services de police ne sont pas entièrement conscients de leur rôle dans le monde policier contemporain ou ne comprennent pas complètement la maladie mentale. Il importe que les candidats qui postulent aux fonctions policières considèrent que les interventions avec les personnes vulnérables comme les personnes atteintes de maladies mentales sont une fonction légitime des pratiques policières contemporaines. Cela devrait être pris en considération au moment de la sélection des candidats adéquats pour

l'embauche dans un service de police. Il importe également que cela soit précisé aux membres des services de police au cours de leur formation de base et renforcé au moment de la formation des agents de formation sur le terrain, des superviseurs, des gestionnaires et des futurs superviseurs/gestionnaires en cours de formation. Pour certains membres du personnel, le changement d'attitude nécessitera un changement culturel et il faudra attendre un certain temps avant de constater ce changement. Voilà pourquoi un renforcement fréquent en milieu de travail sera nécessaire.

Recommandation VIII : Formation sur le recours à la force

- a. La formation policière sur le recours à la force doit être examinée par les académies de police et les services de police pour s'assurer qu'une période de temps suffisante est consacrée à la compréhension et à l'apprentissage des moyens de résolution de conflits sans le recours à la force; et plus loin,
- b. Bien que considérant l'importance des compétences techniques par rapport aux techniques de recours à la force, il importe que toute la formation sur le recours à la force soit modifiée pour inclure et mettre en valeur des connaissances sur la maladie mentale et sur les symptômes de la maladie mentale, des communications verbales, des habiletés interpersonnelles et des techniques de désescalade.

Justification :

Appuyée par des informations et des observations anecdotiques, la documentation suggère que la formation sur le recours à la force tend à mettre l'accent principalement sur les aspects techniques. Même si la formation actuelle sur le recours à la force porte une attention particulière à la sécurité des officiers, cette sécurité peut être mise en valeur en accordant également une attention particulière à l'extrémité inférieure du continuum de recours à la force. Cela peut se réaliser par l'intégration d'une meilleure compréhension de la maladie mentale et par l'insistance sur les aptitudes de communication et les techniques de désescalade nécessaires pour désamorcer une confrontation potentiellement physique. L'intégration d'un tel apprentissage permettra probablement d'éviter, dans plusieurs situations, le recours à la force physique ou du moins de réduire le niveau de force requis.

Recommandation IX : Le « bon » apprentissage pour le « bon » personnel

- a. Même si la documentation existante ne fournit pas d'éléments probants avec lesquels il est possible d'implémenter de façon sûre un apprentissage « fondé sur les preuves », les chefs de police, les analystes des politiques policières et les éducateurs de police doivent être au fait de la recherche et des développements en matière d'évaluation et ils doivent modifier les politiques et les programmes en conséquence.

Justification :

La documentation existante fournit quelques indications de ce qui constitue un apprentissage efficace. Cependant, elle ne suffit pas à ce jour pour identifier des modèles d'apprentissage efficaces. Il importe que les programmes d'apprentissage soient modifiés par les services de police au fur et à mesure que murissent la recherche et l'évaluation en relation avec ce sujet. Malheureusement, la documentation nous informe que les chefs de police, de façon générale, n'ont pas encore consenti à la recherche relative à de nombreux aspects de la pratique policière et ainsi mis sur pied les services nécessaires.

- b. Les organisations policières doivent s'allier aux universités et aux chercheurs afin d'étudier les effets de l'apprentissage communiqué relativement au contact entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales dans l'environnement opérationnel.

Justification :

Tel que le démontre clairement la documentation, la recherche et l'évaluation de l'apprentissage des services policiers relativement à la santé mentale, de même que de nombreux modèles de répartition des policiers concernant la santé mentale, ne se sont pas encore assez développés pour permettre l'identification d'un apprentissage transformationnel et efficace. Les services de police détiennent rarement une expertise et une capacité interne pour mener les recherches et évaluations nécessaires mais, en travaillant conjointement avec les organisations académiques, cela pourrait être atteint non seulement pour les intérêts policiers et les fournisseurs de services en santé mentale, mais également pour la communauté en général.

Recommandation X : Conception et communication de l'apprentissage policier

- a. L'apprentissage policier doit être conçu et communiqué par une combinaison de professionnels des services de police et de la santé mentale, d'organisations de soutien en santé mentale et de personnes atteintes de maladies mentales. En outre, il importe que ceux qui prennent part à la conception et à la communication de l'apprentissage proviennent, quand cela est réalisable, de la juridiction locale.

Justification :

L'objectif de l'apprentissage formel dans ce contexte est double. D'abord, il sert à transmettre des connaissances aux étudiants, mais il permet également, lorsque structuré adéquatement, de favoriser les relations vitales entre les services de police, les organismes de santé mentale et les personnes atteintes de maladies mentales. Quand les ressources locales sont impliquées dans le processus, l'apprentissage est plus susceptible d'être à jour et pertinent pour cette juridiction.

- b. Tout l'apprentissage en rapport avec les politiques policières, les pratiques et les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales doit être axé sur l'utilisateur et adopter les principes de la justice en matière de procédure.

Justification :

La documentation contemporaine allègue clairement que les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales doivent être axées sur l'utilisateur et doivent adhérer aux principes de la justice en matière de procédure. De plus, une orientation vers l'utilisateur et une justice en matière de procédure constituent les fondements des pratiques policières contemporaines.

- c. Les services de police et les académies de police doivent utiliser une approche d'apprentissage axé sur les compétences et les problèmes pour les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales similaire à celle utilisée par l'École de la Gendarmerie royale.

