

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

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

Une note de breffage de la SRC

Auteurs

Laura Huey (Présidente)	Western University
Judith Andersen	University of Toronto
Craig Bennell	Carleton University
Mary Ann Campbell	University of New Brunswick
Jacek Koziarski	Western University
Adam D. Vaughan	Texas State University

Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs

Tom Marrie, MSRC	Dalhousie University
------------------	----------------------

Pairs examinateurs

Gregory Anderson	Thompson Rivers University
Eamonn Arble	Eastern Michigan University
Rémi Boivin	Université de Montréal
Mario Staller	University of Applied Sciences for Public Management Northrhine-Westfalia

Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage

Huey, L., Andersen, J., Bennell, C., Campbell, M.A., Koziarski, J., Vaughan, A.D. *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*. Société royale du Canada. 2021

Reconnaissance territoriale

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.

Contexte concernant la préparation de cette note de breffage

En avril 2020, le président de la Société royale du Canada a établi le Groupe de travail de la SRC sur la COVID-19. Le mandat de ce groupe de travail est de dégager des perspectives éclairées par les données probantes sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Pour rapidement produire des notes de breffage, le groupe de travail a établi une série de sous-groupes de travail ayant comme objectif de soutenir les décideurs politiques en leur fournissant des données probantes pour éclairer leurs décisions.

À propos des auteurs

Judith Andersen, Department of Psychology, University of Toronto

Craig Bennell, Forensic Psychology Research Centre, Carleton University

Mary Ann Campbell, Department of Psychology, University of New Brunswick

Laura Huey, Chair, Professor of Sociology, Western University

Jacek Koziarski, PhD Candidate, Department of Sociology, Western University

Adam D. Vaughan, Assistant Professor, School of Criminology & Criminal Justice, Texas State University

Table des matières

Sommaire exécutif	5
Outils de dépistage des problèmes de santé mentale	9
Ce que nous ne savons pas	11
Ce que nous ne savons pas	11
Recommandations	11
Tables d'intervention/modèle de carrefour (Hub)	12
Ce que nous savons	14
Ce que nous ne savons pas	15
Recommandations	15
Gestion des interventions auprès des personnes atteintes de maladie mentale : non-escalade et désescalade	15
Surveillance interne	17
Ce que nous savons	17
Ce que nous ne savons pas	18
Ce que nous savons	19
Ce que nous ne savons pas	20
Compétence des policiers	20
Ce que nous savons	21
Ce que nous ne savons pas	22
Stratégies de non-escalade et de désescalade	22
Ce que nous savons	22
<i>Stratégies d'approche</i>	22
<i>Stratégies de positionnement</i>	23
<i>Stratégies de communication</i>	23
<i>Stratégies d'endiguement</i>	24
<i>Stratégies d'assistance</i>	25
Ce que nous ne savons pas	25
Formation à la non-escalade et à la désescalade	26
Ce que nous savons	26
Ce que nous ne savons pas	27
Recommandations	28
Équipe d'intervention de crise et équipe d'intervention mixte	29
Équipe d'intervention de crise	29
Ce que nous savons	30
<i>Impact sur les agents</i>	30
<i>Impact sur les sujets</i>	32
<i>Impact sur le système</i>	32
Ce que nous ne savons pas	32
Équipe d'intervention mixte	34

Ce que nous savons.....	34
<i>Impact des équipes formées d'un agent et d'un professionnel de la santé</i>	35
<i>Avantages pour les sujets</i>	35
<i>Avantages pour les systèmes</i>	36
Ce que nous ne savons pas	37
Recommandations	38
Annexe : Modèle de décision pour les interactions policières	39
Références	40

Sommaire exécutif

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 l'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.

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

Outils de dépistage des problèmes de santé mentale

Afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience des interventions policières réalisées en réponse aux appels de service impliquant des PMM, ainsi que l'issue du dossier et le sort clinique des personnes atteintes de maladie mentale qui entrent en contact avec la police, un nombre croissant de services de police canadiens sont en train d'adopter des outils de dépistage des problèmes de santé mentale. Apparemment, l'utilisation de ces outils a pour but de mieux identifier les personnes qui ont des problèmes de santé mentale afin d'intervenir de manière appropriée, par exemple en recadrant les procédures de désescalade, en prenant les précautions nécessaires pour éviter les suicides des citoyens sur le terrain ou en situation de garde à vue ou, le cas échéant, en diriger les citoyens en état de crise vers des établissements de santé mentale. Notre examen de la documentation pertinente nous a permis de relever deux principaux types d'outils de dépistage en santé mentale utilisés par les services de police. Ce sont :

- les outils de dépistage utilisés par les agents de première ligne pour aider à la prise de décision;
- les outils de dépistage permettant d'évaluer la dépression, la suicidalité et/ou d'autres problèmes de santé et de santé mentale que peuvent avoir les personnes détenues par la police.

Malheureusement, malgré une poignée d'études réalisées au Royaume-Uni (Baksheev et al. 2012; Dorn et coll. 2013), nous n'avons pu trouver aucune évaluation ou autre recherche canadienne sur les outils de dépistage destinés aux personnes en détention. Les recherches par mots clés à l'aide de moteurs de recherche en ligne¹ n'ont pas non plus permis de trouver de références à de tels outils dans la littérature grise², les médias ou d'autres sources au Canada.

À l'opposé de la rareté des informations disponibles sur les outils de dépistage pour les cas de garde à vue au Canada, nous avons trouvé plusieurs communiqués de presse annonçant l'adoption d'un outil mobile de dépistage des troubles mentaux par, entre autres, la Gendarmerie royale du Canada, la Police provinciale de l'Ontario, la Police régionale de York et la Police de Sarnia³. Il s'agit de l'outil interRAI Brief Mental Health Screener (BMHS). Destiné aux professionnels non spécialisés en santé mentale qui sont susceptibles d'être les premiers à intervenir auprès des personnes ayant des besoins en santé mentale, le BMHS propose 46 questions. Cet outil a pour but d'aider la police à saisir rétrospectivement les données relatives à la santé mentale d'un

1 Pour effectuer ces recherches, l'un des auteurs a commencé par utiliser un moteur de recherche d'une bibliothèque universitaire pour scruter toutes les bases de données universitaires en ligne disponibles. Les mots clés comprenaient des termes de recherche tels que « dépistage, police, santé mentale » et « outil, santé mentale, police ». Les résumés recueillis ont ensuite été lus en ligne et les éléments suivants ont été exclus : (1) les articles qui ne portaient pas sur les dispositifs de dépistage en santé mentale, (2) les articles qui n'étaient pas en anglais et (3) les articles qui ne contenaient pas d'évaluation. Une approche similaire a ensuite été adoptée pour repérer la littérature grise en utilisant Google Search.

2 La littérature grise désigne les études qui n'ont pas été évaluées par des pairs. Il s'agit généralement d'évaluations de programmes ou de politiques ou d'autres travaux de recherche menés en dehors du milieu universitaire.

3 Hirdes et coll. (2019) indiquent qu'en 2019, l'outil de dépistage InterRAI était utilisé par quelque 40 services policiers de 4 provinces canadiennes.

patient dans les 24 heures suivant la situation qui a mené à une intervention policière (Hirdes et coll. 2020; Hoffman et coll. 2016).

Qu'est-ce que le BMHS? Il s'agit d'un formulaire en ligne mobile créé pour la police par un consortium d'universitaires sur la base d'outils de dépistage antérieurs mis au point pour être utilisés dans des contextes cliniques et autres (Hirdes et coll. 2019). Le formulaire doit être utilisé par les policiers de première ligne lorsqu'ils rencontrent une personne – sur le terrain ou ailleurs – qui manifeste des comportements pouvant indiquer une maladie mentale sous-jacente (Hoffman et coll. 2016). Les agents qui interviennent doivent répondre à des questions réparties dans les cinq sections suivantes : les caractéristiques de la personne et de l'incident, les indicateurs de pensée désordonnée, les indicateurs de risque d'un préjudice, la durée de l'intervention depuis la répartition jusqu'à la résolution de l'incident, et une section ouverte pour enregistrer d'autres informations pertinentes (Sanders et Lavoie 2020). Le processus de remplissage du questionnaire prend environ 5 minutes et les résultats peuvent être transférés électroniquement à un hôpital ou à un autre établissement local (Hoffman et coll. 2016). Les objectifs déclarés de l'utilisation de cet outil par les agents sont doubles : « (1) améliorer la capacité des agents de police à reconnaître les indicateurs de troubles mentaux graves et (2) contribuer à faciliter une relation plus collaborative entre les intervenants de première ligne des systèmes de justice pénale et de santé » (Hoffman et coll. 2016 : 29).

Au moment de la rédaction de ce rapport, nous n'avons pu trouver qu'une seule évaluation de cet outil : une étude pilote quasi expérimentale menée par l'équipe qui a conçu l'outil auprès de deux services de police ontariens (Hoffman et coll. 2016). Les chercheurs ont demandé aux agents de remplir des formulaires (n = 235) lors de situations où ils avaient des raisons de croire qu'une personne pouvait souffrir d'une maladie mentale. Pour déterminer la validité des prédictions faites à partir de l'outil, les chercheurs ont ensuite consulté les dossiers des patients pour déterminer les diagnostics des cliniciens et les taux d'admission à l'hôpital. Selon eux, « les résultats de l'étude indiquent que l'algorithme à 14 variables utilisé pour construire le BMHS interRAI est un bon outil pour reconnaître les personnes les plus susceptibles d'être dirigées vers l'hôpital par les policiers ainsi que les personnes les plus susceptibles d'être admises » (Hoffman et coll. 2016 : 28). Plus loin :

Cet instrument est un moyen efficace de saisir et de normaliser les observations des policiers. Cela leur permet de fournir des informations plus nombreuses et de meilleure qualité au personnel des services d'urgence (SU)⁴. Apprendre aux policiers à utiliser le formulaire constitue une formation avancée sur les principaux indicateurs de troubles mentaux graves. De plus, étant donné que les éléments du BMHS interRAI sont rédigés dans le langage du système de santé, ce langage sert de moyen d'échange entre les policiers et le personnel des urgences, ce qui jette les bases d'une approche plus collaborative entre les systèmes (ibid. : 28).

Bien que nous n'ayons pu trouver aucune évaluation indépendante de cet outil au Canada ou ailleurs⁵, nous notons que nous avons pu trouver une autre étude sur le sujet. Dans un article récent, Sanders et Lavoie (2020) ont exploré l'adoption du BMHS interRAI par un service de police

4 Il s'agit d'un outil permettant à la police de travailler plus efficacement avec le personnel clinique pour déterminer si une personne est en état de crise. Il vise à aider les deux parties à collaborer entre elles en créant un langage et des protocoles communs.

5 Hirdes et coll. (2019 : 7) indiquent qu'une « étude pilote sur le BMHS doit être entreprise en 2020 dans une région aux É.-U. ».

canadien en s'appuyant sur les observations faites sur le terrain pendant une période de six mois suivant la mise en œuvre de l'outil. Ils ont constaté que la terminologie médicale et le cadrage des problèmes de santé mentale ne permettaient pas aux agents d'avoir une « compréhension commune de la signification de ce langage ou de la façon de reconnaître et d'évaluer avec précision les indicateurs. L'absence d'une compréhension commune, ensuite, a conduit les agents à se fier à leurs propres connaissances expérientielles pour évaluer le risque, et à percevoir l'outil de dépistage comme un outil administratif à utiliser après coup (ibid. : 12) ». Ces chercheurs ont également observé que les agents étaient frustrés de devoir remplir un formulaire dans des situations où ils avaient peu de temps à leur disposition ou devaient faire face à des demandes d'intervention ou autres simultanées. Voici ce qu'en a dit un de leurs informateurs : on n'a pas toujours « le temps lorsqu'une personne devient folle à l'arrière de votre voiture de police (ibid. : 8) ».

Ce que nous savons

- Les services de police canadiens déploient des outils de dépistage en santé mentale – ainsi que des programmes de formation, des politiques et des procédures connexes – sans l'existence d'une base solide de données probantes à leur égard.
- Les quelques recherches réalisées montrent que le BMHS interRAI peut être prédictif des admissions à l'hôpital (Hoffman et coll. 2016), mais des évaluations indépendantes supplémentaires seraient nécessaires.
- L'outil de dépistage n'est pas intuitif pour de nombreux agents et nécessite donc une formation approfondie et/ou des adaptations à l'outil pour que les agents comprennent mieux son utilisation (Sanders et Lavoie 2020).
- Certains agents sont réticents à l'égard de l'outil, considérant son utilisation comme « irréaliste » compte tenu des exigences opérationnelles et autres qui grèvent leur temps (Sanders et Lavoie 2020 : 8).

Ce que nous ne savons pas

- Bien que différentes versions du BMHS aient été testées pour différentes utilisations (Hirdes et coll. 2019; Hoffman et coll. 2016), le manque d'études de répétition utilisant des échantillons d'interventions policières signifie que nous ne disposons que d'une seule étude évaluant les questions de validité dans ce contexte.
- D'autres recherches seront nécessaires pour déterminer si différents types d'outils de dépistage pourraient être considérés comme ayant une plus grande utilité pour les policiers.
- D'autres recherches seront nécessaires pour comprendre si l'attitude de la police à l'égard de l'utilisation du BMHS ou d'outils similaires pourrait changer au fur et à mesure de leur utilisation.
- Nous ne disposons pas actuellement d'une base de données probantes qui permettrait d'améliorer la formation afin de réduire les lacunes dans les connaissances des agents.

Recommandations

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)

Depuis quelques années, on assiste au Canada à la croissance d'un mouvement pour la sécurité et le bien-être des collectivités (SBEC). Ce mouvement se définit comme suit : « la combinaison des conditions sociales, économiques, environnementales, culturelles et politiques considérées par les personnes et leurs collectivités comme étant essentielles à leur épanouissement et à la réalisation de leur potentiel » (Wiseman et Brasher 2008 : 358). D'autres, comme le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario (2017 : 3), le définissent comme « la détermination des risques qui augmentent la probabilité d'une activité criminelle, d'une victimisation ou d'un préjudice, l'intervention face à ces risques et la collaboration pour accroître les capacités locales et bâtir de solides réseaux afin de mettre en œuvre des mesures proactives ». Bien qu'il semble y avoir différentes conceptualisations du mouvement SBEC, à la base, le mouvement postule que la responsabilité à l'égard de la « sécurité » et du « bien-être » de la collectivité ne devrait pas incomber à un seul organisme ou à une seule institution, mais plutôt à l'effort de collaboration de plusieurs agences et/ou organismes – qui ont traditionnellement travaillé isolément – qui peuvent aider à atténuer le risque, la vulnérabilité et/ou le risque de préjudices (Bhayani et Thompson 2017; Nilson 2018).

Les origines du mouvement se trouvent dans plusieurs questions du domaine de la police – à savoir, l'économie du maintien de l'ordre et le nombre croissant d'appels de service impliquant des problèmes sociaux (par exemple, de santé mentale, de toxicomanie, d'itinérance, etc.) pour lesquels la police est depuis longtemps mal outillée, mais a néanmoins dû intervenir en raison des lacunes dans la prestation des services sociaux (Bhayani et Thompson 2017; Lansdowne Consulting Group 2016; Russell et Taylor 2014a). Ainsi, la logique derrière ce mouvement est que si la police peut transférer les appels de service liés à des problèmes sociaux à d'autres organismes qui sont mieux outillés qu'elle, cela permettrait d'alléger le fardeau de la police, mais aussi les coûts assumés par la police pour répondre à ces appels (Babayán et al. 2015; Lansdowne Consulting Group 2016; Russell et Taylor 2015).

