



SOMMAIRE EXÉCUTIF

Pris dans le courant : Évaluation des données probantes sur les mesures prises pour améliorer les interventions policières menées auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale

Juin 2021

Une note de breffage de la SRC



RSC SRC

À la suite de plusieurs cas très médiatisés de décès de personnes atteintes de maladie mentale (PMM) sous la garde de la police, le public s'est montré très intéressé par l'idée d'une réforme de la police dans ce domaine. Une grande partie de cet intérêt, et des demandes de changement qui en découlent, est formulée dans le langage de la santé publique. La maladie mentale est considérée comme un problème de santé où les déterminants sociaux – c'est-à-dire les facteurs économiques, culturels, environnementaux, institutionnels et autres qui peuvent influencer le sort des personnes sur le plan de la santé – peuvent favoriser ou défavoriser le bien-être. Dans ce langage, la métaphore du ruisseau ou de la rivière est invoquée afin d'illustrer où devraient se trouver les réponses appropriées aux problèmes de santé mentale. Les solutions « en amont » sont les programmes, les pratiques, les politiques ou d'autres mesures qui s'attaquent aux facteurs qui limitent ou empêchent l'accès des individus et des communautés aux soins de santé. Un exemple d'initiative en amont pourrait être un programme de sensibilisation communautaire visant à orienter les sans-abris souffrant de troubles mentaux vers un logement et un traitement sûrs. Ces approches s'opposent aux initiatives en aval, qui incluent souvent des programmes ou des pratiques visant à intervenir auprès d'individus qui, faute d'accès aux soins de santé et/ou à d'autres formes de soutien essentielles, se trouvent en situation de crise immédiate. Comme l'ont montré des décennies de recherche, l'un des meilleurs exemples d'intervention en aval auprès de personnes confrontées à d'importants problèmes de santé mentale est le recours aux services de maintien de l'ordre public (Bittner 1967, 1990; Lamb et coll. 2002; Patch et Arrigo 1999; Schulenberg 2016; Teplin 1984; Wells et Schaffer 2006). Dans une extraordinairement large mesure, le maintien de l'ordre est devenu dans de nombreux cas la réponse *de facto* aux problèmes de santé mentale (voir également Wood, Watson et Fulambarker 2017).

Les origines de ce rapport et du groupe de travail sur la santé mentale et la police de la Société royale du Canada remontent à la situation unique à laquelle les Canadiens ont été confrontés en raison de la pandémie de COVID-19. Les circonstances uniques de cette épidémie mondiale qui, pour de nombreux Canadiens, a entraîné des maladies graves et des décès, intensifié les incertitudes économiques, modifié la dynamique de la famille et de notre mode de vie, et généré ou exacerbé des sentiments de solitude et de dislocation sociale, ont amené à juste titre le groupe de travail sur la COVID-19 de la Société royale du Canada à se pencher sur les tensions et autres incidences négatives qu'ont eu la pandémie sur la santé mentale individuelle, collective et communautaire. Compte tenu du rôle central que joue trop souvent la police dans la vie des personnes en situation de crise mentale et/ou émotionnelle, nous avons été chargés d'explorer ce qui peut raisonnablement être dit sur l'état de nos connaissances actuelles concernant les interventions policières auprès des PMM.