Justification :

On retrouve une documentation importante qui supporte l'idée d'un modèle d'apprentissage combinant les axes de compétences et de problèmes. Ceci non seulement assure la pertinence, mais traite également des principes de l'apprentissage chez les adultes. La gestion des ressources humaines axée sur la compétence, et ainsi l'apprentissage axé sur la compétence, est également non discriminatoire et défendable, si remise en question.

Recommandation XI : Normes provinciales en matière de services de police

- a. Les lois et règlements provinciaux des services de police doivent inclure une clause pour une « formation » obligatoire sur la relation entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales pour les employés de la police.

Justification :

Alors que toutes les provinces n'ont pas de règlement gouvernant les normes requises par les services de police, certaines, comme l'Ontario, en ont. Bien que les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales ne soient pas les seules problématiques sensibles auxquelles les policiers font face, elles sont significatives du point de vue de la politique publique. Il serait donc prudent pour les provinces d'établir des politiques provinciales ou des normes afin de s'assurer que chaque service de police municipal ou provincial a non seulement une police agréée en ce qui concerne les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales, mais atteint également une norme minimale pour la formation et

l'éducation pertinentes autant au collège de police que tout au long de l'apprentissage interne en cours de formation.

Recommandation XII : Politiques et normes

- b. Le service de police doit développer les politiques et les procédures appropriées relativement aux contacts entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales qui guideront ensuite l'apprentissage requis.

Justification :

Une gestion stratégique et des pratiques d'affaires responsables doivent s'appuyer sur des procédures et des politiques appropriées bien en place afin de guider l'implantation et la gestion des programmes opérationnels et des programmes administratifs ou de support. En l'absence de telles politiques et procédures, un doute persiste à l'interne et à l'externe à savoir comment et si l'éducation et la formation requises pour un programme sont associées aux objectifs du programme. Un apprentissage qui n'est pas associé au programme, à travers les politiques et les procédures, risque de ne pas communiquer l'éducation et l'apprentissage nécessaires pour atteindre les objectifs visés.

Recommandation XIII : Base de données et bibliothèque pour les ressources

- a. Les services de police, au niveau local, doivent maintenir une « bibliothèque » de ressources à jour et facilement accessible.

Justification :

Il peut s'agir d'une version papier ou électronique, en autant qu'elle fournisse aux employés de la police un accès « rapide » aux services communautaires locaux qui peuvent offrir une aide directe et donner des recommandations au besoin, tels des dossiers sélectionnés sur les personnes atteintes de maladies mentales. En outre, en plus de permettre l'apprentissage dans un cadre formel, une telle bibliothèque peut être utilisée à des fins de formation continue. Il importe ainsi de la garder à jour. La mise en place d'une telle « bibliothèque » constitue également une des recommandations des Contemporary Policing Guidelines for Working with the Mental Health System (Cotton et Coleman, 2006).

Recommandation XIV : Apprentissage intégré

- a. Les chefs de police, en plus des directeurs et gestionnaires des collèges ou académies de police doivent intégrer le développement de compétences comportementales requises pour les interactions avec les personnes vulnérables, telles que la communication verbale, les techniques de désescalade, l'établissement de liens et l'apprentissage de la patience, cela à travers tous les programmes d'apprentissage des services de police.

Justification :

Les compétences requises pour gérer et, le cas échéant, utiliser la technique de désescalade dans les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales ne sont pas réservées uniquement à ces interactions. Elles amélioreront la compétence globale et, de fait, les résultats des interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

Recommandation XV : Éducation fondée sur le consommateur

- a. Il importe d'intégrer au programme les éléments probants qui ressortent concernant les expériences des personnes atteintes de maladies mentales avec les interactions policières et les conseils que celles-ci pourraient offrir aux services de police.

Justification :

Un projet de recherche organisé par la Commission de la santé mentale du Canada est actuellement en route (printemps 2010) en Colombie-Britannique. Un des objectifs vise à apprendre des personnes atteintes de maladies mentales ce qu'elles considèrent être l'apprentissage nécessaire des employés de la police. Une telle recherche est de bon augure pour toutes les parties prenantes impliquées dans les interactions entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales ou affectées par celles-ci.

- b. Les services de police doivent avoir des consultations locales avec les groupes d'utilisateurs et les intervenants, et ils doivent incorporer les problématiques locales, les préoccupations et les recommandations dans le modèle **TEMPO**.

Justification :

Il est important que le modèle soit approprié aux environnements de justice criminelle canadienne et de santé mentale tout aussi bien qu'à l'environnement social en général. Cela peut s'accomplir plus facilement par l'engagement local. Le contraire non seulement réduit les opportunités d'établissement et de renforcement de liens, mais occasionne également la perte de connaissances locales propres au contexte relativement à l'environnement social répandu.

SECTION V : CONCLUSION

Cette étude a été occasionnée par plusieurs facteurs. Premièrement, bien que les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales ont longtemps représenté un composant des services policiers (Bittner, 1967), il y a peu de doutes que le personnel policier a des contacts plus fréquents avec les personnes atteintes de maladies mentales qu'il y a 20 ans ou plus. On peut soutenir qu'il s'agit d'une fonction des services policiers encore plus importante qu'avant. Deuxièmement, il y a peu de doutes que le public a maintenant des attentes plus élevées qu'avant par rapport à la façon dont les services policiers interagissent avec les personnes atteintes de maladies mentales. Troisièmement, les services policiers contemporains sont un service complexe et à facettes. Ils font bien plus que d'appliquer la loi. Les services policiers contemporains doivent résoudre les problèmes à caractère social en consultant les parties impliquées ou d'autres organismes de services à la personne, en collaborant avec eux. Ces services concernent les problèmes de qualité de vie. Les appels de service impliquant une personne atteinte d'une maladie mentale ou une personne qui semble être perturbée affectivement entrent dans cette catégorie.