Les tables d'intervention, également connues sous le nom de modèle de carrefour (Hub)⁶, représentent un mécanisme qui facilite ce transfert des responsabilités. La structure et l'organisation des tables d'intervention peuvent varier d'un service à un autre (p. ex., Nilson 2016); toutefois, elles consistent dans une large mesure en des réunions hebdomadaires ou bihebdomadaires

⁶ Voir Bhayani et Thompson (2017) pour une explication sur les différences et les préférences quant à l'utilisation du terme « table d'intervention » ou « modèle de carrefour ».

entre plusieurs organismes locaux – comme la police, les services sociaux, de santé mentale et d'éducation, entre autres – pour discuter des cas de risque élevé aigu (REA) (Bhayani et Thompson 2017; Brown et Newberry 2015; Ingersoll Nurse Practitioner-Led Clinic 2014; Lamontagne 2015; Lansdowne Consulting Group 2016). Le REA est un seuil subjectif « ... qui combine à la fois le degré de préjudice probable lié à une situation donnée et la mesure dans laquelle les facteurs de risque opérationnels concernés touchent plusieurs disciplines de services humains » (Russell et Taylor 2014b : 19). En d'autres termes, les tables d'intervention ne traitent que des cas de menace claire et imminente de criminalité et/ou de victimisation, mais qui couvrent également diverses catégories de risque, ce qui nécessite une collaboration entre plusieurs organismes ou services liés à la table. Comme le décrivent Sanders et Langan (2019), plus de 100 facteurs de risque – imbriqués dans 26 « catégories de risque⁷ » – sont utilisés pour déterminer si le cas d'une personne répond à la définition de REA. L'objectif global des tables d'intervention est de transférer la responsabilité de la gestion des cas qui atteignent ou dépassent le seuil du REA d'un organisme – comme la police – à un ensemble d'organismes ou de services qui sont, ensemble, mieux outillés pour traiter le ou les risques posés par la personne concernée⁸. À de nombreux endroits où une table d'intervention a été créée, la police semble non seulement à la tête des efforts menés pour établir la table locale, mais la plupart des cas dirigés vers la table l'ont été par la police (Babayán et al. 2015; Brown et Newberry 2015; Ingersoll Nurse Practitioner-Led Clinic 2014; Lamontagne 2015; Lanark County Situation Table Project 2016; Lansdowne Consulting Group 2016; McFee et Taylor 2014). Ainsi, bien que les tables d'intervention représentent une approche collaborative pour aborder les problèmes sociaux au sein d'une collectivité, elles sont incontestablement une initiative dirigée par la police.

Comme nous l'avons vu dans le volume 1, les PMM peuvent représenter une proportion considérable des appels reçus par les services de police. Il n'est donc pas surprenant que la *santé mentale* soit l'une des 26 catégories de risque traitées par les tables d'intervention. En effet, une forte implication de la police dans les questions de santé mentale peut constituer un élément déclencheur de la mise sur pied d'une table d'intervention. Par exemple, en décrivant l'élaboration de la Table de mobilisation et de la Surrey Mobilization and Resiliency Table (SMART) à Surrey, en Colombie-Britannique, Bhayani et Thompson (2016) relèvent qu'une attention accrue a été accordée par la table à une zone de deux à trois pâtés de maisons de Surrey où il y avait une concentration élevée d'appels d'intervention liés à des problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'autres problèmes non criminels. De plus, les rapports de consultation montrent que la santé mentale est l'une des catégories de risque les plus fréquemment observées pour les cas traités par les tables d'intervention (p. ex. Babayan et coll. 2015; Lansdowne Consulting Group 2016; Russell et Taylor 2015).

Bien que le facteur de risque de préjudice lié à la santé mentale représente un nombre important de cas traités par les tables d'intervention, pas un seul examen indépendant de qualité, revu par les pairs, n'a été réalisé concernant la façon dont les personnes présentant un facteur de risque de préjudice lié à la santé mentale se comportent avant, pendant et/ou après une intervention

7 Alcool, drogues, jeux d'argent, santé mentale, suicide, santé physique, automutilation, implication dans des activités criminelles, victimisation, violence physique, violence émotionnelle, violence sexuelle, maltraitance des personnes âgées, supervision, besoins fondamentaux, absence de l'école, rôle parental, logement, pauvreté, pairs ayant une mauvaise influence, comportement antisocial/négatif, chômage, absences/fugues, menace pour la sécurité publique, gangs et environnement social.

8 Voir Russell et Taylor (2014a) pour une explication sur les cas traités par les tables d'intervention à l'aide de différents « filtres ».

d'une table d'intervention. La chose n'est pas surprenante, puisque depuis la création de la première table d'intervention à Prince Albert, en Saskatchewan, en 2011 (McFee et Taylor 2014), il n'y a pas eu une seule évaluation indépendante de qualité, examinée par des pairs, d'une table d'intervention au Canada ou ailleurs. Le manque de données probantes à l'appui des tables d'intervention est préoccupant étant donné non seulement que plus de 100 tables sont actuellement en activité (Corley et Teare 2019; Global Network for Community Safety 2016), mais aussi que les politiciens et autres représentants du gouvernement continuent apparemment de soutenir cette pratique non éprouvée et d'y investir des fonds. Par exemple, l'ancien ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario, Yasir Naqvi, a qualifié les tables d'intervention de « pratique exemplaire » pour la détermination des risques et la mobilisation proactive et collaborative des ressources, malgré l'absence de preuves à l'appui de cette affirmation (Solliciteur général 2015).

De plus, considérant les personnes pour lesquelles les tables d'intervention ont été conçues – qui, de manière disproportionnée, semblent être les personnes atteintes d'une maladie mentale et simultanément confrontées à d'autres catégories de risques aigus – la nécessité de réaliser des évaluations indépendantes et rigoureuses ne peut être sous-estimée. En d'autres mots, nous devons savoir si les tables d'intervention sont non seulement efficaces pour réduire ou éliminer le risque de préjudice pour les PMM et l'ensemble plus large de personnes desservies, mais aussi si les interventions des tables ont des effets à long terme pour les PMM, tels qu'un engagement soutenu dans les services de soins de santé mentale ou une réduction subséquente de leurs interactions avec la police. En effet, les universitaires et d'autres personnes réclament depuis longtemps une réduction, voire l'élimination, de la présence policière lors des appels liés à des problèmes de santé mentale. Ainsi, si les tables d'intervention étaient jugées efficaces, elles pourraient jouer un rôle important dans la réduction de l'empreinte policière – et sans doute du système de justice pénale – relativement aux cas de santé mentale très particuliers qui sont considérés comme des cas d'urgence. Des recherches empiriques pourraient également aider à déterminer les aspects de l'approche des tables d'intervention qui pourraient devoir être modifiés afin qu'elles atteignent leurs objectifs. En outre, mais dans le même ordre d'idées, des recherches empiriques pourraient également aider à relever les domaines de préoccupation potentiels ou les situations dans lesquelles les personnes peuvent ou pourraient subir un préjudice causé par le processus des tables d'intervention. Encore une fois, considérant la population desservie par les tables d'intervention, ce domaine de recherche est particulièrement important.

En fin de compte, les tables d'intervention semblent jouer un rôle discutable actuellement relativement à la réponse policière aux situations liées à des troubles de santé mentale; cependant, il reste à voir si ces tables atteignent les objectifs visés – en particulier en ce qui concerne la réduction des interactions entre la police et les PMM.

Ce que nous savons

- De nombreux services de police de plusieurs provinces et territoires au Canada s'efforcent de mettre sur pied des tables d'intervention afin de transférer la responsabilité de la gestion des problèmes sociaux vers des services plus appropriés.
- Les tables d'intervention sont présentées comme une « pratique exemplaire » dans le discours politique, même si aucune donnée probante ne valide cette affirmation, puisqu'aucune évaluation indépendante examinée par des pairs n'a encore été réalisée sur cette question.

- La police est le service parmi tous les services participants qui renvoie le plus grand nombre de cas aux tables d'intervention.
- La santé mentale est le facteur de risque le plus fréquemment observé par les tables d'intervention.

Ce que nous ne savons pas

- Nous ne savons pas actuellement si les tables d'intervention atteignent les buts et objectifs établis de manière plus générale.
- Il n'est pas clair si les cas liés à des problèmes de santé mentale traités par les tables d'intervention accèdent fructueusement à terme aux services et aux ressources coordonnés pour les aider.
- Nous ne savons pas non plus si les résultats des cas liés à des problèmes de santé mentale diffèrent entre eux par le nombre de facteurs de risque cooccurrents traités par les tables d'intervention.
- Nous manquons actuellement de données probantes confirmant que le traitement par les tables d'intervention des cas de santé mentale est associé à une réduction des interactions avec la police.

Recommandations

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

Comme le décrit le volume 1 de nos travaux, un nombre important d'appels reçus par les services de police concernent des PMM. Considérant l'impact que la pandémie de COVID-19 a eu sur la santé mentale des gens (Xiong et coll. 2020), ces types d'appels ont probablement augmenté récemment. En outre, l'application des directives établies pour contrer la COVID-19 (par

exemple, la distanciation sociale) a probablement créé pour les agents de police des problèmes supplémentaires qui nécessitent l'utilisation de stratégies de non-escalade et de désescalade.

Bien que la grande majorité des interactions entre la police et les PMM se résolvent pacifiquement, des blessures graves et des décès surviennent (McNeilly 2017). Un certain nombre de cas de décès très médiatisés au Canada, où l'usage de la force par la police a été perçu comme biaisé ou excessif, ont conduit à des appels à une meilleure formation de la police afin de réduire la probabilité que les citoyens soient inutilement blessés lors de leurs interactions avec la police (par exemple, Dubé 2016; Iacobucci 2014). En réponse à ces appels à l'action, plusieurs projets de recherche indépendants ont été menés pour examiner les données scientifiques sur la formation à la non-escalade, à la désescalade et au recours à la force, et pour recueillir des données sur les pratiques actuelles de formation de la police (Andersen et coll. 2017 2018a; Bennell et coll. 2018). Ces projets ont permis de relever les connaissances, les compétences et les aptitudes (CCA) qui sont essentielles pour que les policiers puissent gérer avec succès leurs interactions avec les citoyens, y compris avec les PMM. Plusieurs de ces CCA sont représentées dans le *Modèle de décision pour les interactions policières* présenté ci-dessous (voir l'annexe pour une version plus grande de cette image). Ce modèle a été conçu pour favoriser l'utilisation de stratégies de non-escalade et de désescalade (*Options pour tous les comportements des sujets*) et pour diminuer l'utilisation de la force (*Options pour les comportements escaladés*) (Andersen et coll. 2018a)^{9,10}.

Dans cette section du volume 2, nous décrivons ce que l'on sait et ce que l'on ignore des diverses composantes du *Modèle de décision*, chacune d'entre elles étant destinée à améliorer la qualité des interactions entre la police et les citoyens et à renforcer la sécurité publique et policière.

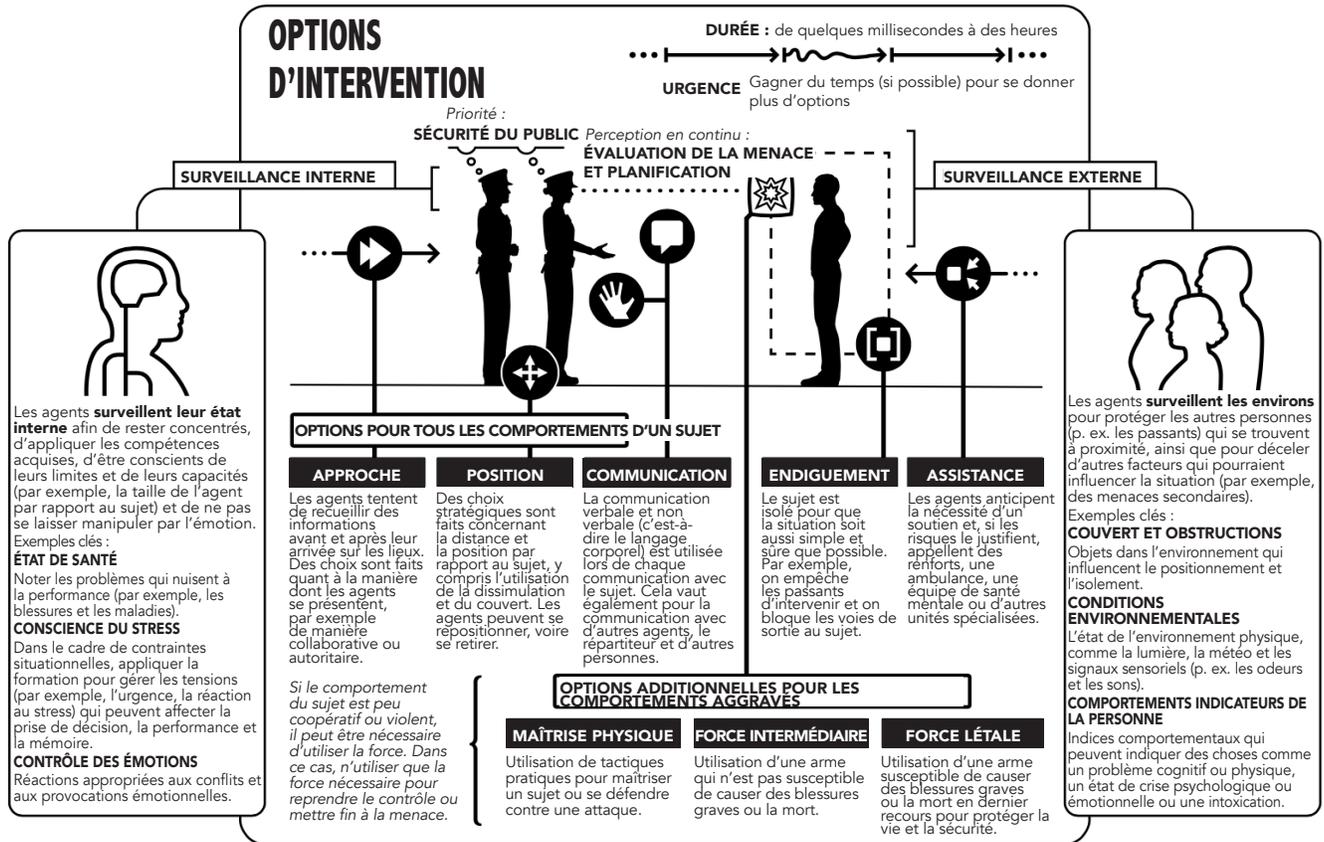
9 Il y a beaucoup de désaccords sur la façon de définir certains termes utilisés dans cette section du rapport (par exemple, Todak 2017). Cependant, aux fins du présent rapport, « non-escalade » désigne les tentatives d'un policier d'empêcher l'escalade du conflit, de la tension ou des préjudices potentiels au cours d'une interaction avec un citoyen. « Désescalade » désigne les tentatives d'un policier de désamorcer un conflit, une tension ou les préjudices potentiels au cours d'une interaction qui a déjà dégénéré. Enfin, « recours à la force » désigne l'utilisation de toute tactique appliquée par un policier pour contraindre un sujet à obtempérer. Les options d'intervention par la force (par exemple, les armes à impulsions ou les Tasers) peuvent sans doute être utilisées pour désamorcer des situations, mais aux fins du présent rapport, nous nous concentrerons principalement sur les tactiques verbales et non verbales que les policiers peuvent utiliser pour désamorcer des situations, notamment lors d'interactions avec une PMM.

10 Le *Modèle de décision pour les interactions policières* a été élaboré à l'aide de deux stratégies de recherche : un examen complet des pratiques, de la théorie et des règles de l'art recommandées en matière de non-escalade et de désescalade par les praticiens experts en 2017 (voir Andersen et coll. 2017 2018 pour la stratégie de recherche documentaire et la méthodologie) et la collecte de données primaires, notamment des enquêtes, des entretiens guidés, des groupes de discussion et des conseils fournis par des experts en sciences cognitives et visuelles ainsi que des graphistes (voir Andersen et coll. 2018). Voir également Di Nota et coll. (2021) pour un examen critique des modèles de formation actuels à la non-escalade et à la désescalade. Ce travail a été financé par une subvention du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels du gouvernement de l'Ontario.

MODÈLE DE DÉCISION POUR LES INTERACTIONS POLICIÈRES

Les agents de police essaient d'obtenir la coopération et l'obtempération du sujet. **La sécurité est la priorité absolue :** la responsabilité première d'un policier est de préserver et de protéger la vie. Pour assurer la sécurité du public, les policiers doivent eux-mêmes rester en sécurité.

Chaque situation est différente et peut évoluer rapidement. La prise de décision est très fluide. La désescalade d'un comportement menaçant ou nuisible est basée sur la formation, mais dépend des circonstances – il n'existe pas de procédure unique à suivre pas à pas.



Surveillance interne

Les policiers doivent simultanément surveiller leur état interne pour rester concentrés lors de leurs interactions avec le public, tout en appliquant les compétences acquises, en restant conscients de leurs limites et de leurs capacités, en s'adaptant au stress et en gérant leurs émotions. Les questions liées à la santé et au stress peuvent avoir une incidence sur la mesure dans laquelle les agents acquièrent leurs compétences pendant leur formation et sur leur utilisation de ces compétences sur le terrain. En ce qui concerne l'état de santé d'un policier, nous nous concentrerons sur ce qui est actuellement connu et ce qui est encore inconnu.