Pour s’acquitter de son mandat, le groupe de travail sur la santé mentale et la police a entrepris d’évaluer les innombrables façons dont le travail de la police entraîne des interactions avec les PMM. Le résultat est un document de travail qui relate la nature complexe de ces interactions. Dans ce deuxième volume, nous nous éloignons de la dynamique menant aux interactions avec la police pour explorer certains des programmes et initiatives dans le domaine policier qui sont mis en œuvre en aval de la problématique de la santé mentale au Canada. Dans les pages qui suivent, nous présentons une évaluation de la base de données probantes dont nous disposons sur chacun des programmes sélectionnés, en nous concentrant principalement sur l’examen des recherches expérimentales, évaluatives et autres menées au Canada. Notre intention est de fournir aux décideurs et aux praticiens une compréhension plus éclairée des avantages et des inconvénients, selon la base de données probantes actuelle, des divers programmes qui ont déjà été largement adoptés. Dans le présent document, nous explorons la base des connaissances actuelles liées aux domaines suivants : les outils de dépistage en santé mentale, les tables d’intervention ou le modèle du carrefour (Hub), la formation à la non-escalade et à la désescalade, ainsi que les modèles de l’équipe d’intervention de crise et de l’équipe d’intervention mixte. Dans chacune des sections, nous fournissons un bref aperçu de l’intervention, du programme et/ou de l’outil utilisés. Ensuite, nous passons en revue les données probantes sur chacun d’entre eux, y compris en abordant ce que la littérature pertinente révèle sur les avantages et les inconvénients relatifs du modèle ou de l’outil d’intervention donné. Nous fournissons ensuite un instantané de ce que nous connaissons du modèle ainsi que des domaines dans lesquels des recherches futures seraient absolument nécessaires. Enfin, en nous appuyant sur notre analyse des données et des recherches recensées, nous présentons une série de recommandations à l’intention des décideurs politiques et des praticiens.

Recommandations

Outils de dépistage des problèmes de santé mentale

1. Financer des évaluations indépendantes pour déterminer la validité à l’interne et à l’externe dans différents contextes de recherche.
2. Financer des recherches indépendantes pour explorer les problèmes d’adoption et d’adaptation des outils de dépistage en santé mentale par les services de police.
3. Explorer les points de vue et les expériences des PMM au regard des outils d’intervention en santé mentale.
4. Soutenir les évaluations internes et externes de la mesure dans laquelle les outils de dépistage en santé mentale réduisent les difficultés de communication entre la police et les travailleurs de la santé et, par conséquent, réduisent les obstacles à l’accès aux services pour les PMM.
5. Explorer la question de savoir si la formation sur ces outils atteint les objectifs visés, à savoir accroître les connaissances des policiers relatives à l’outil et aux concepts liés à son utilisation.

Tables d’intervention/modèle de carrefour (Hub)

1. Financer des évaluations indépendantes des tables d’intervention en général, de même que des recherches portant plus particulièrement sur l’issue des cas liés à des problèmes de santé mentale, lesquels semblent être les plus fréquents.
2. Financer des recherches indépendantes pour explorer les perceptions et l’expérience des

- personnes dont les cas sont traités par des tables d'intervention ainsi que de leurs familles.
3. Compte tenu de la nature délicate des données qui peuvent être échangées par les intervenants d'une table d'intervention, des recherches seraient en outre nécessaires pour déterminer la méthode la plus optimale pour les participants d'échanger des renseignements tout en respectant les exigences en matière de protection des renseignements personnels.
 4. Si les recherches indiquent que l'utilisation des tables d'intervention donne des résultats favorables, les gouvernements devraient élaborer des approches novatrices pour accroître la participation des prestataires et des utilisateurs de services aux tables d'intervention, ainsi que leur rétention.
 5. Élaborer une politique visant à lever les obstacles qui entravent fréquemment la collaboration entre les prestataires de services. Cela pourrait réduire la nécessité de créer des tables d'intervention.

Gestion des interventions auprès des personnes atteintes de maladie mentale : non-escalade et désescalade