La question principale posée par cette étude était donc : comment les organisations policières peuvent-elles s'assurer que le personnel policier est préparé de façon appropriée aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales? La littérature est sans équivoque sur le fait que l'éducation et la formation du personnel policier conjointement avec des professionnels de la santé mentale et des personnes atteintes de maladies mentales sont essentielles pour améliorer les interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales. Reuland et Schwarzfeld (2008) ont insisté sur le fait que l'apprentissage n'est pas seulement nécessaire, mais qu'il doit être transformationnel plutôt que seulement informationnel. Bien que la littérature nous rappelle que l'intention de l'éducation et de la formation, soit l'apprentissage, pour les membres du personnel policier n'est pas de leur permettre de porter un diagnostic, il est essentiel qu'ils possèdent les connaissances et les compétences suffisantes pour résoudre un contact entre un agent de police et une personne atteinte d'une maladie mentale dans le cadre de la justice en matière de procédure et en mettant l'accent sur le client ou l'utilisateur.

La littérature est catégorique sur le fait que tous les membres du personnel policier dont le travail comprend des contacts avec des personnes atteintes de maladies mentales, et pas seulement les agents de police, doivent être préparés à de telles interactions. La raison présentée est simplement qu'une telle préparation entraînera de meilleurs résultats pour tous, en particulier pour les personnes atteintes de maladies mentales. L'idée véhiculée par la littérature est que la préparation doit inclure un apprentissage structuré et ciblé. Même si la littérature n'est pas claire par rapport à ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas concernant l'amélioration des résultats, il existe de fortes indications que la technique de désescalade fondée sur une compréhension des maladies mentales et des symptômes associés, et les aptitudes de communication orale adéquates, sont seulement deux des éléments clés de la réussite. Par conséquent, selon a) ce qui émerge au Canada comme un apprentissage

adéquat et b) la littérature existante, qui préconise un contenu et la communication d'un apprentissage privilégiés, cette étude a bâti un modèle complet à multiples niveaux, tout en étant flexible, pour le personnel policier basé sur le *cursus* identifié, le modèle **TEMPO**. Les recommandations supplémentaires sont complémentaires à ce modèle. Elles visent à encourager les preneurs de décisions à refléter les conclusions de cette étude dans la conception et la communication, et donc, dans les résultats du modèle **TEMPO**.

La préparation aux interactions entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, et donc de l'apprentissage des services policiers sur la santé mentale ainsi que leur gestion, représente un aspect important des services policiers publics. Il est essentiel pour toutes les parties impliquées directement ou indirectement de faciliter la résolution de façon optimale dans les circonstances actuelles. Cette résolution s'accomplit le mieux lorsque les services de police établissent des politiques et procédures axées sur l'utilisateur et répondent de façon proactive, avant qu'une grande crise publique ne les « force » à être réactifs, souvent en réponse à une révision externe.

Bien que la majorité des interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales soient résolues sans recours à la force, certaines, malheureusement, ne le sont pas. À cet égard, également en se basant sur la littérature, les auteurs recommandent fortement que la question incluse dans le *cursus* soit intégrée dans la formation sur le recours à la force et dans les autres cours ou séminaires qui traitent d'une formation plus vaste sur les compétences interpersonnelles et les aptitudes de communication. Cela entraînera non seulement une meilleure compréhension des problèmes, dans l'ensemble, mais renforcera l'apprentissage et améliorera potentiellement la réussite de son application. En préparant le personnel policier tel qu'il est recommandé dans cette étude, les services de police et les autorités policières de surveillance peuvent être proactifs professionnellement et mieux préparés au niveau opérationnel.

Bien que cette étude ait identifié et proposé un modèle formel d'apprentissage structuré, détaillé et flexible, il est important que les chefs de police et les autorités de surveillance reconnaissent que l'apprentissage n'est pas un événement unique. Il est un processus continu de renouvellement et de renforcement grâce à un apprentissage formel et un apprentissage semi-structuré en milieu de travail. Bien que ce dernier, dans plusieurs organisations policières, nécessite un changement de la culture d'entreprise, il est possible lorsque les services de police travaillent en collaboration entre elles, avec des professionnels de la santé mentale, des représentants en santé mentale, des personnes atteintes de maladies mentales et des chercheurs. Les résultats des interactions entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales ne seront réactifs à notre environnement dynamique que par une évaluation et une amélioration continues. Il est donc important que les chefs de police et les spécialistes des sciences sociales s'assurent que l'apprentissage fourni au personnel soit évalué de façon scientifique afin qu'il puisse être validé ou modifié au besoin pour maximiser son efficacité. Tout cela, bien sûr, dans le but de faire avancer l'optimisation des rencontres entre les services policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