Ce que nous savons

- Le travail policier est associé à des risques pour la santé physique, notamment des risques de blessures physiques, d'épuisement, de problèmes de sommeil, de maladies cardiovasculaires, d'obésité, du syndrome métabolique, d'un dérèglement du système endocrinien, de troubles neurologiques et d'autres maladies chroniques (Violanti et coll. 2017).
- Le travail policier est associé à des risques pour la santé mentale, notamment la dépression, le syndrome du stress post-traumatique (SSPT), l'anxiété, la mortalité (par suicide), la

détresse psychologique et l'épuisement professionnel (Carleton et coll. 2018; Syed et coll. 2020; Violanti 2020).

- Une série de facteurs peuvent exacerber les risques pour la santé physique et mentale, notamment le travail posté, les longues heures de travail, l'exposition aux traumatismes, les facteurs de stress organisationnels (par exemple, les interactions avec le superviseur et les pairs), la discrimination au travail, les exigences administratives excessives, les interactions avec le public et le stress (Carleton et coll. 2020; Chan et coll. 2020; Violanti et coll. 2017).
- Selon les sciences cognitives, les troubles de santé mentale seraient associés à « une flexibilité cognitive réduite, une rigidité ou des routines et rituels comportementaux dysfonctionnels » (Schwabe et Wolf 2013 : 66).
- Les données préliminaires indiquent que les troubles anxieux (par exemple, le SSPT) sont associés à une hyperexcitation du système de réponse au stress, à des difficultés de concentration et à une augmentation de l'impulsivité (Swick et al. 2012). Un SSPT grave peut entraîner des changements dans le cerveau qui augmentent le risque d'erreurs chez les policiers (Covey et al. 2013; Swick et al. 2012). En outre, une forte anxiété stimule l'activité cardiovasculaire, qui à son tour influence le traitement des émotions (Garfinkel et al. 2014). Par exemple, les personnes anxieuses peuvent réagir avec plus de peur lorsqu'elles ressentent une excitation autonome plus élevée (par exemple, une augmentation du rythme cardiaque).
- Pendant une situation de stress, le cerveau passe d'un traitement « cognitif flexible » à des « systèmes rigides basés sur la mémoire des habitudes », ce qui augmente le risque de troubles mentaux chez les personnes vulnérables (Schwabe et Wolf 2013 : 60). Les policiers rencontrent fréquemment des situations stressantes et potentiellement traumatisantes qui augmentent le risque d'une vulnérabilité psychologique.

Ce que nous ne savons pas

- À l'heure actuelle, il n'existe aucun test permettant de prédire si un agent souffrant d'un problème de santé mentale ou physique sera plus susceptible de recourir à la force, de faire preuve d'une force excessive ou de commettre une erreur lors d'un recours à la force.
- Bien que l'on sache que le stress et le travail policier sont associés à un risque élevé de développer des problèmes de santé mentale et physique, il n'existe aucun test permettant de prédire avec précision si un agent développera un problème de santé mentale ou physique en raison de son exposition au stress professionnel.
- Bien qu'il soit reconnu que la flexibilité cognitive est réduite lors des interactions très stressantes, ce qui a un impact sur la capacité d'une personne à réfléchir et à mettre en application sa formation, on ne sait pas dans quelle mesure cela se produit chez les policiers ou comment le passage de schémas de réponse flexibles à des schémas basés sur les habitudes a un impact sur les interactions d'un policier avec les PMM.
- Si un policier souffre d'un problème de santé mentale, tel que le SSPT, nous ne savons pas quel effet cela aura sur ses interactions avec les PMM.
- Nous ne savons pas non plus si les interventions qui améliorent la santé physique et mentale des policiers réduisent les erreurs relatives au recours à la force et améliorent les interactions de la police avec les PMM.

Selon l'examen réalisé par Arpaia et coll. (2019), le stress a un effet important, défavorable et global sur la santé et la performance. Le stress augmente l'agitation sociale et a des effets négatifs sur les liens sociaux, les compétences en communication, les relations et l'efficacité. Le stress peut avoir un impact négatif sur la régulation neurologique et du système nerveux autonome, qui sont des composantes essentielles du contrôle cognitif et comportemental (Burke 2017; Fridman et al. 2019). La bonne nouvelle est qu'il est possible de prendre conscience du traitement physiologique interne lié au stress et à la régulation des émotions (Price et Hooven 2018). La modulation adaptative du système nerveux autonome est associée à une meilleure maîtrise des émotions (Mather et Thayer 2018). En outre, les résultats de certaines études sont prometteurs en ce qui concerne l'enseignement des compétences visant à modifier les réactions au stress, ce qui pourrait faciliter les pratiques efficaces de maîtrise des émotions, bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires dans ce domaine (Andersen et coll. 2018b; Price et Hooven 2018). Ci-dessous, nous résumons ce que nous savons et ne savons pas sur la conscience du stress et la maîtrise des émotions pendant les interactions entre la police et les citoyens.

Ce que nous savons

- La fatigue et le stress sont associés à des changements qui interfèrent avec les fonctions cognitives (Thayer et al. 2009).
- Des processus physiologiques internes interviennent continuellement pendant une situation de stress et influencent la perception, la cognition, l'émotion et le comportement (Garfinkel et al. 2014; Seth 2013). Les réactions de stress aigu (par exemple, la peur) inhibent le système nerveux parasympathique, qui est responsable du maintien du cerveau dans un état de calme et de concentration associé à la flexibilité cognitive (Berger et coll. 2019; Garfinkel et coll. 2014). Cela signifie que les réactions physiologiques au stress peuvent modifier la façon dont un policier pense et agit pendant les interactions volatiles avec une PMM.
- Les policiers subissent un stress physiologique interne pendant leur formation et leur service actif, ce qui a des effets défavorables sur la prise de décision et peut occasionner des erreurs dans l'utilisation de la force (Andersen et coll. 2018b; Baldwin et coll. 2019; Giessing et coll. 2019; Nieuwenhuys et Oudejans 2010; Novy 2012).
- Le niveau de stress augmente au fil des interactions. Certaines recherches préliminaires indiquent que la réaction physiologique au stress peut s'intensifier lorsque plusieurs interventions policières se succèdent rapidement (Bertilsson et al. 2019) et que l'augmentation du niveau de stress peut influencer la capacité d'un agent à communiquer efficacement au cours de plusieurs types d'appels stressants (Arble et al. 2019).
- Le stress a une influence sur la performance motrice et les capacités de communication. Des modèles de stratégies motrices maladaptées ont été observés chez les policiers lors d'interactions stressantes (Anderson et coll. 2020). En outre, une anxiété autodéclarée est associée à une réduction de la précision du tir en raison de la dégradation des performances motrices causée par le stress (Nieuwenhuys et al. 2017). Les capacités de communication verbale en particulier sont affectées par le stress et semblent se détériorer plus rapidement que les mouvements tactiques lors d'une situation de stress (Arble et al. 2019).
- Le stress peut avoir un effet défavorable sur la prise de décision. Le cortisol induit par le stress influence sur l'activité des régions du cerveau responsables de la prise de décision et de la mémoire, notamment le cortex préfrontal et l'hippocampe (Di Nota et coll. 2020). Il

a été démontré que lors d'incidents critiques, les policiers s'appuient davantage sur des stratégies décisionnelles implicites et automatiques que sur des stratégies plus délibérées et analytiques (Hine et al. 2018). Par conséquent, il est important que les CCA nécessaires lors d'incidents critiques soient inculquées de manière efficace pour qu'ils soient stockés dans la mémoire à long terme.

- Les comportements, comme les mouvements du visage et la posture corporelle, communiquent au cerveau des signaux qui peuvent « biaiser le jugement émotionnel » sur la situation en cours (Garfinkel et al. 2014 : 6537). Cela signifie que la façon dont un agent communique avec une personne (par exemple, le ton de sa voix, sa posture corporelle et ses expressions faciales) peut augmenter le niveau de stress de l'agent et de la personne et avoir un effet sur l'issue d'une intervention.
- Les recherches montrent qu'il existe des liens entre le contrôle physiologique et l'amélioration de la maîtrise des émotions, du contrôle comportemental et des actions axées sur un objectif (Saus et coll. 2013; Smith et coll. 2019).
- Diverses techniques visant à modifier la physiologie interne pendant une situation stressante ont remporté un succès préliminaire, favorisant l'atteinte de bons résultats en matière de performance, de bien-être et de maîtrise des émotions (Andersen et coll. 2016 2018b; Carmichael 2009; Price et Hooven 2018).

Ce que nous ne savons pas

Malgré les solides données qui indiquent que le travail des policiers peut avoir un impact important sur leur santé physique et mentale, relativement peu d'attention a été accordée à l'influence du stress sur la performance (Bennell et al. 2021), et on sait très peu de choses sur la façon dont le stress et la santé d'un agent influencent ses interactions avec les PMM. Voici quelques questions clés auxquelles il faut encore répondre :

- Les interventions qui améliorent la capacité d'un policier à modifier sa réaction au stress améliorent-elles ses interactions avec les PMM?
- Le fait d'apprendre à un policier à contrôler ses réactions physiologiques au stress améliore-t-il la maîtrise des émotions et du comportement?
- L'amélioration de la maîtrise des émotions et du contrôle comportemental augmente-t-elle la capacité d'un policier à réagir de manière appropriée aux conflits et aux provocations émotionnelles?
- Les préjugés et les attitudes fondées sur la stigmatisation déclenchent-ils une réaction de stress similaire aux réactions qui, selon les études, ont un impact sur la performance et les décisions des policiers?

Compétence des policiers

Les chercheurs ont relevé diverses CCA qui aideront les policiers à empêcher les interactions avec le public de s'intensifier et à désamorcer avec succès les interactions devenues volatiles, y compris les interactions avec les PMM. Bennell et coll. (2018) ont réalisé un examen non systématique de la littérature universitaire et grise (rapports techniques) pertinente et ont relevé un certain nombre de CCA qui sont susceptibles de jouer un rôle important sur ce plan. Les informations sur lesquelles se concentre cette sous-section sont basées sur les conclusions de cet examen.

Ce que nous savons

Les compétences les plus essentielles comprennent probablement les suivantes :

- Une connaissance des politiques organisationnelles (par exemple, les politiques liées aux situations où les diverses options de recours à la force peuvent être utilisées; Alpert et Dunham 2010), de la législation (par exemple, la loi sur la santé mentale; Cotton et Coleman 2008) et des lois (par exemple, le pouvoir de recourir à la force; Cyr 2016).
- Une compréhension des questions de santé mentale, comme la connaissance des symptômes de la maladie mentale, de la stigmatisation des PMM, des ressources offertes dans la collectivité en matière de santé mentale, etc. (Cotton et Coleman 2010).
- Une capacité à interagir efficacement avec divers groupes, y compris les membres des communautés marginalisées. Cela devrait inclure pour le policier une prise de conscience de ses propres attitudes envers les groupes marginalisés, tels que les PMM, et une capacité à gérer l'expression des préjugés (Fridell 2017).
- La conscience de ce qu'est le stress et de la manière dont il peut affecter les performances de l'agent, la prise de décision, la mémoire, etc., mais aussi la compréhension des moyens qui peuvent être utilisés pour gérer efficacement ce stress avant, pendant et après une interaction (Andersen et Gustafsberg 2016).
- Les compétences de communication, en particulier celles liées à l'établissement de rapports, à l'empathie et à l'écoute active (Engel et al. 2020; Krameddine et coll. 2013).
- Les compétences liées à la prise de décision et à la résolution des problèmes, en particulier planification préalable des interactions et la résolution adaptative des problèmes pendant les interactions afin de garantir des réactions optimales de la part des policiers (Boulton et Cole 2016; Rajakaruna et al. 2017).
- Les compétences perceptives, notamment celles qui font partie de l'évaluation des risques par l'agent, comme l'évaluation de la situation (Saus et coll. 2006).
- Les compétences motrices, telles que celles impliquées dans l'utilisation de diverses options de recours à la force qui pourraient être efficaces pour désamorcer les interactions volatiles (par exemple, les armes à impulsions; Ho et coll. 2011)¹¹.
- La modulation appropriée des émotions et des comportements pour transcender les conflits et inhiber les réactions inappropriées (Owens et coll. 2018).
- Le professionnalisme lors des interactions avec le public (Watson et Angell 2013).

Il existe également d'autres compétences qui, bien qu'elles n'aient pas été étudiées de manière aussi approfondie par les chercheurs, sont susceptibles d'être essentielles lorsque les agents tentent de prévenir une escalade lors d'une interaction avec le public ou de désamorcer des situations¹² :

- Comprendre le rôle de la police dans une société libre et démocratique.

11 Bien que l'utilisation de ces options pour désamorcer les interactions avec le public prête à controverse, les recherches semblent indiquer que les armes à impulsions peuvent être utilisées pour éviter des situations qui pourraient entraîner des blessures. Par exemple, Ho et coll. (2011) ont constaté que le simple fait de présenter l'arme ou d'activer son dispositif de visée laser (au lieu de déployer les sondes) est généralement suffisant pour reprendre la maîtrise de certaines situations.

12 Dans l'étude menée par Bennell et coll. (2018), ces compétences supplémentaires se sont dégagées des entretiens tenus avec des experts en la matière.

- La prise de décision tactique, par exemple comment créer efficacement une distance entre l'agent et la PMM pour avoir le temps de communiquer et de résoudre les problèmes, et comment utiliser un couvert et la dissimulation de manière appropriée.

Ce que nous ne savons pas

Malgré un certain degré d'accord sur le fait que certaines compétences sont susceptibles d'être importantes pour la non-escalade et la désescalade des situations, de nombreuses questions restent sans réponse en ce qui concerne ces CCA :

- Comment pouvons-nous sélectionner les agents qui sont susceptibles de posséder ces compétences ou qui peuvent facilement les acquérir?
- Certaines compétences sont-elles plus importantes que d'autres? Le cas échéant, lesquelles, et quel rôle jouent-elles dans les interactions de la police avec les PMM?
- Comment ces compétences interagissent-elles? Par exemple, dans le contexte d'une interaction entre un policier et une PMM, comment le stress influence-t-il la capacité d'un policier à communiquer efficacement?
- Dans quelle mesure les agents reçoivent-ils une formation sur ces compétences, et s'ils reçoivent une telle formation, comment ces agents sont-ils évalués au cours de cette formation pour s'assurer qu'ils ont acquis ces compétences?
- La formation peut-elle avoir un effet favorable sur ces CCA (c.-à-d., dans quelle mesure les policiers peuvent-ils acquérir ces compétences s'ils ne les possèdent pas déjà)?

Stratégies de non-escalade et de désescalade

Les agents peuvent employer un éventail de stratégies de non-escalade et de désescalade au cours de leurs interactions avec les PMM. Les informations ci-dessous sont tirées de plusieurs analyses documentaires non systématiques et systématiques menées relativement à des contextes policiers et non policiers (par exemple, Andersen et coll. 2017; Price et Baker 2012; Todak 2017).

Ce que nous savons

Certaines stratégies particulières peuvent permettre aux agents de prévenir l'escalade d'une situation ou de désamorcer les situations qui ont déjà dégénéré. Nombre de ces stratégies peuvent être classées comme des stratégies d'approche, de positionnement, de communication, d'endiguement et d'assistance, comme le synthétise le *Modèle de décision*. Bien que ces stratégies ne soient pas exclusivement propres aux interactions avec les PMM, elles sont importantes pour ces interactions, et certaines stratégies décrites ci-dessous, comme faire les choses simplement et réduire les stimulations, peuvent être particulièrement importantes lors des interactions avec les PMM.

Stratégies d'approche

- La *planification avant une interaction*, qui peut comprendre l'évaluation des risques liés à l'intervention, est une stratégie potentiellement utile (Price et Baker 2012; Rajakaruna et al. 2017). L'élaboration d'un plan sur le chemin d'une intervention (lié à la façon dont l'agent a l'intention de gérer la situation) peut accroître la capacité d'un agent à rester calme et réduire la probabilité d'un recours à la force pour résoudre la situation.

- Dans certaines situations, les agents doivent confronter les citoyens en ayant recours à la force (par exemple, dans les cas de comportement agressif). Cependant, dans la majorité des cas où la non-escalade ou la désescalade représente l'objectif, les agents doivent être prêts à utiliser la force si nécessaire, mais aborder la situation de manière calme et *non hostile* pour indiquer au sujet qu'ils veulent sincèrement l'aider et ne souhaitent pas utiliser la force (Richmond et coll. 2012).

Stratégies de positionnement

- Les agents doivent *respecter l'espace personnel* afin de réduire l'anxiété du sujet et d'améliorer l'efficacité des efforts de communication (Price et Baker 2012; Richmond et coll. 2012).
- Une autre stratégie est le *repositionnement tactique*, qui comprend l'évaluation continue de la situation pour que les agents puissent ajuster leur position par rapport au sujet afin de maximiser le temps et la distance (International Association of Chiefs of Police 2020). Le repositionnement tactique peut aller au besoin jusqu'au fait de se retirer de la situation.
- De même, les agents peuvent se positionner dans leur environnement pour se *dissimuler*, se *protéger* et/ou mettre des *obstacles* entre eux et le sujet (Abanonu 2018). Ces stratégies maximisent la sécurité des agents tout en leur laissant le temps de résoudre plus efficacement les problèmes, de prendre des décisions et de communiquer.