1. Élaborer une définition de la non-escalade et de la désescalade qui soit bien acceptée par tous les services policiers canadiens.
2. Poursuivre l'étude des répercussions du travail policier sur la santé physique et mentale des agents de police et veiller à ce que des formes de soutien appropriées soient mises en place pour aider les agents à gérer leur santé et leur bien-être.
3. Étudier l'influence de la santé mentale d'un agent sur ses interactions avec le public, en particulier avec les PMM, y compris sur sa capacité à prendre des décisions judicieuses en matière de non-escalade, de désescalade et de recours à la force.
4. Étudier l'impact de la santé mentale d'un policier sur sa capacité à maîtriser ses émotions et son comportement dans des situations potentiellement explosives avec des PMM.
5. Dans la mesure où les compétences mises en évidence dans la littérature influencent favorablement la qualité des interactions entre la police et les citoyens, sélectionner activement les recrues sur la base de ces compétences.
6. Ajouter une formation basée sur les compétences et évaluer comment les diverses compétences mentionnées plus haut influencent les interactions entre les policiers et les joueurs de rôle dans des contextes de formation utilisant des scénarios réalistes et entre les policiers et les PMM sur le terrain.
7. Réaliser des études pour déterminer la fréquence d'utilisation des différentes stratégies de non-escalade et de désescalade par les agents de police et quelles stratégies sont associées à des interventions fructueuses afin d'axer les formations sur ces stratégies.
8. Examiner la relation entre l'utilisation des stratégies de désescalade et la sécurité des policiers.
9. Réaliser des évaluations des programmes de formation sur la non-escalade et la désescalade offerts au Canada (p. ex., la formation sur la l'IDC) afin d'en déterminer l'impact, en veillant à mettre l'accent sur les résultats comportementaux (p. ex., la performance sur le terrain) en plus des résultats liés aux connaissances et aux attitudes.
10. Établir des normes nationales pour la formation en santé mentale et en désescalade au Canada afin que tous les agents soient adéquatement formés.
11. Examiner les questions qui vont au-delà de la formation policière, en particulier les politiques

organisationnelles liées à la non-escalade, à la désescalade et au recours à la force, afin de déterminer comment celles-ci influencent l'intervention des agents lors des interactions avec les citoyens, y compris celles impliquant des PMM.

Équipe d'intervention de crise et équipe d'intervention mixte

1. Des analyses des ressources disponibles doivent être effectuées pour comprendre les besoins locaux en matière d'intervention en cas de crise, les ressources disponibles et les lacunes afin de déterminer la nécessité d'utiliser des EIC, des EIM ou d'autres modèles d'intervention en cas de crise.
2. L'utilisation de stratégies et de modèles fondés sur des données probantes doit être privilégiée pour guider l'intervention de la police auprès des personnes en état de crise de santé mentale, certains experts demandant que tous les agents de première ligne aient une formation en EIC (Hassell 2020).
3. Compte tenu des données disponibles sur les modèles d'intervention en cas de crise impliquant la police, il faudrait envisager de s'appuyer sur le modèle des EIM, qui combine des aspects du modèle d'EIC par l'intégration délibérée d'un professionnel de la santé mentale dans l'équipe d'intervention en cas de crise et qui permet d'établir des liens plus directs en matière d'accès aux services pour les personnes en crise.
4. Il est nécessaire d'investir dans le financement de la recherche pour évaluer les meilleures pratiques en matière d'EIC, d'EIM et d'autres modèles d'intervention de crise dans le contexte canadien et dans des endroits et des contextes culturels particuliers.
5. Des partenariats efficaces entre la police et les organismes communautaires sont nécessaires pour concevoir et mettre en œuvre toute stratégie ou tout programme d'intervention de crise visant à soutenir la police dans sa façon d'intervenir auprès des personnes en état de crise de santé mentale.
6. Tout modèle d'intervention de crise doit disposer de ressources suffisantes en matière de santé mentale, de toxicomanie, de services sociaux et d'autres services de soutien communautaires pour diriger les clients au-delà du point de crise.
7. Il convient d'étudier et d'évaluer les modèles qui envoient des prestataires de services non policiers en réponse aux appels liés à des troubles de santé mentale transmis par les points de contact des services d'urgence, comme l'initiative Crisis Assistance Helping Out On The Streets (CAHOOTS) dans l'Oregon, aux États-Unis, et le service d'ambulance pour les cas de santé mentale fourni à Stockholm, en Suède, et récemment à Toronto, au Canada.
8. Il est nécessaire de normaliser la définition des appels de police en cas de crise de santé mentale afin qu'il soit possible d'assurer un suivi et une comparaison des données dans l'ensemble des provinces et des territoires canadiens.