BIBLIOGRAPHIE

- Adelman, J. 2003. *Study in Blue and Grey: Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique.
- Aamondt, M. 2004. *Research in Law Enforcement Selection*. Boca Raton, FL: BrownWalker Press.
- Angermeyer M. et H. Matschinger. 1996. *The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. V31: 321–326.
- Bahora M., S. Hanafi, V.H. Chien et M.T. Compton. 2008. *Preliminary Evidence of Effects of Crisis Intervention Team Training on Self-Efficacy and Social Distance*. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*. V35. N3: 159–167.
- Bather, P., R. Fitzpatrick et M. Rutherford. 2008. *36: The Police and Mental Health*. Sainsbury Center for Mental Health. Londres, G.-B. Consulté le 15 février 2010 sur www.scmh.org.uk
- Bayley, D.H. 1996. *Measuring Overall Effectiveness: or Police Force Show & Tell*. In L. T. Hoover (Éd.), *Quantifying Quality in Policing*. Washington, PERF: 37-54.
- Bittner, E. 1967. *Police Discretion in Emergency Apprehension of Mentally Ill Persons*. *Social Problems*. V14: 278–292.
- Bittner, E. 1990. *Some reflections on staffing problem-oriented policing*. *American Journal of Police*. V9. N1: 189-196.
- Bloom, H. et R.D. Schneider. 2006. *Mental disorder and the law: a primer for legal and mental health professionals*. Toronto : Irwin Law.
- Borum, R., 2000. *Improving High Risk Encounters between People with a Mental Illness and the Police*. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V28: 332-337.
- Borum, R., M. Williams, M.W. Deans, A.J. Steadman et J. Morrissey. 1998. *Police Perspectives on Responding to Mentally Ill People In Crisis: Perceptions of Program Effectiveness*. *Behavioral Sciences and the Law*. V16. N4: 393-405.
- Brief to the Saskatchewan Police Commission: Regarding the Use of Conduct Energy Devices by Municipal Police in Saskatchewan (CEDs)*. Août 2009. Regina, Canada, Association canadienne de santé mentale, division de la Saskatchewan, Inc.

- Brown, G. et S. Maywood. Juin 2001. *Towards understanding police response in situations involving emotionally disturbed persons*. Compte rendu présenté à l'occasion de la XXIV^e conférence internationale sur la loi et la santé mentale, Montréal, Québec, Canada.
- Carter, D.L. et A.D. Sapp. 1990. *The evolution of higher education in law enforcement: Preliminary findings from a national study*. Journal of Criminal Justice Education. V1. N2: 59-85.
- Cascio, W.F. et L.J. Real. Août 1976. *Educational standards for police officer personnel*. Police Chief. V43: 54-55
- Clifford, K. 2010. (sous presse). *The thin blue line of mental health in Australia*. Police Practice and Research: An International Journal.
- Coleman, T.G. 2008. *Managing Strategic Knowledge in Policing: Do police leaders have sufficient knowledge about organizational performance to make informed decisions?* Police Practice and Research: An International Journal. V9. N4: 307-322.
- Coleman, T.G. et D.H. Cotton. Juillet 2005. A study of fatal interactions between Canadian police and the mentally ill. Compte rendu présenté à l'occasion de la XXVIII^e conférence internationale sur la loi et la santé mentale, Paris, France.
- Coleman, T.G. et D.H. Cotton. 2010a. (sous presse). *Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: A systems approach*. Police Practice and Research: An International Journal.
- Coleman, T.G. et D.H. Cotton. 2010b. (sous presse). *Reducing Risk and Improving Outcomes of Police Interactions with People with Mental Illness*. Journal of Police Crisis Negotiators.
- Compton, M.T., M. Bahora, A. Watson et J. Oliva. 2008. *A Comprehensive Review of Extant Research on Crisis Intervention Team (CIT) Programs*. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. V36. N1: 47-55.
- Compton, M.T., B. Demir, J.R. Oliva et T. Boyce. Juin 2009. *Crisis intervention team training and special weapons and tactics callouts in an urban police department*. Psychiatric Services. V60. N6: 831-833.
- Compton, M.T., B.N. Demir, B. Broussard, J.A. McGriff, R. Morgan et J.R. Oliva. Novembre 2009. *Use of Force Preferences and Perceived Effectiveness of Actions among Crisis Intervention Team (CIT) Police Officers and Non-CIT Officers in an Escalating Psychiatric Crisis Involving a Subject with Schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin. sbp146v1.

- Compton, M.T., M.L. Esterberg, R. McGee, R.J. Kotwicki et J.R. Oliva. Août 2006. *Crisis Intervention Team Training: Changes in Knowledge, Attitudes, and Stigma Related to Schizophrenia*. Psychiatric Services. V57. N8: 1199-1202.
- Compton, M.T., L. Quintero et M.L. Esterberg. 2007. *Assessing Knowledge of Schizophrenia: Developments and psychometric properties of a brief, multiple-choice knowledge test for use across various samples*. Psychiatry Research. V151: 87-95.
- Cordner, G. 2000. *A Community Policing Approach to Persons with a Mental Illness*. The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. V28. N3: 326-331.
- Corrigan P.W., A. Green, R. Lundin, M.A. Kubiak et D.L. Penn. 2001. *Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness*. Psychiatric Services. V52. N7: 953-958.
- Cotton, D.H. 2001. *[A survey of police/mental health agency liaison models]*. Étude non publiée.
- Cotton, D.H. 2004. *The Attitudes of Canadian Police Officers toward the Mentally Ill*. International Journal of Law and Psychiatry. V27: 135-146.
- Cotton, D.H. Juillet 2005. *Police interactions with individuals with mental illnesses: Canadian solutions*. Compte-rendu présenté à l'occasion de la XXVIII^e conférence internationale sur la loi et la santé mentale, Paris, France.
- Cotton, D.H. et T.G. Coleman. 2006. *Contemporary policing guidelines for working with the mental health system*. Ottawa, Canada : Association canadienne des chefs de police.
- Cotton, D.H. et T.G. Coleman. 2008. *A Study of Police Academy Training and Education for New Police Officers Related to Working with People with Mental Illness*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada et Association canadienne des chefs de police. Consulté le 25 janvier 2010 sur <http://www.pmhl.ca/webpages/reports/AApoliceacademy.pdf>.
- Cotton, D.H. & M.A. Lloyd. 2006. Police officers and mental health workers' response to people with mental illness. *Canadian Journal of Police and Security Services*. V4. N2: 135-144.
- Cotton, D. et K. Zanibbi. 2003. *Police officers' knowledge about mental illness*. Canadian Journal of Police and Security Studies. V1. N2: 136-143.
- Deane, M., H. Steadman, R. Borum, B. Versey et J. Morrissey. 1999. *Emerging Partnerships between Mental Health and Law Enforcement*. Psychiatric Services. V50. N1: 99- 101.
- Department of Health (ministère de la santé). 2008. *Mental Health Act 1983: Code of Practice (édition 2008) (loi refondue en 2008)* Londres : HMSO.