Stratégies de communication

- L'*écoute active* permet aux agents d'apprendre à connaître le sujet, de déterminer ce qui l'a conduit à sa situation actuelle et d'utiliser les renseignements qu'ils obtiennent afin d'obtenir sa collaboration (Todak 2017). Oliva et coll. (2010) ont relevé diverses compétences d'écoute active, notamment : (a) se présenter, (b) utiliser des énoncés « je » (par exemple, « Je peux entendre que vous êtes en colère »), (c) reformuler (par exemple, le sujet dit « Il m'a quitté quand j'avais vraiment besoin de lui », ce à quoi l'agent répond « Vous vous sentez abandonné »), (d) valider/réfléchir (par ex, le sujet dit : « J'en ai marre que personne ne m'écoute, ça m'énerve vraiment », ce à quoi le policier répond : « Ça vous met en colère »), et (e) résumer/paraphraser (p. ex. : « Bon, alors ce que vous m'avez dit, c'est que [reformuler l'information], et que vous ressentez [citer l'émotion]. Est-ce que je vous ai bien compris? »).
- Les agents doivent également traiter le sujet avec *respect*, notamment en communiquant avec un ton et des propos appropriés (Todak 2017). Cette stratégie part du principe que l'agressivité des personnes est souvent une réponse à une perte de dignité (Carlsson et al. 2000).
- Les agents doivent *rester calmes* et gérer leurs émotions. Cet état de calme doit être perçu par le sujet pour que la situation ne dégénère pas (Todak 2017).
- L'*honnêteté* implique que l'agent tente de dire la vérité concernant la situation, du résultat de l'interaction (p. ex., les ramifications juridiques), des obligations de l'agent, et ainsi de suite (Todak 2017). Se montrer honnête peut permettre à l'agent d'obtenir la coopération du sujet en établissant un bon degré de confiance et a été relevé comme une caractéristique des désamorceurs efficaces (Price et Baker 2012).

- Les agents peuvent également *faire preuve d'empathie*, ce qui exige qu'ils se mettent à la place de la personne pour comprendre comment elle s'est retrouvée dans sa situation (Todak 2017). Il peut s'agir de reconnaître le point de vue de la personne, de chercher à la comprendre et d'anticiper ses besoins.
- *Faire des compromis* peut également être une stratégie efficace. Cela comprend le fait de récompenser un bon comportement lorsqu'il est possible de le faire (Todak 2017). Par exemple, un agent peut fournir une cigarette demandée par le sujet en échange de sa coopération.
- Il est important pour l'agent de *faire preuve d'humanité*, c'est-à-dire de se concentrer sur leurs « qualités humaines » plutôt que sur leur autorité de policiers. Todak (2017) suggère qu'il existe un écart de pouvoir entre un sujet et un agent de police et qu'en montrant leur côté humain, cette différence peut être atténuée, ce qui aidera les agents à gagner la confiance et la coopération du sujet.
- De la même manière, les agents peuvent utiliser une stratégie d'*autonomisation*, qui consiste à faire participer le sujet au processus de décision afin qu'il ait le sentiment d'avoir plus de contrôle sur sa situation (Todak 2017). Comme le suggèrent Klugiewicz et coll. (2018), il peut s'agir de proposer des options à la personne et de lui permettre de choisir entre ces options (par exemple, « Je dois vous emmener à l'hôpital. Il y en a plusieurs où nous pouvons aller, y a-t-il un hôpital que vous préférez? »).
- Les agents peuvent également *fixer des limites claires* en indiquant au sujet quel comportement est acceptable et quelles seraient les conséquences d'un comportement inapproprié (p. ex., violent) (Richmond et coll. 2012).
- Étant donné que les interactions entre la police et les citoyens peuvent être chaotiques et que les sujets peuvent être confus, les agents doivent également faire en sorte de *simplifier les choses*. Les agents doivent surtout maintenir une communication aussi simple et concise que possible, par exemple en faisant en sorte qu'une seule personne s'adresse au sujet, en utilisant des phrases simples et en ne donnant qu'une seule directive à la fois (Richmond et coll. 2012).

Stratégies d'endiguement

- Dans la mesure du possible, les agents peuvent *séparer* le sujet des autres personnes alentour. Cela peut améliorer la confidentialité de la situation et réduire pour le sujet le sentiment d'être piégé (Klugiewicz et al. 2018; Richmond et coll. 2012). Cela peut également accroître la sécurité de l'agent, du sujet et du public (par exemple, en diminuant le risque que le sujet blesse d'autres personnes ou que des passants interviennent). Parfois, même l'isolement physique peut être bénéfique, s'il est approprié. Cela peut donner au sujet le temps dont il a besoin pour se calmer et communiquer avec les agents.
- Comme nous l'avons mentionné, les interactions entre la police et les citoyens peuvent être chaotiques et les sujets, surtout les PMM, peuvent parfois être confus. Dans ce contexte, les agents doivent essayer de *réduire les stimulations* (par exemple, en diminuant le volume des radios, en adoucissant la voix, en éteignant les lumières, etc.)

Stratégies d'assistance

- Les agents peuvent également s'appuyer sur la stratégie de la *substitution*, qui exige que les agents reconnaissent qu'ils n'arrivent pas à établir une bonne communication avec une personne. Dans ce cas, les agents peuvent demander de l'aide et demander à un autre agent de prendre le relais pour voir s'il peut mieux établir un rapport avec la personne (Todak 2017).
- D'une manière plus générale, les agents peuvent améliorer la sécurité des agents, du sujet et du public en *sollicitant les ressources nécessaires* (White et coll. 2021). Il peut s'agir de renforts, d'une équipe mobile de crise en santé mentale, de services médicaux d'urgence, etc.

Nous savons aussi que :

- Les agents déclarent utiliser certaines des stratégies décrites ci-dessus et les jugent utiles (White et coll. 2021).
- Les agents semblent utiliser certaines stratégies de désescalade (par exemple, les tactiques du respect, de l'humanité et de l'honnêteté) plus que d'autres (tactiques de calme et d'empathie; Todak et James 2018).
- Certaines stratégies de désescalade (p. ex., les tactiques de calme et d'humanité) ont été liées à des interactions fructueuses (c.-à-d. que les sujets sont calmes à la fin de l'interaction; Todak et James 2018).
- L'utilisation de stratégies de désescalade peut poser problème pour les agents (Todak et White 2019). Par exemple : (1) les stratégies de désescalade ne peuvent pas toujours être utilisées lorsque d'autres considérations (par exemple la sécurité des agents) doivent avoir la priorité, (2) les situations dynamiques qui ne sont pas bien maîtrisées limitent souvent le temps que les agents peuvent consacrer à la désescalade d'une situation, (3) les personnes sous l'influence de drogues et/ou d'alcool ou qui ont une maladie mentale n'ont souvent pas la capacité voulue d'être raisonnées, ce qui limite l'effet de certaines stratégies de désescalade, et (4) la désescalade ne fonctionne souvent pas avec les personnes qui ont fermement en tête un plan d'action en particulier (par exemple, le suicide).

Ce que nous ne savons pas

Malgré des recherches récentes sur la non-escalade et la désescalade, de nombreuses questions liées à ces stratégies restent floues. Par exemple, nous ne savons pas :

- comment définir la non-escalade et la désescalade et quelles sont les implications des différentes définitions;
- la fréquence à laquelle les stratégies de désescalade sont utilisées par les agents dans les différents services de police;
- si certaines stratégies sont utilisées plus souvent que d'autres par les différents services de police;
- si ces stratégies sont aussi efficaces pour prévenir et/ou réduire les conflits, les tensions ou les préjudices dans une situation donnée;
- si l'utilisation de ces stratégies compromet la sécurité des agents et, le cas échéant, de quelle façon;

- comment divers facteurs, tels que les politiques organisationnelles, influencent l'utilisation des stratégies; ou
- comment les compétences soulignées ci-dessus (par exemple, la gestion du stress) sont liées à l'utilisation et à l'efficacité des stratégies.

Formation à la non-escalade et à la désescalade

Un dépouillement de la littérature académique et grise (rapports techniques) a révélé que de nombreux policiers reçoivent une formation pour éviter que les situations, y compris celles impliquant des PMM, ne dégénèrent et pour désamorcer les situations qui ont déjà dégénéré. Dans cette section, nous donnons un bref aperçu des résultats liés à la formation en santé mentale, qui est conçue en partie pour s'assurer que les policiers n'aggravent pas les interactions impliquant des PMM (cette question est également abordée dans la section suivante, qui traite de la façon d'intervenir face à des situations de crise). Nous nous concentrerons plutôt sur ce que nous savons et ne savons pas sur la formation à la désescalade¹³.

Ce que nous savons

- Une formation de base en santé mentale est offerte à de nombreux agents de police au Canada et ailleurs, bien que cette formation varie d'une administration à l'autre sur les plans de la quantité, du format, du contenu et des objectifs (Coleman et Cotton, 2014).
- Une bonne partie de cette formation porte sur les politiques et les lois pertinentes, la reconnaissance des symptômes, les stratégies d'intervention en cas de crise et la connaissance des ressources en santé mentale offertes dans la collectivité (Krameddine et Silverstone, 2015).
- Les évaluations de la formation en santé mentale sont mitigées, mais il existe un nombre raisonnable de données probantes indiquant que cette formation peut augmenter le degré de confiance des policiers lors leurs interactions avec les PMM (par exemple, Krameddine et coll. 2013) et réduire la stigmatisation des PMM (par exemple, Wittman et coll. 2021). Toutefois, il convient d'être prudent lors de l'examen de ces résultats, puisque les groupes témoins sont souvent absents des études et que les périodes de suivi relativement courtes peuvent ne pas permettre de déceler la dégradation des CCA.
- Les études examinant les changements attribuables à la formation dans les résultats comportementaux suivant une formation en santé mentale sont relativement rares par rapport aux études sur les résultats plus subjectifs, tels que l'augmentation de la confiance ou la réduction de la stigmatisation. Il existe toutefois quelques études pertinentes. Par exemple, une évaluation canadienne des formations en santé mentale basées sur des scénarios, menée par Krameddine et ses collègues (2013), a révélé que les policiers faisaient preuve de plus d'empathie envers les PMM, communiquaient plus efficacement avec elles et utilisaient davantage les techniques de désescalade verbale et moins de force avec les PMM dans les six mois suivant la formation.

¹³ On peut soutenir que certaines des compétences soulignées ci-dessus, telles que la gestion du stress et le contrôle des émotions, ne sont pas abordées dans les formations habituelles de la police. D'autres compétences sont ciblées dans la formation policière, mais pas dans les formations à la non-escalade ou à la désescalade. Par exemple, les compétences pertinentes peuvent être abordées dans le cadre des formations sur le maintien de l'ordre juste et impartial (<https://fipolicing.com>) ou dans les formations sur le recours à la force.

- Outre la formation en santé mentale, la formation à la désescalade est également très populaire, bien qu'elle varie elle aussi selon les différentes administrations (Engel et al. 2020b), y compris la formation dispensée aux policiers au Canada (Dubé 2016).
- Il existe aux États-Unis des programmes bien établis de formation à la désescalade, comme la formation à l'interaction sociale *Tact, Tactique et Confiance* (T3) (McLean et al. 2020), la formation *Intégration de la communication, de l'évaluation et des tactiques* (ICAT) (Engel et al. 2020a) et le *Judo verbal* (Giacomantonio et al. 2020). Le programme de formation à la désescalade le plus rigoureusement évalué est l'ICAT. Récemment, Engel et ses collègues (2020a) ont constaté que cette formation améliorerait certains comportements des policiers sur une période de deux ans, notamment le recours à la force (-28,1 %) et les blessures subies par les citoyens (-26,3 %) et les policiers (-36,0 %) ¹⁴.
- Au Canada, le programme de formation à la désescalade le plus populaire semble être la formation à l'intervention et à la désescalade en situation de crise (IDC), qui est un cours obligatoire pour certains agents. Cette formation vise à s'assurer que les agents sont en mesure d'utiliser les techniques d'IDC pour gérer efficacement les interactions avec les citoyens, y compris dans les situations impliquant des PMM (Réseau canadien du savoir policier 2020). Nous n'avons pas connaissance d'évaluations indépendantes, examinées par les pairs, de cette formation.
- D'autres programmes de formation au Canada se concentrent moins sur les stratégies de désescalade et davantage sur d'autres compétences susceptibles d'améliorer la capacité d'un agent à désamorcer les situations, comme le programme international Performance, Resilience, and Efficiency d'Andersen, dont il a été démontré qu'il améliore la performance dans des situations dynamiques et de stress élevé en enseignant aux agents des méthodes de contrôle du stress physiologique (Andersen et coll. 2018b).
- Les évaluations des formations à la désescalade, quel que soit le contexte, sont rares et lorsqu'elles sont réalisées, elles sont souvent de qualité douteuse (Engel et al. 2020b), ce qui rend difficile de tirer des conclusions solides sur l'efficacité des programmes actuels.
- Des questions allant au-delà de la formation doivent être prises en compte pour s'assurer que les stratégies de non-escalade et de désescalade sont privilégiées par les policiers (lorsqu'ils peuvent le faire en toute sécurité) et sont utilisées efficacement. En particulier, la politique organisationnelle semble jouer un rôle important pour guider le comportement des agents dans des situations potentiellement volatiles (p. ex. Terrill et Paoline 2017; White 2000).

Ce que nous ne savons pas

Compte tenu du manque de recherches sur la formation à la non-escalade et à la désescalade (Engel et al. 2020b), de nombreuses questions essentielles sont toujours actuellement sans réponse :

- Les objectifs des programmes de formation à la non-escalade et à la désescalade sont-ils atteints actuellement?
- Certains programmes de formation sont-ils plus efficaces que d'autres? Si oui, pourquoi?

¹⁴ Ces améliorations ont eu lieu de janvier 2018 à avril 2020. La formation ICAT a eu lieu de février à novembre 2019.

- Pour les programmes de formation qui sont efficaces, quels sont les éléments en particulier de la formation qui les rendent efficaces?
- Les effets des programmes de formation vont-ils au-delà d'une amélioration des connaissances et des attitudes pour inclure une amélioration des résultats comportementaux (par exemple, l'application réelle des stratégies)?
- Quelle est la façon optimale de dispenser une formation à la non-escalade et à la désescalade (par exemple, en ce qui concerne la quantité, le format, le contenu, etc.)?
- À quelle vitesse les compétences en matière de non-escalade et de désescalade se dégradent-elles après la formation et à quelle fréquence un recyclage est-il nécessaire?
- Si les programmes de non-escalade et de désescalade sont efficaces, quel impact ont-ils sur les relations entre la police et le public?

Recommandations

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

Équipe d'intervention de crise

Le modèle de l'Équipe d'intervention de crise (EIC) a vu le jour il y a plus de 30 ans à Memphis, dans le Tennessee, aux États-Unis pour offrir une réponse de première ligne aux appels liés à des problèmes de santé mentale reçus par les services de police (il est parfois appelé le modèle de Memphis). Le modèle de l'EIC est né en réponse à un incident critique au cours duquel un policier a abattu une personne souffrant de maladie mentale et de problèmes de toxicomanie, lequel a mis en évidence la nécessité d'améliorer les interventions policières auprès des personnes en état de crise de santé mentale (Compton et coll. 2008). Des représentants des corps de police de Memphis, des universitaires et des professionnels de la santé mentale ont élaboré la formation d'EIC avec l'objectif de détourner les PMM du système de justice pénale et de les orienter vers un soutien en santé mentale approprié chaque fois que cela est possible (Hassell 2020), d'établir une meilleure collaboration entre la police et les services et systèmes de santé mentale afin de fournir des services plus accessibles aux personnes en crise (Compton et coll. 2008; Koziarski et coll. 2020), et d'augmenter la sécurité des agents et des sujets pendant ces interactions (Compton et coll. 2008; Rogers et coll. 2019). Depuis sa création, le modèle de l'EIC est de plus en plus utilisé par de nombreux services policiers en Amérique du Nord comme moyen de répondre aux appels impliquant des PMM (Taheri 2016).

La formation d'EIC fonctionne de la manière suivante : une formation complète de 40 heures sur l'intervention de crise et la santé mentale est dispensée aux agents de police qui travaillent généralement en première ligne. Le modèle de la formation d'EIC de Memphis est disponible auprès de l'Université de Memphis (voir University of Memphis CIT Centre : <http://www.cit.memphis.edu>). Selon ce modèle et d'autres modèles génériques de formation d'EIC, cette formation comprend généralement un contenu dispensé en classe permettant aux agents d'acquérir des connaissances sur les maladies mentales et les facteurs qui peuvent influencer la présentation de la santé mentale d'une personne; d'acquérir une connaissance des ressources et des services offerts dans la collectivité; d'être mieux sensibilisés à la diversité en vue de leurs interactions avec des PMM; et de maîtriser les questions juridiques liées aux devoirs d'un agent de police lorsqu'il répond à des appels impliquant des personnes en état de crise de santé mentale. Par le biais de scénarios d'apprentissage expérientiels basés sur la simulation, la formation sur les EIC enseigne également les compétences en matière de désescalade et les pratiques d'évaluation situationnelle afin de réduire au minimum le risque d'issues violentes et d'améliorer la sécurité (Compton et coll. 2008; Pelfrey et Young 2020). La formation sur les EIC comporte également des volets pour enseigner aux répartiteurs à déterminer les appels qui exigent le déploiement de l'équipe spécialisée et un volet pour les établissements de santé mentale locaux vers lesquels les équipes emmènent les sujets ayant besoin de services supplémentaires (Rogers et coll. 2019). Il convient de souligner que l'établissement d'accords obligeant les services de santé mentale à recevoir les clients dirigés par les EIC ou emmenés par elles en personne est considéré comme un élément essentiel du modèle de l'EIC (Pelfrey et Young 2020).

Selon une étude récente sur les corps de police au Canada, le déploiement et les protocoles opérationnels des programmes d’EIC (Koziarski et al. 2020) varient, probablement parce qu’ils sont adaptés aux objectifs locaux particuliers, aux capacités des ressources et aux options de service des collectivités dans lesquelles ils sont mis en œuvre (Pelfrey et Young 2020).

Ce que nous savons

La plupart des recherches disponibles sur le modèle de l’EIC ont examiné les effets des formations à l’intervention en situation de crise sur les connaissances des agents et leur confiance perçue dans leur capacité à répondre aux appels liés à un problème de santé mentale, mais il existe également des données sur les effets de ces formations sur les actions des agents et sur les résultats de leurs interventions. Les sources de données pour ces informations comprennent généralement des enquêtes sur l’attitude des agents et sur les réponses aux appels, des entretiens avec les agents sur leurs expériences relatives à la formation d’EIC et aux réponses aux appels, des entretiens et des groupes de discussion avec les responsables des EIC et les parties prenantes de la collectivité, et les statistiques officielles concernant le nombre de transports volontaires et involontaires vers les services hospitaliers/de santé mentale et d’autres actions de la police (Pelfrey et Young 2020). Des analyses documentaires non systématiques et systématiques sont disponibles sur la question de l’EIC (Compton et coll. 2008), notamment dans la littérature récente (Peterson et Densley 2018; Rogers et coll. 2019; Steadman et Morrissette 2016; Watson et Compton 2019). Ces examens commencent à inclure également des examens méta-analytiques (Taheri 2016). Certaines de ces recherches sont basées sur de simples modèles de recherche avant-et-après les formations, pour déterminer comment les agents ont évolué dans leurs connaissances, leurs attitudes et leurs pratiques perçues depuis leur formation. Cependant, des études utilisant des modèles de recherche plus robustes existent également pour offrir un aperçu de l’influence de la formation d’EIC sur les connaissances, les attitudes et les pratiques perçues des agents formés en comparaison avec les agents non formés en EIC.

Impact sur les agents

- Les agents ayant reçu une formation d’EIC déclarent avoir acquis des connaissances en santé mentale et être plus compétents pour détecter les maladies qu’antérieurement à la formation (Compton et coll. 2008; Bonfine et coll. 2014; Ellis 2014; Hassell 2020; Seo et coll. 2021a), ainsi que d’avoir acquis de meilleures compétences en désescalade (Compton et coll. 2014). Certains de ces gains rapportés sont mesurés peu de temps après la formation sur les EIC (Ellis 2014), tandis que d’autres mesurent les connaissances des agents et les gains de compétences perçus plus de deux ans après la formation (par exemple, Bonfine et coll. 2014), ce qui semble démontrer un impact durable au-delà des effets immédiats de la formation. Cependant, les observations directes de ces compétences sont moins souvent au centre des recherches disponibles et les recherches sur les compétences et les capacités des populations de prestataires de services relatives à la santé mentale et à la réponse aux crises montrent une certaine dégradation au fil du temps (Holmes et coll. 2019; Vaughan et coll. 2020). Des recherches longitudinales à plus long terme seraient donc nécessaires pour comprendre l’évolution à long terme des compétences acquises au moyen de la formation afin de déterminer le moment approprié de suivre une formation de recyclage. Les agents formés en EIC se sentent mieux préparés à répondre à des situations impliquant des personnes atteintes de maladies mentales que les agents qui ne le sont pas (Bonfine et

coll. 2014; Borum et coll. 1998; Compton et coll. 2008; Ritter et coll. 2010), y compris une plus grande confiance dans la façon de répondre aux personnes souffrant de psychose et d'idées/comportements suicidaires (Compton et coll. 2014).

- Les avantages de la formation d'EIC sur le plan des connaissances et de l'auto-efficacité pour les agents ont été maintenus au moins pendant un à deux ans après la formation (Compton et coll. 2014).
- Les agents travaillant au sein d'une même organisation que les agents formés en EIC ont tendance à considérer que le programme atteint ses objectifs de réduction de la criminalisation des PMM, de réduction du temps passé sur les interventions liées à des troubles de santé mentale et d'amélioration de la sécurité de la collectivité (Borum et al. 1998).
- Une étude a indirectement examiné les avantages associés au recrutement d'agents qui se portent volontaires (autosélection) pour la formation d'EIC par rapport à une affectation obligatoire des agents à ces rôles. Compton et coll. (2017) ont comparé les agents qui se sont auto-sélectionnés pour la formation d'EIC à ceux qui n'ont pas eu de formation (agents utilisés en lieu de tout agent assigné à faire ce travail plutôt que de s'être portés volontaires) sur les connaissances, les attitudes et les compétences liées aux interventions en situation de crise, ainsi qu'en ce qui a trait à leur réponse aux situations de crise réelles. Deux ans après la formation, le groupe formé sur les EIC avait conservé des attitudes généralement plus positives à l'égard de la maladie mentale, faisait preuve de meilleures compétences en matière de désescalade et prenait des décisions plus éclairées concernant l'orientation des sujets lors des réponses aux appels que le groupe non formé. Même si les agents formés en EIC étaient plus susceptibles d'utiliser la force physique (y compris le menottage) que les agents non formés lors de leurs interactions avec les citoyens, ils étaient également plus susceptibles de diriger les personnes vers des services de traitement et moins susceptibles de les arrêter lorsqu'ils avaient recours à la force physique comparativement aux agents non formés. Les ajustements statistiques pour tenir compte de facteurs tels que le sexe de l'agent, l'utilisation de l'empathie et l'exposition antérieure au domaine de la santé mentale n'ont pas modifié ces résultats. Compton et coll. ont conclu que l'autosélection pour la formation sur les EIC et l'adhésion volontaire à une EIC donne de meilleurs résultats que le fait d'obliger un agent à accepter ce rôle.
- La réduction de l'adhésion aux stéréotypes liés aux problèmes de santé mentale et aux croyances stigmatisantes a été une constatation constante chez les agents formés sur les EIC par rapport à leurs attitudes antérieures à la formation et à celles des agents sans formation à cet égard (Compton et coll. 2008; Ellis 2014).
- Comparativement aux connaissances préalables à la formation, les agents formés ont tendance à mieux connaître les ressources locales disponibles pour répondre aux besoins des PMM (Compton et coll. 2008). Les agents formés ont également tendance à considérer les systèmes de services d'urgence comme plus utiles que les agents n'ayant pas reçu ce type de formation (Borum et al. 1998).
- La fréquence d'utilisation de solutions informelles (c.-à-d., résolues sur place ou sans action formelle) en réponse aux appels liés à des troubles de santé mentale est similaire, que les agents soient ou non formés sur les EIC (Watson et coll. 2021).

Impact sur les sujets

- Les sujets dirigés vers des services psychiatriques par les EIC ont des caractéristiques similaires à celles des sujets dirigés vers de tels services par des agents sans formation sur les EIC (Broussard et coll. 2010), ce qui semble indiquer que la formation n'affecte pas le type de sujet qui est dirigé vers des services de santé mentale d'urgence par la police.
- Certaines recherches indiquent que les sujets qui font l'objet d'interventions menées par des EIC sont moins susceptibles d'être arrêtés et plus susceptibles d'être redirigés vers des services de santé mentale par les corps de police qui ont des initiatives en matière d'EIC par rapport à celles qui n'en ont pas (Compton et coll. 2008). Cependant, des données plus récentes semblent indiquer que l'intervention d'une EIC n'a pas d'influence substantielle sur la probabilité qu'un client soit arrêté, alors que le simple fait que l'appel soit préalablement identifié comme un appel lié à un trouble de santé mentale réduit la probabilité d'une arrestation par les agents qui interviennent, qu'ils aient reçu ou non une formation sur les EIC (Watson et coll. 2021).
- Lorsque des agents d'une EIC interviennent, la proportion d'appréhensions involontaires pour des raisons de santé mentale diminue et les sujets acceptent plus souvent d'être dirigés vers des traitements (Hassell 2020).
- Les EIC ont un effet modéré sur le détournement des ressources des prisons et des hôpitaux (Seo et al. 2021a).

Impact sur le système

- L'utilisation du modèle des EIC est largement répandue. Il a été adopté dans divers contextes de maintien de l'ordre, y compris dans des collectivités rurales et de petite taille (Semple et coll. 2021; Strassle 2019); dans de grands centres urbains (Helfgott et al. 2016), au niveau des États américains (mais pas des provinces ou territoires) (Oliva et Compton 2008) et dans les aéroports (McGriff et al. 2010).
- Certaines études ont constaté une réduction du taux de transports involontaires vers des établissements de santé mentale, tant pour les agents formés sur les EIC que pour ceux qui ne le sont pas, par rapport aux années antérieures à la mise en place des EIC dans chacun des services (Teller et coll. 2006), ce qui semble indiquer que le programme a eu des retombées positives dans la façon des agents non formés de percevoir les appels liés à des troubles de santé mentale et d'y répondre.
- Certaines recherches montrent que les agents des EIC répondent plus rapidement aux appels de crise de santé mentale que les autres agents (Compton et coll. 2008), et que le recours aux EIC peut réduire le temps passé sur les lieux (Seo et al. 2021a).
- Les analyses coûts-avantages favorisent généralement les modèles d'EIC en raison du report des hospitalisations et de la réduction du temps de détention/de prison, bien que les économies soient décrites comme modestes dans les quelques études examinant formellement cette question (El-Mallakh et coll. 2014).

Ce que nous ne savons pas

- Bien que l'Université de Memphis fournisse un modèle pour la formation des EIC, les formations sur ce sujet varient d'un service à l'autre en raison de la tendance à utiliser

les ressources locales pour élaborer et donner le programme (Pelfrey et Young 2020). Ainsi, la nature des formations de 40 heures n'est pas normalisée en soi, à moins de suivre délibérément le modèle de Memphis.

- On ne sait pas dans quelle mesure les connaissances et les compétences en matière de désescalade acquises en suivant la formation sur les EIC sont maintenues un certain temps après la formation, étant donné que très peu de recherches examinent cette question par le biais d'études de suivi à long terme prospectives, et que celles qui ont été réalisées s'arrêtent au maximum deux ans après la formation. Ainsi, on ne sait pas exactement à quelle fréquence la formation doit être dispensée aux agents et aux autres personnes concernées par l'utilisation des EIC pour maintenir les gains de connaissances, de compétences et les avantages du système, et pour réduire au minimum les dérives par rapport au programme.
- La plupart des recherches sur les EIC se concentrent sur les effets de la formation plutôt que sur les aspects fonctionnels du modèle (Watson et Compton 2019). Par exemple, il n'y a pas de recherche sur les aspects opérationnels des EIC, comme le seuil d'appel idéal pour le déploiement des EIC et les formes d'appels de crise de santé mentale pour lesquelles les EIC peuvent être plus efficaces par rapport aux appels pour lesquels elles ont moins d'impact. Il n'y a pas non plus de recherches sur les facteurs qui influencent le degré d'engagement des sujets dans les services appropriés après les interactions avec les EIC, bien que ce soit l'un des objectifs de ce modèle.
- On manque de données sur la mesure dans laquelle les EIC réduisent la criminalisation des personnes qui font l'objet d'une intervention d'une EIC (Rogers et coll. 2019). Très peu d'études examinent les résultats sur les plans de la détention et des arrestations/inculpations après les interventions des EIC sur la base de sources de données officielles (par opposition à la perception des agents et aux autodéclarations; Peterson et Densley 2018) et la seule méta-analyse sur les résultats des EIC n'a trouvé aucun effet des interventions des EIC sur les taux d'arrestation (Taheri 2014).
- Il n'est pas clair si la disponibilité d'agents formés en EIC diminue la nécessité pour les services de police de déployer leurs équipes tactiques d'urgence. Compton et coll. (2009) ont constaté que la disponibilité des EIC n'avait aucun effet sur la probabilité de déploiement des équipes tactiques, sans doute en raison de la faible utilisation des équipes tactiques et des fonctions différentes de ces deux équipes. Cependant, des études antérieures ont rapporté une réduction de l'utilisation des équipes tactiques pour les appels liés à la santé mentale (voir l'analyse de Pelfrey et Young 2020).
- Il n'est pas clair si les EIC permettent d'atteindre les objectifs d'augmentation de la sécurité des agents et des citoyens et de réduction de la nécessité de recourir à la force (Rogers et coll. 2019; Taheri 2014). Une méta-analyse récente n'a trouvé qu'un faible impact de l'intervention des EIC sur le recours à la force, les arrestations et les blessures (Seo et al. 2021a).
- Les recherches sur le rôle des caractéristiques des agents et l'impact des ressources de la collectivité sur les résultats obtenus par les EIC font défaut (Peterson et Densley 2018).
- La plupart des services où des EIC ont été créées forment un quart ou moins de leurs agents de première ligne sur les EIC, ce qui peut être insuffisant pour répondre à un volume plus élevé d'appels de crise de santé mentale. Des recommandations ont été faites pour que soit fournie une certaine forme de formation en intervention de crise à tous les agents (Seo et al.

2021a). Cependant, aucune recherche n'a été effectuée sur les avantages et les limites que peut avoir le fait de fournir à la fois une formation en EIC à certains agents et une version allégée de cette formation à tous les agents de première ligne.

- La plupart de nos connaissances sur les EIC proviennent des recherches effectuées sur la mise en œuvre de ce modèle aux États-Unis. Des lacunes subsistent cependant quant à l'évaluation de l'efficacité des EIC dans un contexte canadien (Koziarski et al. 2020). De plus, ces recherches ne s'appuient souvent pas sur des modèles d'études à groupes expérimentaux et témoins randomisés ou appariés, qui déterminent le mieux les résultats pour les sujets, les agents et les systèmes lorsque des EIC mises en place (Peterson et Densley 2018).

Équipe d'intervention mixte

Les équipes d'intervention mixtes (EIM) existent depuis plus de 20 ans. Bien que plusieurs modèles d'EIM soient utilisés au Canada (Koziarski et coll. 2020; Shapiro et coll. 2015), ils ont en commun la présence d'un professionnel de la santé mentale qui répond aux appels de crise liée à un trouble de santé mentale aux côtés d'un agent de police. Dans les modèles d'équipes plus importantes, ce clinicien travaille de manière intégrée avec des policiers ayant une formation spécialisée en réponse aux crises de santé mentale et à la désescalade, souvent sous la forme d'une formation sur les EIC ou une formation équivalente (par exemple, Helfgott et coll. 2016). Dans d'autres modèles, le professionnel de la santé mentale travaille avec des agents de patrouille non spécialisés. Dans certains modèles, des équipes sont prêtes à intervenir à toute heure du jour et de la nuit et tous les jours de la semaine, tandis que dans d'autres modèles, ces services ne sont déployés que pendant certaines heures et présentent des lacunes en matière d'accès (Koziarski et al. 2020). Le professionnel de la santé mentale est souvent un infirmier/une infirmière ou un travailleur social, et un psychiatre consultant est parfois rattaché au service. Dans la plupart des cas, les équipes d'intervention mixtes constituent un service d'intervention secondaire (c.-à-d. qu'elles sont appelées sur les lieux après que les patrouilleurs ont répondu et déterminé la nécessité de faire appel à l'EIM), ce qui est probablement dû à la présence d'un civil dans l'équipe; toutefois, certaines équipes au Canada représentent un point d'accès de première intervention (Koziarski et coll. 2020). Le service est généralement fourni sur place, bien que certains modèles utilisent le téléphone ou l'accès à distance pour soutenir les agents sur place (Shapiro et al. 2015). Les objectifs des EIM sont similaires à ceux des EIC, soit la réduction de la criminalisation des PMM, le renforcement des possibilités de désescalade, le recours aux services communautaires au lieu de l'hospitalisation et des résultats plus sécuritaires pour les clients et les agents (Koziarski et al. 2020; Shapiro et coll. 2015). L'intervention conjointe de la police et du clinicien est jugée utile parce que le clinicien est l'expert en intervention de crise et en soins de santé mentale, tandis que l'agent de police est présent pour soutenir la désescalade, tout en étant attentif aux risques pour la sécurité, et a la capacité voulue d'adopter des solutions d'intervention appropriées à des fins de sécurité lorsque la situation l'impose (Shapiro et al. 2015).