- Dhossche, D.M. et S.O. Ghani. 1998. *Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates*. *General Hospital Psychiatry*. V.20. N4: 235-240.
- Dowd, J. 2004. *Crossing the Line: Formal Training Can Transform Relations between the Police and Mental Health Services*. *Mental Health Today*. V4. N4: 14-15.
- Dupont, R. et S. Cochran. 2000. *Police response to mental health emergencies: Barriers to change*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V28: 338-344.
- Dyfed Powys Police: Mental Health Training for student officers*. 2009. Employers Forum on Disability. Consulté le 15 décembre 2009 sur <http://www.efd.org.uk/media-centre/case-studies/dyfed-powys-police-mental-health-training-program>
- Erstling, S.S. 2006. *Police and Mental Health Collaborative Outreach*. *Psychiatric Services*. V57: 417-418.
- Feldman, K.A. et T.M. Newcomb. 1994. *The impact of college on students*. New Brunswick, NJ : Transaction Publishers.
- Finckenauer, J.O. 1975. *Higher education and police discretion*. *Journal of Police Science and Administration*. V3. N4: 450-457.
- Finn, P.E. et M. Sullivan. Janvier 1988. *Police Response to Special Populations: Handling the Mentally-Ill, Public Inebriate, and the Homeless*. Washington, DC : National Institute of Justice, série Research in Action.
- Finn, P. et M. Sullivan. 1989. *Police handling of the mentally ill: Sharing responsibility with the mental health system*. *Journal of Criminal Justice*. V17: 1-14.
- Fyfe J.J. 1989. *Police/citizen violence reduction project*. *FBI Law Enforcement Bulletin*. V58 : 18.
- Fyfe J.J. 2000. *Policing the Emotionally Disturbed*. *The Journal of the Academy of Psychiatry and the Law*. V28. N3: 345-347.
- Gentz, D. et W. Goree. Novembre 2003. *Moving past What to How: The Next Step in Responding to Individuals with Mental Illness*. *FBI Law Enforcement Bulletin*: 14-18.
- Gillig, P.M., M. Dumaine, J. Widish Stammer, J.R. Hillard et P. Grubb. 1990. *What Do Police Officers Really Want From the Mental Health System?* *Hospital and Community Psychiatry*. V41: 663-665.

- Godschalx, S.M. 1984. Effect of a Mental Health Educational Program upon Police Officers. *Research in Nursing and Health*. V7. 111-117.
- Gray, J.E., M.A. Shone et P.F Liddle. 2008. *Canadian Mental Health Law and Policy, 2^e édition*. Markham, Ontario : LexisNexis.
- Green, T.M. 1997. *Police as frontline mental health workers: The decision to arrest or refer to mental health agencies*. *International Journal of Law and Psychiatry*. V20. N4: 469-486.
- Greenstone, J.L. 2007. *The twenty five most serious errors made by police hostage and crisis negotiators*. *Journal of Police Crisis Negotiations*. V7. N2: 107-116.
- Gross, S. 1973. *Higher education and police: Is there a need for a closer look?* *Journal of Police Science and Administration*. V1. N4: 477-483.
- Hanafi, S., M. Bahora, B.N. Demir et M. Compton. 2008. *Incorporating Crisis Intervention Team (CIT) Knowledge and Skills into the Daily Work of Police Officers: A Focus Group Study*. *Community Mental Health Journal*. V44: 427-432.
- Husted, J.R., R.A. Charter et M.A. Perrou. 1995. *California law enforcement agencies and the mentally ill offender*. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V23: 315-329.
- Independent Police Complaint Commission*. 2008. *Police custody as a 'place of safety': Examining the use of Section 136 of the Mental Health Act 1983*. Londres : Independent Police Complaints Commission.
- Janus, S.S., B.E. Bess, J.J. Cadden et H. Greenswald. Février 1980. *Training Police Officers to Distinguish Mental Illness*. *The American Journal of Psychiatry*. V.137. N2: 228-229.
- Jurkanin, T.J., L.T. Hoover et V.A. Sergevin (éditeurs). 2007. *Improving Police Response to Persons with a Mental Illness: A Progressive Approach*. Springfield, ÉU: Charles C. Thomas.
- Kappeler, V.E., A.D. Sapp et D.L. Carter. 1992. *Police officer higher education, citizen complaints, and departmental rule violations*. *American Journal of Police*. V11. N2 : 37-54.
- Keram, E.A. 2005 *Commentary: A Multidisciplinary Approach to Developing Mental Health Training for Law Enforcement*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V 33 : 47-49.

- LaGrange, T.C. 2003. *Role of Police Education in Handling Cases of Mental Disorder*. Criminal Justice Review. V28. N1. 88-112. NCJ201941.
- Lamb, H. R., L E. Weinberger et W J. DeCuir, Jr. 2002. *The Police and Mental Health*. Psychiatric Services. V53. N10 : 1266–1271.
- Lind, E.A. et T.R. Tyler. 1988. *Procedural justice in organizations*. In E.A. Lind et T.R. Tyler (éditeurs), *The social psychology of procedural justice*. New York : Plenum: 173–202.
- Lynch, G.W. 1976. *The contributions of higher education to ethical behavior in law enforcement*. Journal of Criminal Justice. V4 : 285-290.
- Lynch, R, M. Simpson, M. Higson et P. Grout. 2002. Section 136, *The Mental Health Act 1983; levels of knowledge among accident and emergency doctors, senior nurses, and police constables*. Emergency Medicine Journal. V19: 295-300.
- McAfee, J.K. et S.L. Musso. Janvier 1995. *Training Police Officers about Persons with Disabilities: A 50 State Analysis*. Remedial and Special Education. V16. N1 : 53-63.
- McCluskey, J.D. 2003. *Police requests for compliance: Coercive and procedurally just tactics*. New York : LFB Scholarly Publishing LLC.
- McElvain, J.P. et A.J. Kposowa. 2008. *Police officer characteristics and the likelihood of using deadly force*. Criminal Justice and Behavior. V35: 505-521.
- Mental Health Commission of Canada (n.d.) (Commission de la santé mentale du Canada). *Opening Minds*. Consulté le 25 janvier 2010 sur <http://www.mentalhealthcommission.ca/English/Pages/OpeningMinds.aspx>.
- Mental Health First Aid*. Mai 2009. *The Mental Health First Aid Training and Research Program*. Université de Melbourne, Australie. Consulté le 25 janvier 2010 sur www.mhfa.com.au.
- Menzies, R.J. 1987. *Psychiatrists in Blue: Police Apprehension of Mental Disorder and Dangerousness*. Criminology. V25. N3: 429-453.
- Mind. 2007. *Another Assault: Mind's campaign for equal access to justice for people with mental health problems*. Londres : Mind.
- Monash University. 2008. *Police Responses to the Interface with Mental Disorder (projet PRIMeD)*. Consulté le 15 février 2010 sur <http://www.med.monash.edu.au/spppm/research/cfbs/project-primed/index.html>

- Mount, G.R. 2001. *Evaluating mental status*. Journal of Police Crisis Negotiations. V1. N2: 35-40.
- Murphy, G. 1986. *Improving the Police Response to the Mentally Disabled*. Washington, DC : PERF.
- NSW Police Force. 2008. *Mental Health—Introduction: Mental Health Intervention Team*. Consulté le 12 mars 2010 sur http://www.police.nsw.gov.au/community_issues/mental_health
- Nicoletti, J. 1990. *Training for de-escalation of force*. Police Chief. V57: 37-39.
- Norris, C. et E. Cooke. 2000. *Mental Health Training Scheme for Police Officers*. Professional Nurse. V.15. N10: 655-658.
- Paoline III, E.A. et W. Terrell. Février 2007. *Police Education, Experience and the Use-of-Force*. Criminal Justice and Behavior. V34. N2: 179-196.
- Patch, P. et B. Arrigo. 1999. *Police Officer Attitudes and Use of Discretion in Situations Involving the Mentally Ill: The Need to Narrow the Focus*. International Journal of Law and Psychiatry. V22. N1: 23-35.
- Penn D.L., K. Guynan, T. Daily, W.D. Spaulding, C.P. Garbin et M. Sullivan. 1994. *Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?* Schizophrenia Bulletin V20: 567-578.
- Pinfold, V., P. Huxley, G. Thornicroft, P. Farmer, H. Toulmin et T. Graham. 2003. *Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluating an educational intervention with the police force in England*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. V38. I6: 337-344.
- Police and Mental Illness: Models that Work*. Mars 2005. Colombie-Britannique, CMHA-BC.
- Price, M. 2005. *Commentary: The Challenge of Training Police Officers*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law. V33: 50-54.
- Reed, W. Novembre 1988. *Higher education for police officers: A management tool and a personal advantage*. Police Chief. V55: 32-35.
- Report of Inquiries into the Sudden Deaths of Norman Edward Reid & Darryl Brandon Power*. Décembre 2003. Enquête judiciaire. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Consulté le 19 mars 2010 sur http://www.justice.gov.nl.ca/just/publications/reid_and_power_final_report.pdf

Restoring Public Confidence: Restricting the use of Conducted Energy Weapons in British Columbia. Juin 2009. C.-B., Canada : Braidwood Commission on Conducted Energy Weapon Use.

Reuland, M. 2004. *A guide to implementing police-based diversion programs for people with mental illness.* Delmar, NY : Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion.

Reuland, M., L. Draper et B. Norton. 2010. *Improving Responses to People with Mental Illnesses: Tailoring Law Enforcement Initiatives to Individual Jurisdictions.* Council of State Governments Justice Center and the Police Executive Research Forum for the Bureau of Justice Assistance. Office of Justice Programs, ministère de la Justice des États-Unis : New York.