Ce que nous savons

Un examen de la littérature universitaire et grise (rapports techniques) a été effectué pour mieux connaître le format des modèles d'EIM et leur impact sur les agents, les sujets et les systèmes, en mettant l'accent sur les travaux évalués par des pairs pour la présentation des résultats. Cet examen a révélé que diverses évaluations des EIM ont été menées, y compris de récentes évaluations examinées par des pairs au Canada, où ce modèle est plus fréquemment

utilisé que celui des EIC (Koziarski et al. 2020). Ces évaluations sont généralement fondées sur des conceptions d'évaluation avant-et-après et/ou une comparaison de différents services pour déterminer l'impact des EIM relativement aux résultats des patrouilles générales.

Impact des équipes formées d'un agent et d'un professionnel de la santé

- Les professionnels de la santé affectés à ces équipes disent se sentir plus en sécurité lorsqu'ils répondent à des appels de crise dans la collectivité aux côtés de policiers (Baess 2005).
- Les policiers qui reçoivent une formation en intervention de crise ont tendance à privilégier davantage le recours aux techniques de désescalade verbale et d'écoute active avec les personnes en crise (Allen Consulting Group 2012; Canada et coll. 2011).
- On observe un impact favorable sur la compréhension et la perception de la maladie mentale chez les agents (Seo et al. 2021a). Par exemple, les agents des EIM font état d'une meilleure compréhension des problèmes de santé mentale (c'est-à-dire des critères de diagnostic et des interventions comportementales, Baess 2005), d'une plus grande tolérance lors des interventions auprès des PMM, et souscrivent plus fermement à leur rôle de soutien aux PMM que les agents travaillant dans des services où ces programmes ne sont pas disponibles (Abbott 2011).
- Le recours à la force est peu fréquent dans les interactions entre la police et les citoyens, mais les personnes en situation de crise de santé mentale sont plus susceptibles de faire l'objet d'incidents de recours à la force (Livingston et coll. 2014; Morabito et coll. 2017). Blais et ses collègues (2020) ont récemment examiné la fréquence du recours à la force par l'équipe mobile d'intervention psychosociale à Sherbrooke, au Québec. Ils ont constaté une diminution substantielle du taux de recours à la force lorsque l'EMIP intervenait par rapport au groupe témoin. Plus précisément, le taux de recours à la force était de 12,1 % pour les unités du groupe témoin, contre seulement 4,2 % pour les unités de l'EMIP.
- L'effet des EIM sur les taux d'arrestation est faible (Seo et al. 2021a), bien que peu d'études aient examiné cet aspect.

Avantages pour les sujets

- La clientèle desservie par les EIM s'engage davantage dans les services de suivi par rapport aux cas témoins appariés non desservis par ces équipes (Kisely et al. 2010) et fait état d'expériences positives avec les intervenants des EIM (Kirst et al. 2014; Lamanna et coll. 2018).
- Les interventions des EIM aboutissent plus fréquemment à des renvois vers des services de traitement ou communautaires (Semple et coll. 2021) et la clientèle est plus susceptible d'être prise en charge au sein des propres réseaux sociaux (Blais, et coll. 2020) que lorsqu'une patrouille non spécialisée intervient. L'utilisation de ces équipes a un impact favorable sur le délestage de la clientèle relativement aux ressources des prisons et des hôpitaux (Seo et al. 2021a).
- Les arrestations en vertu de la Loi sur la santé mentale ont tendance à être moins fréquentes lorsque des EIM répondent aux appels liés à un trouble de santé mentale en comparaison avec les patrouilles habituelles (Blais et coll. 2020). Par exemple, Semple et coll. (2021) ont constaté une baisse de 37,9 % à 11,8 % des arrestations réalisées après la mise en œuvre d'un modèle d'EIM dans un service de police en Ontario.

- Les ambulances sont plus souvent utilisées pour le transport des clients vers l'hôpital que les véhicules de police lorsque des EIM interviennent par rapport aux services témoins où ces équipes ne sont pas disponibles (Allen Consulting Group 2012).
- Les taux d'hospitalisation ont tendance à être inférieurs pour la clientèle desservie par des EIM plutôt que des patrouilles générales en raison du meilleur triage par les EIM des personnes qui doivent être transportées à l'hôpital (Scott 2000).

Avantages pour les systèmes

- Les recherches ont démontré que le nombre de crises auxquelles les équipes peuvent répondre a tendance à augmenter après la mise en œuvre d'un modèle d'EIM par rapport aux services témoins (Kisely et al. 2010), bien que les EIM aient tendance à avoir un impact minimal sur le temps de réponse étant donné qu'elles sont souvent déployées en tant qu'intervenants secondaires (Seo et al. 2021a).
- Le recours à des EIM entraîne une diminution du temps de traitement sur place par les autres agents, ce qui réduit la charge sur les ressources policières (Allen Consulting Group 2012; Kisely et coll. 2010) et accroît leur disponibilité pour d'autres appels. Dans une étude canadienne réalisée sur l'île de Vancouver, le temps moyen de traitement sur place était de 52 minutes pour les EIM, contre 3 heures dans la région témoin (Allen Consulting Group 2012).
- Avec les modèles d'EIM, le temps d'attente moyen des policiers aux urgences était systématiquement plus court (moins d'une heure) que lors des appels impliquant des policiers ne faisant pas partie d'une EIM (Fahim et al. 2016). Ce résultat illustre le potentiel de réduction de la charge sur les services d'urgence et les services de santé mentale aigus (Allen Consulting Group 2012). Cependant, une enquête canadienne sur les programmes d'EIM/EIC a révélé que le temps nécessaire pour assurer le transfert des soins entre les équipes et les services hospitaliers reste un obstacle pour certains services (souvent 2 à 3 heures d'attente) et réduit la capacité des équipes à répondre à d'autres appels de crise en attendant que ces transferts soient terminés (Koziarski et al. 2020).
- Les EIM peuvent être efficaces pour réserver les services d'urgence hospitaliers intensifs aux personnes qui en ont le plus besoin (Allen Consulting Group 2012). Par exemple, à Hamilton, en Ontario, les équipes mobiles d'intervention de crise (EMIC) ont permis une réduction de 49 % du taux global d'appels de crise en santé mentale se terminant dans le service des urgences (Fahim et al. 2016).
- Bien que le financement puisse être un obstacle initial à la mise en œuvre des programmes d'intervention de crise et que les analyses coûts-avantages ne soient souvent pas rapportées, les quelques données disponibles indiquent que les EIM peuvent faire réaliser des économies aux services policiers en raison de la réduction du temps consacré aux appels et de la diminution du temps d'attente dans les hôpitaux (Allen Consulting Group 2012; Scott 2000; Semple et coll. 2021; Shapiro et coll. 2015).
- En général, le personnel, la clientèle et les intervenants communautaires des EIM ont tendance à avoir une opinion favorable des équipes de policiers et professionnels de la santé mentale qui interviennent conjointement (Allen Consulting Groups 2012; Baess 2005; Ligon et Thyer 2000), bien que ces opinions soient parfois tempérées par les défis liés à la

mise en œuvre et à la répartition des ressources, qui peuvent limiter les résultats positifs (Koziarski et coll. 2020).

- La récente comparaison des modèles des EIC et des EIM comprise dans la méta-analyse réalisée par Seo et ses collègues (2021a) a révélé que les EIM produisaient des effets plus importants sur les résultats globaux. Ils semblent indiquer que les partenariats d'intervention entre la police les services de santé mentale peuvent avoir plus d'impact que les modèles qui reposent uniquement sur la formation à l'intervention de crise pour les agents.

Ce que nous ne savons pas

Malgré les recherches récentes qui tendent à attester les avantages potentiels de l'utilisation des EIM, il existe des lacunes dans les connaissances qui doivent être comblées avant que nous puissions comprendre pleinement les éléments essentiels de ce modèle et son plein impact sur les résultats pour les citoyens, la sécurité des agents, les changements organisationnels, etc.

- Étant donné la diversité des modèles opérationnels des EIM, on ne sait pas encore clairement quel modèle d'intervention mixte fonctionne le mieux pour chaque type de crises de santé mentale et de clientèle, ou si cela importe. Par exemple, on ne sait pas trop si les équipes qui jumellent des patrouilleurs de service général avec un professionnel de la santé mentale sont aussi, plus ou moins efficaces pour obtenir des résultats de sécurité pour la clientèle et les membres de l'équipe que le modèle d'un agent d'intervention de crise entièrement intégré et spécialisé, bien que les recherches sur les EIC semblent indiquer que ce dernier modèle soit probablement plus efficace en matière de désescalade.
- De nombreux membres d'EIM reçoivent une certaine forme de formation sur la sensibilisation à la santé mentale, la désescalade et les ressources des services, mais on ne sait pas encore quelle intensité de formation serait idéale pour ces équipes et le niveau de besoin pourrait dépendre du modèle d'EIM adopté.
- Les prestataires de services sociaux et de santé mentale manquent souvent d'un complément de formation qui les aiderait à comprendre les rôles, les compétences et les responsabilités des policiers lorsqu'ils répondent à des appels liés à des troubles de santé mentale (Steadman et Morrisette 2016).
- L'arrestation n'est pas une réponse courante aux appels de crise de santé mentale (Morabito et al. 2018), mais les PMM sont plus susceptibles d'être arrêtées en général par rapport aux personnes sans problème de santé mentale (Boyce et al. 2015). Ainsi, un suivi des données d'arrestation est nécessaire pour déterminer si les EIM réduisent la criminalisation des personnes en crise de santé mentale. Malheureusement, les données sont mitigées quant à savoir si les EIM réduisent les taux d'arrestation en comparaison aux services policiers sans EIM (Watson et coll. 2019); cependant, certaines données semblent indiquer que les EIM peuvent éloigner la clientèle du système de justice pénale, comme en témoigne la réduction du recours à la détention policière lorsque des EIM interviennent (Puntis et al. 2018; Seo et coll. 2021a).
- Il n'y a pas eu de recherches sur les économies de coûts pour le secteur de la santé, bien que les constatations d'une diminution des visites aux services d'urgence et d'une réduction des hospitalisations pour les clients desservis par des EIM indiquent qu'elles contribueraient à faire économiser des coûts pour ces secteurs également.

Recommandations

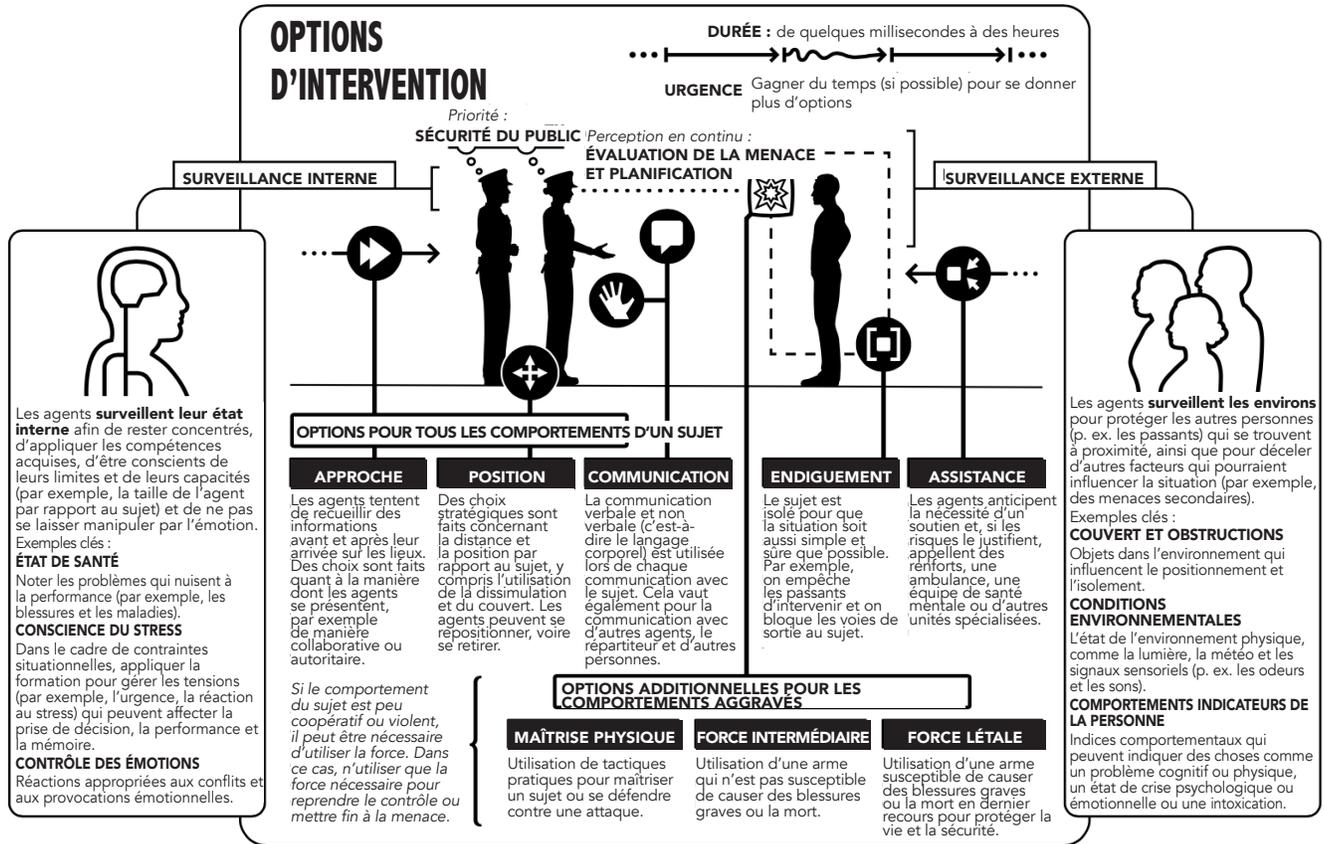
1. Des analyses des ressources disponibles doivent être effectuées pour comprendre les besoins locaux en matière d'intervention en cas de crise, les ressources disponibles et les lacunes afin de déterminer la nécessité d'utiliser des EIC, des EIM ou d'autres modèles d'intervention en cas de crise.
2. 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 l'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.

Annexe : Modèle de décision pour les interactions policières

MODÈLE DE DÉCISION POUR LES INTERACTIONS POLICIÈRES

Les agents de police essaient d'obtenir la coopération et l'obtempération du sujet. **La sécurité est la priorité absolue :** la responsabilité première d'un policier est de préserver et de protéger la vie. Pour assurer la sécurité du public, les policiers doivent eux-mêmes rester en sécurité.

Chaque situation est différente et peut évoluer rapidement. La prise de décision est très fluide. La désescalade d'un comportement menaçant ou nuisible est basée sur la formation, mais dépend des circonstances – il n'existe pas de procédure unique à suivre pas à pas.



Source : Andersen, J. P., Boychuk, E. C., Di Nota, P., Back, D., & Poplawski, S. (2018). A decision making model for police: Scientific review of police decision making and visual model development. Rapport préparé pour le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels du gouvernement de l'Ontario. Les droits d'auteur et la propriété intellectuelle de l'image sont détenus par l'auteure principale (Judith P. Andersen).