Reuland, M. et G. Margolis. 2003. *Police Approaches that Improve the Response to People with Mental Illness: A focus on victims.* The Police Chief. V70. N11: 35-39.

Reuland, M., et M. Schwarzfeld. 2008. *Improving Responses to People with Mental Illness: Strategies for Effective Law Enforcement Training.* Council of State Governments, Justice Center : New York.

Reuland, M., M. Schwarzfeld et L. Draper. 2009. *Law Enforcement Responses to People with a Mental Illness: A Guide to Research – Informed Policy and Practice.* Council of State Governments, Justice Center : New York.

Roberg, R.R. 1978. *An analysis of the relationships among higher education, belief systems, and job performance of patrol officers.* Journal of Police Science and Administration, V6. N3 : 336-344.

Rydberg, J. et W. Terrill. 2010. *The Effect of Higher Education on Police Behavior.* Police Quarterly. V13. N1: 92-120.

Sced, M. 2006. *Mental Illness in the Community: The Role of the Police.* ACPR Issues (n° 3). Payneham, S. Australie : Australasian Center for Policing Research Issues.

Schwarzfeld, M., M. Reuland et M. Plotkin. 2008. *Improving Responses to People with Mental Illnesses: The Essential Elements of a Specialized Law-Enforcement Program.* Washington, DC : Bureau of Justice Assistance and the Council of State Governments. NCJ 223343.

Scott, R.L. 2000. *Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction.* Psychiatric Services. V51: 1153-1156.

- Smith, A.B., B. Locke et A. Fenster. 1970. *Authoritarianism in policemen who are college graduates and non-college police*. Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science. V61. N2: 313-315.
- Steadman, H.J., M. Deane, R. Borum et J. Morrissey. 2000. *Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies*. Psychiatric Services. V51. N5 : 645-649.
- Steadman, H.J., J.P. Morrissey, M.W. Deane et R. Borum. 1997. *Police Response to Emotionally Disturbed Persons: Analyzing New Models of Police Interactions with the Mental Systems*. Washington, DC : National Institute of Justice – ministère de la Justice.
- Steadman, H.J., K.A. Stainbrook, P. Griffin, J. Draine, R. Dupont et C. Horey. 2001. *A specialized crisis response site as a core element of police-based diversion programs*. Psychiatric Services. V52: 219–222.
- Teller, J.L., M.R. Munetz, K.M. Gil et C. Ritter. 2006. *Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls*. Psychiatric Services. V.57. N.2: 232-237.
- Teplin, L.A. 1984. *Managing disorder: Police handling of the mentally ill*. In L.A. Teplin (Éd.), Criminal justice annuals: Vol. 20. Mental health and criminal justice. Thousand Oaks, CA : Sage: 157-175.
- Teplin L.A. 1986. *Keeping the peace: Parameters of police discretion in relation to the mentally disordered*. Washington, DC : presses du gouvernement des États-Unis.
- Teplin. L.A. July, 2000. *Keeping the Peace: "Police Discretion and Mentally Ill Persons."* Washington, DC : National Institute of Justice, ministère de la Justice.
- Terrill, W. et S.D. Mastrofski. 2002. *Situational and officer based determinants of police coercion*. Justice Quarterly. V19: 215-248.
- Thompson, L. et R. Borum. 2006. *Crisis Intervention Teams (CIT): considerations for knowledge transfer*. Law Enforcement Executive Forum. V6. N.3: 25–36.
- Trovato, F. 2000. *Community Policing and the emotionally disturbed persons: are we meeting their needs?* Mémoire de maîtrise non publié, université Niagara. Niagara Falls, New York.
- Tucker, A.S., V.B. Van Hasselt et S.A. Russell. 2008. *Law Enforcement Response to the Mentally Ill: An Evaluative Review*. Brief Treatment and Crisis Intervention. V8. N3 : 236-250.