Références

- Abanonu, R. (2018). De-escalating police-citizen encounters. *Southern California Review of Law and Social Justice*, 27, 239-269.
- Abbott, S. E. (2011). *Evaluating the impact of a jail diversion program on police officer's attitudes toward the mentally ill* (Unpublished doctoral dissertation). Northeastern University, Boston, Massachusetts. <https://www.semanticscholar.org/paper/Evaluating-the-impact-of-a-Jail-Diversion-Program-Abbott/4ddd73104939d6d2193cceb2a1b55f045bb30f09>
- Adleman, J. (2003). *Study in blue and grey: Police interventions with people with mental illness. A review of challenges and responses*. Canadian Mental Health Association BC Division. <https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policereport.pdf>
- Allen Consulting Group. (2012). *Police, Ambulance, and Clinical Early Response (PACER) Evaluation: Final Report*. Melbourne, Australia: Author. <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/researchandreports/Police-Ambulance-and-Clinical-Early-Response-PACER-Evaluation-Report>
- Alpert, G., and Dunham, R. (2010). Policy and training recommendations related to police use of CEDS: Overview of findings from a comprehensive national study. *Police Quarterly* 13(3), 235-259.
- Andersen, J. P., Boychuk, E., Di Nota, P., Back, D., and Poplawski, S. (2018a). *Decision model for police encounters: A science-based approach for decision-making in police encounters*. Final report to the Ministry of Community Safety and Correctional Services. University of Toronto, Toronto, ON.
- Andersen, J. P., Di Nota, P. M., Beston, B., Boychuk, E. C., Gustafsberg, H., Poplawski, S., and Arpaia, J. (2018b). Reducing lethal force errors by modulating police physiology. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60, 867-874.
- Andersen, J. P., Di Nota, P., Poplawski, S., Pitel, M., Zurowski, J., and Azmi, P. (2017). *The science behind de-escalation and use of force decision-making: Policy recommendations for police training*. Final report to the Ministry of Community Safety and Correctional Services. University of Toronto, Toronto, ON.
- Andersen, J., and Gustafsberg, H. (2016). A training method to improve police use of force decision making: A randomized controlled trial. *SAGE Open*, 6 1-13.
- Anderson, G., Di Nota, P., Metz, G., and Andersen, J. (2020). The impact of acute stress physiology on skilled motor performance: Implications for policing. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02501/full>
- Arble, E., Daugherty, A. M., and Arnetz, B. (2019). Differential effects of physiological arousal following acute stress on police officer performance in a simulated critical incident. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00759/full>
- Arpaia, J., and Andersen, J. P. (2019). The unease modulation model: An experiential model of stress with implications for health, stress management, and public policy. *Frontiers in Psychiatry*. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6567485/>
- Babayan, A., Landry-Thompson, T., and Stevens, A. (2015). *Evaluation of the Brant community response team initiative: Six-month report*. Brantford, ON. Available at: <http://globalcommunitysafety.com/sites/default/files/brantford-six-month-evaluation.pdf>
- Baess, E. P. (2005). *Integrated mobile crisis response team (IMCRT): Review of pairing police with mental health outreach services*. Vancouver Island Health Authority. Retrieved from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.583.1431&rep=rep1&type=pdf>
- Bailey, K., Paquet, S. R., Ray, B. R., Grommon, E., Lowder, E. M., and Sightes, E. (2018). Barriers and facilitators to implementing an urban co-responding police-mental health team. *Health Justice*, 6(21) 1-12.
- Baksheev, G., Oglhoff, J., and Thomas, S. (2012). Identification of mental illness in police cells: A comparison of police processes, the Brief Jail Mental Health Screen and the Jail Screening Assessment Tool. *Psychology, Crime and Law* 18(6): 529-542.
- Baldwin, S., Bennell, C., Andersen, J. P., Semple, T., and Jenkins, B. (2019). Stress-activity mapping: Physiological responses during general duty police encounters. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.02216/full>
- Bennell, C., Alpert, G., Andersen, J. P., Arpaia, J., Huhta, J-M., Kahn, K. B., ... White, M. (2021). Advancing police use of force research and practice: Urgent issues and prospects. Advanced online publication. *Legal and Criminological Psychology*.
- Bennell, C., Blaskovits, B., Jenkins, B., Semple, T., Khanizadeh, A., Brown, A., and Jones, N. (2018). *A framework for assessing non-escalation, de-escalation, and use of force training in Ontario*. Final report to the Ministry of Community Safety and Correctional Services. Carleton University, Ottawa, ON.
- Berger, J. (2019). Mediation of the acute stress response by the skeleton. *Cell Metabolism*, 30, 890-902.
- Bertilsson, J., Niehorster, D. C., Fredriksson, P. J., Dahl, M., Granér, S., Fredriksson, O., ... Nyström, M. (2019). Stress levels escalate when repeatedly performing tasks involving threats. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01562/full>

- Bhayani, G., and Thompson, S. (2017). SMART on social problems: Lessons learned from a Canadian risk-based collaborative intervention model. *Policing* 11(2):168–84.
- Bittner, E. (1967). The police on skid-row: A study of peace keeping. *American Sociological Review*, 32(5), 699-715.
- Bittner, E. (1990). *Aspects of police work*. Boston: Northeastern University Press.
- Blais, E., Landry, M., Elazhary, N., Carrier, S., and Savard, A-M. (2020). Assessing the capability of a co-responding police-mental health program to connect emotionally disturbed people with community resources and decrease police use-of-force. Advanced online publication. *Journal of Experimental Criminology*.
- Borum, R., Deane, M. W., Steadman, H. J., and Morrissey, J. (1998). Police perspectives on responding to the persons with mental illnesses in crisis: Perceptions of program effectiveness. *Behavioral Sciences and the Law*, 16(4), 309-405.
- Bonfine, N., Ritter, C., and Munetz, M. R. (2014). Police officer perceptions of the impact of Crisis Intervention Team (CIT) programs. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 341-350
- Boyce, J., Rotenberg, C., and Karam, M. (2015). Mental health and contact with police in Canada 2012, *Juristat, Catalogue no. 85-002-X*, Statistics Canada <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2015001/article/14176-eng.pdf?st=uwMaW5wj>
- Broussard, B., McGriff, J. A., Demier Neubert, B. N., D’Oria, B., and Compton, M. T. (2010). Characteristics of patients referred to psychiatric emergency services by Crisis Intervention Team police officers. *Community Mental Health Journal*, 46(6), (579-584).
- Brown, J., and Newberry, J. (2015). *An evaluation of the connectivity situation tables in Waterloo Regionregion: Addressing risk through System Collaboration*. Guelph, ON. Retrieved from: https://cfbsjs.usask.ca/documents/research/research_papers/AnEvaluationoftheConnectivitySituationTablesInWaterlooRegion.pdf
- Boulton, L., and Cole, J. (2016). Adaptive flexibility: Examining the role of expertise in the decision making of authorized firearms officers during armed confrontation. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, 10, 291-308.
- Burke, R. J. (Ed). (2017). *Stress in policing. Sources, consequences and interventions*. New York, NY: Routledge
- Canada, K. E., Angell, B., and Watson, A. C. (2012). Intervening at the entry point: Differences in how CIT trained and non-CIT trained officers describe responding to mental health-related calls. *Community Mental Health*, 48(6), 746-755.
- Canadian Police Knowledge Network. (2020). Crisis intervention and de-escalation. *Canadian Police Knowledge Network*. Retrieved from: <https://www.cpkn.ca/en/course/crisis-intervention-and-de-escalation/>
- Carlsson, G., Dahlberg, K., and Drew, N. (2000). Encountering violence and aggression in mental health nursing: A phenomenological study of tacit caring knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 21, 533-545.
- Carleton R., Afifi T., Turner S., et al. (2018). Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63, 54-64.
- Carleton R. N., Afifi T. O., Taillieu T., Turner S., Mason J. E., Ricciardelli R., ... Griffiths C. T. (2020). Assessing the relative impact of diverse stressors among public safety personnel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1234.
- Carmichael, J. (2009). Post-traumatic stress disorder in police and military personnel: Assessment and treatment methods from psychophysiology and neuroscience—Essential preliminary information. *Biofeedback*, 37, 32-35.
- Castillo, E. M., Prabhakar, N., and Luu, B. (2012). Factors associated with law enforcement-related use-of-force injury. *American Journal of Emergency Medicine*, 30, 526-531
- Chan, J., and Andersen, J. (2020). The influence of organizational stress on reported depressive symptoms among police. *Occupational Medicine*, 70, 496-502.
- Coleman, T. G., and Cotton, D. (2010). *Police interactions with persons with a mental illness: Police learning in the environment of contemporary policing*. Mental Health and the Law Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada. Retrieved from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Law_Police_Interactions_Mental_Illness_Report_ENG_0_1.pdf
- Compton, M. T., Bahora, M., Watson, A. C., and Oliva, J. R. (2008). A comprehensive review of extant research on Crisis Intervention Team (CIT) programs. *Journal of the American Academic of Psychiatry and Law*, 36(1), 47-55.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., D’Orio, B., and Watson, A. C. (2017). Police officers’ volunteering for (rather than being assigned to) Crisis Intervention Team (CIT) training: Evidence for a beneficial self-selection effect. *Behavioral Sciences and the Law*, 35(5-6), 470-479.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., ...Watson, A.C. (2014). The police-based crisis intervention team (CIT) model: I. Effects on officers’ knowledge, attitudes, and skills. *Psychiatric Services*, 65(4), 517-522.
- Compton, M. T., Demir, B., Oliva, J. R., and Boyce, T. (2009). Crisis intervention team training and special weapons and tactics callouts in an urban police department. *Psychiatric Services*, 60(6), 831-833.
- Corley, C., and Teare, G. (2019). The hub model: It’s time for an independent summative evaluation. *Journal of Community Safety and Well-Being*, 4(1),10-12.

- Cotton, D., and Coleman, T. (2008). A study of police academy training and education for new police officers related to working with people with mental illness. *Mental Health Commission of Canada*. Retrieved from: https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Law_Police_Academy_Training_Education_Mental_Illness_Study_ENG_0_1.pdf
- Cotton, D., and Coleman, T. (2010). *Understanding mental illness: A review and recommendations for police education and training in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health.
- Covey, T., Shucard, J., Violanti, J., Lee, J., and Shucard, D. (2013). The effects of exposure to traumatic stressors on inhibitory control in police officers: A dense electrode array study using a go/nogo continuous performance task. *International Journal of Psychophysiology*, 87, 363-375.
- Cyr, K. (2016). Police use of force: Assessing necessity and proportionality. *Alberta Law Review*, 53, 663-679.
- Di Nota, P. M., Stoliker, B., Vaughan, A., Andersen, J., and Anderson, G. (2020). Stress and memory: A systematic state-of-the-art review with evidence-gathering recommendations for police. Advanced online publication. *Policing: An International Journal*.
- Di Nota, P., Stoyko, P., Jenkinson, J., Boychuk, E., & Andersen, J. (2021). Critical review of visual models for police use of force decision-making. *Vision* 5(1), 6.
- Dorn, T., Ceelen, M., Buster, M., and Das, K. (2013). Screening for mental illness among persons in Amsterdam police custody. *Psychiatric Services*, 64(10), 1047-1050.
- Dubé, P. (2016). A matter of life and death: Investigation into the direction provided by the Ministry of Community Safety and Correctional Services to Ontario's police services for de-escalation of conflict situations. *Ombudsman Ontario*. Retrieved from: <https://www.ombudsman.on.ca/resources/reports-and-case-summaries/reports-on-investigations/2016/a-matter-of-life-and-death#Training%20wheels>
- Ellis, H. A. (2014). Effects of Crisis Intervention Team (CIT) training program upon police officers before and after crisis intervention team training. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 10-16.
- El-Mallakh, P.L., Kiran, K., and El-Mallakh, R.S. (2014). Costs and savings associated with implementation of a police crisis intervention team. *Southern Medical Journal* 107(6), 391-395.
- Engel, R., Corsaro, N., Isaza, G., and McManus, H. (2020a). Examining the impact of Integrating Communications, Assessment, and Tactics (ICAT) de-escalation training for the Louisville Metro Police Department: Initial findings. *University of Cincinnati*. Retrieved from: https://www.theiacp.org/sites/default/files/Research%20Center/LMPD_ICAT%20Evaluaton%20Initial%20Findings%20Report_FINAL%2009212020.pdf
- Engel, R., McManus, H., and Herold, T. (2020b). Does de-escalation training work?: A systematic review and call for evidence in police use-of-force reform. *Criminology and Public Policy* 19, 721-759.
- Fahim, C., Semovski, V., and Younger, J. (2016). The Hamilton mobile crisis response team: A first-responder mental health service. *Psychiatric Services*, 67(8), 929.
- Francoeur, R. (2020). Police lack mental health training: Former New Brunswick ombudsman. *Blue Line Magazine*, June 15 2020. Retrieved from: <https://www.blueline.ca/police-lack-mental-health-training-former-new-brunswick-ombudsman/>
- Fridman, J., Barrett, L. F., Wormwood, J. B., and Quigley, K. S. (2019). Applying the theory of constructed emotion to police decision making. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-12.
- Fridell, L. (2017). *Producing bias-free policing: A science-based approach*. Switzerland: Springer Publishing.
- Garfinkel, S., Ludovico Minati, L., Gray, M., Seth, A., Raymond J., Dolan, R., and Critchley, R. (2014). Fear from the heart: Sensitivity to fear stimuli depends on individual heartbeats. *The Journal of Neuroscience*, 34, 6573-6582.
- Giessing, L., Frenkel, m. O., Zinner, C., Rummel, J. Nieuwenhuys, A., Kasperk, C., Brune, M., Engel, F. A., and Plessner, H. (2019). Effects of coping-related traits and psychophysiological stress responses on police recruits' shooting behavior in reality-based scenarios. *Frontiers in Psychology*. Retrieved from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01523/full>
- Giacomantonio, C., Goodwin, S., and Carmichael, G. (2020). Learning to de-escalate: Evaluating the behavioural impact of verbal judo training on police constables. *Police Practice and Research* 21, 401-417.
- Global Network for Community Safety. (2016). *1st Canada-Wide Account of Hub/Situation Table Adopter Sites and Situations Triaged for Acutely Elevated Risk*. Retrieved from: <http://globalcommunitysafety.com/sites/default/files/Hub-Situation-Table-Adoption-1.pdf>
- Hassell, K. D. (2020). The impact of Crisis Intervention Team training for police. *International Journal of Police Science and Management*, 22(2), 159-170.
- Helfgott, J. B., Hickman, M. J., and Labossiere, A. P. (2016). A descriptive evaluation of Seattle Police Department's crisis response team officer/mental health professional partnership pilot program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44(Jan-Feb), 109-122.
- Hine, K., Porter, L., Westera, N., Alpert, G., and Allen, A. (2018). Exploring police use of force decision-making processes and impairments using a naturalistic decision-making approach. *Criminal Justice and Behavior*, 45 1782-1801.
- Hirdes, J., van Everdingen, C., Ferris, J., Franco-Martin, M., Fries, B., et al. (2019). The interRAI suite of mental health assessment instruments: An integrated system for the continuum of care. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 926-956.

- Ho, J. D., Clinton, J. E., Lappe, M. A., Heegaard, W. G., Williams, M. F., and Miner, J. R. (2011). Introduction of the conducted energy weapon into a hospital setting. *The Journal of Emergency Medicine*, 41(3), 317-323.
- Hoffman, R., Hirdes, J., Brown, G., Dubin, J., and Barbaree, H. (2016). The use of a brief mental health screener to enhance the ability of police officers to identify persons with serious mental disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47(1), 28-35.
- Holmes, G., Clacy, A., Hermens, D. F., and Lagopoulos, J. (2019). The long-term efficacy of suicide prevention gatekeeper training: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 25(2), 177-207.
- Huey, L., Schulenberg, J. L., and Koziarski, J. (2022). *Mental health as police property*. New York: Springer Briefs.
- Iacobucci, F. (2014). Police encounters with people in crisis: An independent review conducted by The Honourable Frank Iacobucci for Chief of Police William Blair, Toronto Police Service. *Toronto Police Service*. Retrieved from: https://www.torontopolice.on.ca/publications/files/reports/police_encounters_with_people_in_crisis_2014.pdf
- Ingersoll Nurse Practitioner-Led Clinic. (2014). *Oxford Situation Table - 6 Month Pilot Report*. Ingersoll, ON. Retrieved from: <http://web65048.mysolarhost.com/wp-content/uploads/2019/10/Oxford-Situation-Table-6-MONTH-REPORT-3-1.pdf>
- International Association of Chiefs of Police. (2020). The national consensus policy and discussion paper on use of force. *International Association of Chiefs of Police*. Retrieved from: https://www.theiacp.org/sites/default/files/2020-07/National_Consensus_Policy_On_Use_Of_Force%2007102020%20v3.pdf
- Kasick, D. P., and Browling, C. D. (2015). Crisis intervention teams: Police-based first response for individuals in mental health crisis. In K. R. Yeager and A. R. Roberts (Eds.), *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment and research (fourth edition)* (pp. 273-296). NY: Oxford University Press.
- Kirst, M., Narrandes, R., Pridham, K. F., Yogalingam, J., Matheson, F., and Stergiopoulos, V. (2014). Toronto Mobile Crisis Intervention Team (MCIT) program implementation evaluation final report. St. Michael's Hospital. Centre for Research on Inner City Health. Retrieved from: <http://stmichaelshospitalresearch.ca/wp-content/uploads/2016/12/MCIT-evaluation-report-final-April30-2014.pdf>
- Kisely, S., Campbell, L. A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D., and Moore, B. (2010). A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 662-668.
- Klugiewicz, G., Young, D., and Oelschlaeger, A. (2018). *Conflict management for law enforcement: Non-escalation, de-escalation, and crisis intervention for police officers*. Milwaukee, WI: Vistelar.
- Koziarski, J., O'Connor, C., and Frederick, T. (2020). Policing mental health: The composition and perceived challenges of Co-Response Teams and Crisis Intervention Teams in the Canadian context. *Police Practice and Research* 22(1), 977-995.
- Krameddine, Y., DeMarco, D., Hassel, R., and Silverstone, P. (2013). A novel training program for police officers that improves interactions with mentally ill individuals and is cost-effective. *Frontiers in Psychiatry*, 4 1-10.
- Krameddine, Y., and Silverstone, P. (2015). How to improve interactions between police and the mentally ill. *Frontiers in Psychiatry*. Retrieved from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2014.00186/full#B12>
- Lamb, H., Weinberger, L., and DeCuir, W. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53(10), 1266-1271.
- Lamanna, D., Shapiro, G. K., Kirst, M., Matheson, F. I., Nakhost, A., and Stergiopoulos, V. (2018). Co-responding police-mental health programmes: Service user experiences and outcomes in a large urban centre. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 891-900.
- Lamontagne, E.. (2015). *Rapid mobilization table data analysis*. Sudbury, ON. Retrieved from: https://cfbsjs.usask.ca/documents/research/research_papers/RMTDataAnalysisReport.pdf
- Lanark County Situation Table Project (2016). *Lanark County situation table project*. Smith Falls, ON. Retrieved from: <https://cfbsjs.usask.ca/documents/LanarkCounty20152016ReportFinal.pdf>
- Lansdowne Consulting Group. 2016. *Multiagency early risk intervention table(s) pilot project review*. Ottawa, ON. Retrieved from: <https://cfbsjs.usask.ca/documents/Merit2016ReviewFinalReport.pdf>
- Ligon, J., and Thyer, B. A. (2000). Client and family satisfaction with brief community mental health, substance abuse, and mobile crisis services in an urban setting. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment*, 6(2), 93-99.
- Livingston, J. D., Desmarais, S. L., Verdun-Jones, S., Parent, R., Michalak, E., and Brink, J. (2014). Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 334-340.
- Livingston, J. D. (2016). Contact between police and people with mental disorders: A review of rates. *Psychiatric Services*, 67(8), 850-857.
- Mather, M., and Thayer, J. (2018). How heart rate variability affects emotion regulation brain networks. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 98-104
- McFee, D., and Taylor, N. (2014). *The Prince Albert hub and the emergence of collaborative risk-driven community safety*. Retrieved from: https://cfbsjs.usask.ca/documents/research/research_papers/ChangeAndInnovationInCanadianPolicing.pdf

- McGriff, J. A., Broussard, B., Demir Neubert, B. N., Thompson, N. J., and Compton, M. T. (2010). Implementing a crisis intervention team (CIT) police presence in a large international airport setting. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2) 153-165.
- McLean, K., Wolfe, S., Rojek, J., Alpert, G., and Smith, M. (2020). Randomized controlled trial of social interaction police training. *Criminology and Public Policy*, 19, 805-832.
- McNeilly, G. (2017). Police interactions with people in crisis and use of force: OIRPD systematic review. Interim report. OIRPD. Retrieved from: <https://www.oiprd.on.ca/wp-content/uploads/Police-Interactions-with-People-in-Crisis-and-Use-of-Force-Systemic->
- Ministry of Community Safety and Correctional Services (2017). *Community safety and well-being in Ontario: A snapshot of local voices (Booklet 2)*. Toronto, ON. Retrieved from: <https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/sites/default/files/content/mcscs/docs/ec167634.pdf>
- Morabito, M. S., Socia, K., Wik, A., and Fisher, W. H. (2017). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50(Jan-Feb), 31-37.
- Morabito, M.A., Savage, J., Sneider, L., and Wallace, K. (2018). Police response to people with mental illnesses in a major U.S. city: The Boston experience with the Co-Responder Model. *Victims and Offenders*, 3(8) 1093-1105.
- Nieuwenhuys, A., and Oudejans, R. (2017). Anxiety and performance: Perceptual-motor behavior in high-pressure contexts. *Current Opinion in Psychology*, 16, 28-33.
- Nieuwenhuys, A., and Oudejans, R. (2010). Effects of anxiety on handgun shooting behavior of police officers: A pilot study. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23, 225-233.
- Nilson, C. 2016. *Chatham-Kent's fast intervention risk specific teams: Final evaluation report*. Toronto, ON. Retrieved from: <https://cfbsjs.usask.ca/documents/FIRSTFINALEvaluationReportNovember2016.pdf>
- Nilson, C. (2018). *Community safety and well-Being: Concept, practice, and alignment*. Saskatoon, SK. Retrieved from: https://www.albertacrimeprevention.com/wp-content/uploads/2018/05/CSWB-Concept-Practice-Alignment_May2018_final_DIGITAL_revised_2.pdf
- Oliva, J. R., Morgan, R., and Compton, M. T. (2010). A practical overview of de-escalation skills in law enforcement: Helping individuals in crisis while reducing police liability and injury. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10, 15-29.
- Owens, E., Weisburd, D., Amendola, K. L., and Alpert, G. P. (2018). Can you build a better cop? Experimental evidence on supervision, training, and policing in the community. *Criminology and Public Policy* 17, 41-87.
- Patch, P., and Arrigo, B. (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*, 22(1), 23-35.
- Pelfrey, W. V., and Young, A. (2020). Police crisis intervention teams: Understanding implementation variations and officer-level impacts. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 35(March), 1-12.
- Peterson, J., and Densley, J. (2018). Is Crisis Intervention Team (CIT) training evidence-based practice? A systematic review. *Journal of Crime and Justice*, 14(5), 521-534.
- Price, O., and Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 310-319.
- Price C. J., and Hooven C. (2018). Interoceptive awareness skills for emotion regulation: Theory and approach of mindful awareness in body-oriented therapy (MABT). *Frontiers in Psychology*, 9, 798.
- Puntis, S., Perfect, D., Kirubarajan, A., Molodynski, A. (2018). A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. *BMC Psychiatry* 18(256). Open access <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1836-2>
- Rajakaruna, N., Henry, P. J., Cutler, A., and Fairman, G. (2017). Ensuring the validity of police use of force training. *Police Practice and Research*, 18, 507-521.
- Richmond, J., Berlin, J., Fishkind, A., Holloman, G., Zeller, S., Wilson, M., Rifai, M. A., and Ng, A. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA de-escalation workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13 17-25.
- Ritter, C., Teller, J. L. S., Munetz, M. R., and Bonefine, N. (2010). Crisis Intervention Team (CIT) training: Selection effects and long-term changes in perceptions of mental illness and community preparedness. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2) 133-152.
- Rogers, M. S., McNiel, D. E., and Binder, R. L. (2019). Effectiveness of police crisis intervention training programs. *Journal of the American Academic of Psychiatry and the Law*, 47(4), 414-421.
- Russell, H., and Taylor, N. (2014a). *An interpretive guide to information sharing practices in Ontario within the context of collaborative, risk-driven community safety and well-being*. Retrieved from: <http://ckfirst.ca/wp-content/uploads/2018/06/3-Interpretive-Guide-for-Info-Sharing-Practices-in-Ontario.pdf>
- Russell, H., and Taylor, N. (2014b). *Collaborative analysis for systemic improvements*. Retrieved from: <http://ckfirst.ca/wp-content/uploads/2018/06/5-Collaborative-Analysis-for-Systemic-Improvements.pdf>

- Russell, H., and Taylor, N. (2015). *Gaining momentum: Multi-sector community safety and well-being in Ontario*. Retrieved from: https://cfbsjs.usask.ca/documents/research/research_papers/OntarioWorkingGroupOnCRDCSW.pdf
- Sanders, C., and Langan, D. (2019). New public management and the extension of police control: Community safety and security networks in Canada. *Policing and Society*, 29(5), 566-578.
- Sanders, C., and Lavoie, J. (2020). Boundary objects and technological frames: Officer's perceptions and experiences using mental health screeners on the frontline. Advanced online publication. *Policing and Society*.
- Saus, E. R., Johnsen, B., Eid, F., Riisem, P., Anderson, R., and Thayer, J. (2006). The effect of brief situational awareness training in a police shooting simulator: An experimental study. *Military Psychology*, 18(Suppl. 1), S3-S21.
- Schulenberg, J. (2016). Police decision-making in the gray zone: The dynamics of police-citizen encounters with mentally ill persons. *Criminal Justice and Behavior*, 43(4), 459-482.
- Schwabe, L., and Wolf, O. (2013). Stress and multiple memory systems: From 'thinking' to 'doing'. *Trends in Cognitive Sciences* 17, 60-68.
- Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: Effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric Services*, 51, 1153-1156.
- Semple T., Tomlin, M., Bennell, C., and Jenkins, B. (2021). An evaluation of a community-based mobile crisis intervention team in a small Canadian police service. *Community Mental Health Journal*, 57(3), 567-578.
- Seo, C., Kim, B., and Kruis, N. E. (2021a). A meta-analysis of police response models for handling people with mental illnesses: Cross-country evidence on the effectiveness. *International Criminal Justice Review*, 31(2), 182-202.
- Seo, C., Kim, B., and Kruis, N. E. (2021b). Variation across police response models for handling encounters with people with mental illnesses: A systematic review and meta-analysis. Advanced online publication. *Journal of Criminal Justice*.
- Seth, A. K. (2013). Interoceptive inference, emotion, and the embodied self. *Trends in Cognitive Sciences*, 17, 565-573.
- Shapiro, G. K., Cusi, A., Kirst, M., O'Campo, P., Nakhost, A., and Stergiopoulos, V. (2015). Co-responding police-mental health programs: A review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 606-620.
- Silverstone, P. H., Krameddine, Y., Demarco, D., and Hassel, R. (2013). A novel approach to training police officers to interact with individuals who may have a psychiatric disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41, 344-355.
- Smith, T. W., Deits-Lebehn, C., Williams, P. G., Baucom, B. R. W., and Uchino, B. N. (2019). Toward a social psychophysiology of vagally mediated heart rate variability: Concepts and methods in self-regulation, emotion, and interpersonal processes. *Social and Personality Psychology Compass* 14, e12516.
- Solicitor General. (2015). *Public Safety Canada – 2nd Summit on the economics of policing and community safety*. Ottawa, ON. Retrieved from: <https://news.ontario.ca/en/speech/31960/public-safety-canada---2nd-summit-on-the-economics-of-policing-community-safety>
- Steadman, H. J., and Morrisette, D. (2016). Police responses to persons with mental illness: Going beyond CIT training. *Psychiatric Services*, 67(10), 1054-1056.
- Strassle, C. G. (2019). CIT in small municipalities: Officer-level outcomes. *Behavioural Sciences & the Law*, 37(4), 342-352.
- Swick, D., Honzel, N., Larsen, J., Ashley, V., and Justus, T. (2012). Impaired response inhibition in veterans with Post-traumatic stress disorder and mild traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 18, 1-10.
- Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., Jones, R. Rowe, S., and Billings, J. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: A systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 77, 1-11.
- Taheri, S. A. (2014). Do crisis intervention teams reduce arrests and improve officer safety? A systematic review and meta-analysis. *Criminal Justice Policy Review*, 27(1), 76-96.
- Teller, J. L. S., Munetz, M. R., Gil, K. M., and Ritter, C. (2006). Crisis intervention team training for police officers responding to mental disturbance calls. *Psychiatric Services*, 57(2), 232-237.
- Teplin, L. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39(7), 794-803.
- Terrill, W., and Paoline, E. 2017. Police use of less lethal force: Does administrative policy matter? *Justice Quarterly*, 34 193-216.
- Thayer, J. F., and Hansen, A. (2009). Heart rate variability, prefrontal neural function and cognitive performance: The neurovisceral integration perspective on self-regulation, adaptation, and health. *Annals of Behavioral Medicine*, 37, 141-153.
- Todak, N. (2017). *De-escalation in police-citizen encounters: A mixed methods study of a misunderstood policing strategy* (Unpublished Doctoral dissertation). Arizona State University, Tempe, US.
- Todak, N., and James, L. (2018). A systematic social observation study of police de-escalation tactics. *Police Quarterly*, 21, 509-543.
- Todak, N., and White, M. D. (2019). Expert officer perceptions of de-escalation in policing. *Policing: An International Journal*, 42, 832-846.
- Vaughan, A. D., Ly, M., Andresen, M. A., Wuschke, K., Hodgkinson, T., and Campbell., A. (2018). Concentration and specialization of mental health-related calls for police service, *Victims and Offenders*, 31(8), 1153-1170.

- Vaughan, A. D., Stoliker, B. E., and Anderson, G. S. (2020). Building personal resilience in primary care paramedic students, and subsequent skill decay. *Australian Journal of Paramedicine*, 17(June), 1-8.
- Violanti, J. (2020). On policing—A matter of psychological survival. *JAMA Network Open*, 3, e2020231.d.
- Violanti, J. M., Charles, L. E., McCanlies, E., Hartley, T. A., Baughman, P., Andrew, M. E., Fekedulegn, D., Ma, C. C., Mnatsakanova, A., and Burchfiel, C. M. (2017). Police stressors and health: A state-of-the-art review. *Policing: An International Journal*, 40, 642-656.
- Watson, A. C., and Angell, B. (2013). The role of stigma and uncertainty in moderating the effect of procedural justice on cooperation and resistance in police encounters with persons with mental illnesses. *Psychology, Public Policy, and Law*, 19, 30-39.
- Watson, A. C., and Compton, M. T. (2019). What research on Crisis Intervention Teams tells us and what we need to ask. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47, 422-426.
- Watson, A.C., Compton, M.T., and Pope, L.G. (2019). *Crisis response services for people with mental illnesses or intellectual and developmental disabilities: A review of the literature on police-based and other first response models*. Vera Institute of Justice. Retrieved from: <https://www.vera.org/downloads/publications/crisis-response-services-for-people-with-mental-illnesses-or-intellectual-and-developmental-disabilities.pdf>
- Watson, A. C., Owens, L. K., Wood, J., and Compton, M. T. (2021). The impact of Crisis Intervention Team response, dispatch coding, and location on the outcomes of police encounters with individuals with mental illnesses in Chicago. Advanced online publication. *Policing: A Journal of Policy and Practice*.
- Wells, W., and Schafer, J. (2006). Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness. *Policing: An International Journal of Police Strategies and Management*, 29(4), 578-601.
- White, M. (2000). Assessing the impact of administrative policy on use of deadly force by on- and off-duty Police. *Evaluation Review*, 24 295-318.
- White, M., Mora, V., and Orosco, C. (2019). Exploring variation in police perceptions of de-escalation: Do officer characteristics matter? *Policing: A Journal of Policy and Practice*.
- White, M. D., Mora, V. J., Orosco, C., and Hedberg, E. C. (2021) Moving the needle: can training alter officer perceptions and use of de-escalation? Advanced online publication. *Policing: An International Journal*.
- Wiseman, J., and Brasher, K. (2008). Community wellbeing in an unwell world: Trends, challenges, and possibilities." *Journal of Public Health Policy*, 29, 353-366.
- Wittmann, L., Dorner, R., Heuer, I., Bock, T., and Mahlke, C. (2021). Effectiveness of a contact based anti-stigma intervention for police officers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 76, 101697.
- Wood J., Watson, A., and Fulambarker, A. (2017). The "gray zone" of police work during mental health encounters: Findings from an observational study in Chicago.' *Police Quarterly*, 20(1), 81-105.
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. Advanced online publication. *Journal of Affective Disorders*.



The Royal Society of Canada
282 Somerset Street West
Ottawa, Ontario K2P 0J6
www.rsc-src.ca
613-991-6990

La Société royale du Canada
282, rue Somerset ouest
Ottawa (Ontario) K2P 0J6
www.rsc-src.ca
613-991-6990