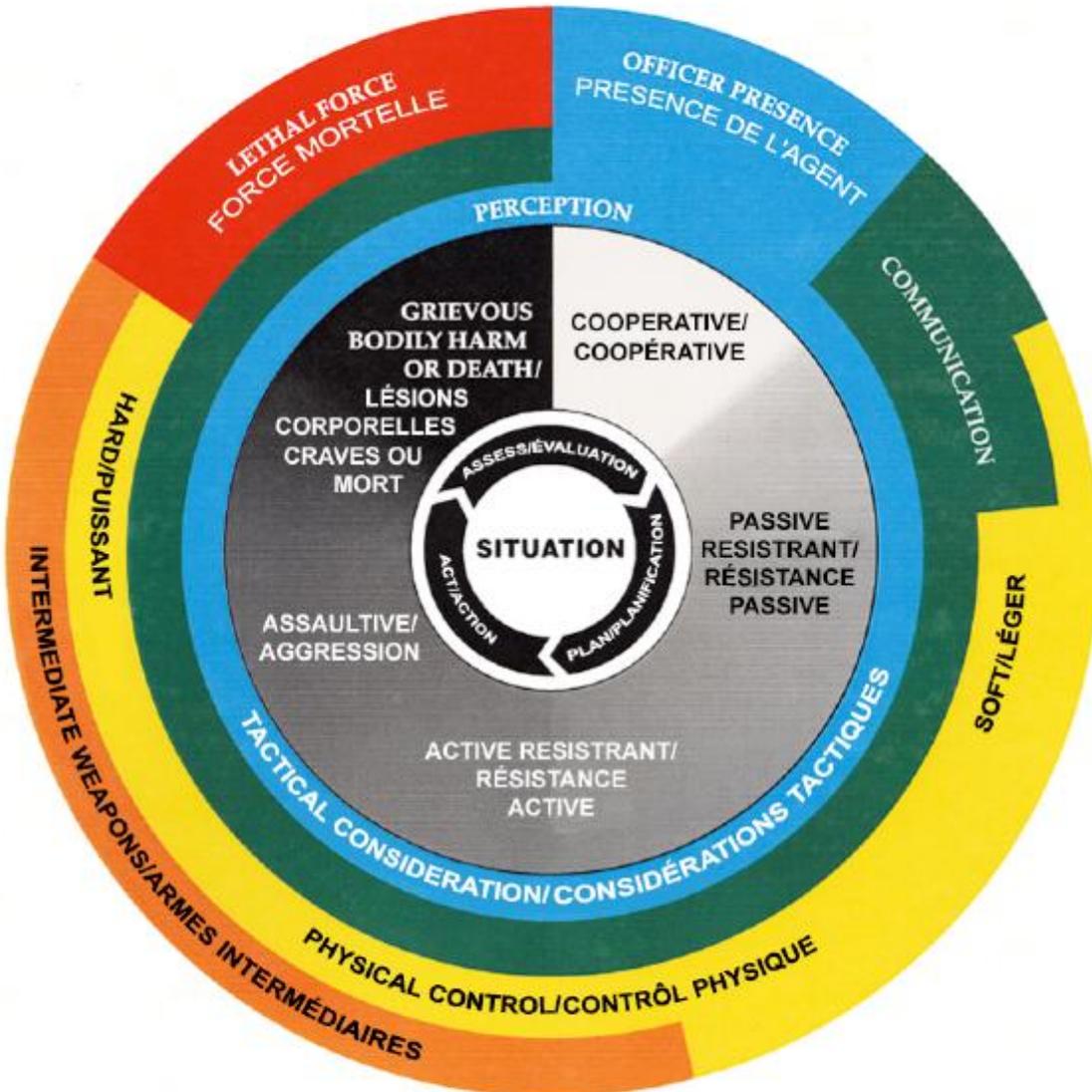
- Tyler, T.R. 1990. *Why people obey the law: Procedural justice, legitimacy, and compliance*. New Haven : presses de l'université Yale.
- Tyler, T.R. et E.A. Lind. 1992. *A relational model of authority in groups*. *Advances in Experimental Social Psychology*. V25: 115-191.
- Tyre, M. et S. Braunstein. 1992. *Higher education and ethical policing*. *FBI Law Enforcement Bulletin*. V6. N6: 6-10.
- Vermette, H.S., D.A. Pinals et P.S. Applebaum. 2005. *Mental Health Training for law enforcement professionals*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V33. N42 : 42-46.
- Walter, M. et A. Wagner. 1996. *How Police Officers Manage Difficult Situations: The Predominance of Soothing and Smoothing Strategies*. In B. Galaway and J. Hudson, (éditeurs), *Restorative Justice: International Perspectives*. Monsey (New York) : Criminal Justice Press.
- Watson, A. et B. Angell. 2007. *Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with a mentally illness*. *Psychiatric Services*. V58. N6 : 787-793.
- Watson, A.C., B. Angell, T. Vidalon et K. Davis. 2010. *Measuring Perceived Procedural Justice and Concern Among Persons With a Mental Illness in Police Encounters: The Police Contact Experience Scale*. *Journal of Community Psychology*. V28. N2: 1-21.
- Watson, A., P. Corrigan et V. Ottati. 2004a. *Police Responses to Persons with Mental Illness: Does the Label Matter?* *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V32. N4 : 378-385.
- Watson, A.C., P.W. Corrigan et V. Ottati. 2004b. *Police Officers' Attitudes toward and decisions about persons with a mental illness*. *Psychiatric Services*. V55: 49-51.
- Watson, A.C., M.S. Morabito, J. Draine et V. Ottati. 2008. *Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT*. *International Journal of Law and Psychiatry*. V31: 359–368.
- Wells, W. et J. Schafer. 2006. *Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness*. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*. V29. N4 : 578–601.
- Williamson, T. (Éd.). 2008. *Handbook of Knowledge-Based Policing: Current Conceptions and Future Directions*. Chichester, GB : John Wiley & Sons.

- Wilson-Bates, F. 2008. *Lost in Transition: How a Lack of Capacity in the Mental Health System is Failing Vancouver's Mentally Ill and Draining Police Resources*. Vancouver, Colombie-Britannique : Vancouver Police Board.
- Wolff, N. 1998. *Interactions between Mental Health and Law Enforcement Systems: Problems and Prospects for Cooperation*. *Journal of Health Politics, Policy, and Law* V23. N1 : 133-174.
- Worden, R.E. 1989. *Situational and attitudinal explanations of police behavior: A theoretical reappraisal and empirical assessment*. *Law and Society Review*. V23 : 667-711.
- Worden, R. E. 1990. *A badge and a baccalaureate: policies, hypotheses, and further evidence*. *Justice Quarterly*. V7 : 565-592.

ANNEXES

Annexe A : Modèle national canadien de recours à la force

National Use of Force Framework
Le cadre national de l'emploi de la force



The officer continuously assesses the situation and acts in a reasonable manner to ensure officer and public safety.

L'agent doit continuellement évaluer la situation et agir de manière raisonnable afin d'assurer sa propre sécurité et celle du public.

Source : Association canadienne des chefs de police. (n.-r.).
Provenant de <http://www.cacp.ca/media/library/download/266/Useofforcemodel.pdf>